



PREMIER MINISTRE



Cycle de séminaires
Déchiffrer la dépense de santé

ACTES du séminaire

Le consentement au financement de la santé

Combien les Français sont-ils prêts
à consacrer aux dépenses de santé ?

Centre d'analyse stratégique

7 avril 2010

CONTACTS :

Centre d'analyse stratégique

▶ **Marine Boisson**

Chef de département
marine.boisson@strategie.gouv.fr
Tél. : +33 (0) 1 42 75 60 40

▶ **Sara-Lou Gerber**

Chargée de mission
sara-lou.gerber@strategie.gouv.fr
Tél. : +33 (0) 1 42 75 53 21

▶ **Virginie Gimbert**

Chargée de mission
virginie.gimbert@strategie.gouv.fr
Tél. : +33 (0) 1 42 75 60 15

▶ **Jean-Michel Roullé**

Responsable de la communication
jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr
Tél. : +33 (0) 1 42 75 61 37

SOMMAIRE

Ouverture

Vincent CHRIQUI, directeur général du Centre d'analyse stratégique 5

Introduction

Sara-Lou GERBER, chargée de mission, Centre d'analyse stratégique 9

Table ronde n° 1 :

« Peut-on définir un niveau optimal de dépenses de santé ? »

I. Les dépenses de santé : une augmentation salubre

Brigitte DORMONT, professeur à l'université Paris Dauphine (Legos), directrice de la chaire santé de la Fondation du risque, codirectrice du programme « Économie publique et redistribution » du CEPREMAP 11

II. Les dépenses de santé dans les pays de l'OCDE : niveau, financement et efficience

Valérie PARIS, Division santé de l'OCDE 20

III. Le concept de « niveau optimal » de dépenses de santé : idées reçues, influences idéologiques et rôle de l'économiste

Philippe ULMANN, directeur de la politique de santé à la Caisse nationale du RSI 28

IV. Débat 39

Table ronde n° 2:

« Bien portants et malades, riches et pauvres, anciennes et nouvelles générations : quelles solidarités ? »

I. Les transformations des assurances maladie obligatoire et complémentaire

Didier TABUTEAU, responsable de la Chaire santé de Sciences Po 39

II. La santé solidaire est-elle en danger ?

Jean-Pierre LACROIX, Collectif interassociatif sur la santé 43

III. Financement des dépenses de santé : quels scénarios à l'horizon 2015

Mathias MATTALAH, président de la société de conseil Jalma 46

IV. Débat 50

Conclusion

Virginie GIMBERT, chargée de mission, Centre d'analyse stratégique 61

Ouverture

Vincent CHRQUI, Directeur général du Centre d'analyse stratégique

J'ai le plaisir de vous accueillir ce matin au Centre d'analyse stratégique pour ce séminaire « Déchiffrer la dépense de santé », le premier d'une série de rencontres. Je suis très heureux que vous ayez accepté de participer à cet échange, sur un sujet qui est d'une importance considérable pour le bien-être de nos concitoyens... mais aussi pour le bien-être de nos finances publiques. Il y a un accord à trouver entre les deux qui est évidemment délicat. C'est l'objet de notre discussion.

La question du niveau optimal des dépenses de santé est celle qui va vous occuper ce matin. Elle est intéressante, parce qu'il y a une spécificité de la dépense en matière de santé par rapport à toutes les autres dépenses. Personne n'aurait l'idée de se poser la question du niveau optimal des dépenses des Français pour leurs téléphones portables, parce qu'après tout, ils dépensent ce qu'ils ont envie de dépenser, et personne ne trouve à y redire. Même pour des biens publics plus classiques comme la dépense d'éducation, on ne se pose pas réellement la question en ces termes. Il faut évidemment savoir combien on veut dépenser pour l'éducation, mais on a au moins une certitude, c'est qu'une fois qu'on a affecté une quantité de crédits à l'éducation, on sait que c'est la somme qu'on va dépenser. Pour la santé, en revanche, on a un système de dépenses en partie privées mais socialisées. Les Français peuvent donc consommer, ils ont des remboursements, la dépense publique n'est donc pas tout à fait maîtrisée. Par conséquent, les outils économiques traditionnels ne permettent pas de savoir quelle est la dépense optimale. On ne peut pas utiliser les outils de maîtrise de dépenses traditionnelles où l'on fixe une enveloppe de crédit en étant sûr qu'elle ne sera pas dépassée. On est obligé de mettre en place des outils de connaissance du niveau optimal de la dépense ainsi que des outils de maîtrise de la dépense, qui sont forcément imparfaits, forcément insatisfaisants, mais qui sont indispensables. En effet, si nous ne sommes pas prêts à revenir sur la socialisation de la dépense et sur la liberté de choix, nous ne pouvons pas non plus accepter que la dépense dérive indéfiniment. Rien de tout cela n'est nouveau, mais c'est pour cette raison, que, s'agissant des dépenses de santé, et avant même de réfléchir au choix entre tel ou tel instrument de régulation, la question est de savoir si on est au bon niveau de dépenses, en dessous ou au-dessus.

La France a un taux de dépenses de santé proche de 11 % du PIB. C'est un des niveaux les plus élevés dans le monde, même s'il est loin de celui des États-Unis, qui atteignent 16 %. Les États-Unis ne sont d'ailleurs pas un exemple à suivre car si l'on compare leur niveau de dépenses et leurs performances en matière de santé publique, on constate qu'il n'y a pas de lien mécanique entre les deux. La France a donc un niveau élevé de dépenses de santé, elle a aussi une croissance forte de ces dépenses. Ce n'est pas particulièrement original, parce que dans tous les pays, les dépenses de santé croissent plutôt plus vite que le PIB. Elle a un déficit de l'assurance maladie de 11,5 milliards. Ce déficit est lié au dynamisme ou au manque de dynamisme des recettes et ne nous renseigne pas forcément sur le niveau optimum de dépenses. C'est toutefois une des raisons qui nous poussent à agir et à

réfléchir sur ce sujet, parce que dans la réflexion globale sur les finances publiques, la place de l'assurance maladie est absolument déterminante.

Les déterminants de la hausse sont complexes, presque tous ont des effets qui ne sont pas univoques et qui doivent donc être appréciés. Même les hypothèses à moyen terme sont très incertaines. Il y a la question du vieillissement. Nous avons tous en tête le fait que le vieillissement peut conduire à une hausse des dépenses de santé, parce qu'on dépense plus pour la santé à des âges avancés. Sauf que les conclusions qu'on peut en tirer sont très dépendantes de la manière dont on vieillit. Est-on plus longtemps en bonne santé, ce qui est plutôt ce que nous montrent les études ? Auquel cas l'impact négatif du vieillissement sur les dépenses de santé n'est peut-être pas aussi fort qu'on peut le penser. Cela peut-il avoir d'autres conséquences sur les dépenses de santé que le simple aspect médical, les questions de prise en charge, de dépendance ? Il y a là une question complexe, et le Centre d'analyse stratégique va approfondir ce sujet du vieillissement tout au long de l'année, pour réfléchir à ses conséquences sur la santé mais aussi sur les autres aspects de l'organisation sociale.

Il y a la question de la technologie. Là aussi, nous avons tous en tête des technologies de plus en plus avancées et donc de plus en plus chères. Mais il existe aussi des technologies moins intrusives, qui se prêtent à des formes d'intervention beaucoup plus légères que par le passé. Puis il y a la démarche de prévention qui elle, normalement, est économique, même si un récent rapport du Centre d'analyse stratégique montre que ce n'est pas toujours le cas. Ces trois facteurs – notamment les deux premiers – sont des déterminants lourds de l'évolution des dépenses de santé, mais qui nécessitent une étude approfondie pour apprécier leur impact précis sur ces évolutions.

Que pouvons-nous dire du niveau optimal, sans déflorer les conclusions auxquelles vous allez parvenir ? Certaines études, citées dans la *Note de veille* figurant dans votre dossier¹, montrent qu'il n'est pas absurde de penser qu'il y a un niveau de dépenses optimal qui est relativement élevé, compte tenu de l'importance, de l'utilité, que l'on attache à la santé. En même temps, il faut prendre ces résultats avec précaution, d'abord parce qu'une fois que l'on a dit que le niveau optimal est relativement élevé, on fait l'impasse sur la façon dont on le finance. De plus, il y a un choix entre ces dépenses publiques et d'autres qui sont également importantes. Surtout, et c'est ce qui me semble le plus important – vous allez vraisemblablement y revenir au cours de la matinée. Il me paraît simplificateur d'adopter une approche demandant simplement « Quel est le bon niveau total de dépenses ? ». La véritable question porte sur la façon de dépenser l'argent dont nous disposons. On voit bien qu'il n'est pas du tout incompatible d'avoir un haut niveau de dépenses souhaitable, et d'avoir en même temps un système qui souffre de gaspillages, de dépenses inefficaces. On peut avoir un niveau de dépenses qui n'est pas loin du niveau souhaité ou optimal, sans pour autant que toutes ces dépenses soient les plus

¹ Gerber S.-L. (2010), « Combien les Français sont-ils prêts à consacrer aux dépenses de santé ? Démocratie sanitaire et consentement au financement de la santé », *La Note de veille*, n° 171, Centre d'analyse stratégique, avril : www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Noteveille171.pdf.

efficaces par rapport à l'objectif que l'on cherche à atteindre en termes de santé publique et de bien-être.

Tout cela milite pour un débat le plus informé possible, pour une vraie démocratie sociale. C'est ce que les pouvoirs publics essaient évidemment de mettre en place depuis plusieurs années à travers le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), à travers la création d'un certain nombre d'organismes de concertation, notamment le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). En même temps, il y a une tendance à répondre au coup par coup à l'évolution des déficits, sans s'inscrire dans une logique de long terme. On réagit alors par des déremboursements, par des modifications permanentes du curseur entre la prise en charge par l'assurance maladie et par d'autres acteurs du système de soins, patients ou complémentaires santé. De ce point de vue, je pense qu'il y a un chemin à parcourir, qui ressemble un peu à ce que nous avons fait sur les retraites. Sur les retraites, on a depuis plus longtemps réalisé qu'il fallait des débats de long terme sur l'évolution du système, peut-être parce que les retraites s'y prêtent mieux, parce que ce sont finalement des choses plus simples. On a un certain nombre de paramètres, et on sait qu'en jouant sur les paramètres, on a des résultats. L'assurance maladie ne se prête pas à des études aussi mécaniques, mais je pense qu'il faudrait malgré tout parvenir à une démocratie sanitaire vivante pour orienter les choix de moyen terme et pas seulement de court terme sur l'organisation idéale du système de soins dans 5, 10, 15 ans.

Le seul vœu que je forme est que ce séminaire puisse modestement contribuer à cet objectif. Encore une fois, je suis très heureux qu'il ait lieu et que vous ayez tous accepté d'y participer. Je vous souhaite d'excellents travaux. Merci à tous.

Introduction

Sara-Lou GERBER, chargée de mission, Centre d'analyse stratégique

Quelques propos rapides afin d'introduire le séminaire de travail qui nous réunit aujourd'hui. Comme l'a rappelé Vincent Chiqui, le Centre d'analyse stratégique n'est pas le seul endroit où l'on débat sur le financement de la santé. Nous nous plaçons ici dans la position d'apporter une contribution à un débat qui se déroule également dans d'autres lieux. Nous l'avons rappelé, la question du financement de la santé est déjà rythmée par ses propres rendez-vous, à savoir en premier lieu les discussions annuelles du projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Son élaboration pour 2010 a mis au jour un déficit de l'assurance maladie de l'ordre de 11,5 milliards d'euros. Tout ceci a renforcé la nécessité d'un débat sur ce thème.

Chaque année également, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie remet un rapport qui permet de s'interroger sur les tendances de fond du financement de l'assurance maladie. Tous les ans, il se focalise également sur certains points du débat et, par exemple, son édition de 2009 s'interrogeait sur les dépassements d'honoraires médicaux. Mais cette question connaît toutefois, outre ces rendez-vous réguliers, une actualité institutionnelle renouvelée. En janvier, après la conférence sur les déficits organisée par Nicolas Sarkozy, a été installé un groupe de travail confié à Raoul Briet, chargé de réfléchir à une amélioration du respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), en proposant notamment des outils de régulation qui permettraient de répondre de façon quasi automatique à un dépassement anticipé de l'objectif. Mais le financement de la santé n'a bien sûr pas uniquement une pertinence au niveau national. Observer les défis, les réponses apportées par d'autres pays peut nous éclairer sur les réponses à apporter dans le contexte français. Le panorama de la santé de l'OCDE, qui en est aujourd'hui à sa cinquième édition, présente des données comparables récentes permettant d'apprécier les performances des différents systèmes de santé des pays de l'OCDE.

Mais outre les temps institutionnels, les questions relatives au financement de la santé semblent avoir trouvé un investissement intellectuel nouveau. On peut déjà noter la publication de plusieurs livres blancs, qui marquent un souci de diagnostic et de propositions. Par exemple, le Régime social des indépendants a rendu public en décembre 2009 un livre blanc qui ambitionnait d'apporter une expertise au débat public, à un moment où la protection sociale doit relever des défis majeurs. En novembre de la même année, le cabinet de conseil Jalma a aussi présenté un livre blanc qui bâtissait des scénarios d'évolution de l'assurance maladie à l'horizon 2015 et proposait également une vaste enquête sur la perception par les Français de leur système de santé, à la fois de base et complémentaire.

Outre ces lieux de réflexion, différents acteurs, dont certains sont parmi nous aujourd'hui, ont fait un effort pour essayer de formuler les implicites du débat dans des sphères universitaires ou plus grand public. En publiant au Cepremap un opuscule intitulé *Les dépenses de santé : une augmentation salutaire*, Brigitte Dormont posait une question que l'on pourrait juger iconoclaste et qui visait à faire réfléchir à la

désirabilité de la dépense de santé qui, ces derniers temps, était vue presque exclusivement sous l'angle de la maîtrise. De la même façon, Didier Tabuteau, en publiant un article dans « Droit social » puis une tribune dans *Le Monde*, affirmait qu'il y avait déjà privatisation de la protection sociale pour les soins courants. Il proposait une traduction publique d'une question qui jusque-là avait assez peu dépassé les sphères techniques et les sphères de recherche. Enfin, le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) présentait la semaine dernière les résultats d'une grande consultation qui avait été lancée sur son site Internet, et qui visait à réfléchir à un éventuel recul de la santé solidaire.

Pour ce premier séminaire, nous avons souhaité explorer ces nouveaux axes de débat et proposer des pistes d'action et d'amélioration. Concrètement, nous avons décidé d'organiser les travaux autour de deux tables rondes. La première porte sur la possibilité de déterminer un niveau optimal de dépenses de santé. Elle présentera à la fois les différents facteurs qui expliquent leur croissance, puis les méthodes qui pourraient permettre d'appréhender un seuil de dépenses optimales. Elle interrogera aussi plus précisément le rôle de l'expert, plus particulièrement de l'économiste, dans l'aide qu'il peut apporter à la décision dans ce domaine, puisque la dépense de santé est à la fois un lieu d'efficience souhaitée, mais également un lieu d'arbitrages collectifs par essence politiques et qui peuvent nécessiter d'autres modes de décision.

La seconde table ronde évoquera les déplacements de solidarité générés par l'évolution du partage des rôles entre financeurs de la santé, assurance maladie obligatoire et complémentaire. Comprendre les clivages qui pourraient en résulter, entre malades et bien portants, entre catégories sociales, entre générations est un élément clé du débat sur le pacte de solidarité sur lequel est fondée l'assurance maladie. Aujourd'hui, ce pacte est encore exceptionnellement consensuel, mais il pourrait connaître des difficultés en termes de légitimité, à un horizon relativement proche. On constatera surtout le caractère implicite d'une telle transformation du partage des rôles entre acteurs, ce qui nous amènera à réfléchir aux conditions d'organisation d'un débat véritablement transparent sur l'avenir du système de santé, condition nécessaire lorsque l'on doit demander un effort collectif important aux Français.

Je tiens à remercier Virginie Gimbert, chargée de mission au département Questions sociales, qui a coréalisé ce séminaire, ainsi que l'ensemble des intervenants qui ont répondu favorablement à notre invitation. Ils ont accepté de contribuer à enrichir cette réflexion et j'espère qu'ils veilleront également à sa bonne appropriation par le plus grand nombre.

Table ronde n° 1 : « Peut-on définir un niveau optimal de dépenses de santé ? »

I. Les dépenses de santé : une augmentation salubre

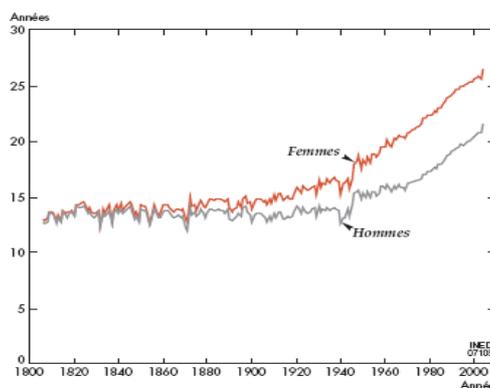
Brigitte DORMONT, professeur à l'université Paris Dauphine (Legos), directrice de la Chaire santé de la Fondation du risque, codirectrice du programme « Économie publique et redistribution » du CEPREMAP

Je voudrais tout d'abord dire mon plaisir à voir qu'un débat sur les dépenses de santé se présente maintenant autrement qu'avec la recherche d'efficacité en ligne de mire, non que je pense qu'il ne faille pas rechercher l'efficacité, mais parce que la réflexion ne doit pas s'axer exclusivement sur cette question. Je trouve vraiment très bien que le CAS essaie d'animer le débat sur ce thème. Je parlerai à la fois des déterminants et de quelques questions sur le financement de dépenses qui pourraient continuer leur croissance sur un rythme soutenu.

Des évolutions démographiques caractérisées par une augmentation de la longévité

Pour réfléchir aux dépenses de santé, je crois qu'il est bon de revenir, avec du recul, sur les progrès en matière de santé et de longévité, qui ont profondément modifié la vie humaine. Depuis la moitié du XVIII^e siècle, l'espérance de vie a plus que triplé dans les pays développés. Autre remarque, alors que les progrès reposaient au départ sur la baisse de la mortalité infantile, ils reposent à présent essentiellement sur la lutte contre la mortalité aux âges élevés. Sur la très longue période, depuis 1806, l'espérance de vie à 60 ans était quasi stable jusqu'au milieu du XX^e siècle et elle n'a commencé à augmenter qu'à partir de 1940 (graphique 1). Il y a donc un phénomène nouveau dans l'augmentation de l'espérance de vie qui est l'allongement de la vie, que l'on peut raccorder à un certain nombre de progrès médicaux.

Graphique 1 : Évolution de l'espérance de vie à 60 ans entre 1806 et 2004



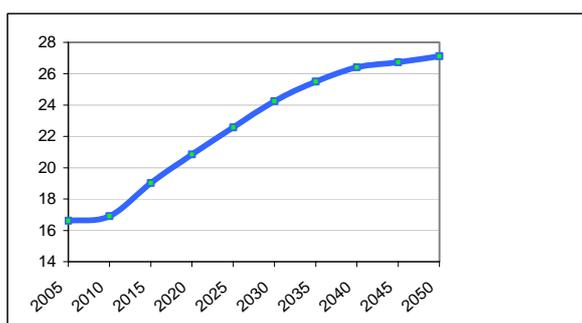
Cet accroissement de la longévité conduit à une augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population, phénomène qui se caractérise par un raccourci

commode et critiqué par certains : le vieillissement de la population. La question qui vient continuellement animer le débat de manière implicite, c'est l'idée que les systèmes de santé pourraient être submergés par le vieillissement. Or, toutes les études empiriques contredisent cette intuition et montrent qu'à des horizons lointains, comme 2050, les changements démographiques ne compteraient que pour une part relativement faible dans l'accroissement prévu des dépenses de santé. Par exemple, des prévisions faites à l'aide de données de l'OCDE montrent que la part des dépenses de santé dans le PIB dans l'Europe des Quinze devrait passer de 7 % à 12 %. Sur ces 5 points supplémentaires, seul 0,6 point serait dû aux changements démographiques. Même avec des prévisions macroéconomiques relativement simples, on quantifie le rôle du vieillissement comme étant un rôle relativement mineur. Il est très important de tenir compte de ces ordres de grandeur, et surtout de les comprendre. Pourquoi le vieillissement joue-t-il si peu, alors que l'intuition commune tend à lui attribuer un rôle important ?

