

## ANALYSE

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

*Démocratie sanitaire et consentement au financement de la santé*

*Des positions très divergentes existent quant au niveau optimal de dépenses de santé. Entre cibles basses (limitation de la part des dépenses dans le PIB à un niveau proche du niveau actuel), et cibles hautes (près de 30 % du PIB dans certains scénarios), la question du niveau optimal de dépenses ne peut être envisagée indépendamment des modalités de leur financement. Allocation des ressources à la santé plutôt qu'à d'autres politiques publiques, part de l'assurance obligatoire, des assurances complémentaires et « reste à charge » des ménages... Qui doit décider et comment ? Si les développements récents de la science économique visent à mieux éclairer les choix des décideurs en matière de santé, face à des arbitrages essentiellement politiques, la qualité du débat public sur la santé est indispensable. Pour éviter notamment que les décisions ne soient prises implicitement, par une accumulation de dispositifs « techniques », renforcer la démocratie sanitaire en consolidant les instances de débat sur la santé est un objectif à privilégier.*

Les dépenses de santé représentent en France aujourd'hui **11 % du PIB** (si l'on utilise l'indicateur retenu pour les comparaisons internationales). Leur **taux de croissance – proche de 3,5 % – est supérieur à celui du PIB**. La France n'est pas un cas isolé, l'augmentation de la part du PIB consacrée aux dépenses de santé étant une évolution très largement partagée au cours des dernières décennies. Malgré tout, notre pays est, après les États-Unis (16 % du PIB), celui qui dépense le plus d'argent pour la santé<sup>1</sup>. En raison du dynamisme de la dépense, l'augmentation « naturelle » des recettes consacrées à la santé ne suit pas. Ceci complique l'équation macroéconomique du financement de la santé et se traduit par des **déficits chroniques de la branche maladie**<sup>2</sup>. Jusqu'alors trois « solutions » ont été employées dans le système français pour résorber ce déséquilibre : l'augmentation des prélèvements (par accroissement du taux ou par élargissement de l'assiette), la baisse des remboursements et l'endettement.

Cette note dégage les tendances d'évolution des dépenses de santé et s'interroge sur la possibilité d'en déterminer un niveau optimal. Les limites d'une approche exclusivement économique de cette question conduisent à explorer les pistes d'amélioration des processus de décision, afin qu'ils intègrent mieux l'exigence de démocratie sanitaire impliquée par de tels arbitrages.

<sup>1</sup> OCDE (2009), *Panorama de la santé 2009 - Les indicateurs de l'OCDE*.

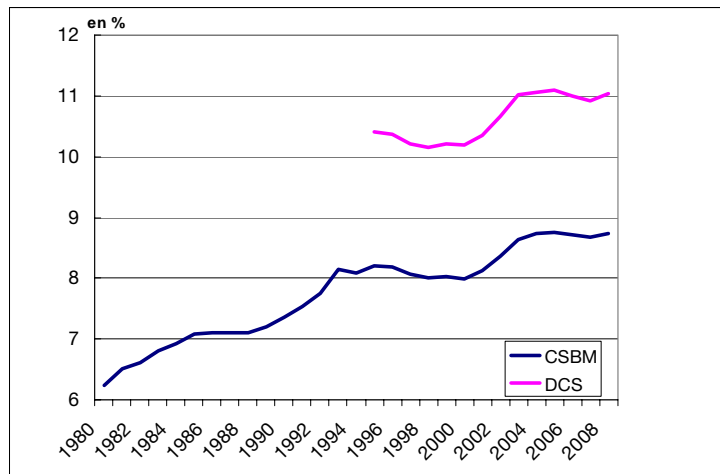
<sup>2</sup> L'élaboration de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 a mis au jour un déficit de l'assurance maladie de l'ordre de 11,5 milliards d'euros en 2009.

## Les grandes tendances d'évolution de la dépense de santé

**Un fort dynamisme des dépenses de santé...<sup>3</sup>**

La part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a connu une progression très régulière entre 1950 et 1990, passant de 2,5 % aux alentours de 8 %. Une croissance forte au début des années 2000 a amené ce chiffre à 8,7 % du PIB en 2004, avec une relative stabilité depuis.

**Les différents secteurs n'ont pas le même poids dans la dépense de santé :** les soins hospitaliers (qui ne comptabilisent pas ceux des personnes âgées en long séjour) sont le plus gros poste (44 % de la CSBM), suivis par les soins ambulatoires (27,5 %) et les médicaments (20,5 %). Ce sont les soins hospitaliers qui contribuent le plus à la croissance de la dépense (sur 3,8 points en 2008, 1,6 leur est dû<sup>4</sup>).

