



L'ASSURANCE SANTÉ EN FRANCE : UN FINANCEMENT INTROUVABLE ?

DIDIER BAZZOCCHI *

Depuis plus de 20 ans, la croissance des dépenses de soins de santé entraîne un déficit croissant des régimes publics d'assurance-maladie.

Cette croissance des dépenses a été financée par la croissance du PIB, l'augmentation des prélèvements obligatoires et l'emprunt public.

Par ailleurs, durant cette période, nous avons constaté l'augmentation tendancielle de l'espérance de vie en France, sans que l'on soit en mesure d'en attribuer une part à l'efficacité du système de soins.

Enfin, le financement soutenu de ce secteur n'a pas permis de construire une politique de recherche médicale ambitieuse, ni un secteur industriel du biomédical d'envergure mondiale.

On peut donc s'interroger sur l'efficacité de la politique publique de financement des soins de santé.

Pour concevoir une esquisse des possibles, nous devons abandonner tout carcan idéologique, nous inspirer d'expériences réussies ailleurs, dans d'autres domaines et d'autres pays, et nous placer d'emblée dans une approche systémique, conçue au service de l'Homme. Quand on parle de santé, ce doit être du « bien-être » de l'Homme et pas seulement de la réparation - utile, inutile ? - de telle de ses fonctions organiques ou, *a priori*, de tel intérêt industriel ou corporatiste ; c'est bien de là que nous vient la complexité du sujet qui nous occupe et la nécessité d'un débat de société, pour proposer de nouveaux paradigmes.

*Directeur général, Mutuelle Générale.



LA SANTÉ N'EST PAS UN BIEN COMME LES AUTRES

La santé est un bien individuel et collectif

Depuis un demi-siècle, la médecine s'est structurée en discipline scientifique ; elle a induit la mise en place de systèmes de soins, dont les caractéristiques sont propres à chaque pays.

La santé reste, quant à elle, un bien à la fois individuel et collectif.

Ainsi, on peut poser trois définitions différentes :

La définition de l'OMS

Pour l'Organisation mondiale de la santé, la santé est définie comme un état complet de bien-être physique, psychique et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.

La conception « humaniste »

Pour le gouvernement du Québec, dans les années 1990 : trois convictions (« *La politique de la santé et du bien-être* », Gouvernement du Québec, - 1992) :

- a) la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu ;
- b) le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective ;
- c) la santé et le bien-être de la population représentent *a priori* un investissement pour la société.

La conception économique

Selon les travaux de Charles E. Phelps aux États-Unis (« Les fondements de l'économie de la santé » - 1992), la question est de savoir s'il est possible de se comporter en « acteur économique rationnel » sur le marché des soins médicaux.

L'auteur énonce les particularités de l'économie de la santé par rapport à d'autres domaines :

- a) l'étendue de l'intervention de l'État, y compris dans les modèles libéraux ;
- b) la présence dominante de l'incertitude à tous les niveaux, depuis le caractère aléatoire des maladies jusqu'à la compréhension des modes d'action des traitements médicaux chez des personnes différentes ;
- c) l'écart important d'information entre les médecins (et autres prestataires de soins) et les patients ;
- d) les externalités : *i.e.* comportement de certaines personnes qui font supporter des coûts ou procurent des avantages à d'autres, ceux-ci



n'étant pas imputables à une décision des individus eux-mêmes ; par exemple, lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie transmissible, elle subit la maladie et accroît le risque de voir ses proches la contracter ; à l'inverse, si elle se vaccine, elle le réduit.

Ces particularités sont présentes dans d'autres domaines de l'économie, rarement à un tel degré, jamais avec une telle combinaison.

Dans le système de santé, partout règne l'incertitude : le comportement individuel est guidé par des éléments incertains. Cette incertitude conduit au développement de l'assurance-maladie, qui doit contrôler et guider l'utilisation des ressources.

La santé est un bien individuel et collectif

Quelle que soit la conception adoptée, on constate que la santé est un bien individuel déterminé par l'action collective et un bien collectif déterminé par l'action individuelle.

Comme le montre le modèle de G. Dever¹, les déterminants de la santé sont multiples : biologie (y compris les facteurs génétiques), environnement, style de vie, et de manière minoritaire les soins.