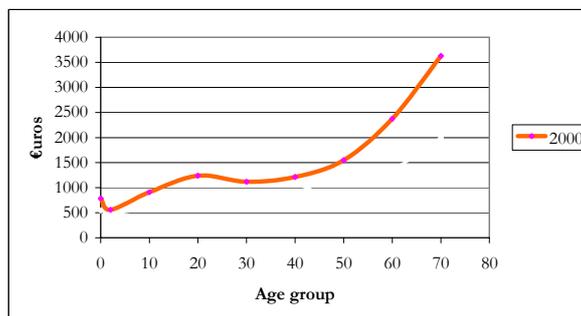
Un faible impact du vieillissement sur la croissance des dépenses de santé

Le raisonnement que nous avons tous en tête, que j'appelle raisonnement standard, consiste à rapprocher le vieillissement de la population prévu – c'est-à-dire l'augmentation de la proportion de personnes de 65 ans et plus dans la population française (courbe bleue du graphique 2) – avec ce que nous connaissons tous, l'augmentation de la moyenne de dépenses par âge (courbe rouge du graphique 3). Cette dernière courbe traduit un phénomène qui n'est absolument pas démographique, c'est exclusivement le fait qu'au niveau individuel, à âge donné, on dépense plus lorsque l'âge augmente. Faire ce raisonnement en croisant ces deux courbes néglige le phénomène majeur qui explique la croissance de dépenses de santé, qui est le déplacement dans le temps de la courbe de dépenses par âge (graphique 4). En vert, vous avez les dépenses individuelles par âge, que l'on observe en 1992 en France, et en rose, ce que l'on observe en 2000. Nous observons donc un déplacement vers le haut à tout âge de la dépense individuelle. À âge donné, on dépense plus en 2000 qu'en 1992, et cela n'a rien à voir avec la structure par âge de la population. Or, ce glissement est d'un ordre de grandeur bien plus important que ce qui se passe avec le vieillissement de la population. Entre 1992 et 2000, la proportion de personnes de 65 ans et plus augmente de moins de 2 points, tandis que pour certaines tranches d'âge, la croissance des dépenses de santé dépasse les 50 %. C'est donc ce glissement, beaucoup plus rapide que le vieillissement de la population, qui explique l'essentiel de la croissance des dépenses de santé.

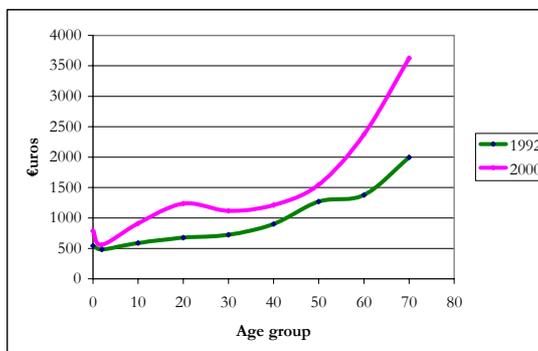
Graphique 2 : Raisonnement standard sur l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé



Graphique 3 : Évolution de la part des plus de 65 ans dans la population entre 2000 et 2050



Graphique 4 : Évolution de la dépense de santé par âge entre 1992 et 2000



Quelques questions sur la dynamique âge/santé

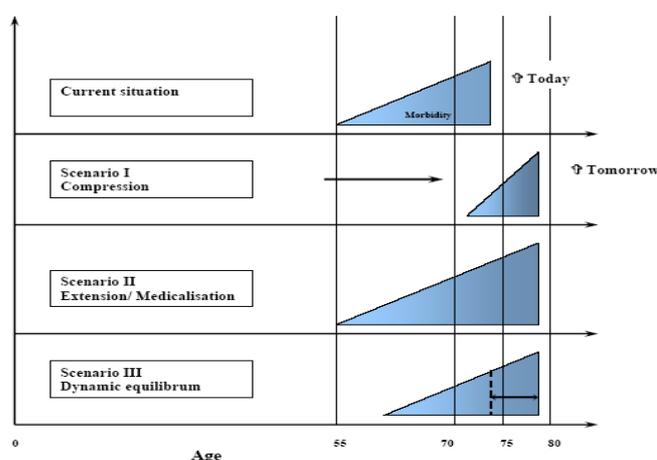
Lorsque l'on parle de vieillissement, on parle en réalité d'un facteur sous-jacent difficile à mesurer, qui est plutôt la morbidité, c'est-à-dire les maladies qu'ont les personnes. Des études empiriques montrent clairement que c'est la morbidité, et non pas l'âge en soi, qui explique le profil des dépenses. En France, la polysémie du mot « vieillissement » obscurcit le débat. « Vieillissement » veut dire à la fois augmentation du nombre d'années vécues – ce que j'appellerai « âge nominal » avec une terminologie d'économiste – mais aussi usure de la personne et sénescence. Or dans le langage, nous confondons ces deux concepts, alors qu'il est essentiel de les distinguer lorsque l'on traite de dépenses de santé, car les progrès médicaux permettent justement de différer l'apparition des maladies à des âges plus élevés. Il y a une sorte de découplage entre le vieillissement et sénescence qu'il importe d'intégrer dans l'analyse.

Quelle évolution peut-on prévoir pour la morbidité dans le futur ? L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis en place des groupes de travail pour essayer de réfléchir à la façon dont les gains en longévité pourraient se traduire dans l'état de santé aux âges élevés (graphique 5). On suppose que l'on a une situation actuelle où l'espérance de vie est de 75 ans et où les individus développent des maladies à l'âge de 50 ans. Le triangle bleu est donc l'âge où l'on dépense vraiment pour la santé.

À partir de cette situation de référence, trois scénarios sont possibles :

- un scénario médian « d'équilibre dynamique » ou « *healthy ageing* » (scénario III) : on suppose qu'on va gagner cinq ans d'espérance de vie, c'est-à-dire passer de 75 à 80 ans et que tous les gains en espérance de vie, les cinq ans, sont des gains de vie en bonne santé. Il y a donc une translation exacte du triangle de cinq ans ;
- un scénario optimiste de compression de la morbidité (scénario I) : on suppose que la morbidité, c'est-à-dire l'apparition des maladies, va être différée d'une période plus longue que l'augmentation de l'espérance de vie ;
- un scénario catastrophe d'extension de la morbidité (scénario II) : toutes les années de vie gagnées sont des années de vie en mauvaise santé. De plus en plus de personnes malades dépensent beaucoup pour leur santé.

Graphique 5 : Scénarios d'évolution de la morbidité



Source : OMS

Quel pronostic peut-on faire par rapport à ces différents scénarios ? Une étude récente faite par le prix Nobel Robert Fogel sur les États-Unis permettrait de penser que le scénario le plus optimiste, celui de compression de la morbidité, est le plus probable. Sur une étude portant sur les 80 dernières années, pour 40 000 vétérans de l'armée des États-Unis, il montre que l'âge d'apparition des maladies chroniques a été différé de 10 ans alors que l'espérance de vie a augmenté de 6,6 années¹. Cela dit, il est difficile de faire des études aussi robustes sur ces questions, et peu de résultats sont disponibles. Toutefois, un résultat transversal aux différents pays est l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité sévère². En revanche, lorsqu'on s'intéresse aux incapacités plus légères, les résultats sont plus nuancés. Toujours est-il que ces différents éléments plaident en faveur d'un optimisme modéré quant à l'évolution future de l'état de santé.

¹ Fogel R. W. (2003), « Changes in the process of aging during the twentieth century: Findings and procedures of the early indicators project », *NBER Working Papers*, 9941.

² Robine J.-M. et Michel J.-P. (2004), « Looking forward for a general theory on population aging », *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59.

En ce qui concerne la translation dans le temps du profil des dépenses par âge, plusieurs choses peuvent l'expliquer. Une dépense plus importante en 2000 qu'en 1992 pourrait traduire une morbidité dégradée. Ou bien le fait qu'à âge et morbidité donnés, on dépense plus en 2000 qu'en 1992. C'est ce deuxième phénomène, que j'appelle « changement de pratiques à âge et morbidité donnés », qui domine largement cette dérive du profil par âge. Pour avancer cela, je me base sur une étude microéconométrique que j'ai réalisée avec Michel Grignon et Hélène Huber, à partir de données françaises, et sur des échantillons représentatifs des assurés sociaux français, pour lesquels nous avons une information détaillée sur les maladies chroniques¹. Des méthodes de microsimulation nous permettent de détailler, dans la dérive du profil, ce qui est dû au changement de morbidité à âge donné et ce qui est dû au changement de pratiques à âge et morbidité donnés et de conclure que la totalité du déplacement du profil est due au changement de pratiques à âge et morbidité donnés. Tout ceci nous permet de revenir au niveau macroéconomique et d'effectuer une décomposition rétrospective des causes de la croissance des dépenses de santé sur nos deux années, 1992 et 2000 (tableau 1).

Tableau 1 : Décomposition de l'évolution des dépenses de santé 1992-2000

Variation 1992-2000 (%)	54
Dont changements démographiques	+ 6
Évolution de la structure par âge	3
Évolution de la taille de la population	3
Dont changements dus à l'évolution de la morbidité	- 10
Dont changements de pratiques à morbidité donnée	+ 58

On observe une augmentation de 54 % des dépenses de santé entre 1992 et 2000, et, sur ces 54 points, seulement 6 points sont dus aux changements démographiques. Parmi ces 6 points, seuls 3 points sont dus à l'évolution de la structure par âge de la population, c'est-à-dire au vieillissement proprement dit. Le vieillissement joue donc pour un peu moins de 1/10^e de la dérive des dépenses, et cela rejoint les chiffrages que nous obtenons avec des méthodes macroéconomiques plus grossières. Les changements dus à l'évolution de la morbidité vont dans un sens négatif. Effectivement, à âge donné les individus sont en meilleure santé, et cela conduit à un freinage de la croissance des dépenses de santé de - 10 points. Les changements de pratique à morbidité donnée expliquent toute la dérive des coûts, c'est-à-dire + 58 points d'augmentation des dépenses. En résumé, le vieillissement n'explique qu'une faible part de la progression des dépenses de santé, l'évolution de la morbidité a un effet négatif sur la progression des dépenses suffisant pour annuler l'impact du vieillissement. Tout se passe comme si la population rajeunissait. Surtout, les changements de pratique expliquent l'essentiel de la progression des dépenses.

¹ Dormont B., Grignon M. et Huber H. (2006), « Health expenditure growth: Reassessing the threat of ageing », *Health Economics*, 15(9).

Pour comprendre ce qu'il y a derrière ces changements de pratique, on s'intéresse à la dynamique du progrès médical. En santé, le discours heurte la conception traditionnelle qu'ont les économistes du progrès technique, vu en général comme une source de gains de productivité. En fait, sous ce que l'on appelle la dynamique du problème médical, il y a deux mécanismes, un mécanisme de substitution d'une nouvelle technique à une ancienne, qui se traduit par des gains d'efficacité, et un processus de diffusion, qui se traduit par une utilisation croissante de l'innovation. Toutes les études sur la question montrent que la croissance des coûts résulte exclusivement de ce deuxième mécanisme de diffusion. L'exemple du pontage et de l'angioplastie dans la prise en charge de la crise cardiaque est éclairant. Au départ, l'angioplastie a remplacé le pontage – dans certains cas, pas dans tous –, avec un gain d'efficacité en ce sens que le confort de vie pour le malade était meilleur et l'opération moins invasive. Mais surtout, l'angioplastie a dépassé très largement la seule substitution au pontage. Elle s'est répandue à l'immense majorité des personnes qui ont eu une crise cardiaque, et peut même être utilisée maintenant dans un but préventif. On a d'autres exemples du même type qui sont la chirurgie de la cataracte, la prothèse de la hanche. Les progrès techniques permettent d'appliquer la nouvelle technologie et d'améliorer la qualité de vie de malades moins atteints, qui ont accès à ces nouvelles technologies.

Pour intégrer ce mécanisme de diffusion des innovations techniques dans les prévisions macroéconomiques, les économistes sont très démunis, et les hypothèses qui sont faites sont extrêmement grossières. On a tendance à dire que l'on va supposer un rythme différentiel de croissance des dépenses de santé d'1 point supérieur au PIB, ce qui est une simple prolongation des tendances passées. Mais les simulations envisagent aussi la possibilité d'un doublement du rythme de progrès technique. Dans cette hypothèse, le rythme différentiel serait de deux points, et en 2050 pour l'Europe des Quinze, on atteindrait presque 20 % de part du PIB consacrés aux dépenses de santé. Cela représente une augmentation de 12 points entre 2005 et 2050.

La croissance de la dépense de santé est-elle soutenable ? Est-elle désirable ?

Je mentionne toujours un petit calcul qu'a fait David Cutler, pour l'université Harvard, qui conduit à soulever une des bonnes questions¹. Dans le discours ambiant, on a tendance à penser que l'on va être privé si les dépenses de santé croissent dans le PIB. Ce n'est pas le cas, le gâteau continue à augmenter et Cutler a chiffré ce point en s'intéressant à la croissance de la consommation des ménages hors santé. Il montre, avec les mêmes hypothèses que celles que j'ai mentionnées précédemment, que si le rythme différentiel est de 1 point à l'horizon 2050, la consommation hors santé croîtrait encore de 150 % entre 2000 et 2050. Et si le rythme du progrès technique médical s'accélérait et que l'on avait un différentiel de 2 points, la consommation hors santé croîtrait encore de 100 %, c'est-à-dire doublerait entre 2000 et 2050. Cela signifie donc que l'on peut financer ce type de dépenses.

¹ Cutler D. M. (2006), « An international look at the medical care financing problem », in D. Wise et N. Yashiro (éd.), *Health Care Issues in the U.S. and Japan*, Chicago, University of Chicago Press, p. 69-81.

Cela soulève la question ultérieure qui est de savoir si la croissance des dépenses de santé est souhaitable ? Pour l'instant, nous n'avons pas la réponse, mais il me semble qu'il est très important de soulever cette question et de montrer qu'il est peut-être possible que nous ne dépensions pas assez pour notre santé, alors que tout le monde a en tête que l'on dépense trop dans ce domaine. Pour répondre correctement à cette question, il faut répondre à deux sous-questions qui sont : « Quel est l'impact des soins médicaux sur la longévité et la santé ? » et « La valeur des gains en santé et en longévité que l'on obtient grâce aux soins médicaux est-elle supérieure ou égale aux coûts liés aux dépenses » ?

Concernant l'impact des soins sur la santé, il y a de nombreux problèmes au niveau macroéconomique pour identifier l'effet des dépenses de soins sur la santé. Tout d'abord, il y a évidemment d'autres facteurs d'amélioration de la longévité qui sont des facteurs environnementaux, d'éducation, de santé au travail, etc. De plus, au niveau économétrique, quand on travaille sur les données individuelles, microéconomiques, les dépenses sont plus importantes pour les personnes qui en ont le plus besoin. On trouve donc souvent la corrélation inverse qui est que les résultats en santé sont d'autant moins bons que les dépenses sont importantes, uniquement parce que l'on observe que l'on dépense plus pour les gens qui sont plus malades. Ce n'est que très récemment que nous avons obtenu des résultats convaincants sur les données du National Health Service (NHS), où il a été possible d'isoler et de mesurer les dépenses de santé à besoins donnés¹. Là, on trouve un résultat convaincant quant à un impact très positif des dépenses de santé sur l'état de santé. Pour les États-Unis, un chiffrage identifie que les gains d'espérance de vie qui sont de 9 ans entre 1950 et 2000 seraient imputables, pour 3,7 années, à la baisse de mortalité due au traitement des maladies cardiaques et pour une année aux baisses de mortalité pour les accidents vasculaires cérébraux².

Pour regarder si les dépenses sont souhaitables, on peut faire un raisonnement d'économie publique simple selon lequel l'efficacité allocative est obtenue lorsque l'utilité marginale de la dépense est égale à son coût marginal. Un article extrêmement célèbre de Murphy et Topel³ daté de 2006, pour lequel les auteurs reçurent un prix de l'Association internationale des économistes de la santé, a utilisé ce principe et soulevé de nombreuses questions. Intuitivement, le modèle repose sur la valeur statistique de la vie. Par exemple, une année de vie sauvée vaudrait 100 000 dollars. Les choses sont évidemment beaucoup plus complexes et utilisées de manière beaucoup plus nuancée par les auteurs. Cela peut paraître choquant de donner ainsi une valeur à la vie mais ce concept est utilisé couramment en France en économie publique, dans les domaines du transport et de l'environnement. On peut aussi utiliser des méthodes d'évaluation contingentes. À l'aide de cet outil, on peut procéder à une mesure globale de la valeur des gains en santé et en longévité et également comparer l'apport des dépenses de santé à l'apport d'autres dépenses

¹ Martin S., Rice N. et Smith P. C. (2008), « Does health care spending improve health outcomes? Evidence from English programme budgeting data », *Journal of Health Economics*, 27, p. 826-842.

² Murphy K. M. et Topel R. H. (2006), « The value of life and longevity », *Journal of Political Economy*, 114(5).

³ *Ibidem*.

publiques comme l'éducation. On peut également mesurer le coût d'opportunité des dépenses publiques et voir s'il est justifié de faire cette dépense. Le résultat qu'obtiennent Murphy et Topel est spectaculaire : aux États-Unis, entre 1970 et 2000, les gains en santé et en longévité auraient correspondu chaque année à une valeur équivalente à 32 % du PIB. En comparant l'utilité marginale et le coût marginal, on met cette valeur en regard de la part des dépenses de santé dans le PIB aux États-Unis, qui est de 15 %. Cela suggère que l'on pourrait gagner en bien-être collectif en augmentant encore les dépenses de santé, puisque l'utilité marginale de ces dépenses est supérieure à leurs coûts. Ce résultat mériterait toutefois d'être confirmé car un seul modèle a été réalisé, avec des hypothèses controversées en différents points.

En résumé, le moteur de décroissance des dépenses de santé n'est pas le vieillissement de la population. La croissance des dépenses s'explique par la diffusion des innovations médicales, plus de biens sont disponibles et consommés. La diffusion des nouvelles technologies a entraîné des dépenses additionnelles, mais a aussi créé de la valeur grâce aux gains en longévité et en santé, valeur qui dépasse largement le coût des soins.

Comment financer les dépenses de santé ?

Pour l'instant, en France, nous avons une couverture moyenne généreuse et relativement stable par la Sécurité sociale et l'État, quoique l'on observe une érosion récente. Comme la part des dépenses de santé dans le PIB a augmenté, pour maintenir constant le taux de couverture à 75 %, il faut des taux de prélèvements obligatoires continuellement croissants. Ainsi, on consacrait 3,8 % du PIB en 1970 pour alimenter la Sécurité sociale et l'État, et maintenant, on dépense 6,7 % de PIB pour le même taux de couverture.

L'arbitrage à réaliser est le suivant. Soit on gèle le taux des prélèvements obligatoires dévolus à la santé, ce qui signifie organiser le financement du surcroît des dépenses par les organismes complémentaires. Soit on maintient le taux de couverture, ce qui signifie une augmentation des prélèvements obligatoires au rythme de la croissance future des dépenses de santé. Cet arbitrage doit être explicitement posé pour avoir un débat éclairé sur la question.

Que signifierait faire glisser le surcroît de dépenses vers les complémentaires ? La place actuelle des complémentaires couvre déjà 20 % des dépenses en ambulatoire, 13,7 % de la totalité des dépenses de santé. L'assurance complémentaire passe par l'employeur ou est en accès individuel. Si elle est en accès individuel, l'assurance est facultative et la prime est indépendante du revenu et souvent croissante avec l'âge. Ceci conduit à un financement dégressif de la complémentaire santé. D'après un chiffrage réalisé par l'IRDES, la complémentaire santé coûte 2,9 % du revenu pour les ménages les plus aisés. Pour les plus modestes, il y a un chiffrage de 10 % qu'il faudrait sans doute réviser à 8 %¹. Des chiffrages récents faits par mes collègues de

¹ Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A. et Rochereau T. (2006), « Les contrats complémentaires individuels : quel poids dans le budget des ménages ? », in *Enquête sur la Santé et la protection Sociale 2006*, Rapport IRDES, n° 1701, 2008/04.

Dauphine disent que ce serait plutôt 8 % pour les plus modestes¹. Mais si vous ajoutez ces 8 % à la CSG, les personnes du premier décile consacrent près de 16 % de leurs revenus à la couverture maladie, sans compter les « reste à charge ». Il y a donc déjà des taux de prélèvement très importants pour les personnes en bas de la distribution des revenus pour financer la santé. Cela peut conduire à un renoncement à l'assurance complémentaire et créer un problème d'accès aux soins. Or, la régulation actuelle des complémentaires ne permet pas d'éviter ces exclusions et ces inégalités. Le caractère facultatif de l'assurance complémentaire pour les individuels, joint à la concurrence entre les organismes, impose aux assureurs et même aux mutuelles, de segmenter les contrats et d'ajuster les primes au plus près des dépenses prévues pour les individus, dans la limite des réglementations du contrat responsable. Cela conduit déjà à des primes beaucoup plus élevées pour les personnes âgées, et à des primes indépendantes du revenu. Dans l'hypothèse d'un élargissement du champ d'intervention des complémentaires, les choses pourraient s'aggraver considérablement. C'est-à-dire que le renchérissement du coût des contrats pourrait conduire plus de jeunes à ne pas s'assurer. Il n'y aurait pas d'augmentation homothétique de la structure des coûts, puisque les couvertures étant facultatives, les jeunes pourraient se retirer de l'assurance complémentaire, s'ils préféraient s'auto-assurer plutôt que de payer une cotisation plus élevée. Cela accélérerait la hausse des primes des complémentaires bien au-delà du glissement dû à la croissance des dépenses de santé, parce qu'il y aurait un changement de structure du panier des assurés dans les complémentaires, et donc un risque accru de renoncement à l'assurance. À terme, on pourrait s'éloigner du modèle de l'accès pour tous à une bonne couverture et aux soins.