**Évolution de la part de la CSBM et de la DCS dans le PIB (1980-2008)**

Source : DREES, Les comptes nationaux de la santé en 2008

**Encadré 1 : Qu'entend-on par « dépense de santé » ?**

Le compte de la santé est un compte satellite présenté chaque année depuis 1970 à la Commission des comptes de la santé créée à cet effet. Il expose **plusieurs agrégats aux usages différenciés** :

**Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)**

La CSBM, qui représentait **170,5 milliards d'euros en 2008 (8,7 % du PIB)**, comptabilise les dépenses engagées pour traiter une perturbation provisoire de l'état de santé. Cet agrégat comprend les soins hospitaliers et ambulatoires, la consommation de médicaments, les transports sanitaires et les autres biens médicaux (poste assez hétérogène comprenant notamment prothèses, optique, petit matériel et pansements).

**Dépense courante de santé (DCS)**

Cet agrégat, qui atteignait **215 milliards d'euros en 2008 (11 % du PIB)** traduit l'ensemble de l'effort consacré par les financeurs publics et privés au titre de la santé, hors dépenses en capital. La DCS intègre donc, outre la CSBM, les soins aux personnes âgées en établissement, les indemnités journalières (IJ) versées en cas de maladie, de maternité ou d'accident du travail, les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

**Dépense totale de santé (DTS)**

La DTS est l'agrégat utilisé depuis 2006 par l'OCDE, Eurostat et l'OMS pour effectuer des comparaisons internationales. En 2008, elle représentait **11 % du PIB**. En France, on l'obtient en retirant de la DCS les indemnités journalières (IJ) ainsi qu'une partie des dépenses de prévention, les dépenses de recherche et de formation médicales et en ajoutant l'investissement du secteur de la santé (formation brute de capital fixe (FBCF) du secteur hospitalier public et du secteur privé), ainsi que les dépenses liées au handicap et à la dépendance.

**... dont les facteurs de croissance sont toutefois difficilement hiérarchisables et l'impact global incertain**

L'étude des facteurs de croissance de la dépense de santé est un élément fondamental du débat, en ce qu'il permet d'en évaluer le caractère « inéluctable » ou au contraire influençable par des mesures de régulation. La plupart des **études économétriques** réalisées sur l'évolution des dépenses de santé – nombreuses et qui commencent à bénéficier d'un recul important – **s'accordent sur les déterminants principaux de la croissance de la dépense de santé** : richesse, évolutions démographiques et épidémiologiques, progrès technologique, pratiques des professionnels de santé. **Le poids respectif de chacun de ces facteurs demeure en revanche plus discuté** et l'existence de nouvelles méthodes économétriques (régressions sur données de panel) ainsi que l'importance de certaines évolutions démographiques stimulent la production de nouveaux travaux à partir de ces questionnements classiques.

À titre d'exemple, **l'influence du vieillissement sur les dépenses de santé est objet de débat**. On constate que les dépenses de santé croissent en fonction de l'âge<sup>5</sup>, ce qui devrait conduire

<sup>3</sup> Nous utilisons la CSBM dans la mesure où pour des raisons de cohérence dans la comptabilité nationale, elle est l'agrégat le plus employé et dont les évolutions sont les mieux connues. Il faut garder à l'esprit néanmoins son caractère un peu restrictif (encadré 1).

<sup>4</sup> DREES (2009), *Les Comptes nationaux de la santé en 2008*.

<sup>5</sup> D'après les données de l'assurance maladie, une personne de 80 ans consomme en moyenne 3 à 4 fois plus de soins qu'une personne de 30-40 ans.

mécaniquement à une augmentation des dépenses avec le vieillissement de la population. Des analyses avancent cependant qu'en réalité les dépenses de santé croissent très peu avec l'âge une fois retiré l'effet de la dernière année de vie<sup>6</sup>. Le vieillissement ne serait donc pas un facteur lourd d'augmentation de la demande de soin, mais l'arrivée des *baby-boomers* à des âges élevés créerait un choc temporaire d'accroissement des dépenses. Par ailleurs, il existe une incertitude sur l'évolution des profils de consommation de soins (la consommation de soins aux âges avancés tend à augmenter). Celle-ci est influencée à la fois par l'évolution de la morbidité (maladies « de société », pathologies du vieillissement) mais également par les pratiques médicales dans la prise en charge des personnes âgées. D'après des estimations récentes de la Direction générale du Trésor et de la politique économique (DGTPE), « *l'impact du vieillissement sur la dépense de santé devrait être compris entre 1/2 et 2 1/2 points de PIB d'ici à 2050, selon que la santé des seniors ira spontanément en s'améliorant ou qu'au contraire les soins aux personnes âgées s'intensifient* »<sup>7</sup>. **Cette fourchette reflète la pluralité des scénarios possibles (vieillesse en bonne santé, médicalisation accrue de la vieillesse)** mais un impact sensible du vieillissement sur la dépense de santé est néanmoins retenu. Si le profil des dépenses par âge restait inchangé, l'estimation serait de 1 1/2 à 2 points de PIB.