Le modèle G. Dever a été construit en calculant pour les 10 principales causes de mortalité la part respective de 4 groupes de facteurs déterminants de la santé :

- 43 % des décès peuvent être évités par un comportement individuel approprié au maintien de la santé,
- 27 % sont liés à des causes biologiques,
- 19 % à l'environnement,
- 11 % peuvent être évités par les soins.

Même si cette étude est ancienne, les conclusions permettent de poser un principe, jamais évoqué dans les débats sur le système de santé : ce n'est pas seulement en ajoutant des moyens dans le système de soins que, dans un pays industrialisé, on améliore le plus efficacement le niveau des indicateurs de résultat de la santé publique. Il convient aussi, et avant tout, d'agir sur l'environnement et les styles de vie.

Ceci conduit à ne pas confondre, ce qui pourtant est fréquent, le système de santé et le système de soins, qui est l'une de ses composantes.

La demande de soins de santé va continuer de croître

Le « bien » santé est un bien supérieur, c'est-à-dire que sa consommation augmente plus vite que le revenu disponible. On voit mal pourquoi des pays ayant atteint des niveaux de vie élevés, associés à des consommations plus ou moins futiles, ne donneraient pas la priorité à des biens essentiels comme la santé, le confort et la sécurité sanitaires, la prévention.



Un autre facteur de progression de la demande est lié à la démographie : le nombre d'Européens âgés de plus de 65 ans a presque doublé entre 1960 et aujourd'hui. D'ici 2020, plus de 5 % de la population des pays européens aura plus de 80 ans. Or, les dépenses de santé croissent avec l'âge : même si cette relation n'est pas facile à quantifier, le progrès technique renforce cette corrélation.

Ces constats d'évidence sont cependant souvent masqués. On fait observer que la consommation et le paiement des soins étant, en grande partie, déconnectés, il y a risque de surconsommation.

On ajoute que le système de soins, n'étant pas soumis aux régulations du marché et de la concurrence, est confronté à un autre risque, celui de l'inefficience et du gaspillage des ressources. Et ce risque, comme le précédent, se réalise effectivement comme le montrent de multiples observations et enquêtes (par exemple, l'usage de médicaments plus coûteux que les génériques).

Ces abus et ces gaspillages sont donc réels et doivent être réduits. Mais, à supposer même qu'ils disparaissent totalement, il n'en reste pas moins que la consommation de santé est vouée à croître inéluctablement. Autrement dit, l'optimisation du système de soins, aussi souhaitable soit-elle, et même si elle suffit, à court terme, au rééquilibrage du financement, ne suffit pas à maintenir cet équilibre à long terme.

TOUS LES RISQUES NE SONT PAS ASSURABLES

C'est évidemment un fondement théorique de l'assurance, l'assurabilité du risque est déterminée par la nature et l'ampleur de l'aléa et par le coût du risque, ainsi que par la capacité de financement des agents économiques (ménages, entreprises).

Lorsque le produit arithmétique de l'aléa par le coût du risque sera supérieur à la capacité contributive des agents économiques, l'assureur considérera que le risque sera devenu non assurable. En matière de santé, il devra alors relever de la solidarité nationale.

Des risques très fréquents à coût élevé, comme certaines pathologies chroniques, ou des risques à coût très élevé, comme le traitement de cancers, peuvent être considérés comme non assurables, dans les conditions actuelles de solvabilité des agents économiques.

C'est le cas des risques actuellement considérés comme relevant de la solidarité nationale, tels que ceux couverts par le régime des « affections de longue durée » : maladies du vieillissement, maladies chroniques, accidents ou maladies pour lesquels le processus vital est engagé.

Par ailleurs, il convient de noter le problème important susceptible d'être soulevé par les progrès de la médecine prédictive, si le caractère aléatoire d'une pathologie à caractère génétique venait à disparaître et, ce, dès la naissance.



Le caractère assurable d'un risque dépend, on l'a vu, de la capacité contributive des agents économiques. Ainsi, si celle-ci est identifiée comme suffisante (y compris par prélèvement sur l'épargne ou le patrimoine), les pouvoirs publics pourraient être tentés de transférer des charges futures sur les ménages. Ils pourraient ainsi déplacer la frontière des risques qui seront considérés comme assurables.