Un accroissement de la part des complémentaires ne peut se concevoir qu'avec une régulation qui permettrait de garantir une large mutualisation des risques. On pense au modèle de la concurrence régulée qui existe aux Pays-Bas, en Suisse, en Allemagne et dans d'autres pays. Cela marche modérément bien mais, un point important dans ce modèle de concurrence régulée, il faut que l'assurance soit obligatoire pour éviter les glissements de paniers d'assurés. Si l'assurance est obligatoire, il faut développer une réflexion sur le périmètre du panier des soins de base concerné par cette assurance complémentaire. Il faudrait alors séparer l'activité d'assurance complémentaire de l'activité d'assurance supplémentaire, interdire la sélection des assurés, imposer des primes indépendantes des caractéristiques de la personne et installer une compensation des risques. En effet, ce type de modèles nécessite un mécanisme de compensation des risques pour éviter la sélection. C'est donc un peu une usine à gaz, mais c'est possible. C'est en tout cas la seule voie pour couvrir une croissance des dépenses de santé sans générer trop d'inégalités. Cela impliquerait un changement assez considérable du métier d'assureur complémentaire tel qu'il est pratiqué actuellement en France. Par ailleurs, dans cette perspective d'un rôle accru des complémentaires, les primes resteraient indépendantes du revenu, impliquant des inégalités dans les taux d'effort pour acquérir une complémentaire.

¹ Legal A., Jusot F. et Wittwer J. (2008), « Demande de complémentaire santé : rôle du revenu et des prix des autres biens », Communication aux 30^e Journées des économistes de la santé français, Paris : www.ces-asso.org/Pages/index.php?redir=http://www.ces-asso.org/Pages/JESF_2008.htm.

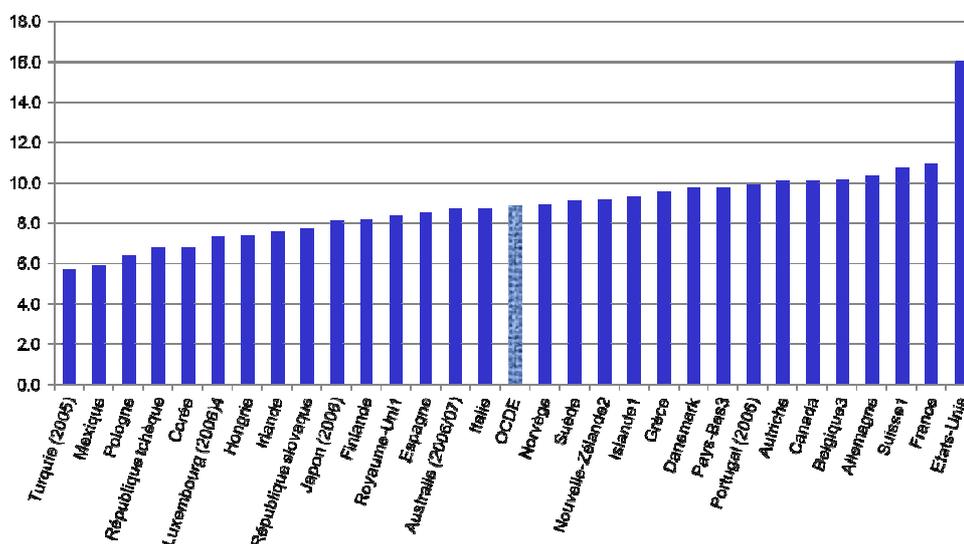
II. Les dépenses de santé dans les pays de l'OCDE : niveau, financement et efficience

Valérie PARIS, Division santé de l'OCDE

Quelques données sur les dépenses de santé dans les pays de l'OCDE

Je vais commencer par resituer la France dans un contexte international. En utilisant une définition harmonisée pour les pays de l'OCDE de la part des dépenses de santé dans le PIB, les États-Unis dépensent 16 % de leur produit intérieur brut pour la santé, la France arrivant juste après, dans ces données internationales, avec environ 11 %. Puis, pour les pays européens, vous avez l'Allemagne et la Suisse qui sont à des niveaux très proches. Le Royaume-Uni se distingue toujours par un niveau beaucoup plus faible, autour de 8 %, proche de celui du Japon (graphique 1).

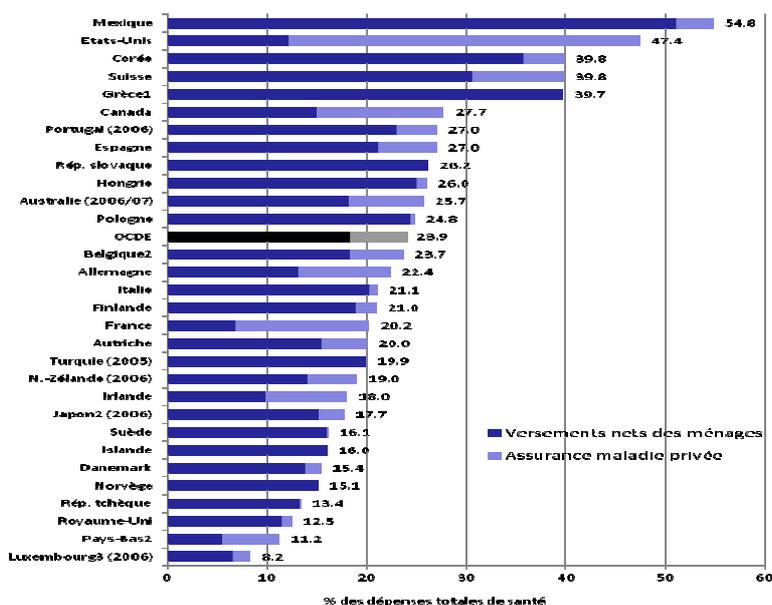
Graphique 1 : Part des dépenses de santé dans le PIB dans les pays de l'OCDE (en %)



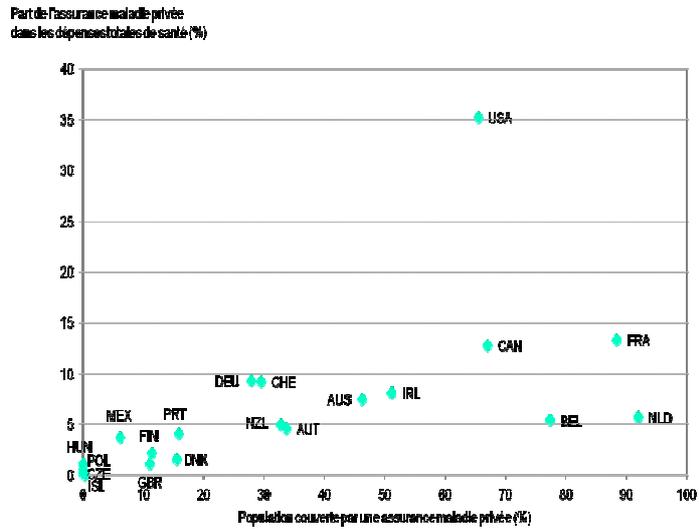
Les dépenses de santé sont très liées au niveau de revenu du pays et elles augmentent classiquement lorsque le revenu augmente. Malgré tout, on peut remarquer qu'à niveau de revenu égal, ou presque, on a un niveau de dépense de santé par tête assez différent. Par exemple, alors que le PIB de l'Espagne est seulement 3 % inférieur à celui de la France, les dépenses de santé sont elles 25 % inférieures à celles de la France. Les Britanniques qui ont un niveau de richesse supérieur de 9 % à la France ont eux un niveau de dépense inférieur de 17 %. Le Japon a également un niveau de richesse très proche et dépense un quart de moins que la France (graphique 2).

Le graphique 4 met en évidence le complément du financement public, c'est-à-dire le financement privé des dépenses de santé. Le total des deux ne fait pas exactement 100, parce que demeure un financement résiduel des entreprises ou d'institutions à but non lucratif. Pour l'ensemble des pays de l'OCDE, le financement privé représente à peu près un quart des dépenses totales, dont trois quarts sont des versements directs des ménages. Si l'on se limite aux pays européens, les dépenses privées représentent plutôt 1/5^e des dépenses totales, et 84 % sont des versements directs des ménages. Il est à noter que dans les statistiques de l'OCDE, la Suisse et les Pays-Bas, qui fonctionnent avec des systèmes d'assurance dits privés, tiennent absolument à considérer les dépenses engagées par ces assurances comme des dépenses d'assurance sociale. C'est un peu compliqué pour notre comptabilité et nos comparaisons, mais l'argument est que cette assurance est tellement réglementée qu'elle ressemble plus à une assurance sociale qu'à une assurance privée. Ce que l'on voit apparaître ici, pour la Suisse et pour les Pays-Bas, ce sont donc seulement des systèmes d'assurance supplémentaires et non les assurances de base. La France a un profil particulier car le financement privé y représente 1/5^e, ce qui est assez conforme à la moyenne européenne, mais un tiers seulement de ces versements directs provient des ménages. Cela tient au rôle particulier que joue l'assurance privée en France, qui couvre autour de 92 % de la population, pour une participation aux dépenses de santé qui avoisine 14 %, ce qui est tout à fait exceptionnel. Le Canada a un profil similaire, mais avec un arrangement très différent, puisque les soins de base – c'est-à-dire hôpital, soins de médecin – sont totalement couverts par le système public au Canada. L'assurance privée ne peut intervenir qu'en tant qu'assurance supplémentaire, c'est-à-dire couvrir ce qui n'est pas compris dans le panier de soins financés publiquement (par exemple, aussi étonnant que cela puisse paraître, les médicaments). Les États-Unis sont également très particuliers puisqu'un peu plus de 60 % de la population est couverte par une assurance privée agissant comme couverture de base, et non comme assurance complémentaire ou supplémentaire (graphique 5).

Graphique 4 : Parts des dépenses privées dans le financement des dépenses de santé

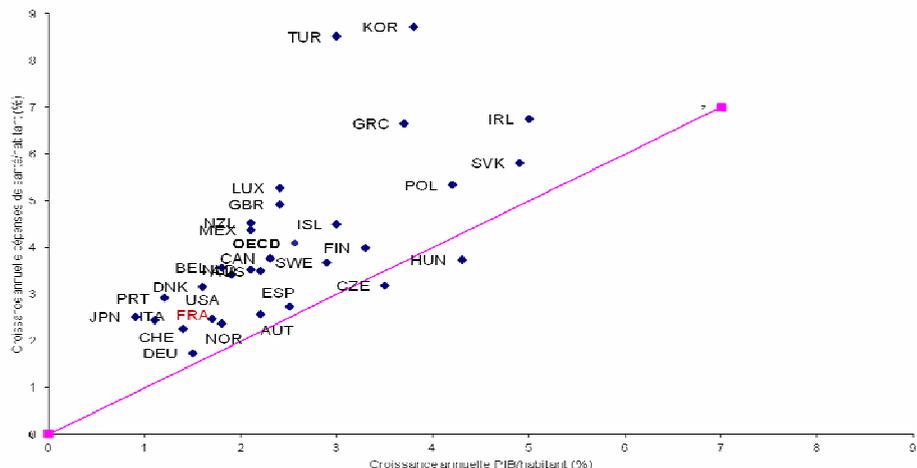


Graphique 5 : Part de la population couverte par une assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE



En ce qui concerne l'évolution des dépenses de santé sur la dernière décennie (1997-2007), en termes réels, elles ont augmenté plus vite que le PIB : + 4,5 % par an en termes réels alors que le PIB dans la zone OCDE n'augmentait que de 2,6 % par an. Cependant, certains pays de l'OCDE ont connu des croissances spectaculaires de leurs dépenses de santé, de 8 % à 9 % (graphique 6). Certains, comme la Turquie ou la Corée, ont élargi la population couverte par l'assurance maladie tandis que d'autres, comme la Grande-Bretagne ou le Canada, ont décidé d'investir dans la santé de manière à rattraper un niveau de dépenses qui à un moment donné a été jugé trop faible et ne répondant pas aux attentes des populations, ce qui justifiait un investissement. Sur le graphique 5, la diagonale représente la bissectrice, qui correspondrait à une évolution parallèle des dépenses de santé et du PIB. La France est un peu au-dessus sur toute cette période. Seuls deux pays ont eu des croissances inférieures, la République tchèque et la Hongrie. L'Allemagne a réussi à maintenir une croissance des dépenses de santé à peu près parallèle à la croissance du PIB, en particulier grâce à un ensemble de mesures prises pour maîtriser ces dépenses (enveloppes globales qui s'appliquent à la rémunération des médecins).

Graphique 6 : Évolution des dépenses de santé entre 1997 et 2007 dans les pays de l'OCDE



Ce graphique montre aussi que, contrairement à une idée reçue, les systèmes nationaux de santé, qui définissent en début d'année un budget strict et qui ne peut être dépassé, et ont donc un système de « commande et contrôle » plus important que les nôtres, ne sont pas forcément mieux lotis, ou en tout cas, n'ont pas cherché à ramener la croissance des dépenses de santé au niveau de la croissance du PIB. Des systèmes d'assurance maladie comme l'Allemagne et l'Autriche, qui seraient donc incontrôlables, comme on le dit souvent du système de santé français, ont eu des niveaux de croissance assez faibles.

On ne peut donc pas déduire de toutes ces comparaisons un niveau optimal des dépenses de santé. La seule chose que l'on pourrait faire, c'est se dire qu'il y a au moins un pays qui arrive à 16 %, sans pour cela que le système de santé soit à la base de la crise du système. Malgré tout, cela n'empêche pas de s'interroger sur l'efficacité des dépenses de santé, qui constitue un préalable.

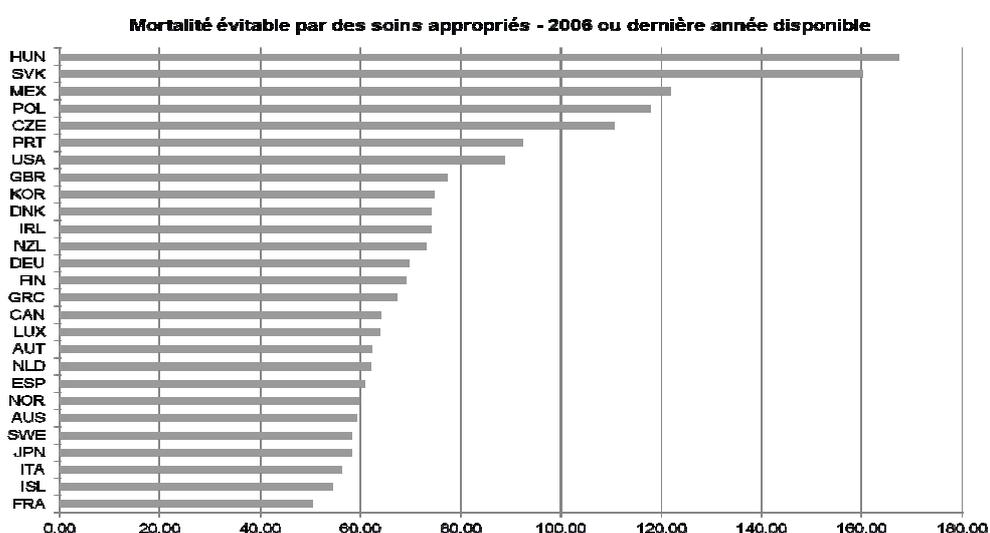
Que sait-on de l'efficacité des dépenses de santé ?

Je définis ici l'efficacité comme les résultats obtenus, c'est-à-dire les gains en santé, en rapport avec les moyens engagés. On a un certain nombre de difficultés pour mesurer ce que les systèmes de santé produisent. Deux questions se posent : « Comment mesurer l'amélioration de l'état de santé de la population ? » et « Comment distinguer la part de cette amélioration que l'on peut imputer aux dépenses de santé ? ». On est immédiatement gêné par les données disponibles. Même si en la matière des progrès immenses ont été réalisés dans les trente dernières années, les données dont on dispose de manière régulière portent sur la mortalité ou l'espérance de vie, la mortalité par cause, éventuellement la mortalité évitable, c'est-à-dire le nombre d'années de vie perdues avant 70 ans, pour certaines causes que l'on pourrait éviter. D'autres données sont notoirement indisponibles, surtout quand on veut considérer un niveau général et pas seulement l'efficacité d'une intervention particulière. Ce sont des indicateurs qui prendraient non seulement en compte l'allongement de la durée de vie ou la mortalité, mais aussi la qualité de la vie ou des années de vie gagnées. On se rabat aussi parfois sur des indicateurs de qualité des soins. L'OCDE a développé depuis plusieurs années un important programme pour construire des indicateurs de qualité des soins qui ne sont pas toujours des *outcomes* mais qui indiquent cependant des choses intéressantes comme par exemple le taux de survie par type de cancers, le taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour infarctus, le taux d'hospitalisation pour crise d'asthme ou la qualité du suivi des patients diabétiques. Je ne les présente pas mais ce qui est assez frappant, c'est qu'on ne peut pas dégager un pays qui aurait une excellente performance sur tous ces indicateurs. Cela nous laisse finalement avec une image assez floue des réussites des systèmes.

Je vais présenter un nouveau concept, que l'on appelle la « mortalité évitable par des interventions appropriées du système de soins » (*mortality amenable to healthcare*). Il s'agit de sélectionner un certain nombre de causes de mortalité, parmi les plus importantes dans ces pays développés, et, à partir d'une revue de la littérature sur l'efficacité des différentes interventions du système de santé, de regarder quelle part

de la mortalité avant 75 ans pourrait être évitée par des interventions appropriées du système de soins. Par exemple, on considère que la totalité de la mortalité par cancer du sein pourrait être évitée si le système de soins faisait bien son travail, que seulement la moitié de la mortalité par accident vasculaire cérébral pourrait être évitée et que la mortalité par asthme ne pourrait être évitée qu'avant 45 ans. Je vous présente ici les résultats à partir d'une liste établie par Ellen Nolte et Martin McKee, pour l'ensemble des pays de l'OCDE, pour l'année 2006¹. Le graphique 7 montre les taux de mortalité évitables, standardisés pour 100 000 personnes, pour l'ensemble de ces causes qui pourraient être évitées par des interventions appropriées du système de soins. La France a de très bons résultats et les pays qui ont les résultats les moins bons sont aussi les moins riches de l'OCDE.

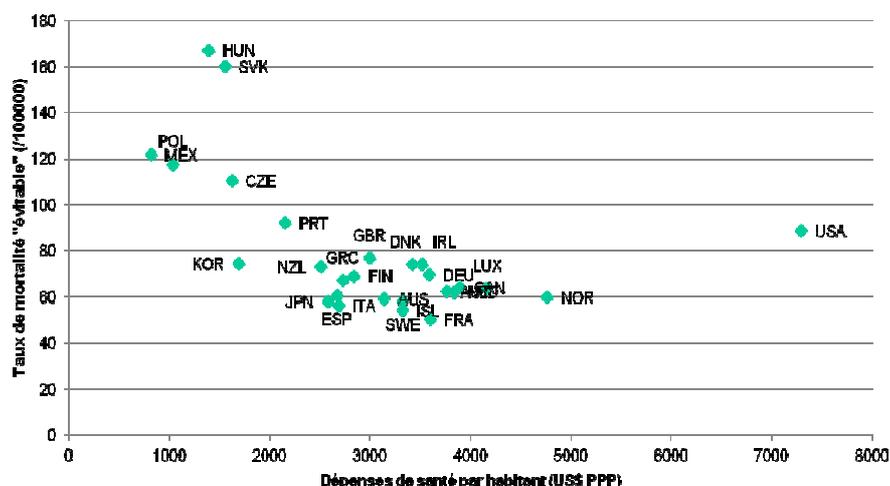
Graphique 7 : Mortalité évitable par des soins appropriés dans les pays de l'OCDE



Cet indicateur a cependant des défauts qui font qu'il n'est pas encore totalement satisfaisant pour mesurer la performance du système de soins. D'abord, pour certaines maladies comme les accidents vasculaires cérébraux, dont on considère que le système de soins ne peut que réduire de moitié la mortalité, les pays dans lesquels la prévalence des accidents vasculaires cérébraux est très élevée sont désavantagés par rapport aux pays où la prévalence est plus faible. Le graphique 8, qui met en rapport les dépenses de santé par habitant en abscisse et le taux de mortalité évitable par le système de soins, présente des points aberrants, comme les États-Unis. Cependant, il est intéressant d'observer que le Japon et la Norvège, pour un niveau équivalent de taux de mortalité évitable, ont des dépenses qui varient presque du simple au double. Cela traduit évidemment des phénomènes de prix, mais il y a aussi probablement un phénomène d'efficience.

¹ Nolte E. et McKee M. (2008), « Measuring The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis », *Health Affairs*, 27(1).

Graphique 8 : Lien entre niveaux de dépense et mortalité « évitable » par des soins appropriés



Une étude effectuée par le département économique de l'OCDE, dont les premiers résultats ont été publiés en 2008 et dont de nouveaux résultats sont à paraître, a essayé d'évaluer l'efficacité des systèmes de santé des pays de l'OCDE à partir de deux méthodes. La première utilise de l'économétrie de panels, en prenant comme *outcome* l'espérance de vie et comme variables explicatives les dépenses de santé, certaines données sur les styles de vie comme le pourcentage de fumeurs, la consommation d'alcool, le régime, des indicateurs de pollution, d'éducation et de niveau de revenu.¹ Le tableau 1 résume certains résultats.