**Le progrès technique a des conséquences ambiguës** sur les dépenses de santé : facteur d'augmentation des dépenses en raison du coût des innovations, il peut également permettre des gains d'efficacité organisationnels ou des améliorations dans le traitement de certaines maladies dont les effets ne seront visibles qu'à plus long terme. Une appréhension rationnelle des résultats du progrès technique doit permettre d'allouer les ressources aux innovations qui apportent une véritable plus-value. Cette question se pose avec acuité dans le domaine des médicaments. Certaines nouvelles molécules constituent de réelles avancées thérapeutiques. Cependant, en 2008, la consommation de médicaments a atteint 34,9 milliards d'euros. Elle a progressé de 2,4 % par rapport à 2007. Le poids important de ce poste de dépenses relativement aux autres pays européens provient, outre de volumes consommés conséquents<sup>8</sup>, du poids de produits récents et coûteux, ainsi que du développement encore insuffisant du marché des génériques. Selon la DREES, les renouvellements de molécules sont intervenus pour 12 % dans la croissance du marché des médicaments remboursables en 2008.

**Tous les déterminants impliqués dans la croissance de la dépense de santé n'ont donc pas un effet mécanique mais voient leur impact modulé par les choix de politique du médicament et les pratiques de soins.** C'est en partie pour cette raison que les projections disponibles quant à l'évolution à long terme des dépenses de santé proposent des chiffres très disparates allant du gain de 0 à 10 points de PIB à l'horizon 2050.

### Peut-on définir un niveau optimal de dépenses de santé ?

Devant un tel dynamisme de la dépense de santé, la constante des dernières décennies (depuis la crise économique des années 1974-75) a été de **se préoccuper de sa maîtrise** et surtout de son financement. Cependant, sous l'impulsion de nouveaux axes de recherches initiés dans les années 1990, la santé et les dépenses attachées n'ont plus été considérées uniquement comme des charges pour une nation mais également comme un **moteur pour le développement et la croissance économique** (investissement en **capital humain** avec des effets externes positifs sur la production)<sup>9</sup>. Se pose alors la question de l'allocation optimale des ressources et, partant, de la **détermination d'un seuil optimal de dépenses de santé** permettant de concilier financement des dépenses d'une part et rôle moteur sur la croissance d'autre part. Les particularités de la dépense de santé introduisent une spécificité dans cette démarche d'optimisation dans la mesure où la mutualisation d'une partie des dépenses sépare leur paiement des décisions de consommation de soins. Se poser la question de l'efficacité allocative avec le niveau optimal implique donc de s'interroger sur l'efficacité productive et sur l'impact des dépenses sur le bien-être de la population.

<sup>6</sup> Dormont B., Grignon M. et Huber H. (2006), « Health expenditure growth: Reassessing the threat of ageing », *Health Economics*, 15(9).

<sup>7</sup> Albouy V., Bretin E., Carnot N. et Deprez M. (2009), « Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050 », *Documents de travail de la DGTPE*, 11.

<sup>8</sup> Par exemple, l'importante consommation française d'antidépresseurs qui traduit une prise en charge très médicalisée de certaines formes de détresse psychologique. Cf. Centre d'analyse stratégique (2010), *La santé mentale, l'affaire de tous, La Documentation française* : [http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT\\_Sante\\_mentale\\_version\\_18nov09validdgs2.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_Sante_mentale_version_18nov09validdgs2.pdf)

<sup>9</sup> Ulmann P. (2003), « La prise en compte de la santé dans les modèles de croissance : bilan et perspectives », in J.-M. Dupuis et al. (dir.), *Politiques sociales et croissance économique*, tome I, Paris, L'Harmattan.

Ulmann P. (2009), « La santé, facteur de croissance économique », in Tabuteau D., Bras P.L., Pouvourville (de) G. (dir.) (2009), *Traité d'économie et de gestion de la Santé*, Presses de Sciences Po, Paris.

***Les comparaisons internationales nous renseignent moins sur le « bon niveau » de dépenses qu'elles ne permettent d'évaluer leur efficacité***

Une première façon d'appréhender l'arbitrage entre croissance économique et dépenses de santé peut consister à comparer différents pays. Exemple extrême (quoique pas nécessairement le plus comparable à la France au vu de l'importance du financement privé), les dépenses de santé des États-Unis représentent 16 % de leur PIB ; pourtant leurs résultats de santé sont médiocres, ce qui pose la question de l'efficacité des sommes investies.