Enfin, il existe une catégorie de dépenses ne répondant pas aux critères d'efficacité médicale, mais à une demande de confort (produits de beauté, thalasso, médicaments sans prescription...), qui relève délibérément de risques non assurables.

La notion de risque assurable est donc dépendante de 2 facteurs prépondérants :

- la définition par la collectivité nationale des situations qui doivent relever de la solidarité nationale : absence de capacité contributive d'une population à bas revenus, situations pathologiques lourdes et coûteuses, risques certains...
- la capacité contributive, inscrite dans la durée, des agents économiques à financer une gamme de risques, dits assurables.

*LES MÉNAGES VONT ÊTRE CONFRONTÉS
À UNE MODIFICATION DU RECOURS AUX SOINS
ET DE LEUR FINANCEMENT*

5

Le coût des soins de santé n'est pas réellement connu de la population

Les Français sont très attachés à un accès illimité aux soins et, ce, d'autant que cet accès leur est fourni, dans des conditions honorables de qualité, mais à un coût apparent très avantageux, puisqu'il est pris en charge par les régimes d'assurance-maladie, par les employeurs et par les régimes sociaux et l'État au titre de la défiscalisation des contrats. Si on les compare aux autres composantes de la structure de dépense des ménages (2002), les soins de santé viennent en 9^{ème} position, représentant 2,9 % de la consommation, juste avant les boissons alcoolisées et le tabac (2,7 %) !

Cette sous-représentation des dépenses de soins de santé dans les dépenses des ménages, du fait de la « gratuité » de la majeure partie de ces dépenses, induit un ensemble de comportements non responsables.

L'équilibre des régimes de sécurité sociale est illusoire

Tout a été dit et écrit sur « le retour à l'équilibre ». Mais de quel(s) équilibre(s) parle-t-on ?

L'équilibre des régimes obligatoires d'assurance-maladie dépend de 4 variables principales :

- le vieillissement de la population,
 - les progrès des techniques médicales,
 - la demande de soins et de confort,
 - et, pour les recettes, le niveau de la croissance économique,
- et de 3 variables d'ajustement :
- le niveau des prélèvements obligatoires,
 - le périmètre des dépenses remboursées au titre de la solidarité nationale (ou « panier de soins »),
 - l'endettement.

Comme l'État ne peut directement agir sur les 4 premières variables, il lui reste théoriquement les modes d'action suivants :

- l'augmentation des prélèvements obligatoires,
- la réduction du panier de biens et services, ou du taux de remboursement,
- le rationnement des soins,
- la recherche de gains de productivité du système de soins,
- la gestion du risque.

À chaque crise de la Sécurité sociale, l'État a agi sur 3 leviers : l'augmentation des prélèvements obligatoires et la réduction des taux de remboursement et l'endettement. Le rationnement des soins a été utilisé partiellement et maladroitement, notamment par le biais de la carte sanitaire ou du *numerus clausus*, sans succès. La recherche de gains de productivité n'a jamais été réellement mise en œuvre en France, alors que ce fut le cas dans d'autres pays dotés de systèmes publics développés, comme le Canada. La gestion du risque en est encore à ses débuts, même si la CNAM a conduit des opérations efficaces sur le médicament.

Les évolutions tendanciennes des coûts provoqueront une situation politique délicate

La répartition des dépenses entre régimes obligatoires et complémentaires marque l'ampleur du défi que le régime général doit assumer (données 2002) :

- Sécurité sociale : 103 Md€ ;
 - dont à 100 % : 78 Md€ ;
 - dont avec TM : 25 Md€ ;
 - État : 1 Md€ ;
 - « Organismes complémentaires » : 17 Md€ ;
 - Ménages : 15 Md€.
- Total : 136 Md€

On constate que les dépenses prises en charge à 100 % représentent 57 % des dépenses courantes et que, sur les dépenses avec ticket modérateur (TM) ou non remboursées, la répartition des financements est la suivante :



- Régime obligatoire : 25 Md€ (44 %) ;
- Régime complémentaire : 17 Md€ (30 %) ;
- Ménages : 15 Md€ (25 %).