Tableau 1 : Contributions des dépenses de santé (et autres variables explicatives) à l'amélioration de « l'état de santé » 1991-2003

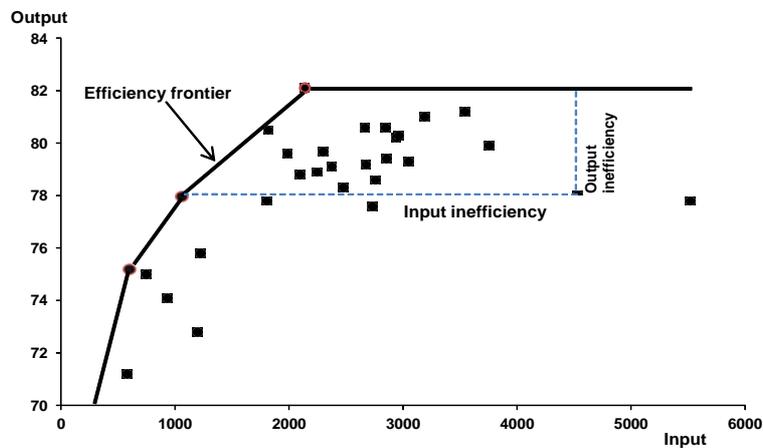
Explained by :	Gains in life expectancy				Decline in infant mortality rate	Memorandum item : 1991-2003 changes
	At birth		At 65			
	Female	Male	Female	Male		
	<i>Years</i>				<i>Deaths/1000 live births</i>	<i>Per cent</i>
Health care spending	1.12.	1.18	0.33	0.25	- 2.37	56.2
Smoking	0.05	0.16	0.10	0.23	- 0.30	- 22.6
Alcohol	0.05	0.07	0.02	0.00	- 0.24	- 6.7
Diet	0.02	0.02	0.02	0.03	0.04	7.4
Pollution	0.14	0.30	0.15	0.22	- 0.77	- 19.7
Education	0.52	0.51	0.26	0.14	- 0.90	24.8
GDP	0;09	0.68	0.22	0.47	- 1.09	28.5
<i>Memorandum item :</i>						
Observed changes	2.49	3.45	1.40	1.63	- 4.67	

Les deux premières colonnes du tableau 1 montrent la part des gains en espérance de vie à la naissance, qui est expliquée par les dépenses de santé. On obtient *grosso modo* 35 % à 40 % des gains en longévité qui, d'après ce modèle, seraient expliqués par les dépenses de santé.

¹ Joumard I. *et al.* (2008), « Health status determinants: Lifestyle, environment, health care resources and efficiency », *Working paper*, n° 627, Département d'économie de l'OCDE : [www.oilis.oecd.org/oilis/2008doc.nsf/ENGDATCORPLOOK/NT0000363E/\\$FILE/JT03249407.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2008doc.nsf/ENGDATCORPLOOK/NT0000363E/$FILE/JT03249407.PDF).

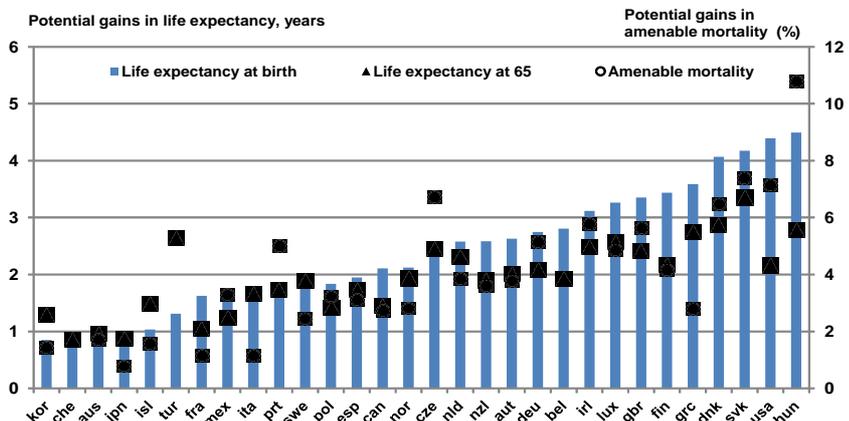
La seconde méthode est une *data envelopment analysis*, qui consiste à définir, à partir des données sur les pays de l'OCDE, une frontière d'efficacité, en considérant un indice composite d'*inputs* qui contient les dépenses de santé, mais aussi un indice qui regroupe plusieurs données sur l'environnement économique, l'éducation notamment. La frontière d'efficacité permet de mesurer l'efficacité ou l'efficacité relative des pays les uns par rapport aux autres. Il ne s'agit pas d'une mesure d'efficacité absolue, mais seulement d'une mesure relative par rapport aux autres pays de l'OCDE. Le graphique 9 donne les résultats pour un pays qui serait marqué par les deux traits bleus. Ces résultats permettent soit de mesurer combien d'unités d'*output*, en l'occurrence combien d'années de vie vous pourriez gagner avec le même niveau d'*input* ou inversement, le montant que l'on pourrait économiser pour le même niveau d'*output*.

Graphique 9 : La notion de frontière d'efficacité



Le graphique 10 présente les résultats généraux. La France est relativement bien placée, plutôt sur la gauche du graphique, on pourrait peut-être gagner une année et demie d'espérance de vie. Plusieurs simulations ont été réalisées afin de voir si les résultats changent en fonction de la mesure d'*outcome* choisie. Les petits ronds figurent une autre mesure d'efficacité dans laquelle on a utilisé la mortalité évitable à la place de l'espérance de vie. Avec une telle mesure d'*outcome*, la France serait encore mieux placée.

Graphique 10 : Gains potentiels en santé dans les pays de l'OCDE, à dépenses de santé constantes



Pour conclure, la question des réserves d'efficience doit être posée en même temps que la question sur le niveau souhaitable des dépenses, parce qu'il est important, surtout lorsqu'on parle de dépenses publiques, de se demander si un euro supplémentaire investi en santé produit une valeur supérieure à cet investissement et surtout s'il produit plus qu'un autre investissement réalisé dans un autre domaine, même en termes de santé. Dans des périodes de crise économique, on peut se demander si les investissements en logement ou dans d'autres domaines ne pourraient pas avoir une valeur supérieure, même en termes de santé.

III. Le concept de « niveau optimal » de dépenses de santé : idées reçues, influences idéologiques et rôle de l'économiste

Philippe ULMANN, directeur de la politique de santé à la Caisse nationale du RSI

Je ne vais pas revenir sur les notions de dépenses, niveau de dépenses, composition de la dépense, mais plutôt me placer sous un angle d'économie politique et donner un éclairage d'économiste, mais aussi, dans une certaine mesure, en tant qu'acteur du système d'assurance maladie. Je reviendrais tout d'abord, sur la signification du concept de niveau optimal de dépenses de santé. Ce concept suggère qu'il serait possible ou souhaitable de déterminer un niveau optimal de dépenses de santé qui permettrait d'assurer un état de santé optimum de la population, tout en préservant les grands équilibres macroéconomiques et en favorisant la croissance économique *via* les canaux de diffusion de la croissance générés par l'amélioration de l'état de santé. Cela renvoie donc à la question de la maîtrise des dépenses de santé, de la régulation et de l'allocation optimale des ressources.

Bien définir la question du niveau optimal des dépenses de santé nécessite à mon sens de revenir sur les différentes notions sous-jacentes à ce concept : la question de l'efficience des dépenses déjà en partie évoquée, la question de la régulation, la question de la politique de santé et de la politique économique, le lien entre santé et dépenses de santé et l'impact sur la croissance. Pourquoi revenir sur ces concepts ? Pour essayer d'éviter les idées reçues mais aussi pour éviter que le débat ne soit trop pollué par des notions idéologiques ou politiciennes, et, surtout, pour contribuer utilement au débat public et à l'aide à la décision. Il faut également insister sur le rôle qui revient à chacun des acteurs, l'économiste, le citoyen, mais également le décideur politique, à qui il appartient, au nom de la représentation nationale, de décider pour la population.

Une approche économique du concept de « niveau optimal »

Les origines du concept sont assez récentes, notamment dans les pays développés. Son utilisation y date de 10 à 20 ans, alors que ce sont des questions connues depuis plus longtemps dans les pays en développement, mais pour d'autres raisons. L'apparition de ce nouveau concept est liée à deux principaux faits générateurs. D'une part, l'évolution des systèmes de santé, caractérisés depuis une trentaine d'années dans les pays développés par une forte hausse de la dépense avec des facteurs d'offre et de demande très puissants conduisant à une crise du financement dans la plupart des pays développés depuis les années 1980. Parallèlement, il y a à

mon sens une deuxième explication qui tient plus à la théorie économique en tant que telle, puisque sont apparus au milieu des années 1980 de nouveaux concepts et de nouveaux paradigmes sur la croissance économique, avec notamment l'émergence des nouvelles théories de la croissance, dites théories de la croissance endogène. Ceci a permis de mettre en avant, d'une certaine manière, la reconnaissance du rôle moteur de la santé sur la croissance économique. Ces nouvelles approches économiques ont changé les termes du débat. Pendant une trentaine d'années, de la période d'après-guerre jusque dans les années 1980, l'approche de la croissance était celle de l'école néoclassique telle qu'elle était connue depuis Solow et les dépenses publiques, les dépenses de santé notamment, étaient considérées comme étant essentiellement une charge pour la société. Les tenants de ces nouvelles approches dites de la croissance endogène ont au contraire montré que la dépense publique pouvait être une source de croissance sous un certain nombre de conditions. Nous avons donc connu une sorte de réhabilitation de la dépense de santé en tant que dépense qui pouvait générer de la croissance, pour différentes raisons. La première découle de la notion de capital humain, puisque la santé étant l'une des composantes du capital humain, elle permet d'améliorer ce capital au même titre que l'éducation et donc de faire que les personnes vivent plus longtemps, soient plus productives, aient un intérêt à investir dans l'avenir au niveau de leur éducation, et qu'elles aient peut-être une préférence pour le futur, supérieure à celle des générations passées. Ceci introduit des comportements d'épargne, d'investissement, etc. Toute cette nouvelle approche des théories de la croissance endogène a permis d'illustrer le fait que les dépenses de santé pouvaient, sous certaines conditions que j'évoquerai tout à l'heure, être génératrices de croissance économique.

Cependant, cela n'exonère pas de se poser la question de l'efficacité de la dépense. Il est parfois utile de rappeler, surtout vis-à-vis des acteurs du système de santé, que la politique de santé – c'est peut-être une lapalissade – a pour principal objectif d'améliorer l'état de santé de la population. Il ne s'agit ni d'une politique économique, ni d'une politique salariale, ni d'une politique industrielle. Quand on élabore une politique de santé, l'objectif est bien d'améliorer l'état de santé de la population, ce n'est pas de se demander si cela va engendrer 10 000 chômeurs de plus dans une industrie pharmaceutique du Sud-Ouest ou si cela va limiter la hausse des salaires de certains praticiens hospitaliers. Ce n'est pas l'objectif principal de la politique de santé. Néanmoins, la politique de santé ne doit pas s'exonérer d'un certain nombre de contraintes. Elle doit notamment respecter un équilibre délicat entre trois objectifs : le réalisme macroéconomique, c'est-à-dire essayer autant que faire se peut de préserver les grands équilibres macroéconomiques, l'efficacité microéconomique – être sûr que l'utilité marginale soit au moins égale au coût marginal – et l'équité sociale. Pour vulgariser les choses, se poser la question de l'efficacité, c'est s'assurer que toute hausse de dépenses de santé se traduit bien par une amélioration de l'état de santé. Cela conduit tout de suite à soulever un problème, en partie évoqué par les intervenants précédents, qui est la difficulté à mesurer cette efficacité. Dans une approche macroéconomique de la santé, on est confronté à des difficultés, rappelées par Valérie Paris, de choix des *outputs*, des indicateurs pour mesurer l'état de santé. L'espérance de vie, la mortalité infantile sont des indicateurs intéressants mais partiels. Dès que l'on essaie de construire des indicateurs plus

complexes ou un peu plus fins, on est confronté à la difficulté de la non-disponibilité des données et surtout à l'impossibilité de comparer les pays les uns par rapport aux autres. Au-delà même de ces problèmes, la mesure de l'état de santé demeure difficile même au niveau individuel, notamment au regard des différences entre une approche négative de l'état de santé, qui est celle de la morbidité, et une approche maximaliste qui est celle de la définition de l'état de santé par l'OMS, un bien-être total, physique, psychique, mental... qui semble impossible à mesurer.

À partir du moment où l'on ne dispose pas d'une fonction de production de santé robuste, mesurer l'efficacité est un peu compliqué. Il faut donc trouver des stratégies de contournement et je pense que les travaux récents de l'OCDE que vient de présenter Valérie Paris sont à ce titre assez intéressants et pourraient nous permettre d'avancer.

Par ailleurs, depuis plusieurs années, le lien entre dépenses de santé et état de santé fait débat. De quoi parle-t-on ? De dépenses de santé, de dépenses d'assurance maladie, de dépenses de soins ? Les soins sont-ils aujourd'hui le principal vecteur de l'amélioration de l'état de santé ? En posant la question, j'y réponds déjà partiellement. L'économiste doit aborder cette question sous l'angle de l'allocation optimale des ressources. Cette question de l'allocation optimale des ressources est surtout prégnante dans les systèmes de santé qui reposent principalement sur un financement public comme le nôtre. Un tel financement impose en effet de réfléchir en termes de coût d'opportunité. Une hausse de la part des dépenses de santé dans la richesse nationale représente, toutes choses égales par ailleurs, une renonciation à l'augmentation pour d'autres secteurs, social, éducatif, économique. Cette notion de coût d'opportunité doit toujours être présente à l'esprit de l'économiste, mais également à celui du décideur. Si je décide d'investir dans tel secteur, le retour sur investissement sera-t-il supérieur pour la politique que je souhaite mener par rapport à un investissement dans un autre secteur ? Pour cela, il faudrait être en capacité de mesurer les effets sur l'état de santé pour savoir si la productivité marginale des dépenses de santé sur celui-ci est bien supérieure à celle des dépenses sociales ou d'éducation, voire d'investissement. Ce n'est plus forcément le cas dans les pays développés. On admet depuis une trentaine d'années, depuis les travaux des épidémiologistes comme McKeown ou Cochrane, que sur longue période notamment, l'amélioration de l'espérance de vie n'est due que pour une part limitée à la médecine. Selon des chiffres, d'ailleurs repris par le Haut Comité de la santé publique (HCSP) dans les années 1990, sur longue période, la médecine ne jouerait que pour 15 % à 20 % dans l'amélioration de l'espérance de vie, tout ceci étant variable selon la zone et les périodes considérées.

On peut donc se demander si augmenter les dépenses de santé, en ayant une vision exclusivement limitée du système de santé aux seules dépenses de soins, est la meilleure manière d'améliorer l'état de santé. On peut s'interroger sur les gisements qui existeraient dans d'autres types de politiques, notamment l'éducation, la protection sociale, etc. Ce n'est pas un questionnement nouveau, le débat de la dichotomie entre santé et éducation est bien connu des économistes du développement, et, selon la phase de développement dans laquelle se trouve un pays, il peut être préférable d'investir d'abord dans l'éducation pour avoir ensuite un effet d'entraînement sur la santé. Dans d'autres périodes, à d'autres stades de

développement économique, il peut être préférable d'investir dans la santé pour avoir un effet sur l'éducation, *via* les vecteurs du capital humain que j'évoquais tout à l'heure. Si l'on veut améliorer l'état de santé de la population, n'aurait-on pas plutôt intérêt à augmenter les dépenses sociales, à augmenter les dépenses d'éducation plutôt que les dépenses d'assurance maladie ? Quoi qu'il en soit, tout ce que je viens d'évoquer sur l'efficiencia milite pour une maîtrise des dépenses. Maîtriser les dépenses ne veut pas dire arrêter l'augmentation des dépenses de santé voire les baisser, mais maîtriser leur évolution. Le rôle de l'économiste est donc bien d'analyser et d'évaluer les politiques mises en place, ou qui pourraient l'être, ainsi que les facteurs et les comportements qui sont à l'œuvre afin d'éclairer au mieux la décision publique. Il ne doit pas se substituer aux politiques pour déterminer le niveau optimal de dépenses de santé, mais uniquement en expliquer les tendances et les déterminants, comme a pu le faire par exemple le HCAAM il n'y a pas très longtemps, en démontrant que sur une période récente, les dépenses de santé étaient à + 1 point, + 1,5 point par rapport à l'évolution du PIB.

Une approche politique du niveau optimal de dépenses de santé

Un certain consensus semble se dessiner pour dire que la croissance des dépenses de santé paraît relativement inexorable, et dans une certaine mesure, souhaitable à deux conditions : si cela correspond bien aux aspirations de nos sociétés, ce que semblent confirmer les enquêtes d'opinion menées en France et en Europe, et dès lors qu'il s'agit d'un choix éclairé et pris en connaissance de cause. De ce point de vue, les concepts de base de l'économie, à savoir le coût d'opportunité, l'allocation optimale des ressources, l'efficiencia devraient être plus largement exposés aux citoyens et à leurs représentants pour une meilleure compréhension des décisions en termes de politique de santé et de réformes proposées. Très concrètement, qu'est-ce que cela signifie si, toutes choses égales par ailleurs, on augmente de 3 % les dépenses de santé ? Les citoyens sont-ils prêts à voir leurs impôts augmenter ? Sont-ils prêts à ce qu'en contrepartie on gèle les dépenses d'éducation ? On entend souvent dire « Plutôt que de construire un deuxième sous-marin nucléaire, augmentons les dépenses de santé ». Est-on prêt à toutes les répercussions que cela implique : diminution du secteur de l'armement en France, baisse des exportations, augmentation du nombre de chômeurs, etc. Ce type de débats n'a jamais lieu en France, où l'on est en incapacité de présenter les choses de manière dédramatisée pour faire émerger une prise de décision partagée.

De ce fait, la question de la dépense de santé est un débat très teinté d'idéologie partisane. Jusqu'aux années 1980, la question de l'utilité de la dépense de santé était relativement absente du débat public, du fait du contexte économique. Puis face aux difficultés de soutenabilité financière des systèmes de santé, publics ou socialisés, ce sont dans un premier temps les tenants de l'orthodoxie budgétaire qui ont dominé le débat, en réduisant les dépenses de santé à une charge pour la société. Puis est apparu, comme je l'évoquais tout à l'heure, à la fin des années 1990 – une petite dizaine d'années après l'apparition des nouvelles théories de la croissance endogène, puisqu'il faut toujours un temps pour que les connaissances de la recherche atteignent la sphère du débat public – un courant qui a visé à réhabiliter la dépense publique, donc la dépense de santé, arguant de son rôle moteur dans

l'économie. Le problème c'est que ce courant économique a été exploité à des fins moins avouables par les tenants de la dépense, et nous avons vu se mettre en place en France des coalitions d'intérêt entre industries pharmaceutiques, médecins et syndicats de salariés. Le secteur de la santé en France est peut-être le seul secteur où vous pouvez voir dans un défilé, côte à côte, la CGT, les syndicats de médecins et l'industrie pharmaceutique manifester tous pour la même chose, à savoir une augmentation encore plus forte des dépenses de santé. C'est l'opinion que j'en avais du temps où j'étais du côté de l'université, et ce sentiment n'a fait que se renforcer maintenant que je suis passé du côté de l'assurance maladie et que je vois comment les débats s'organisent, avec parfois des positions qui se rejoignent entre les deux extrêmes du prisme politique.

Les travaux sur les théories de la croissance endogène ont donc été du pain bénit pour les tenants de la dépense, et ont pu servir à éluder les problèmes d'efficience. À ce titre, les graphiques présentés par Valérie Paris rejoignent tout à fait ce que j'évoquais. Les graphiques sur les années de vie potentiellement gagnées grâce à des soins appropriés m'ont aussi beaucoup frappé. Je suggérerais simplement que derrière, on mette le graphique des années de vie potentiellement perdues, qui ne sont pas liées au système de soins, ce qui placerait la France parmi les derniers du classement. Ceci renforcerait mon propos qui consiste à dire que nous avons un bon système de soins parce que nous avons eu un tropisme vers cela en France, au détriment notamment de la prévention mais que pour ce qui est extérieur au système de soins pur, au curatif, on a de grandes marges de progrès à faire, ce qui militerait pour ne pas forcément augmenter uniquement la dépense de santé pour améliorer l'état de santé, mais peut-être d'autres types de dépenses, comme la prévention, l'éducation, etc.