Or, mesurer l'efficacité des dépenses de santé ne va pas sans difficultés. Une série de travaux de l'OCDE, consacrés aux bonnes pratiques à mettre en œuvre pour améliorer le ratio coûts/résultats des dépenses publiques dans le secteur de la santé, soulignent les **difficultés méthodologiques à déterminer des indicateurs d'efficacité de la dépense de santé**<sup>10</sup>. Ces recherches arrivent à la conclusion que les indicateurs classiques de mortalité et de longévité (espérance de vie, mortalité infantile et mortalité prématurée), bien qu'imparfaits, demeurent ceux qui permettent le mieux d'apprécier la performance d'un système de santé. Des méthodes de régressions sur données de panel et de *data envelopment analysis* permettent de constater que les différents pays n'ont pas le même succès en matière de transformation de ressources consacrées à la santé en résultats sur l'état de santé de leur population. Selon ces analyses, **les performances en santé (mesurées par l'espérance de vie) seraient davantage influencées par une meilleure utilisation des ressources à dépense constante que par une augmentation des dépenses totales de santé**. Ainsi, l'espérance de vie pourrait s'accroître de presque trois ans en moyenne dans les pays de l'OCDE si les ressources médicales disponibles étaient utilisées plus efficacement alors qu'un accroissement de 10 % de celles-ci se traduirait par trois à quatre mois d'espérance de vie supplémentaires.

Ces comparaisons internationales soulignent qu'une augmentation des dépenses ne se traduit pas forcément par un accroissement du bien-être. Il est nécessaire de bien **distinguer la question de l'efficacité des dépenses de santé de celle de leur niveau**. Par ailleurs, estimer un niveau optimal de dépenses ne saurait avoir de pertinence sans faire préalablement « la chasse aux inefficiences du système » et aux rentes.

***Une croissance des dépenses de santé serait-elle salutaire?***<sup>11</sup>

*A contrario*, certaines études récentes vont jusqu'à considérer que l'optimum n'est pas atteint **tant que les gains marginaux des dépenses de santé sont supérieurs à celle des ressources marginales engagées**. La réflexion sur le renouvellement des indicateurs de richesse d'un pays, qui appréhende la santé comme une dimension de la qualité de la vie et une condition permettant aux individus de saisir des opportunités, tend à mobiliser ce type d'analyses<sup>12</sup>.

Cette réflexion repose sur une évaluation en unités monétaires de la valeur obtenue en contrepartie de ces dépenses<sup>13</sup>. À cette fin, on utilise une mesure de la « **valeur statistique de la vie** » (idéalement approchée par la « disposition à payer », c'est-à-dire le montant qu'une personne déclare ou révèle être prête à payer pour allonger sa durée de vie ; plus fréquemment déduite des primes de risque<sup>14</sup>). Une telle étude a été réalisée par des économistes pour le cas des États-Unis<sup>15</sup>. Ils aboutissent à la conclusion surprenante qu'entre 1970 et 2000, les gains en santé et en espérance de vie auraient ajouté chaque année à la richesse du pays une valeur équivalente à environ 32 % du PIB alors que la dépense de santé représentait à cette date 15 % du PIB dans ce pays. Cette analyse montre que, en moyenne, un point de PIB apporte deux points de « richesse en santé » supplémentaires. On ne peut pas pour autant conclure qu'aujourd'hui une augmentation des dépenses de santé aurait le même impact compte tenu des rendements décroissants. Cependant, si les rendements ne décroissent pas trop vite par rapport à la valorisation de la santé par les individus, cela laisse présager une marge d'augmentation de la dépense de santé dans le PIB à l'optimum. Un autre article conclut qu'il n'est pas inenvisageable que le niveau

<sup>10</sup> Häkkinen U. et Joumard I. (2007), « Cross-country analysis of efficiency in OECD health care sectors: Options for research » : [http://www.oalis.oecd.org/olis/2007doc.nsf/LinkTo/NT000029AA/\\$FILE/JT03227865.PDF](http://www.oalis.oecd.org/olis/2007doc.nsf/LinkTo/NT000029AA/$FILE/JT03227865.PDF) et Joumard I. *et al.* (2008), « Health status determinants: Lifestyle, environment, health care resources and efficiency » : [http://www.oalis.oecd.org/olis/2008doc.nsf/ENGDATCORPLOOK/NT0000363E/\\$FILE/JT03249407.PDF](http://www.oalis.oecd.org/olis/2008doc.nsf/ENGDATCORPLOOK/NT0000363E/$FILE/JT03249407.PDF), *Working papers*, n° 554 et n° 627 du département d'économie de l'OCDE.

<sup>11</sup> Voir Dormont B. (2009), *Les Dépenses de santé. Une augmentation salutaire ?*, Éditions Rue d'Ulm, Cepremap, Paris.

<sup>12</sup> Méda D. (2008), *Au-delà du PIB. Pour une autre mesure de la richesse*, Flammarion. Stiglitz J.E. *et al.* (2009), *Rapport de la commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social*.