On constate donc, d'ores et déjà, que :

- plus de la moitié des dépenses de l'assurance-maladie obligatoire sont prises en charge à 100 %, et ce phénomène s'amplifiera, toutes choses égales par ailleurs, avec le vieillissement de la population et la pression de la demande de soins : ainsi, le nombre des affectations de longue durée augmente de 600 000 chaque année ;

- plus de la moitié des dépenses de soins courants relèvent déjà d'un financement par les ménages, directement ou par une couverture « complémentaire » ; ce phénomène est également appelé à s'amplifier.

Ainsi, si l'on prend l'hypothèse très modérée d'une augmentation annuelle de 5 % des dépenses couvertes par les régimes obligatoires et par les organismes « complémentaires », ce qui est inférieur au niveau actuel de croissance, et une augmentation annuelle du PIB de 2 %, on peut estimer les effets suivants pour 2008 :

- sans aucune action de transfert, les dépenses du régime obligatoire s'élèveront à 138 Md€, soit une augmentation de 35 Md€ par rapport à 2002 (+ 25 %) ;

- avec un transfert annuel vers les complémentaires permettant de maintenir le niveau initial des prélèvements obligatoires, la plupart de leurs dépenses seraient consacrées aux remboursements à 100 %, et les prestations servies par les organismes complémentaires doubleraient ; le taux de couverture des dépenses de soins par les régimes publics passerait de 75 à 69 %.

Il faut noter que, même si les mesures d'économie annoncées par le gouvernement lors de la réforme de l'assurance-maladie en 2004 (7 Md€ d'ici 2007, grâce au dossier médical informatisé) et par la CNAM (4 Md€ par an, dans l'hypothèse d'une réduction de la prescription des généralistes et d'une maîtrise des ALD) produisaient tous les effets attendus, elles compenseraient à peine les effets d'une dérive annuelle de 5 %, dont on sait qu'elle est inférieure de 2 % à la dérive tendancielle ; ces mesures permettent donc de gagner seulement quelques années avant d'avoir à modifier les éléments fondamentaux du système de financement.

Dans un cas se pose une équation délicate pour l'État en matière de prélèvements obligatoires et/ou de déficit public et, dans le second, de réelles difficultés en termes d'élasticité de la demande par rapport aux prix, ainsi que de solvabilité de la demande pour une partie des ménages. Dans les deux cas, la situation est politiquement très délicate et, ce, d'autant plus que la population n'est nullement préparée à ces évolutions.

*Le défi, trouver le financement d'un risque croissant*

Comme nous l'indiquions en 2004 avec M. Guillaume et J.-C. Prager dans les Cahiers du Cercle des économistes², cette question invite à s'interroger sur ce qui fonde la mise sous tutelle publique, plus ou moins partielle selon les pays et les époques, du secteur de la santé. La raison principale - ce n'est pas la seule, mais c'est elle qui est prédominante - s'inscrit dans un choix collectif de réduction des inégalités. Choix collectif qui ne relève pas d'un critère théorique, mais résulte de considérations sociales, culturelles, de rapports de force... et se traduit par un arbitrage politique. Il en est de même, plus généralement, de tous les arbitrages concernant la redistribution fiscale et les aides publiques. Mais les inégalités après redistribution restent inacceptables dans certains domaines, principalement celui de l'éducation et celui de la santé. On peut même dire que la mise sous tutelle publique de ces deux secteurs permet de conserver, de rendre tolérables, des inégalités (après impôts et aides publiques) encore très considérables.

Le principe redistributif en matière de santé est d'éliminer les inégalités économiques face à la maladie, face à tous les handicaps, et, finalement, face à tous les risques sanitaires. Bien sûr, cet objectif est hors d'atteinte et les inégalités, en fonction des niveaux de revenus et des activités professionnelles, restent très sensibles (par exemple, si on les mesure par les durées de vie moyennes). Mais le recours aux soins est considéré comme devant être accessible à tous, sans discrimination économique.