Enfin, j'en terminerai par le déficit de débat démocratique en France, puisqu'il est toujours illustratif de voir qu'à l'occasion des campagnes présidentielles, qui aujourd'hui rythment l'essentiel de la vie politique française, le débat de la santé est toujours absent. Je me souviens d'un Premier ministre, candidat il y a maintenant une quinzaine d'années, dire en *off* sur un plateau de télévision « On ne parle surtout pas de santé, c'est casse-gueule, je ne veux pas prendre de risques ». Contrairement à d'autres pays développés, notamment ceux du nord de l'Europe, Scandinavie, Royaume-Uni, Pays-Bas voire Allemagne, la question de la santé n'a jamais fait l'objet d'un débat politique approfondi. Elle a été laissée aux mains des seuls lobbys, la population n'ayant jamais pu être associée à des débats de fond et des choix explicites de société. Il n'y a bien souvent pas d'autre parole adressée aux patients sur le système de santé que celle des médecins dans leur cabinet. C'est aussi l'héritage d'un laxisme de plusieurs décennies en termes de régulation en France, les décideurs n'ayant jamais réussi, malgré quelques avancées ou tentatives ces dernières années, à réformer en profondeur, contrairement à nos pays voisins. À ce titre, je trouve que l'exemple du Royaume-Uni est tout à fait éclairant : Tony Blair s'est fait élire en 1997 sur un programme extrêmement précis qui comportait un plan d'investissement majeur dans le système de santé et une réforme du système éducatif pragmatique. Tout ceci était exposé de façon très claire dans son programme. L'objectif pour la santé était, sur une trajectoire de moyen ou long terme, que la dépense de santé dans le PIB au Royaume-Uni rejoigne la moyenne des pays

de l'OCDE. C'est ce qu'ils ont réalisé d'une manière volontariste. De la même manière, à certaines périodes, l'Allemagne a aussi pu le faire. La France, faute d'avoir su véritablement réguler et mettre en avant l'efficience, s'est privée de ces marges de manœuvre.

En conclusion, il serait nécessaire de pouvoir lancer un véritable débat de fond dans la société, en essayant de faire œuvre de pédagogie pour expliquer les concepts que j'ai rapidement évoqués tout à l'heure, pour bien faire comprendre aux décideurs et à la population les enjeux de toute décision de politique de santé et de politique économique. Dans ce cadre, on pourrait éventuellement fixer un niveau optimal de dépenses de santé, collectivement, malgré les limites dont je parlais tout à l'heure d'un point de vue méthodologique. Ce débat me semble d'autant plus urgent dans le contexte actuel de crise des finances publiques, d'augmentation toujours soutenue de la dépense, d'un certain tarissement de la maîtrise médicalisée ou de la lutte contre la fraude, qui sont des leviers qu'a promu l'assurance maladie depuis quatre ans. Cependant, « à force de gratter », il ne reste plus grand-chose à trouver, en tout cas dans le secteur ambulatoire, et nous allons avoir du mal à faire des plans d'économie de 2 à 3 milliards chaque année, sauf à s'attaquer vraiment à l'hôpital. C'est véritablement l'efficience qu'il faut essayer de mettre en avant, de développer, tout en éclairant le débat public, pour donner tous les outils aux décideurs publics afin de prendre des décisions qui soient admises par la population.

IV. Débat

[Laurent BORELLA, Malakoff Médéric](#)

Je voudrais revenir rapidement sur la notion de régulation globale du système, en regrettant justement que l'approche systémique soit souvent mal prise en compte par les pouvoirs publics qui raisonnent essentiellement finances, budget et régulation politique ou par le règlement et les systèmes descendants. Je pense que l'on peut aussi introduire une notion de régulation de système. Je voulais soumettre la proposition notamment à Brigitte Dormont en disant que la bonne façon d'analyser le problème me semble être de considérer la protection santé des personnes jusqu'au reste à charge final, c'est-à-dire sécurité sociale + complémentaire. Vous avez dit que la situation de la France était tout à fait particulière en Europe parce qu'on est un des rares systèmes de co-paiement avec une part des complémentaires qui n'est pas négligeable. Je pense que nous pourrions mieux identifier le rôle respectif de l'assurance obligatoire et de l'assurance complémentaire en matière de capacité régulatrice, et pas simplement en matière de capacité contributive au financement de la protection sociale.

Aujourd'hui, on raisonne énormément en transfert de charges. Je pense qu'il faudrait introduire un autre paramètre qui me paraît tout à fait important et qui est très peu présenté jusqu'ici, c'est que l'assurance maladie a des capacités régulatrices propres, liées à son statut, à ses modes de fonctionnement, mais que les complémentaires ont des capacités régulatrices propres également, probablement insuffisamment développées jusqu'à aujourd'hui, et je pense que les pouvoirs publics pourraient inciter les complémentaires à développer ces capacités-là. On devrait considérer que la régulation du système, c'est-à-dire à la fois la maîtrise des coûts, la

promotion de la prévention, la promotion de la qualité des soins et de l'efficacité du système pour la santé des Français, pourrait bénéficier d'une meilleure prise en compte de l'apport respectif des complémentaires et de l'assurance maladie obligatoire, de façon complémentaire et pas de façon superposée ou en conflit.

Brigitte DORMONT

Vous avez tout à fait raison, je n'ai pas du tout évoqué cet aspect du rôle des assurances complémentaires, je n'ai parlé que des problèmes d'inégalité, d'équité du côté du paiement de la souscription d'un contrat. La capacité éventuelle des assureurs complémentaires de jouer un rôle de régulateur pour la recherche d'une meilleure efficacité productive est un débat très important dans notre pays. Je pense que les conclusions ne sont pas établies. Le lien entre mode de financement et efficacité productive n'est pas clair du tout. La revendication actuelle des assureurs complémentaires est de dire « Laissez-nous entrer dans la gestion du risque, nous sommes des partenaires plus compétents pour être responsabilisés. Comme nous serons en concurrence pour des parts de marché, nos primes seront d'autant moins élevées que nous serons efficaces et donc nous sommes plus motivés pour la recherche d'efficacité qu'un assureur unique comme l'assurance maladie ». Je pense que les choses sont très complexes et dépendent fortement de la régulation mise en œuvre, notamment la concurrence entre caisses qu'il y a en Suisse n'aboutit pas du tout à des gains d'efficacité, parce que les médecins ont réussi à empêcher le développement de la contractualisation avec les assureurs. S'il n'y a pas de contractualisation possible avec les offreurs de soins, il ne peut pas y avoir de gain d'efficacité. Actuellement, en France, la concurrence entre les assureurs complémentaires, les mutuelles, les institutions de prévoyance ne conduit pas du tout à des gains d'efficacité. Il y a une concurrence sur l'étendue de la couverture, notamment un débat sur les médicaments à 15 % qui sont couverts totalement par les assurances et qui ne sont pas couverts par la moitié des mutuelles, au détriment de l'efficacité et du coût de la santé pour les assurés. De la même manière, tout ce qui se passe en France du côté des dépassements – d'honoraires et de tarifs pour le dentaire ou pour l'optique – entraîne une perte d'efficacité. Certaines assurances ont une très bonne couverture, ce qui conduit à solvabiliser une demande pour des prix excessivement élevés, qui seraient sans doute plus bas s'il n'y avait pas ces taux de couverture. Ces prix s'imposent à des personnes qui sont elles couvertes au tarif sécurité sociale. C'est un cas de figure où la présence des complémentaires, en l'absence d'une régulation adaptée, conduit au contraire à une perte d'efficacité. Les gains d'efficacité associés à l'intervention des complémentaires me paraissent donc possibles, mais pas avec la régulation française actuelle.

Philippe ULMANN

J'aurais tendance à dire oui pour la régulation des complémentaires sur l'offre, mais sur la demande, il faut voir. Comme l'a évoqué Brigitte Dormont, l'un des principaux concepts développés pour la régulation des assurances complémentaires chez nos voisins, c'est la capacité de contractualisation avec les offreurs. Ce n'est pas totalement absent en France, avec des initiatives dans le domaine de l'optique et du dentaire, où il y a eu de la certification, du sélectionnément, du conventionnement sélectif avec certains offreurs pour négocier les tarifs et justement pour essayer de

faire réduire le montant de la facture. Mais ces initiatives se sont limitées à l'optique et au dentaire, c'est-à-dire aux secteurs sur lesquels les complémentaires interviennent le plus. On pourrait effectivement imaginer – et c'est ce qu'on avait d'ailleurs évoqué dans le livre blanc du RSI – qu'il y ait la possibilité pour les complémentaires d'intervenir pour la régulation de l'offre, parce qu'elles auraient peut-être plus de marge de manœuvre que l'assurance maladie obligatoire. Par contre, sur la demande, l'assurance maladie obligatoire est assez réticente à donner toutes les données aux complémentaires, notamment à cause du danger de sélection des risques. Il y aurait peut-être des moyens de régulation plus en amont, par exemple sur la prévention. En tout cas, l'assurance maladie ne peut pas souscrire à une régulation par la gestion du risque sur les personnes qui entraînerait une sélection des risques.

[Isabelle JOURMARD, OCDE](#)

J'étais responsable des travaux d'évaluation présentés par Valérie Paris, aussi je vais ajouter quelques éléments. Nous avons non seulement travaillé sur des questions de mortalité ou d'espérance de vie, mais aussi essayé d'aller un peu plus loin sur les indicateurs de qualité ou d'efficacité. On a fait des comparaisons à l'international. Je reviens spécifiquement sur la France, qui présente des spécificités dans deux domaines. On a de très forts coûts administratifs en pourcentage des dépenses totales, plus de 7 % de dépenses totales selon les données de l'OCDE, et des très fortes inégalités de mortalité. L'autre caractéristique, institutionnelle celle-ci, c'est la présence très forte des complémentaires. La question que l'on peut se poser, c'est si cette présence très forte des complémentaires n'est pas responsable, ou ne contribue pas en partie à cette très forte inégalité de l'état de santé de la population et à une explosion des coûts administratifs.

[Philippe ULMANN](#)

Je vous rassure, je pense que les complémentaires ne sont pas responsables du mauvais état de santé d'une partie de la population française, tout simplement parce que sur les vrais problèmes de santé, l'intervention du régime obligatoire est encore largement supérieure à 90 % de la dépense. Ensuite, l'aspect des coûts administratifs est un sujet différent. Lorsque vous évoquez un chiffre de 7 %, vous additionnez complémentaire et régime obligatoire. Pour le régime obligatoire, nous avons fait des efforts depuis quelques années, ce doit être 5 % aujourd'hui du côté de la CNAM. Au régime social des indépendants (RSI), on ne couvre pas que la santé, c'est particulier. Par contre, pour les complémentaires, on avance souvent un chiffre qui peut varier entre 15 % et 25 %, voire 30 %.

[Mathias MATALLAH, Jalma](#)

Attention à ne pas tout confondre. Lorsque vous êtes dans un système d'assurance volontaire, vous avez des coûts de gestion et des coûts de commercialisation. Si vous ne voulez pas avoir de coûts de commercialisation, il faut effectivement généraliser la Sécurité sociale, mais il ne faut pas tout confondre.

Philippe ULMANN

Vous ne m'avez pas laissé finir. J'allais justement indiquer que dans ces coûts de gestion étaient inclus les coûts de marketing et les coûts de développement, ce qui n'est pas le cas pour l'assurance maladie obligatoire. Nous sommes toujours dans le même débat, c'est la même chose pour l'industrie du médicament qui nous dit qu'aujourd'hui, pour développer une molécule il faut 2 milliards d'euros, sauf que dans ces 2 milliards, il y a 60 % de commercialisation et de marketing.

Frédéric BOUSQUET, Direction de la stratégie, des études et de la statistique de la CNAMTS

J'ai l'impression qu'on a déjà beaucoup dérivé sur la deuxième table ronde, donc je voudrais revenir au premier sujet qui a été évoqué par les trois intervenants. Vous mettez bien en évidence cette problématique de la relation entre la soutenabilité macro et la soutenabilité financière du système et l'efficacité de la dépense plutôt mesurée à un niveau micro. Finalement, qu'a-t-on fait comme progrès en termes de capacité pour mesurer l'utilité de cette dépense ? Brigitte Dormont soulignait l'exemple de la pose de stent ou de l'angioplastie par rapport au pontage, de la cataracte. Aujourd'hui, il y a des études très intéressantes sur les différences de rythme, de dissémination des molécules en oncologie dans les différents pays, de la même façon sur les traitements de la sclérose en plaques. Sait-on si certaines de ces interventions que l'on pourrait presque considérer comme de la chirurgie de confort, la cataracte par exemple, contribuent fortement ou pas à l'amélioration de la qualité de vie, de l'espérance de vie ? A-t-on des éléments qui nous permettent aujourd'hui de mieux mesurer l'utilité de cette dépense ?

Brigitte DORMONT

Je pense que si l'on demande à quelqu'un qui a les deux yeux touchés par une cataracte si cela a vraiment une réelle utilité qu'il se fasse opérer, il répondra oui. La qualité de vie est sensiblement améliorée. Après, on en revient toujours à la même question. Comment mesure-t-on l'*output* de la fonction de production. C'est très compliqué. C'est vrai que pendant de nombreuses années – Robert Launois pourra certainement en parler mieux que moi – on a développé beaucoup d'études microéconomiques pour mesurer la qualité de vie, l'état de santé sur des panels, mais les résultats sont demeurés limités, parce que des résultats fiables nécessiteraient la mise en œuvre d'études énormes. Néanmoins, je voulais vous apporter une information que certains connaissent peut-être, que j'ai apprise il y a 15 jours lors d'un colloque. En Angleterre, on est en train de mettre en place un système où, par des échelles de qualité de vie, sera instaurée systématiquement, lors de l'entrée pour une hospitalisation et lors de la sortie – je ne sais pas si c'est la sortie immédiate ou si c'est 15 ou 30 jours – une gradation sur cette échelle pour essayer de mesurer d'une certaine façon la production de l'hospitalisation. Je pense que l'on aura potentiellement des résultats qui pourront être assez intéressants.

Valérie PARIS

On n'a pas toujours les données sur les résultats finaux, c'est vrai, mais il y a quand même des choses que l'on sait, en tout cas dans d'autres pays, sur les soins

prodigués et leur efficacité. Il y a par exemple eu une étude américaine au début des années 2000, où l'on mesurait, sur un nombre important d'indicateurs, plus de 400 me semble-t-il, la délivrance de soins appropriés en fonction d'un certain nombre de pathologies. La conclusion était que la moitié des soins dispensés n'étaient pas appropriés. Le plus souvent, il y avait une sur-utilisation des soins, parfois, une sous-utilisation. C'est une étude qui avait eu pas mal de retentissement. Depuis plusieurs années, on cherche à développer l'utilisation de la médecine basée sur les preuves. Il y a quelque temps, un papier de l'Institut de médecine américain disait que la moitié des soins dispensés l'étaient sans que l'on n'ait aucune preuve de leur efficacité. Il y a des marges de manœuvre également dans l'utilisation un peu renforcée de l'évaluation des technologies. Ce que les Américains vont peut-être mettre en place, mais qui existe déjà en Suède, au Royaume-Uni. On se pose aussi la question de l'utilité de l'évaluation médico-économique et de la manière de la pratiquer, s'il faut définir un seuil de coût-efficacité pour accepter les nouvelles interventions dans le panier de soins. Toutes ces questions sont assez difficiles, mais à un niveau plus consensuel, on peut déjà regarder quelle est l'efficacité et le coût relatif de deux interventions pour pouvoir dire que si l'une des deux a le même résultat pour un coût moins élevé, c'est celle-ci que l'on devrait promouvoir. Or j'ai l'impression qu'en France, on n'est pas très en avance sur ce type de recherche d'efficience.

Brigitte DORMONT

Une question est posée dans le problème de l'observabilité de ce qu'il se passe, et en France il y a un problème de mise à disposition des données. Par exemple, toute la recension que j'ai faite dans l'opuscule du Cepremap s'appuie sur des travaux américains, parce qu'on dispose du suivi au-delà du séjour hospitalier. En France, cela n'existe pas. On a les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mais on perd l'individu une fois qu'il est passé à l'hôpital. On ne peut donc observer les réhospitalisations que si la personne est réhospitalisée dans le même établissement. Il est de ce fait très difficile d'avoir des indicateurs, même rudimentaires, de qualité des soins.

Je voudrais revenir sur un autre point qui rejoint un peu, au niveau international, les autres pays et qui, pour la France, pose la question des résultats en santé. En France, on pense qu'il y a un problème du côté des inégalités de santé et que ce problème se situe plutôt du côté de l'accès à la médecine primaire et du côté de l'organisation des soins. Les travaux que j'ai cités pèchent par le fait qu'ils se focalisent sur le soin curatif et sur l'acte technique à l'hôpital. C'est difficile de faire autrement mais je pense qu'il faudrait faire un effort pour examiner ce qu'il se passe du côté du parcours de soins du patient qui habite dans le nord de la France, qui a des problèmes d'accès, qui est mal suivi et finit par être moins bien traité que les autres.

Je voudrais poser la question à Valérie Paris, parce qu'il me semble qu'aux États-Unis, un indicateur du nombre d'hospitalisations évitables se développe, c'est-à-dire les accidents que l'on aurait pu éviter si la personne avait eu un accès aux soins primaires plus directement.

Valérie PARIS

Nous avons des données, mais seulement pour l'asthme me semble-t-il.

Isabelle JOUMARD, OCDE

Nous avons aussi des chiffres pour les problèmes de maladies pulmonaires. En fait, la France est plutôt bonne. Nous avons essayé de décomposer l'efficacité dans le secteur de l'hôpital et le secteur préventif.

Frédéric BOUSQUET, Direction de la stratégie, des études et de la statistique de la CNAMTS

Le problème des indicateurs, c'est qu'il y a toujours des contextes très précis selon les pays. Si on avait pris un autre indicateur que la cardiologie, la France, qui a développé une offre de cardiologie en libéral très forte, qui a investi massivement dans ce secteur depuis 40 ans, serait beaucoup moins bien placée, les résultats seraient peut-être nettement moins bons.

À la CNAM, on vient de lancer un travail de recherche sur les hospitalisations évitables. On va essayer de comparer les résultats dans trois régions différentes, à partir d'indicateurs qui ne sont pas parfaits puisqu'on part de listes, de diagnostics, que l'on repère à partir du PMSI. On sent bien que ces indicateurs sont très dépendants du pays. On n'est pas dans les mêmes techniques de codification, dans les mêmes prévalences de pathologie, etc. L'idée, c'est donc de le faire à partir du PMSI, puis d'aller ensuite dans chacune de ces régions pour essayer de valider ces indicateurs auprès d'experts de la santé populationnelle.

Table ronde n° 2 : « Bien portants et malades, riches et pauvres, anciennes et nouvelles générations : quelles solidarités ? »

I. Les transformations des assurances maladie obligatoire et complémentaire¹

Didier TABUTEAU, responsable de la Chaire santé de Sciences Po

L'augmentation des « restes à charge » de la médecine courante

Le repli de l'assurance maladie obligatoire est manifeste, en tout cas pour une partie très importante des prestations de l'assurance maladie, à travers les tickets modérateurs, les forfaits, les dépassements d'honoraires, tous les éléments qui contribuent à augmenter le reste à charge. J'entends par « reste à charge » à la fois ce qui est pris en charge par les complémentaires et ce qui est pris en charge directement par les ménages.

Le ticket modérateur est dans les gènes de la Sécurité sociale. Un ticket modérateur de 20 % était inscrit dès l'ordonnance de 1945, dans une construction qui était d'ailleurs très moralisante quand on relit les textes de l'époque. Le slogan « La Sécu, c'est bien, en abuser, ça craint » date des années 1990, alors que dès 1945, il est inscrit dans les textes mêmes de la Sécurité sociale avec une justification qui était exactement la même. Ce ticket modérateur a évolué très régulièrement : en 1967, 1977, 1985, 1993 et 2004 à travers le médecin traitant et le non-respect du parcours de soins. Et de ce niveau de 20 % théorique du départ, le ticket modérateur peut même désormais s'élever à 85 %, en passant par toute la gamme de tickets modérateurs que compte la législation. Se sont ajoutés des forfaits, d'abord hospitaliers en 1983, puis des forfaits par acte en 2004, des forfaits dénommés franchises en 2007. On a donc un mouvement général dans ce sens, avec un certain nombre de précisions techniques sur le plafond par an, etc., mais une même logique qui est d'augmenter le prix payé par l'assuré, d'une façon ou d'une autre, indépendamment de l'assurance maladie.

La régression des tarifs opposables

Dans le même temps, les tarifs opposables ont connu une régression très significative à partir de la création du secteur 2 en 1980. La seule période dans l'histoire de la Sécurité sociale où les tarifs opposables ont été à peu près généralisés en pratique, c'est 1971-1980 car avant 1971, on était dans un système de conventions départementales plus ou moins types et plus ou moins respectées, avec

¹ On se reportera également à Tabuteau D. (2010), « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, 2010(1).

des écarts tout à fait importants d'un département à l'autre. Cette période un peu particulière où la Sécurité sociale arrivait à atteindre son objectif d'avoir des tarifs opposables sur presque l'ensemble du territoire et avec très peu d'exceptions, puisque le droit permanent à dépassement était limité, n'a duré que très peu de temps. En effet, dès la fin des années 1980, l'ouverture du secteur 2 a permis à ces dépassements d'honoraires de se déplacer et de se développer très fortement. On peut ajouter à cela, au cours des dernières années, une espèce de principe de transgression du tarif opposable marqué à travers des mots d'ordres syndicaux sous couvert de dépassements exceptionnels ou pour exigences particulières. On peut également ajouter à cela la multiplication des tarifs de Sécurité sociale – ce qui fait que même les spécialistes de l'assurance maladie ont bien du mal à se repérer dans ce maquis tarifaire. On arrive à un schéma dans lequel la notion de tarif opposable sur laquelle s'est construite l'assurance maladie en 1945 est en train de s'estomper et voit la charge des assurés sociaux, d'une façon ou d'une autre, s'accroître.