<sup>13</sup> En gardant à l'esprit la productivité marginale décroissante des dépenses de santé.

<sup>14</sup> La « valeur statistique de la vie » (VSL) varie fortement d'une étude à l'autre. Selon une étude non publiée de l'OCDE, qui passe en revue 68 études et 900 estimations de la VSL obtenues dans différents contextes (santé, sécurité routière, environnement), on trouve des valeurs variant de 4 450 \$ à 206 474 000 \$, la moyenne se situant à 6 256 000 \$ lorsque les extrêmes sont exclus de l'échantillon.

<sup>15</sup> Murphy K.M. et Topel R.H. (2006), « The value of life and longevity », *Journal of Political Economy*, 114(5).

optimal de dépenses de santé avoisine les 30 % du PIB pour les États-Unis de 2050<sup>16</sup>. Des études de ce type n'ont pas été menées spécifiquement pour la France, mais une méthodologie identique conduirait à la conclusion qu'une **croissance soutenue des dépenses de santé pourrait correspondre à un optimum collectif**. La critique majeure portée à cette approche est celle des coûts d'opportunité : elle ne prend pas en compte le fait que d'autres investissements auraient pu apporter une valeur supérieure en termes d'utilité collective (investissement dans l'éducation, le système productif).

### *La réflexion sur le niveau optimal de dépenses est inséparable de celle sur leur financement*

L'utilisation d'une valeur statistique de la vie qui intègre des mesures d'utilité est une piste possible pour approcher les préférences collectives des individus, *via* l'utilité que leur apportent différents biens et services de santé. **Les difficultés et les limites de la modélisation ne permettent cependant pas à l'économiste d'aller au terme d'une fixation précise du niveau optimal de dépenses.**

Cette restriction paraît d'autant plus indépassable au regard de la coexistence d'une part de dépense socialisée et d'une part laissée à la charge des ménages. **La question du niveau des dépenses ne saurait être envisagée indépendamment des modalités de son financement.** Aspirer à un haut niveau de socialisation conduit à maîtriser rigoureusement la croissance des dépenses afin d'assurer un financement collectif par des hausses acceptables de prélèvements obligatoires. Une croissance plus forte implique de laisser davantage de place à d'autres financeurs. Elle requiert un débat sur les contours du panier de soins socialisé (les progrès médicaux nécessiteraient une actualisation permanente des contours de la responsabilité collective, la réflexion sur son périmètre devant être confiée à une institution qui disposerait de critères clairs)<sup>17</sup>. Les préférences des Français sur ce point sont incertaines.

#### **Encadré 2 : A-t-on une idée des préférences des Français ?**

Deux sondages commandés récemment respectivement par les associations de patients et par le cabinet de conseil Jalma à l'appui de leurs réflexions sur l'avenir de l'assurance maladie livrent des résultats contrastés.

LH2 a réalisé pour le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) un sondage sur « Les Français et la santé solidaire », mené les 30 et 31 octobre 2009 auprès de 1008 personnes (méthode des quotas). 79 % des personnes interrogées auraient le sentiment que leurs remboursements sont moins bons et 52 % (contre 36 %) privilégieraient un financement collectif de la croissance des dépenses de santé (tendance plus marquée chez les plus âgés et les sympathisants de gauche).

Jalma a commandé pour son Livre blanc sur l'avenir de l'assurance maladie un baromètre à l'institut CSA, réalisé les 21 et 22 octobre auprès de 1004 personnes (méthode des quotas). Selon ce baromètre, 30 % des personnes préféreraient la solution de dérembourser certaines dépenses et les transférer aux mutuelles, ce qui conduirait à augmenter les cotisations d'assurance santé complémentaires, contre 19 % seulement qui préféreraient une augmentation de la CSG.

Ces deux études, réalisées la même semaine, aboutissent donc à des conclusions contraires quant aux préférences des Français concernant le financement de l'assurance maladie (davantage collectif ou individuel).

La difficulté à poser cette alternative de manière ouverte conduit le système de santé à y apporter une réponse tacite. La dépense de santé continue de croître avec dynamisme. Devant l'impossibilité de maintenir un financement hautement socialisé, des transferts de charge ont lieu entre acteurs, ce qui renvoie à une sphère d'arbitrage technocratique et peu lisible. Cette modalité de règlement de décisions *a priori* politiques n'est pas sans conséquences de long terme sur la composante solidaire du système.