À partir de ce principe simple surgissent au moins trois difficultés supplémentaires :

- la déconnexion totale entre la consommation et le paiement (comme par exemple dans l'école publique) est apparue irréalizable ; les pays qui ont expérimenté cette solution ont mis en évidence ses très nombreux inconvénients ;
- à partir du moment où des paiements directs surgissent, les usagers du système de soins souhaitent s'assurer contre les aléas de santé ; d'où l'apparition d'un système d'assurance entraînant avec lui toutes les difficultés spécifiques de ce secteur : aléa moral et sélection adverse ; pour compliquer encore, on a greffé sur ce système d'assurance une logique d'assistance permettant d'atteindre les objectifs de redistribution et de solidarité,
- l'augmentation sensible et prévisible des dépenses de santé (à la différence des dépenses d'éducation) rend difficile le maintien du système actuel, sauf à accepter une croissance indéfinie des charges sociales ; or, cette croissance met en péril la compétitivité économique d'un pays, tout en aggravant les risques de sous-optimalité d'un système de soins (qui restaient tolérables lorsque les dépenses de santé étaient encore limitées).



Le secteur de la santé est donc un domaine dans lequel les économistes ont peur de s'aventurer (et ils sont d'ailleurs peu nombreux à s'y investir). Les valeurs sociologiques et morales, forgées au cours d'un long cheminement historique, les contraintes institutionnelles et politiques, encore resserrées par l'obligation d'entreprendre le renouvellement du modèle social européen, ne laissent effectivement que peu de place aux instruments théoriques des économistes. D'où la tentation d'une position conservatrice ou, au mieux, prudemment réformatrice, se limitant à proposer des solutions pour réduire les gaspillages les plus importants et surmonter les problèmes de financement à l'horizon de quelques années.

Or, le coût du risque va continuer de croître, pour les raisons évoquées de demande de soins, de démographie ou de progrès médical.

Cette croissance structurelle n'est pas financée à moyen et long terme. On se trouve probablement dans une problématique proche de celle des retraites, avec une échelle de temps décalée.

La question, soumise aux économistes, est donc de savoir sur quels types de revenus il sera possible de constituer une épargne collective et/ou individuelle permettant le financement de dépenses futures sans que ceci se fasse par amputation du champ d'intervention de la solidarité nationale. Il s'agira notamment de défavoriser une consommation instantanée, pas toujours médicalement justifiée, au profit d'une épargne longue pour permettre aux personnes de faire face à des dépenses futures liées au vieillissement ou à la survenance subite d'une situation médicale, qui ne relèverait pas ou plus du champ de la solidarité nationale.

Cette recherche d'un financement futur pourrait prendre appui sur quelques principes politiques :

- la reconnaissance de l'action de santé publique comme facteur déterminant d'amélioration de l'état de santé de la population ;
- la clarification du domaine d'intervention de la solidarité nationale, dans le cadre d'un service universel, et le renforcement du rôle du régime obligatoire d'assurance-maladie (avec une mise en concurrence des caisses dans un cadre non lucratif ?), pour gérer les ressources relevant de la solidarité nationale ;
- l'appel à la responsabilité du consommateur de soins, avec une indispensable contrainte financière, celui-ci devant supporter la charge, directement ou par l'assurance, de la totalité des dépenses assurables ;
- l'aide fiscale à la couverture du risque par l'assurance, pour des stratégies de soins conformes aux orientations de la politique publique (à partir de dispositifs mis en place par la loi de réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004) ;
- le libre exercice de l'activité de gestion du risque par les organismes d'assurance, dans le respect des règles préservant le secret médical ;
- l'incitation à la constitution d'une épargne longue pour permettre le



financement de la croissance des dépenses assurables, à moyen et long terme.

Le mode de la régulation du système de soins de santé à la française doit vaincre son « aversion pour l'innovation » et viser la compétitivité économique. La régulation doit tenir compte des évolutions techniques et économiques possibles ou prévisibles, les encourager plutôt que les freiner. On voit donc que, dans une optique prospective, la régulation du secteur de la santé doit se centrer sur l'anticipation des évolutions futures, au lieu de se laisser enfermer dans des idées du passé. Cela implique l'existence d'institutions de régulation modernes probablement très différentes des institutions de l'après-guerre que l'on ne finit pas de rapiécer, une grande souplesse annuelle dans la mise en œuvre de la régulation, et surtout une véritable vision stratégique à long terme.



NOTES



1. Dever G.E. « An Epidemiological Model for Health Policy Analysis » Soc Ind Res, 1977.
2. *Le Cercle des économistes* - Cahier n° 6, juin 2004, « Economie de la santé : une réforme ? non, une révolution ».