La construction d'un indicateur : le taux de remboursement apparent

Ces deux considérations m'ont conduit à m'interroger sur ce que j'appelle le taux de remboursement apparent des dépenses, c'est-à-dire le taux de remboursement effectif pour les personnes qui ne sont ni en affection de longue durée (ALD) ni en hospitalisation, donc celui pour les soins courants. C'est le taux de remboursement que connaissent les 75 % à 80 % de la population qui, fort heureusement, ne sont ni hospitalisés ni en ALD.

Ce taux de remboursement n'est pas simple à calculer mais par des encadrements et un certain nombre de travaux complémentaires, on est arrivé à la conclusion qu'il était de l'ordre de 55 %. Pour disposer de chiffres précis, j'ai écrit au Président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) afin de lui proposer de faire calculer officiellement ce taux, de dessiner son évolution dans le temps et de diffuser ces chiffres. Ainsi, le débat public pourrait s'appuyer sur la connaissance du taux de remboursement global de l'assurance maladie, qui est un indicateur tout à fait essentiel, mais également sur ce taux de remboursement apparent qui, en termes d'appréciation politique, est un élément majeur, puisqu'il participe à la fondation d'un consensus très fort en France autour de l'assurance maladie. On est à plus de 85 % dans la plupart des enquêtes réalisées mais si ce taux de remboursement apparent se dégradait plus fortement, il pourrait être remis en cause.

L'expansion des prélèvements indirects

Le point de départ est un tabou sur les prélèvements obligatoires qui s'est progressivement installé pour la santé. Ce tabou existe, du moins dans le discours politique, même si en pratique, quand on lit le dernier rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, on s'aperçoit que l'essentiel de l'effort de rééquilibrage des comptes pour le déficit structurel s'est fait par l'intermédiaire de prélèvements obligatoires, non pas assumés – le taux de la CSG – mais indirects – tabac, alcool, élargissement de l'assiette de la CSG en 2004, etc. Deuxième élément, on voit apparaître une autre forme de prélèvements obligatoires, prélèvements obligatoires indirects avec les taxes sur les mutuelles. Comme on ne veut pas faire du prélèvement obligatoire, de la CSG équitable sur l'ensemble des revenus, on

développe de façon très significative des taxes sur les mutuelles, d'abord pour financer la CMU, puis, dans un deuxième temps, pour financer les coûts de la pandémie grippale. On est donc dans un schéma dans lequel on alourdit les prélèvements obligatoires, mais de façon détournée, ce que j'appelle des prélèvements obligatoires indirects. Si on ajoute à cela les prélèvements obligatoires les plus condamnables, qui sont les prélèvements différés par le transfert sur la dette des dépenses de consommation de soins, on voit bien que l'on est dans un schéma dans lequel on n'accepte plus de regarder en face la nécessité de financer l'assurance maladie. Les processus qui ont été retenus me paraissent extraordinairement condamnables dans leurs principes.

Le risque d'une assurance santé inégalitaire

S'ajoutent à cela des transferts progressifs de charges vers les assurances complémentaires, à travers un certain nombre de déremboursements ou d'augmentations du ticket modérateur. Dans le scénario de plus grande pente, c'est bien à un désengagement progressif des soins courants de l'assurance maladie que l'on assiste, avec les effets que cela peut avoir sur la place des complémentaires dans notre système, et avec les particularités de l'assurance complémentaire par rapport à l'assurance maladie obligatoire. C'est le point sur lequel je voudrais insister, même si je dois reprendre des arguments qui ont déjà été avancés par Brigitte Dormont. Être à l'assurance maladie a un sens, cela correspond à un ensemble de prestations et de cotisations communes à tous. Avoir une assurance maladie complémentaire ne veut rien dire. Cela correspond à des cotisations, des prestations, des éléments de régime social qui n'ont absolument rien à voir selon que l'on est cadre supérieur dans une entreprise d'un secteur couvert par une convention collective favorable ou salarié d'un artisan qui prend une assurance à titre individuel. Le raisonnement selon lequel il n'est pas grave que l'assurance maladie obligatoire se désengage ou régresse progressivement et discrètement, parce qu'il y a une assurance complémentaire qui est à portée de tous, est un raisonnement extraordinairement fallacieux, en tout cas s'il n'est pas détaillé dans ses conséquences.

Première conséquence, c'est le caractère plus ou moins – mais en général plus – inégalitaire des prélèvements qui financent les complémentaires par rapport aux prélèvements proportionnels qui financent l'assurance maladie obligatoire. Cette proportionnalité ne se retrouve pas chez les complémentaires où même les mutuelles les plus « vertueuses » en termes de solidarité ont un plafonnement lorsque les cotisations sont proportionnelles aux revenus. Et encore une fois, ce financement est très variable d'un secteur professionnel à l'autre et entre groupes sociaux.

Deuxième caractéristique, la cotisation est plus ou moins calculée en fonction du risque, notamment en fonction de l'âge, à la différence de l'assurance maladie obligatoire, ce qui est un élément de distorsion tout à fait considérable. Ce qui veut dire que l'on a à la fois une non-proportionnalité par rapport aux revenus et un prélèvement en fonction du risque. Si on ajoute à cela le troisième effet que je citais tout à l'heure, qui est la multiplicité des contrats – je renvoie à l'étude de la DREES de 2008 qui montrait que pour les contrats individuels d'assurance complémentaire,

il n'y avait que dans 41 % des cas des garanties de classe A et B, c'est-à-dire des garanties relativement satisfaisantes¹ –, on voit un troisième élément d'inégalité.

L'institutionnalisation de la protection complémentaire

Ce repli progressif de l'assurance maladie obligatoire, progressif et discret, sans véritable débat, et l'émergence des complémentaires à travers l'évolution des prises en charge, sont confortés par une évolution plus récente : la consécration législative du rôle des complémentaires dans le système. On ne se contente plus de laisser dériver, demi pour cent par demi pour cent, la prise en charge par les complémentaires, on a engagé une démarche d'institutionnalisation de la protection complémentaire en tant qu'acteur à part entière.

Quelques dates pour vous convaincre. C'est évidemment la loi du 13 août 2004 qui est la loi de rupture sur ce terrain, puisqu'elle a introduit dans le schéma institutionnel, pour la première fois, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam), afin de leur assurer une représentation institutionnelle. Tout le monde s'est félicité à l'origine, parce que c'était une façon de consacrer l'existence d'un acteur complémentaire important dans le secteur. Mais qu'a-t-on vu par la suite ? L'Unocam et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) sont désormais appelées à examiner conjointement leurs programmes de négociations avec les professionnels de santé pour déterminer des actions communes. L'Unocam est, depuis la loi de financement pour 2006, invitée à rendre un avis motivé et public sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Trois ans plus tard, elle a été admise à la négociation et à la conclusion d'accords conventionnels, ce qui s'est traduit d'ailleurs, pour l'accord sur le secteur optionnel, par la participation des assurances complémentaires à ce dispositif.

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009, dite « loi HPST », a récemment prévu que le programme pluriannuel régional de gestion du risque serait concerté avec les complémentaires au niveau régional. On introduit donc un niveau régional de réunion des assurances, mutuelles et institutions de prévoyance. Il y a également eu l'annonce faite il y a quelques mois de l'autorisation donnée aux organismes complémentaires d'accéder aux données collectées par les régimes de base. Chacune de ces étapes est, en elle-même, tout à fait compréhensible. On voit bien l'intérêt d'une coordination entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, pour une meilleure gestion du risque, pour une rationalisation de la prise en charge. Mais si l'on couple cette institutionnalisation au phénomène sociopolitique de désengagement de l'assurance maladie obligatoire des soins courants et d'émergence de la part des complémentaires sur la prise en charge, on peut se poser une question. Je la pose, et elle mérite, me semble-t-il, un débat public : « N'est-on pas, pour les soins courants, en train de changer de système de façon très profonde, avec les effets d'inégalités majeures que représente la généralisation des complémentaires pour ces soins ».

¹ Arnould M.-L. et Vidal G. (2008), « Typologie des contrats les plus souscrits auprès de complémentaires santé en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 663.

Je peux ajouter à cela, pour conclure, que quand on regarde le champ des assurances complémentaires, on constate également une déformation de la structure de la représentation des complémentaires, puisqu'on a à la fois un phénomène de concentration dû, pour les mutuelles comme pour d'autres institutions, à un effet de marché et à un effet d'application des règles européennes et des règles prudentielles. C'est une concentration très forte, très significative. Depuis 2001, le nombre d'organismes proposant des contrats complémentaires a diminué de moitié et cette réduction s'accélère. Dans le même temps, la part des mutuelles se restreint fortement au profit des assurances, ce que l'on peut inférer des chiffres de contribution au fonds CMU où, de 2007 au premier semestre 2009, les mutuelles qui représentaient 58 % de l'assiette n'en représentent aujourd'hui plus que 54 %, alors que sur la même période, les sociétés d'assurances sont passées de 25 % à 29 %.

Derrière ces mouvements, que j'ai essayé de résumer très simplement, se produit une remise en cause des principes traditionnels de la solidarité, principes que l'on pourrait résumer par le financement des dépenses de soins par les bien portants au bénéfice des malades à travers une cotisation proportionnelle au revenu. L'objet de cette contribution au débat public est d'aider à l'élaboration d'un choix collectif. On a appelé tout à l'heure à des débats sur la santé, il me semble que celui-ci est au cœur des solidarités et mérite au moins d'être explicité. J'espère que la prise en compte du taux apparent de remboursement par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie permettra de contribuer à ce débat et de le fonder sur un certain nombre d'indicateurs qui faisaient défaut jusqu'à présent.

II. La santé solidaire est-elle en danger ?

Jean-Pierre LACROIX, Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

Un certain nombre de constats ont découlé de deux consultations réalisées par le CISS entre fin 2009 et début 2010. La première, dévoilée le 16 novembre 2009, consistait en une classique enquête d'opinion menée auprès d'un échantillon représentatif de la population française avec l'institut LH2. Les résultats de cette première vague, qui ont suivi la méthodologie habituelle des sondages en population générale selon la méthode des quotas, nous ont incité à en lancer une seconde, intitulée « Santé solitaire en danger ? ». Celle-ci a été effectuée sous la forme d'une consultation en ligne dont l'ambition n'était plus d'être représentative de la population française mais de permettre le recueil des opinions au sein des réseaux associatifs constituant notre collectif pour mieux cerner le vécu et les propositions des personnes malades face aux évolutions de notre système de santé.

En effet, projet de loi de financement de la Sécurité sociale après projet de loi, tous les usagers du système de santé constatent que l'on est entré dans une spirale de l'augmentation des restes à charge. D'ailleurs plusieurs associations, dont le CISS, viennent d'introduire un recours devant le Conseil d'État contre l'augmentation du forfait hospitalier, dont nous constatons sur le terrain les difficultés qu'elle entraîne, notamment dans de nombreuses caisses d'assurance maladie : augmentation, au sein des « Commissions d'action sanitaire et sociale des CPAM », des demandes de prestations complémentaires et de secours de la part des usagers en lien avec les

sommes qui leur sont demandées après une hospitalisation du fait du règlement du forfait hospitalier. En effet, les restes à charge atteignent très vite des sommes importantes et les contrats des assurances complémentaires spécifient souvent un nombre limité de jours de couverture du forfait hospitalier.

Il y a aussi eu de grosses manifestations des personnes malades et de leurs proches lors de l'instauration des franchises. De même, il existe une multitude d'autres sujets de préoccupation et de mécontentement pour les associations d'usagers du système de santé : les déremboursements, l'inflation des dépassements d'honoraires, etc.

Cela alors qu'on attend toujours le débat sur le financement de la couverture santé, promis par le Président de la République. C'est dans ce contexte que le CISS a voulu faire justement appel à l'opinion publique pour, d'une certaine manière, lancer ce débat citoyen.

En effet, le sondage LH2 précédemment évoqué, et réalisé sur un échantillon représentatif¹, indiquait que 8 Français sur 10 ont le sentiment très net d'une baisse de remboursement des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire. Et, quand on demande aux sondés ce qu'ils proposent pour essayer de pallier cette baisse de remboursement, une majorité (52 %) privilégie le financement collectif. Toutefois, une proportion non négligeable, et peut-être croissante, penche au contraire pour une augmentation de la prise en charge individuelle des frais de santé.

C'est le constat qui nous a décidé à lancer notre opération « Santé solidaire en danger ? », qui a donc été fondée sur une consultation en ligne, réalisée de décembre à fin janvier, autour du mot d'ordre « Avant d'être complètement cuits, engageons le débat ». C'est l'image de la grenouille : quand vous plongez une grenouille dans de l'eau bouillante... elle réagit immédiatement, et saute pour en sortir ; mais si vous la mettez dans une casserole d'eau froide et que vous augmentez progressivement la température, elle cuit sans s'en rendre compte. C'est un peu ce qu'il se passe avec l'augmentation insidieuse des restes à charge directs ou indirects.

Les résultats de notre consultation « Santé solitaire en danger ? » ont montré que les répondants avaient plébiscité un système de santé solidaire au financement collectif. Il faut cependant préciser que les 4 000 répondants à ce petit questionnaire en ligne ne constituent pas un échantillon représentatif. C'est révélateur de l'opinion des usagers de systèmes de santé, mais les associations du CISS ayant été porteuses du message, les répondants sont en grande partie des personnes déjà sensibilisées à ces questions. Ce sont souvent des personnes en affection de longue durée, des personnes âgées, et beaucoup de personnes de leur entourage. Mais il est malgré tout significatif et intéressant d'apporter ainsi un éclairage sur ce que peuvent penser plusieurs milliers de personnes certainement parmi les plus gros utilisateurs de notre système de santé.

¹ LH2 a réalisé pour le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) un sondage sur « Les Français et la santé solidaire », mené les 30 et 31 octobre 2009 auprès de 1 008 personnes (méthode des quotas).

Ainsi, on constate que face à l'augmentation des dépenses de santé, le financement doit rester collectif pour 68 % des répondants. On peut noter la différence substantielle par rapport aux 52 % du sondage LH2 obtenu en population générale. On voit là combien on a à faire, pour notre consultation en ligne « Santé solidaire en danger ? », à une population plus sensibilisée sur les difficultés de santé. Ce financement des dépenses de santé doit être partagé entre tous les usagers, c'est-à-dire malades ou non malades, et 89 % des répondants s'opposent à l'augmentation des forfaits et des franchises, pesant sur les seuls malades. Enfin, il y a un refus d'un rôle croissant pour les complémentaires dans le remboursement. 85 % des répondants sont opposés à ce qu'une partie des frais de santé soit moins remboursée par l'assurance obligatoire et plus par les mutuelles et les assurances.

Il faut noter qu'il y a déjà une grande dégradation et que celle-ci ne fait que s'accélérer avec la crise. Cinq millions de personnes n'ont pas de couverture complémentaire en France, soit 8 % de la population qui est exclue, auxquelles il faut ajouter les personnes qui n'ont accès qu'à des couvertures complémentaires ne couvrant que de façon très partielle leurs frais de santé non pris en charge par l'assurance maladie. Pourtant, 98 % des répondants disent qu'ils ne peuvent pas se passer de complémentaire santé, malgré les 31 % d'opinions défavorables en ce qui concerne leur coût (un taux qui atteint même 42 % au sein des tranches de revenus les plus basses, c'est-à-dire en dessous de 1 500 euros mensuels). De plus, 79 % des répondants ont constaté une augmentation du coût de leurs complémentaires et 10 % auraient envisagé d'y renoncer de ce fait (proportion qui s'élève à 19 % pour les personnes ayant moins de 1 500 euros de revenus mensuels). On constate également une transformation des risques, c'est-à-dire que des gens renoncent à leur couverture et la renégocient pour s'orienter vers une couverture moindre. Là encore, si sur l'ensemble des répondants 20 % pensent souscrire un contrat moins cher, on passe à 36 % lorsque l'on considère uniquement les réponses des personnes déclarant de faibles revenus.

En ce qui concerne la volonté de contribuer à un système de santé solidaire, 76 % des répondants estiment convaincant l'argument selon lequel les dépenses de santé sont un investissement bénéfique à la population dans son ensemble et à l'économie. L'enjeu ne porte donc pas sur la réduction de ces dépenses mais sur leur financement et leur optimisation. On consent à un effort supplémentaire, mais pas sur n'importe quoi et n'importe comment. D'abord, on veut que la répartition inégale des professionnels de santé et des structures de santé sur le territoire cesse, en allant jusqu'à envisager des mesures contraignantes, puisque 76 % des répondants sont favorables à un encadrement de l'installation des médecins. On attend aussi une meilleure coordination des soins, notamment entre médecine de ville et médecine hospitalière. Outre une meilleure coordination des soins est attendue une évolution des pratiques médicales, notamment pour la prévention.

Je suis investi, en ce qui me concerne, dans une pathologie qui est l'insuffisance rénale. L'insuffisance rénale terminale a un coût très important. Une séance en centre de dialyse, c'est 90 000 euros par an, transport compris. L'insuffisance rénale est considérée, selon les critères internationaux de mesure, comme la pathologie qui en phase terminale dégrade le plus la qualité de vie. Aujourd'hui, alors que 70 000 personnes sont arrivées en insuffisance rénale terminale, soit environ

35 000 greffés et à peu près autant de personnes dialysées, on sait que c'est un Français sur 20 qui est atteint de maladie rénale. À leurs débuts, ces pathologies sont parfois curables et il est surtout possible de les stabiliser, de retarder leur évolution. Pourtant, aujourd'hui, les efforts de prévention reposent presque exclusivement sur les actions initiées par la Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux. Imaginez le progrès, tant pour la qualité de vie des malades que pour l'équilibre financier du système de prise en charge, si les pouvoirs publics s'emparaient réellement de cet impératif de prévention face au risque de voir cette pathologie progresser massivement.

C'est en se fondant sur ces constats que nous souhaitons, au Collectif interassociatif sur la santé, un grand débat sur notre pacte social de santé. Plusieurs défis se posent, et ils sont étroitement liés au financement de la couverture santé, à l'égalité d'accès à des soins de qualité pour tous et sur tout le territoire. Ce sont de véritables enjeux de santé publique qu'il s'agit de parvenir à gérer. Face à la crise de notre système de santé, un grand débat sur ces priorités est indéniablement nécessaire afin de s'accorder sur de nouvelles sources de financement, notamment pour moderniser l'offre ambulatoire, la permanence des soins et répondre au défi des 10 % du budget de la santé pour la prévention. Enfin, nous souhaitons une équité dans les contraintes pour l'ensemble des acteurs, qu'ils soient usagers ou offreurs de soins.

NB : l'ensemble des résultats de l'opération « Santé solidaire en danger ? » est consultable sur www.leciss.org et www.santesolidairendanger.org.

III. Financement des dépenses de santé : quels scénarios à l'horizon 2015

Mathias MATALLAH, président de la société de conseil Jalma

Mon exposé porte moins sur le souhaitable que sur le vraisemblable. La problématique à laquelle je vais m'intéresser est celle de la viabilité financière de notre système public de financement de dépenses de santé. Je vais montrer que cette viabilité financière passe, compte tenu de l'évolution de ce système depuis une trentaine d'années, par une redéfinition drastique du périmètre de prise en charge collective. Je vais dérouler mon raisonnement en essayant de répondre à un certain nombre de questions.

Que recouvre exactement notre système d'assurance maladie ?

Est-ce que cela recoupe quelque chose d'homogène, une sorte de pyramide qui a été construite en 1945 et que l'on fait découvrir aux touristes ? Ou est-ce que cela recouvre des réalités qui sont finalement très différentes ? Je pense que cela recouvre quatre réalités extrêmement différentes.

D'abord, dans ce système d'assurance maladie, il y a un système de financement des soins d'entretien courant, donc la dépense courante de gens qui ne sont pas très malades : il s'agit essentiellement de la médecine de ville, de la pharmacie, des soins infirmiers, des examens, etc. Aujourd'hui, la prise en charge de ce poste par la

collectivité est de l'ordre de 50 %. La dépense de soins de ville de 85 % de Français qui ne sont pas en ALD est donc prise en charge par la collectivité à hauteur de 50 %, l'autre moitié étant des restes à charge et des couvertures d'assurances complémentaires. Pour certains postes, par exemple certains soins dentaires ou de façon plus caricaturale l'optique, on est très en dessous de 50 %. Les prothèses dentaires sont prises en charge par la collectivité à hauteur d'à peine un tiers, et les lunettes à hauteur de moins de 5 %.

Ensuite, on a un deuxième pan, que j'appellerai un pan d'assurance catastrophe. Ce sont des soins hospitaliers lourds, de l'accident, de la maladie, des soins d'aigu. Là, on est encore à des prises en charge de plus de 90 %. C'est un système qui demeure extrêmement favorable, et dans lequel les niveaux de remboursement sont encore au-dessus de 90 %.

Je tiens à préciser que les deux premiers régimes – aussi bien le régime des soins courants que celui de l'assurance catastrophe – sont des régimes dont l'inflation est très faible, tout simplement parce que l'état général de santé de la population est plutôt bon, parce que les soins courants ont un coût qui n'augmente pas, parce que les accidents de voitures ont diminué. La problématique de leur financement est une problématique faible, facile à régler.