### **L'inflexion des assurances maladie : le résultat d'un arbitrage implicite ?**

#### *L'assurance maladie tend à se désengager des soins courants au profit des complémentaires santé*

La part des dépenses de santé financée par l'assurance maladie a peu évolué (elle est passée de 77,1 % en 2004 à 75,5 % en 2008). La part financée par les organismes complémentaires progresse lentement de 13,2 % en 2004 à 13,7 % en 2008. Pourtant, cette **relative stabilité masque une déformation dans le contenu de la part financée par l'assurance maladie, qui s'est recentrée sur l'hospitalisation et les soins associés à des maladies graves et coûteuses**. Cette transformation n'est pas le résultat d'un choix mais d'une accumulation de petits dispositifs techniques incrémentaux. Elle résulte de la croissance de l'étendue des prises en charge à 100 % au titre des affections de longue durée (ALD)<sup>18</sup> combinée à une dégradation de certains remboursements *via* des dispositifs supposés responsabiliser le

<sup>16</sup> Hall R.E. et Jones C.I. (2007), « The value of life and the rise in health spending », *The Quarterly Journal of Economics*, 122(1). Dans ce papier, les auteurs affirment que « selon des projections basées sur les analyses quantitatives du modèle, la part optimale des dépenses de santé pourrait excéder 30 % d'ici à 2050 ».

<sup>17</sup> Des réflexions sur le panier de soins minimal existent en France. Elles ont eu lieu lors de l'établissement de la liste (1999). L'évaluation du « service médical rendu » (SMR) par les médicaments et dispositifs médicaux s'inscrit dans cette logique mais n'aboutit en général qu'à des déclassements, sans aller au bout d'une réflexion sur les contours de ce qui doit être socialisé.

<sup>18</sup> Les ALD correspondent à une liste de 30 pathologies longues et coûteuses fixées par le Code de la sécurité sociale, auxquelles s'ajoutent des affections graves et invalidantes d'une durée prévisible de plus de six mois. Elles ouvrent droit à une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie par exonération du ticket modérateur pour les traitements en lien avec l'affection.

patient. L'assurance maladie va donc vers un **désengagement des soins courants**, tout comme elle était historiquement peu impliquée dans le dentaire et l'optique. Cette évolution se traduit nécessairement par un glissement de certaines prérogatives de l'assurance maladie vers les complémentaires santé<sup>19</sup>.

Didier Tabuteau estime que le « taux apparent » de remboursement de l'assurance maladie, indicateur du niveau de remboursement des soins, hors hospitalisation et ALD, se situerait aujourd'hui autour de 55 %. Il a par ailleurs saisi le président du Haut Conseil sur l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) d'une demande de calcul et de publication de ce taux<sup>20</sup>.

### ***Ce mouvement a des effets importants sur les solidarités générées par le système de santé***

Ce mouvement peut faire craindre une **évolution profonde des fondements redistributifs de notre système d'assurance maladie**<sup>21</sup>. Si les prélèvements de l'assurance maladie sont liés au revenu, les primes d'assurances complémentaires sont en règle générale déconnectées du revenu et souvent connectées à l'âge : elles sont de toute façon plus dégressives que la CSG. Ce **déplacement de partage**, loin d'être anodin, **peut accroître les difficultés pour les ménages modestes**, soit qu'ils ne parviennent pas à acquérir une complémentaire santé<sup>22</sup>, soit que l'effort que représente cette acquisition vienne augmenter fortement la part de leur budget consacrée à la santé. Cette évolution n'est pas sans comporter des risques sanitaires, notamment celui de voir certains individus parmi les plus défavorisés renoncer à des « petits soins » peu pris en charge et jugés non urgents. Ce **renoncement au recours précoce aux soins** peut entraîner à terme des complications et des pathologies plus graves et plus coûteuses pour l'assurance maladie. Enfin, ce changement **interroge la légitimité politique de l'ensemble du système d'assurance maladie** ; il questionne notamment l'adhésion et le consentement au financement des jeunes générations. Le dispositif des ALD, bien que très légitime<sup>23</sup>, est susceptible de nourrir chez certains publics un sentiment de désengagement croissant de l'assurance maladie, au risque de fragiliser le pacte de solidarité à l'origine du système.

À l'inverse, certains avancent que confier davantage le financement de certains soins aux complémentaires santé permettrait d'optimiser l'efficacité avec laquelle ils sont dispensés grâce à leurs initiatives de gestion du risque, ce qui serait à terme bénéfique pour les individus.

Dans les faits, il n'est pas aisé de déterminer avec certitude qui sont les gagnants et les perdants dans la transition qui se profile.

#### **Encadré 3 : Déremboursements et ALD : peut-on identifier un déplacement des effets redistributifs ?**

Aujourd'hui, on note une hyperconcentration des dépenses d'assurance maladie sur les assurés en affection de longue durée (ALD), qui représentaient 8,3 millions de personnes au 31 décembre 2008 soit environ 15 % de la population, mais recevaient 62 % des remboursements de l'assurance maladie (56 milliards d'euros en 2007)<sup>24</sup>.