Le troisième régime est quelque chose de complètement différent. Pour moi, c'est pour l'essentiel un régime de retraite par répartition qui ne dit pas son nom. C'est un régime qui consiste à transférer des actifs vers les inactifs des sommes considérables pour financer les maladies chroniques, les affections de longue durée et les soins de fin de vie. Je m'inscris en faux par rapport à l'affirmation selon laquelle ce régime d'ALD est un régime uniquement plombé par la dernière année de vie. Ce n'est pas ce que nous observons dans les statistiques disponibles. C'est un régime dont les dépenses explosent au long cours. Les chiffres dont on dispose nous montrent qu'à partir de 70 ans – et pour de longues années – les gens en maladie chronique ou ceux qui sont en suite d'aigu ont des dépenses de santé extrêmement importantes. En substance, cela signifie que les personnes âgées qui voyagent, qui vont en Thaïlande, qui vont visiter les musées ne sont pas en bonne santé. Elles sont bien soignées et sont de plus en plus fortement médicalisées. C'est là que l'on peut avoir un débat sur la frontière réelle entre le vieillissement et les changements de pratiques, qui permettent de très bien gérer le vieillissement. Ce régime de retraite par répartition, que l'on appelle régime des ALD, est un régime qui conduit à transférer à peu près 55 milliards vers les inactifs. En effet, on estime aujourd'hui que les inactifs perçoivent 50 % des remboursements du système public, contre à peu près 8 % des cotisations. Je crois que l'assurance maladie a elle-même montré que la part des ALD dans la dépense augmente de façon extrêmement soutenue. C'est cette partie qui a une croissance dynamique et qui n'est pas financée intégralement, puisqu'il n'y a pas d'acceptation collective pour la financer.

Le dernier pan de notre système de protection sociale – c'est aussi celui qui a été créé en dernier, en 2000 – est un système collectif d'aide sociale, organisé, qui permet d'étendre à travers la CMU le système d'assurance maladie à l'ensemble de la population, notamment aux plus défavorisés.

Nous avons donc quatre pans qui ont des logiques de fonctionnement et des niveaux de prise en charge très différents. Le premier voit la prise en charge publique s'éroder progressivement. Pour les trois autres, elle tient encore, puisque sur les trois, on est entre 90 % et 100 %, si l'on considère que les CMU sont pris en charge presque intégralement.

Les déficits sont-ils soutenables ?

Ma conviction est que les déficits ne sont pas soutenables, parce qu'on est sur un déficit réel du financement des dépenses sociales qui est beaucoup plus important que la comptabilité directe de l'assurance maladie ne l'indique. On annonce 11 ou 12 milliards de déficit pour 2009 pour l'assurance maladie. Or, nos travaux¹ montrent qu'au-delà, il y a un financement à peu près équivalent : l'abondement du budget de l'État au budget de la Sécurité sociale en contrepartie des exonérations de charges, qui est financé par le budget de l'État. Compte tenu de la situation actuelle du budget de l'État, les 12 ou 13 milliards supplémentaires de subventions publiques aux régimes d'assurance maladie ne sont pas plus financés que le déficit de l'assurance maladie. Aujourd'hui, sur l'ensemble des régimes sociaux, l'État restitue aux organismes de Sécurité sociale – assurance maladie et assurance vie essentiellement – plus de 30 milliards d'euros. Ce qui fait que lorsqu'on annonce pour cette année 30 milliards de déficit des régimes sociaux, il faudrait y ajouter 30 milliards de financements publics. On est donc sur un déficit global des régimes sociaux de l'ordre de 60 milliards et non de 30, dont à peu près la moitié est au titre des dépenses d'assurance maladie.

D'ailleurs, il y a un effet qui est presque comique, c'est que lorsque l'État français a transmis à Bruxelles ses prévisions budgétaires à horizon 2013, on arrivait effectivement à une espèce d'alchimie miraculeuse qui permettait de passer de 160 milliards d'euros et quelques à 65 milliards. Les eurocrates se sont tout d'un coup rendu compte que la France annonçait pour 2013 une soixantaine de milliards d'euros de déficit intégralement lié au financement direct ou indirect des dépenses sociales. Cela amène à s'interroger sur la crédibilité de l'exercice, mais c'est un autre débat.

Quelle est la solution ?

Il y a plusieurs solutions possibles. La première, c'est de prier, de s'en remettre à la providence, selon sa foi, de faire le tour des églises, des synagogues, des mosquées, pour que la croissance revienne, que l'on retrouve les Trente Glorieuses et qu'il y ait une croissance économique forte qui permette d'éponger les déficits. C'est un peu le pari qui est fait lorsque l'on regarde les taux de croissance de l'économie qui sont annoncés à horizon 2013. Mais ça n'est qu'en partie fait, et ce n'est pas très prudent de se fier uniquement à la providence. La situation économique a peu de chance de s'améliorer suffisamment miraculeusement pour que cela se passe.

La deuxième possibilité, c'est d'augmenter les impôts, donc monter la fiscalité au sens large. Ça peut être la CSG, ça peut être les cotisations sociales des entreprises. On peut imaginer différents scénarios. Le premier problème, c'est que visiblement,

¹ Jalma (2009), « Livre blanc sur l'assurance maladie ».

cette augmentation de la fiscalité, dès lors qu'elle est perçue par les classes moyennes comme les affectant directement, fait l'objet d'un rejet très massif. Au moment où le CISS a fait son étude, on a publié un baromètre avec CSA. Il a montré que l'augmentation des cotisations d'assurance volontaire était très largement préférée à l'augmentation de la fiscalité. D'ailleurs, pour en avoir le cœur net, on a lancé ces dernières semaines un complément de baromètre. Une des raisons pour lesquelles les Français rejettent une augmentation de la fiscalité, c'est que dans le système, à peu près la moitié de la population ne perçoit pas de remboursement dans l'année. La désagrégation progressive de la prise en charge collective de la médecine de ville a conduit à un effet pervers qui est que lorsque vous supprimez le veinotonique des remboursements, en fait vous supprimez le seul médicament que 15 % ou 20 % de la population consomme, parce que comme elle est en bonne santé, c'est le seul dont elle a besoin. Aujourd'hui, il y a un sentiment d'inefficacité de la prise en charge collective lié au fait que, pour une grande majorité des gens qui votent et qui s'expriment dans les sondages, le système n'est pas efficace parce qu'il rembourse mal les seules dépenses qu'ils font. Deuxièmement, je pense que d'un point de vue économique, dans une situation de pression fiscale déjà très importante, cela risquerait d'être contre-productif. À mon sens, il n'y a qu'une seule voie d'augmentation de la fiscalité, c'est de rétablir une pression fiscale normale sur les 5 % de Français les plus riches. Le problème, c'est que ce rééquilibrage de la fiscalité est difficile parce que les patrimoines des riches s'exportent très facilement. On voit les difficultés de l'administration Obama à revenir sur les exonérations fiscales de l'administration Bush, qui sont pourtant la chose la plus extravagante qu'il y ait eu depuis l'ancien régime. L'administration Obama a été obligée de repousser à 2013 la suppression d'un certain nombre d'avantages fiscaux pour les Américains les plus riches. De ce point de vue, je suis extrêmement dubitatif sur la capacité à augmenter la pression fiscale, puisque les classes moyennes, déjà très imposées, n'en voudront pas, et que la capacité à imposer les patrimoines les plus élevés nécessiterait de le faire à une échelle beaucoup plus large que celle de la France.

Troisième possibilité, c'est de réduire la dépense, c'est-à-dire que l'on va jouer sur le levier de la dépense de santé – pas sur le remboursement du régime obligatoire, mais sur la dépense elle-même. C'est ce que fait la CNAM depuis quelques années, avec un certain succès depuis 2004 en médecine de ville. Mais on voit finalement que les économies qui ont été faites en médecine de ville ont juste permis de combler le rattrapage d'une augmentation des dépenses incontrôlées à l'hôpital. L'hôpital, pendant la période post-plan Juppé, avait eu une croissance très modeste de ses dépenses. Depuis 2004, c'est reparti. Là-dessus, je crois que le HCAAM a fait une très bonne démonstration. Finalement, malgré les efforts qui ont été faits en médecine de ville et qui ont permis d'économiser à peu près 2 milliards d'euros par an, l'impact des politiques de maîtrise des dépenses de santé sur les comptes de l'assurance maladie, sur la période 2004-2009, est presque insignifiant. On se dit donc que ce n'est sans doute pas une piste qui permettra de sauver le système.

La dernière piste possible, c'est la remise en cause du niveau de socialisation, c'est-à-dire de dire que l'on accepte de passer en dessous de cette barrière magique de 75 %, et sans doute de façon significative. Comme je l'ai déjà dit, et je crois qu'il y a un consensus, on est déjà descendu très bas en médecine de ville, et si l'on descend

plus bas, on américanise le système, c'est-à-dire que l'on crée une espèce de *Medicare/Medicaid* à la française. Donc continuer à taper sur les soins courants me paraît contre-productif et difficile politiquement. Nous avons vu que le risque catastrophe est un risque bien maîtrisé. Ceci signifie qu'inévitablement, on sera amené à toucher à ce que j'ai appelé le régime de retraite par répartition bis, c'est-à-dire de remettre en cause cette couverture à 100 % des ALD. Aujourd'hui, le sondage que l'on a fait avec CSA montre qu'il y a acceptation de cette remise en cause dès lors qu'elle est sous condition de ressources. Elle doit se faire dans un cadre de justice sociale, c'est-à-dire qu'elle doit conduire à faire payer en priorité ceux qui en ont les moyens. C'est sans doute aujourd'hui la seule voie sur laquelle il y a un début de piste d'acceptation collective d'un rééquilibrage des finances de l'assurance maladie. Après, on peut toujours rêver à des choses beaucoup plus futuristes, à un changement de paradigme, une place plus grande laissée à la prévention, mais là, on est à échéance de 10-15 ans.

Si l'on veut raisonner à une échéance de trois à cinq ans, je pense que l'on ne peut pas faire l'économie d'une réflexion en profondeur sur l'évolution de ce régime d'ALD. Cette évolution a démarré dans les esprits et la réflexion sur le bouclier sanitaire n'est jamais que cela. Je pense qu'il faudra prolonger cette réflexion, sous peine d'aller vers un sinistre financier majeur et une crise qui se finira sur les marchés.

IV. Débat

[Sara-Lou GERBER, chargée de mission au Centre d'analyse stratégique](#)

Cette table ronde a montré que si le niveau de remboursement par l'assurance maladie au niveau global paraissait encore très élevé, proche de 75 %, celui-ci connaissait déjà une inflexion et surtout masquait une différence entre la prise en charge de l'hospitalisation et des ALD et celle des soins courants. On l'a évoqué, tout cela a des conséquences sur les solidarités du système, aussi bien les solidarités auprès des personnes qui sont situées juste au-dessus du plafond de la CMU que les solidarités générationnelles. Je pense que définir les ALD comme un régime de retraite par répartition qui ne dit pas son nom peut être discuté. On a vu surtout, Didier Tabuteau l'a bien souligné, que le problème était que ce déplacement n'était pas au centre d'un débat public mais était fait de façon implicite. Des solutions plus lisibles existent. On a évoqué l'augmentation des prélèvements obligatoires, la mise sous condition de ressources des ALD, éventuellement le bouclier sanitaire. Il n'y a pas de consensus à ce sujet, on l'a vu dans les résultats des sondages effectués par le CISS et Jalma.

J'aimerais donc que l'on discute des pistes envisagées, mais également des conditions pour mettre en place un débat collectif efficace. Il y a deux façons d'envisager la conduite d'une réforme : soit poussés par la nécessité, par une situation aussi difficile que celle que peut connaître la Grèce, qui nous forcerait à des arbitrages dans l'urgence ; soit découlant de la mise en place d'un débat efficace, pédagogique et assumé qui permettrait éventuellement de changer un peu ce système. Je passe la parole à la salle.

Yves BUR, député (UMP) du Bas-Rhin

Quand on écoute tous les exposés, le politique se retrouve bien seul. Je pensais qu'une société comme Jalma allait nous proposer le remède miracle. Hélas, je crois qu'il est tout à fait conventionnel. Nous sommes devant un problème majeur, et les hypothèses qui ont été évoquées en moyen terme à horizon 2013, quant au déficit de la Sécurité sociale, mais aussi de l'assurance maladie, sont effrayantes. On part d'une hypothèse de croissance sur trois ans de 2,5 % par an de PIB, de 5 % d'augmentation de masse salariale. On les appelle naturellement de nos vœux mais au bout de ce chemin merveilleux en termes de croissance, il y a quand même encore, à défaut de réforme, près de 40 milliards de déficit en 2013, ce qui est proprement terrifiant. Personne n'en a vraiment conscience, parce que je crois qu'il est difficile de concevoir la perte de richesse qu'a occasionnée la crise, et qu'il est difficile aussi de concevoir l'évolution des dépenses.

La question qui est posée depuis de nombreuses années, c'est de freiner les dépenses. On peut se demander s'il y a encore des marges suffisantes à la hauteur du problème posé. Je n'en suis pas certain, et je crois que même le directeur de l'assurance maladie peut en douter. La question est de savoir si la pertinence du transfert de charges, jusqu'ici insidieux, aux assureurs complémentaires, est la solution. La régulation y gagnerait-elle ? Jusqu'à présent, je crois qu'on peut dire clairement non. Est-ce que le rapport coût/prestations rend plus intéressant à ce moment-là pour l'assuré de passer par l'assureur complémentaire plutôt que par l'assurance obligatoire ? Je n'en suis pas certain. Je regarde le volume des cotisations qui est de l'ordre de 30 milliards d'euros actuellement et le volume remboursé, et je pense que c'est certainement moins intéressant. Par ailleurs, le transfert de charges améliorerait-il l'efficacité du système de soins ? Là encore, je doute. Pour le moment, le système d'assurance complémentaire n'a pas été en capacité de nous prouver un quelconque effet sur la régulation, un quelconque effet sur la gestion du risque et sur l'efficacité du système. Naturellement, on nous dit que des plates-formes se mettent en place, c'est très bien, mais je considère que pour le moment, tout ce qui est plates-formes, qui visent finalement à réduire ou à limiter le reste à charge pour l'assuré, est plutôt un service rendu au client pour le conserver. Cela fait partie d'un marketing qui reste malgré tout relativement limité. La dernière solution, c'est de dire que quelque part, il faudra bien recourir à l'argent des Français, d'une manière ou d'une autre. Par l'impôt, sur les plus riches, mais je ne sais pas si cela suffira. Peut-être augmenter la CSG, la CRDS, pour éponger les dettes. La question naturellement, c'est de dire qu'aujourd'hui, rien de ce qui peut fragiliser une croissance renaissante ne peut être tenté. D'un autre côté, on entend le discours selon lequel les investissements en termes de santé sont bons pour la croissance. Je pose la question : un point de CSG supplémentaire, quel retour, quand et sur quelle durée de retour sur investissement en termes de croissance ? On a besoin de ces éléments de réponse et d'analyse économique qui nous paraissent extrêmement importants, sauf à dire qu'à un moment donné, on va s'attaquer aux ALD. Le bouclier sanitaire, quand on analyse un peu, on se dit que finalement, cela revient à faire payer les malades. Il ne faut pas se raconter d'histoires. Après, quel gouvernement osera le faire... ? C'est vrai qu'il faudra peut-être attendre une crise à la grecque, le

régime crétois qui, transféré en France, est de l'ordre de 40 milliards de prescriptions, 20 en recettes et 20 en économie de dépenses.

Mathias MATALLAH

Dans la vision que vous avez de la répartition entre assurance obligatoire et complémentaire, il y a un élément que vous n'avez pas pris en compte, c'est la perception qu'en ont les Français. Les baromètres de satisfaction montrent que, globalement, ils ont plutôt une bonne perception de l'assurance privée parce qu'elle leur offre un degré de liberté dans un système qui est extrêmement fermé, avec des choix imposés collectivement et qui ne bénéficient finalement pas à la très grande majorité. Aujourd'hui, je pense que la perception qu'ont les gens est très différente de celle qu'ont leurs représentants, leurs élus. Là aussi, il y a peut-être effectivement quelque chose à creuser.

Yves BUR

Effectivement, on a les deux extrêmes. D'un côté, on a les malades qui disent que finalement, il faut que ce soit solidaire et collectif, et de l'autre côté, les bien portants qui se disent « Je suis un bien portant, je ne veux pas payer ». C'est donc l'abnégation du système solidaire. Or, j'ai souvenir, lors de la préparation de la réforme de 2004 où je présidais la commission spéciale, que nous avons fait une enquête approfondie, qualitative, qui n'était pas simplement un sondage. Cette enquête montrait que la solidarité face à la maladie restait malgré tout la valeur citoyenne la plus ancrée au niveau des Français. Il me semblait que cette analyse était plus proche de la réalité de ce que pensent les Français que de croire que le fait de s'exonérer de payer tant que l'on est en bonne santé est la bonne solution. Ils se rendent bien compte que l'on est dans une impasse, mais je ne crois pas qu'il faille extrapoler sur les différents sondages pour dire que la solidarité est finie. On ne va quand même pas faire croire aux Français que l'on est en train de vouloir se rapprocher d'un modèle américain, dont les Américains eux-mêmes veulent s'extraire.

Mathias MATALLAH

Ce n'est pas ce que je dis. On est aujourd'hui de toute façon dans un système qui reste très largement solidaire et qui le restera. Même si on réforme de façon significative les ALD, cela restera un système extrêmement solidaire et tout à fait en tête à l'échelle internationale. Il ne faut donc pas caricaturer le débat.

Brigitte DORMONT

Y a-t-il véritablement opposition entre les générations, entre malades et bien portants ? C'est un débat qu'il faudrait avoir, mais je ferme cette parenthèse. Je voudrais réagir sur l'intervention de Mathias Matallah. Effectivement, son discours est très séduisant, mais il y a vraiment tout et son contraire qui est affirmé. On voit que les prélèvements pèsent trop lourd, mais il faut rembourser les veinotoniques. Le problème, c'est l'évolution de notre système. Le sentiment que j'ai, c'est qu'effectivement il tend vers des taux de couverture très différenciés entre individus et que ceci nuit à la cohésion du système, à la solidarité de tous pour payer au pot commun.

C'est pour cela que je pense que les ALD est un système très vertueux, important, qu'il faut qu'il y ait une solidarité des bien portants envers les malades, mais qu'il a quand même un coût social assez élevé, associé au fait que cela conduit à un taux de couverture différencié entre mêmes assurés, ce qui pose un problème de fond pour l'évolution du système.

Concernant les sondages, j'ai été très frappée par l'épisode médiatique qu'il y a eu autour de la publication des résultats du cabinet Jalma et du sondage du CISS. Quand on voit l'exposé, je suis effectivement très peu convaincue par le sondage du CISS, à cause de la méthode. Effectivement, ce n'est pas un sondage qui domine une opinion représentative. Pour autant, je trouve que c'est un travail important. Je pense qu'il est urgent de construire des sondages crédibles pour améliorer le débat.

Vous dites que personne ne veut augmenter les prélèvements obligatoires, je ne suis pas non plus convaincue, et je voudrais voir la forme des questionnaires. Je me souviens d'une anecdote citée par Laurent Fabius. Il disait que quand il était ministre, il avait fait faire un sondage pour demander si l'impôt sur le revenu était trop élevé. Une catégorie de personnes à 50 % avait répondu oui, et c'était des gens qui ne payaient aucun impôt sur le revenu. Donc dire que les impôts sont trop élevés, c'est évidemment une opinion commune, personne ne veut payer d'impôts. À mon avis, un sondage pertinent poserait la question comme je l'ai fait au début de mon exposé. L'impôt ne vaut que compte tenu de la contrepartie que l'on en a, c'est-à-dire qu'il faut véritablement faire un sondage extrêmement raisonné sur la santé, l'éducation éventuellement, et expliquer la contrepartie par l'efficacité des dépenses et alors seulement poser la question de combien on est prêt à payer et sous quelle forme. Cette question doit donc être traitée extrêmement sérieusement, il y a un débat qui commence à être mené, mais je pense qu'il est très insuffisant.

Didier TABUTEAU

Je voudrais revenir sur un point qui me soucie beaucoup, parce que, pour avoir participé aux travaux il y a maintenant une vingtaine d'années sur la réforme des retraites, je le vois monter. J'ai l'impression de voir resurgir la même approche, c'est-à-dire la volonté de construire un clivage entre générations sur la maladie. Cela mérite attention, d'abord parce qu'on voit bien à qui profite le crime, et ensuite, parce que je crois que nous sommes dans un schéma complètement différent de celui des retraites. L'assimilation entre partage de la charge d'un salaire différé sur les retraites et assurance maladie en termes de clivage des générations n'a aucun sens. Je rappelle quand même que l'objectif d'un bon système de santé, c'est que la charge de dépense d'assurance maladie soit exclusivement sur les derniers mois de la vie, voilà l'objectif fondamental. C'est-à-dire qu'à aucun moment au cours de sa vie, on n'a eu besoin de remboursement de dépenses de soins parce qu'on était en bonne santé. On est donc dans un schéma qui est exactement l'inverse du schéma de la retraite où au contraire, l'objectif est d'avoir un retour sur ses cotisations qui soit le plus important. Si on rentre dans un débat qui est de nature plus idéologique qu'économique autour de cette question, on pervertit complètement ce qu'est l'objectif de l'assurance maladie. Cela ne me choque pas du tout sur le fond que la dépense de santé soit concentrée, et j'espère même qu'elle le sera de plus en plus, sur les personnes très âgées. Que les jeunes n'aient pas besoin de soins, ou en tout

cas le moins possible, c'est logique dans un système qui s'améliore. Donc l'idée de faire des comparaisons, comme je les ai vues dans l'observatoire de Jalma sur « Voilà ce que touchent les jeunes, ce que payent les jeunes, voilà ce que touchent les plus âgés », c'est un débat qui a une vocation idéologique qui est celle de casser l'assurance maladie, la solidarité entre les bien portants et les malades. Je n'en conteste pas du tout l'intérêt sur la place publique, mais je pense qu'il faut que ce débat ait lieu dans tous ses termes. On est là au cœur d'une problématique absolument majeure pour les choix qui sont à faire. Effectivement, l'assurance maladie c'est « les bien portants cotisent dans l'espoir de ne jamais rien recevoir ». Je suis désolé, c'est ça le principe de base de l'assurance maladie.

Jean-Pierre LACROIX

D'abord, les restes à charge sur les ALD augmentent de manière galopante. L'ordonnancier bizonne n'est pas quelque chose d'immatériel, cela existe. Le guide médicaments de la HAS existe, et à chaque fois que l'on dérembourse des médicaments dits de confort ou à service médical rendu insuffisant pour les gens en ALD, cela a des conséquences, parce que ça passe dans la partie basse de l'ordonnance et qu'il faut les payer. Vous avez de nombreuses ALD pour lesquelles les médicaments de confort – même les veinotoniques d'ailleurs – qui peuvent paraître tout à fait superflus, deviennent essentiels parce qu'il y a des effets secondaires des médicaments à forts principes actifs, et ce n'est pas toujours pris en compte par l'assurance maladie.

Deuxième chose, le baromètre est un échantillon représentatif alors que « Santé solidaire en danger ? » est un sondage auprès de personnes essentiellement vieillissantes ou en ALD. Ce n'est pas inintéressant d'avoir la sensibilité de gens qui sont effectivement atteints de maladies. On ne quitte pas une complémentaire de gaïté de cœur, c'est par obligation. Des revenus qui étaient moyens, le fameux 1 500 euros, aujourd'hui ne permettent plus un accès aux soins correct dans de nombreux cas. Tout cela entraîne la marginalisation de toute une population qui n'a plus ou mal accès aux soins.

Dernière chose, que ce soit pour un baromètre échantillon représentatif ou pour « Santé solidaire en danger ? », la manière de poser les questions peut introduire des biais, vous avez entièrement raison.

Mathias MATALLAH

Pour répondre à ce que disait Didier Tabuteau sur casser la Sécurité sociale, ce n'est pas ce que je recherche. Je pense simplement que si on veut sauver ce système, il faudra le réformer. On l'a réformé jusqu'à présent par une augmentation de l'endettement, des ressources, et par des politiques de réduction de la dépense qui ont une efficacité relative, mais dont on mesure les limites. Aujourd'hui, on est devant un sinistre financier. À un moment donné, les 30 ou 40 milliards dont parlait Yves Bur, il faudra bien s'y coller et se dire qu'il va falloir les résorber. Comme il l'a dit, le menu crétois, c'est 20 milliards d'économies et 20 milliards d'augmentation des ressources. Ce sera donc la CSG et les désengagements. La seule chose, c'est qu'il faut avoir un débat adulte, un débat citoyen, et voir comment on peut le faire dans des conditions qui ne remettent pas en cause l'égalité d'accès aux soins. Le débat sera là.

Philippe ULMANN

Je voudrais réagir par rapport à ce qui vient d'être dit par le représentant du CISS, pour préciser deux choses. D'abord, la dernière mesure sur le passage de 35 % à 15 % de taux de remboursement pour les médicaments à service médical rendu insuffisant est une mesure qui était entre autres portée par le RSI, mais également par la MSA, donc je pense qu'il est important que je puisse répondre sur ce point. Cette mesure s'applique justement aux personnes qui ne sont pas en ALD, parce qu'elle concerne certains médicaments dont le service médical rendu est faible ou insuffisant. On sait que couplés à certaines pathologies et d'autres médicaments, ils ont une utilité et ne concernent donc pas les personnes en ALD.

Je voudrais aussi expliquer pourquoi l'évolution se fait par une lente dégradation insidieuse, qui essaie de se produire de manière indolore et qui ne s'attaque pas aux vrais problèmes. C'est parce que là, on est confronté à toute la difficulté du cycle politique, qui rend plus facile de ponctionner insensiblement à droite, à gauche, que de prendre des mesures radicales. Dans le cadre du rapport au Parlement d'il y a un an et demi, nous avons justement proposé de revoir les conditions d'entrée et de sortie en ALD et nous avons été confrontés à une levée de boucliers de la part des associations de patients qui ont dit « Vous voulez toucher aux ALD, c'est hors de question, etc. », alors qu'il s'agissait juste de dire « Est-ce que finalement, on n'a pas dévoyé le système ? ». Je rappelle que l'ALD est un système médico-administratif qui vise à la prise en charge à 100 % d'une maladie longue et coûteuse. Aujourd'hui, vous avez en ALD toute une catégorie de personnes atteintes de diabète de type 2, dit diabète léger, dont la dépense liée au diabète est relativement limitée dans l'année. Ces gens ne sont pas des invalides ou des impotents, ils vivent très bien avec leur pathologie. Donc la question des ALD reste taboue en France, on ne veut pas s'y attaquer. Ce n'est pas pour cela qu'il faut supprimer la prise en charge spécifique des ALD, mais comme cela a été dit tout à l'heure, on peut peut-être, dans un souci de solidarité, passer à 95 % ou 90 %.

Didier BALSAN, Fédération nationale de la mutualité française

Je souhaiterais revenir sur les questions de redistribution que l'on a évoquées tout au long de la matinée, pour apporter des éléments de nuance par rapport au bilan que l'on peut faire dans la comparaison entre le régime obligatoire et le régime complémentaire. Le bilan redistributif s'apprécie aussi par rapport aux prestations qui sont versées. Pour le régime obligatoire, des études montraient qu'il y avait effectivement un aspect redistributif parce que les dépenses étaient concentrées sur les patients qui étaient plutôt dans des foyers modestes. Les éléments que l'on a sur les restes à charge, qui sont très élevés – restes à charge avant l'intervention des complémentaires – et les remboursements des mutuelles montrent qu'on a aussi de forts effets de concentration. Les restes à charge sont élevés pour les patients qui sont en ALD ou en maladie chronique, parce qu'il y a des dépassements, parce qu'ils sont par ailleurs malades indépendamment de leur ALD, parce qu'ils sont mieux suivis. Ces constats-là vont dans le sens d'un aspect tout de même redistributif des prestations qui sont versées par les mutuelles, par les régimes complémentaires. Pour les complémentaires, on est sur des cotisations forfaitaires, mais il y a tout de même la CMUC et les dispositifs d'ACS qui ont tendance à limiter cet aspect anti-

redistributif. Par ailleurs, le financement de la Sécurité sociale pour la partie assurance maladie n'est pas nettement progressif, pas nettement redistributif. Les cotisations d'assurance maladie et la CSG sont proportionnelles. Il y a des exonérations sur les bas salaires, elles sont compensées par des taxes affectées (alcool...), qui sont plutôt anti-redistributives, parce qu'elles touchent plutôt les ménages modestes.

Isabelle JOUMARD, OCDE

Quand on discute de la question du rôle plus ou moins grand des complémentaires par rapport à l'assurance de base, il me semble qu'il y a un aspect important, celui de la fixation des prix. Dans un système d'assurance sociale à la française, et dans d'autres pays d'ailleurs comme au Royaume-Uni, quand il y a une caisse centrale, il y a un pouvoir de fixation des prix extrêmement fort, c'est-à-dire une limitation des prix qui se fait de façon centralisée. La question que je me pose, au-delà de la question de la solidarité, c'est si le passage en France d'un système assez centralisé à un système plus fragmentaire de l'assurance sociale n'entraînerait pas une augmentation des prix et donc des dépenses de santé plus importantes sans résultat. Je pense que c'est une vraie question que doivent se poser les politiques français. Quand on voit les tarifs de certains médecins en secteur 2 ou des secteurs qui ne sont pas ou peu couverts par l'assurance de base, mais mieux couverts par les mutuelles comme les lunettes ou les soins dentaires...

Emmanuel VALOT, ministère de l'Intérieur

Deux pistes peut-être pour réduire les déficits : une partie sur les recettes, une partie sur les dépenses. Je crois que certaines sont mises en œuvre, mais faut-il aller plus loin ? On a parlé de la fraude sur les dépenses, elle n'est somme toute pas si gigantesque par rapport aux ordres de grandeur mais elle est quand même très importante sur les recettes puisqu'elle s'élève à plusieurs milliards d'euros. Est-ce une piste qui peut continuer à être creusée pour optimiser les recettes ? Sur la partie dépenses, je parlerai des comportements à risque. Comme le secours en montagne ou certaines exclusions d'assurance dans l'assurance voiture, faut-il définir quels sont les comportements à risque, tabagisme, obésité ou autres ? Orienter les personnes concernées sur une assurance individuelle et non sur l'assurance collective ? Reste à pouvoir tracer la ligne, ce qui est toujours très délicat.

Philippe ULMANN

Sur la fraude, il y a effectivement de quoi faire. Sur la partie dépenses, l'assurance maladie y travaille très activement depuis 2004 et a obtenu des résultats assez significatifs. Ceci dit, cela représente une part quand même limitée. Néanmoins, ce n'est pas pour cela qu'il faut la négliger, il faut continuer les efforts, mais comme je l'évoquais tout à l'heure, les sources commencent un petit peu à se tarir. Après, vous évoquiez les accidents de montagne, ça me fait penser à d'autres débats sur les journalistes qui se font enlever. Après tout, cela représente quand même des montants qui sont extrêmement limités, et ce n'est pas du tout ce qui résoudra notre problème.

Quant à moduler le taux de remboursement en fonction du comportement à risque, c'est une question récurrente. J'ai toujours entendu parler de cela. Les Allemands ont fait quelque chose qui pourrait s'apparenter à cela dans le dentaire : en gros, si vous ne faites pas tous les soins préventifs recommandés quand vous êtes enfant, parvenu à l'âge adulte, on vous rembourse moins voire plus du tout sur vos soins. Autant sur une assurance maladie obligatoire on imagine assez mal aller vers cela, du moins dans le cas français, autant on peut imaginer que des assurances complémentaires proposent des modulations de taux de remboursement en fonction de comportements vertueux. Après tout, cela existe dans l'assurance automobile. Donc pourquoi pas.

Laurent CYTERMANN, Conseil d'État

Je voudrais revenir sur la question des conditions d'un débat public sur les choix collectifs, qui a souvent été évoquée.

Il peut y avoir deux illustrations de la façon dont cela se passe en général, dont aucune n'est satisfaisante. La première, c'est le débat qui a duré très peu de temps sur les ALD à l'été 2008. Je crois qu'une piste de restriction de la couverture avait été évoquée et le débat a duré deux ou trois jours. C'est un débat public que l'on pourrait dire réactif, en réaction à des propositions, à des ballons d'essai. On sait bien comment cela se passe à chaque fois, c'est-à-dire que l'on réforme sur la ligne de moindre résistance, c'est-à-dire, en termes familiers, là où ça gueule le moins. La deuxième formule qui *a priori* est meilleure, mais je me demande si elle fonctionne très bien, c'est lorsque l'on organise des grands débats collectifs, des assises, des Grenelle, des états généraux. J'ai le sentiment que même dans ces grands débats, on arrive à une expression de besoins, et on pose très rarement les questions en termes de choix. On les pose ici, dans un séminaire fermé. Alors je voudrais demander aux intervenants : comment fait-on pour organiser un débat public qui pose la question en termes de choix ?

Philippe ULMANN

Le problème, c'est qu'il y a une question d'éducation. Quand vous faites un débat sur la santé, tout le monde se renvoie la balle : les médecins disent que ce n'est pas de leur faute, même chose pour les patients et pour l'hôpital. C'est systématique. C'est assez compliqué, parce qu'il n'y a pas tout ce travail pédagogique. Il y a eu de grands états généraux à la fin des années 1990, il y a la Conférence nationale de la santé avec les conférences régionales de la santé et de l'autonomie qui vont être mis en place avec HPST. Mais c'est vrai qu'à chaque fois, c'est une expression de besoins, et par définition, en santé le besoin est illimité, c'est bien connu de l'économiste, et à partir du moment où le besoin est illimité, on a du mal à le contrôler. Le problème est que le débat n'a jamais porté sur « Vous identifiez ce dont vous avez besoin, et ensuite, il faut voir quelles sont les répercussions en termes de financement ». Sans aller dans l'extrême comme la célèbre expérience qui avait été menée dans l'Oregon il y a une vingtaine d'années. En gros, on avait donné une liste de traitements et leurs prix correspondants et on avait demandé à la population de se prononcer sur ce qui était à rembourser ou pas. Un examen était fait chaque année par un conseil de citoyens qui disaient « L'angioplastie, je prends, la dialyse, je

prends jusqu'à 60 ans », toute une série de choses. Le système a tenu jusqu'au moment où vous avez eu quelques cas d'enfants atteints d'une pathologie pour laquelle le traitement n'était pas jugé comme entrant dans le panier de soins. Il y a eu deux, trois ou quatre décès d'enfants. Evidemment, porté à la connaissance du public, cela a tout de suite provoqué une grande émotion, on peut le comprendre, et le système a été abandonné. C'est toute la difficulté de faire des choix collectifs qui vont à l'encontre des aspirations individuelles. Tout économiste que l'on est, on reste néanmoins un être humain. Je peux déclamer de beaux principes, mais si demain il y a un pépin sur mes enfants, je voudrais le mieux et je ne voudrais pas que l'on se pose la question de l'argent. C'est donc toute la difficulté : comment organiser un débat public où on a des intérêts individuels qui sont parfois en opposition avec des intérêts collectifs ? À mon sens, la pédagogie est la seule solution, parce que la culture française n'est pas la culture des Anglais et que nous ne sommes pas prêts de devenir anglais.

Brigitte DORMONT

Pour revenir à des choses qui ont été évoquées en début de matinée, je crois qu'il faut voir quelles sont nos marges de manœuvre sur les gains d'efficacité productive. Pour l'instant, en France, on n'a rien fait ou quasiment rien. C'est-à-dire que rien n'a été fait du côté des paiements des médecins généralistes, on n'a jamais remis en cause le paiement à l'acte. On a le plus grand mal à changer la répartition géographique, et je pense que d'énormes gains d'efficacité pourraient être réalisés de ce côté-là. Pour les tarifications hospitalières, j'adhère pleinement au système de la T2A, mais la façon dont il est mis en place ne va pas dans le sens de l'efficacité, surtout avec un détail croissant de la nomenclature. J'avais une question pour les gens de l'OCDE. L'étude qui a été mentionnée par Valérie Paris normalement nous donne exactement le chiffre des économies que nous pourrions réaliser à résultat constant. J'aimerais avoir ce chiffre. Il est de combien ? 5 % – 20 % ? Les études de la RAND faites pour les États-Unis disent qu'il est possible d'avoir le même résultat avec 30 % de dépenses en moins. On n'y croit pas vraiment, mais ça donne une grosse marge de manœuvre. Je pense donc qu'il est important de publier ce chiffre, même si vous n'y croyez pas, cela peut éclairer le débat.

Isabelle JOUMARD

Pour répondre rapidement, on peut faire les estimations de deux façons. On peut se dire « À dépenses constantes, de combien pourrait-on augmenter le résultat ? ». On peut le faire aussi dans l'autre sens, comme le montrait Valérie Paris : à résultat constant, état de santé constant, de combien pourrait-on réduire la dépense ? Je n'ai pas les chiffres en tête pour tous les pays, mais c'est significatif, parce qu'aux États-Unis on dépense 16 % du PIB et on a un état de santé qui est à peu près identique à celui du Danemark qui dépense 8 % du PIB. On pourrait presque dire qu'on pourrait réduire de moitié pour les États-Unis. Pour la France, on doit arriver à quelque chose comme ça. Je ne suis pas sûre de croire dur comme fer à ces estimations, parce que c'est une drôle de façon de poser la question. C'est assez violent.

Valérie PARIS

Je vais être très rapide à propos de l'organisation d'un débat public. Je pense qu'il faut surtout l'appuyer sur l'expertise la plus profonde et la plus indépendante possible. Je lis les rapports du HCAAM avec énormément d'intérêt, je les trouve très intéressants, mais ce n'est pas une expertise indépendante. Ce sont des travaux qui doivent trouver un certain consensus entre un nombre de participants assez important. Je pense qu'il serait intéressant de faire appel à des gens, de commissionner des études. Par exemple, la question que posait tout à l'heure Yves Bur sur les conséquences des différents types de prélèvements en termes d'offre et de demande de travail, en termes de croissance économique, etc., s'il faut plutôt de la CSG, de la TVA... Ce sont des questions sur lesquelles il existe des éléments de réponse, on peut faire des simulations. J'imagine que la Direction de la Sécurité sociale fait cela, mais on peut aussi faire appel à des expertises indépendantes pour éclairer le débat, y compris sur les coûts, les dépenses individuelles et les bénéfices que les gens retirent du système de santé.

Marie REYNAUD, HCAAM

Au sujet de l'indépendance du HCAAM, c'est tout de même un lieu où il y a différentes parties prenantes autour de la table pour discuter, et dont les rapports sont approuvés ou non et rendus immédiatement publics. Je pense que c'est un gage d'indépendance.

Conclusion

Virginie GIMBERT, chargée de mission, Centre d'analyse stratégique

Étant donné la richesse des débats, je vais revenir sur quelques points saillants des discussions. Ce séminaire est parti de la question qui est posée par les économistes, celle du niveau optimal de dépenses de santé. Réfléchir en termes de niveau optimal renvoie à plusieurs problèmes. Cela pose la question de la réserve d'efficacité des dépenses qui sont déjà engagées. Plus largement, cela pose la question du lien entre dépenses de santé, évolution et conséquences sur l'état de santé des populations. Ce lien étant particulièrement complexe et non univoque, cela invite à s'interroger sur les autres facteurs qui peuvent jouer dans le sens d'une amélioration de l'état de santé des populations et qui ne sont pas strictement liés à des politiques de santé. Ainsi, des dépenses supplémentaires en matière de logement, ou d'éducation, peuvent avoir un plus grand impact en matière de santé que des dépenses supplémentaires consacrées au budget santé. Le niveau optimal de dépenses de santé ne peut donc se définir que relativement aux autres dépenses engagées. Enfin, il est apparu clairement au cours des discussions que la définition du niveau optimal de dépenses ne peut se faire qu'en menant une réflexion approfondie sur le financement des soins et qu'il convient d'articuler ces deux dimensions.

Du point de vue du financement des soins, des évolutions majeures se dessinent aujourd'hui à la suite d'une série de réformes sur les 20 dernières années. Les dépenses de santé croissent de façon continue depuis plusieurs décennies et continueront d'augmenter ce qui pose le problème de leur soutenabilité à long terme. Pour le citoyen, le reste à charge tend à augmenter fortement depuis quelques années ce qui s'explique notamment du fait du glissement qui s'est opéré entre remboursement de l'assurance maladie vers les assurances complémentaires. Or, cette tendance peut avoir des conséquences majeures en termes d'équité, de solidarité et de cohésion sociale. Si elle s'accroît, elle pourrait en effet conduire à des phénomènes de renoncement de recours aux soins, notamment par les individus ayant les revenus les plus faibles. Les inégalités sociales de santé s'en trouveraient également accrues. Au-delà du problème d'équité que cela pose, cette augmentation du reste à charge pourrait avoir des conséquences encore plus importantes : elle pourrait se traduire par une remise en cause du consentement à payer des citoyens, ce qui signifierait une remise en cause des fondements même du système de soins.

Plusieurs pistes de réforme ont été évoquées au cours de cette matinée. Une première étape consisterait à construire des indicateurs plus fiables et surtout plus lisibles par les citoyens afin de mieux appréhender le système de santé. C'est sans doute là un des enjeux majeurs : pour qu'une réforme puisse être acceptée, il est nécessaire que le système gagne en lisibilité. Un deuxième élément important touche à la question de l'organisation du débat et surtout à la manière d'organiser un débat qui puisse discuter des solutions en les présentant sous la forme d'alternatives envisageables parmi lesquelles il convient d'opérer un choix. C'est une question qui a été abordée à plusieurs reprises. Finalement, on voit bien que, même si les économistes posent la question du niveau optimal de dépenses, la réponse est

essentiellement de nature politique au sens où c'est un choix de valeurs qu'il convient d'effectuer : il convient de choisir les garanties que l'on souhaite conserver ou construire, mais dans un univers contraint, c'est-à-dire au regard des marges de manœuvre financières existantes.

Le dernier point sur lequel je souhaiterais revenir concerne les solutions actuellement disponibles. Nombre d'entre elles sont en effet régulièrement évoquées comme des pistes à creuser (la question des ALD) ou bien sont déjà là – comme le bouclier sanitaire. Pour autant, elles semblent parfois peu discutées de manière collective ou parfois peu adaptées au regard des contraintes financières existantes. Nous souhaiterions justement que les séminaires suivants servent à ouvrir la discussion sur les marges d'efficience existantes dans le système de santé en s'intéressant davantage aux aspects institutionnels, organisationnels et aux acteurs du système de santé (pratiques des professionnels de santé, comportements des usagers, etc.).

Je vous remercie.