Les dispositifs de CMUC et ALD, qui garantissent un haut niveau de prise en charge des plus malades et des plus pauvres, constituent des dispositifs louables. Cependant, on peut y voir également en germe une modification profonde du système issu de 1945, vers une concentration des prestations de l'assurance maladie obligatoire « *sur la partie la plus défavorisée de la population, qu'il s'agisse des patients les plus sévèrement atteints ou des plus démunis financièrement* »<sup>25</sup>. Les « riches » et les « bien portants » cotisent mais leur prise en charge publique diminue. Ce mouvement touche probablement les classes populaires et une partie des classes moyennes dont le revenu est situé juste au-dessus du plafond pour être bénéficiaire de la CMU, au risque de créer des problèmes d'accès au soin. Des solutions plus lisibles existent si l'on souhaite assumer le passage à un modèle redistributif dans la santé (« bouclier sanitaire », fusion CSG/impôt sur le revenu)<sup>26</sup>.

.../...

<sup>19</sup> Klein T., « Choisir une couverture complémentaire santé : comment font les pays de l'OCDE ? », *La Note de Veille*, n°146, Centre d'analyse stratégique, juillet 2009 : <http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NoteVeille146.pdf> :

<sup>20</sup> Tabuteau D. (2010), « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, 2010(1).

<sup>21</sup> Dormont B. (2009), « Un système si parfait... », *Regards croisés sur l'économie*, n° 5.

<sup>22</sup> En 2006, la proportion de personnes non couvertes par une complémentaire santé dépasse 14 % chez les ménages dont le revenu est inférieur à 800 € par unité de consommation. Cf. Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008), « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, n° 132, IRDES. Quant au dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé (ACS), il peine à monter en charge depuis son institution en 2004 : seuls 25 % des bénéficiaires potentiels en bénéficieraient en 2009.

<sup>23</sup> Dans un baromètre réalisé par l'institut CSA pour le cabinet Jalma, à la question « aujourd'hui l'assurance maladie prend en charge 100 % des affections de longue durée telles que le diabète, l'hypertension ou les insuffisances respiratoires. Pour vous cette prise en charge est-elle justifiée? », 95 % de l'échantillon répondent que cette prise en charge est « tout à fait » (60 %) ou « plutôt » (35 %) justifiée, ce qu'ils motivent par la durée et la gravité des maladies concernées, ainsi que par le coût des soins.

<sup>24</sup> Le fonds CMUC est maintenant totalement financé par les assureurs complémentaires mais les remboursements passent par les caisses primaires d'assurance maladie.

<sup>25</sup> Le Pen C., « Assurance-maladie : le modèle de 45 est-il mort ? », intervention réalisée en janvier 2010 au cours d'une rencontre du club de débat parlementaire Hippocrate.

<sup>26</sup> Le bouclier sanitaire désigne un dispositif qui a pour objectif d'instituer un plafond des restes à charge (RAC) supportés par les patients sur la dépense remboursable. Cf. Bras P.-L. *et al.* (2007), « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge », *Droit social*, n°4 et Briet R. et Fragonard B. (2007), Rapport de la mission bouclier sanitaire.

Il est difficile de savoir si ce glissement a également des conséquences en termes de solidarités générationnelles. L'âge moyen à l'admission en ALD était de 61 ans en 2000. Les jeunes tendent par ailleurs à voir augmenter leurs cotisations de complémentaires santé, même si celles-ci tarifient à l'âge, en raison des transferts de charge depuis l'assurance maladie, alors que d'autres postes importants ont également augmenté dans leur budget (logement). Cette question est un élément clé du débat, car un clivage générationnel très important pourrait rompre les conditions d'un pacte encore extrêmement consensuel sur le paiement par tous de l'assurance maladie. Le problème est moins en termes de transferts actuels qu'en termes de contrat intertemporel : si la solidarité consiste par définition à payer pour les autres, l'absence de visibilité des jeunes générations sur ce que sera la redistribution lorsqu'eux-mêmes seront plus âgés comporte des risques de démutualisation si les transferts semblent se faire fortement depuis les générations actives vers les plus de 65 ans<sup>27</sup>. Il est cependant difficile d'étayer ces intuitions à défaut d'études sur le sujet. Ce manque est dommageable car le choix, lourd de conséquence, ne peut se faire qu'en toute transparence. On peut noter qu'en ce qui concerne les retraites, ce type de questionnements s'est cristallisé à la fin des années 1990 après une période où de telles interrogations étaient peu présentes dans le débat<sup>28</sup>.

***Parfaire la démocratie sanitaire est une priorité ; elle suppose de se donner le temps du débat et d'en surmonter la technicité***

Le principal problème de ce glissement de logique est que, bénéfique ou non, il **ne résulte pas d'un choix explicite et débattu** dans un domaine pourtant fondamental du pacte social. Par exemple, plutôt qu'un point de consensus avéré, l'impossibilité d'augmenter la CSG s'est construite comme un implicite du débat, qui conduisait mécaniquement à rechercher la solution de l'équation macroéconomique du financement de la santé dans un déplacement du partage entre assurance maladie et complémentaires.

En septembre 2007, Nicolas Sarkozy a appelé à un « **grand débat** » sur le **financement de la santé**, notamment pour déterminer la part qui devait être financée par la solidarité nationale et celle qui devait relever de la responsabilité individuelle à travers une couverture complémentaire<sup>29</sup>. Comment organiser ce débat ? **La question de la santé n'est pas sans « moments » et sans lieux institutionnalisés de débat**. Cependant, les contraintes d'organisation qui leur sont propres peuvent faire obstacle à leur audience.

Depuis 1996, le Parlement a commencé à voter des lois de financement de la sécurité sociale et l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)<sup>30</sup>. Les discussions annuelles du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) souffrent toutefois de conditions qui en font des textes focalisés presque exclusivement sur une perspective financière de court terme. Le déficit de vision rétrospective et prospective des examens des PLFSS focalise davantage l'attention « *sur les mesures ponctuelles qu'ils contiennent que sur les équilibres d'ensemble* »<sup>31</sup>. C'est pourquoi une réflexion sur **une pluriannualité des PLFSS** qui les soustraie à la pression annuelle, mais également sur **un rapprochement de leur partie « recettes » avec celle du projet de loi de finances (PLF)** font l'objet de réflexions de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF)<sup>32</sup>.

Dans les années 2000, sur le modèle du Conseil d'orientation des retraites (COR), a été créé son pendant pour l'assurance maladie<sup>33</sup> : en octobre 2003, le Premier ministre a installé **le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)**, qui vise, au travers de rendez-vous réguliers, à établir une continuité dans le dialogue entre parties prenantes de la santé<sup>34</sup>. La mission centrale du HCAAM consiste à dresser

<sup>27</sup> Conseil des prélèvements obligatoires (2008), « La répartition des prélèvements obligatoires entre générations et la question de l'équité intergénérationnelle », <http://www.ccomptes.fr/fr/CPO/documents/divers/RapportDF-PourEdition.pdf>.

<sup>28</sup> Nous datons ce tournant de la publication d'ouvrages ou de rapports qui ont fait émerger la problématique de l'équité intergénérationnelle comme condition de soutenabilité du système des retraites. Cf. Chauvel L., (1998) *Le Destin des générations, structure sociale et cohortes en France au XX<sup>e</sup> siècle*, PUF, Charpin J.-M. (1999), *L'Avenir de nos retraites*, Rapport au Premier ministre, La Documentation française.

<sup>29</sup> Discours du Président de la République, à l'occasion du 40<sup>e</sup> anniversaire de l'Association des journalistes de l'information sociale, Sénat, 18 septembre 2007.

<sup>30</sup> C'est aussi en 1996 qu'a été créée par ordonnance la Conférence nationale de santé. Ses missions et sa composition ont été adaptées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Lieu de concertation, la CNS est notamment consultée par le gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de santé publique.

<sup>31</sup> Rapport d'information du 21 octobre 2009 de la Commission des affaires sociales en vue de la tenue du débat sur les prélèvements obligatoires et leur évolution, présenté par A. Vasselle.

<sup>32</sup> Avis du 18 octobre 2007 de la Commission des finances, de l'économie générale et du Plan sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, rapporté par M.-A. Montchamp.

<sup>33</sup> Depuis la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui est une entité paritaire, est tenu de transmettre chaque année des « propositions sur les charges et produits » au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement avant les discussions du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

<sup>34</sup> Le HCAAM, dont la liste nominative est disponible sur son site Internet, réunit les partenaires sociaux (quinze membres représentant les assurés sociaux et les employeurs ou les régimes d'assurance maladie), l'État (le législatif est présent avec trois députés et trois sénateurs, l'exécutif avec six administrations – Centre d'analyse stratégique, direction de la sécurité sociale (DSS), direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction générale de la santé (DGS), direction générale du Trésor et de la politique économique (DGPE), Direction du budget – représentées par leurs directeurs), les financeurs (représentants des trois régimes d'assurance maladie, directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), et représentants des trois familles de complémentaires santé), les principaux acteurs du système de soins (représentants des professionnels de santé, des hôpitaux, des usagers et des malades) ainsi que quelques personnalités qualifiées. Le *Journal Officiel* a publié le 16 octobre 2008 un

un diagnostic partagé en rapprochant les points de vue, ce qui constituait notamment un préalable nécessaire à la réforme de 2004. Le premier rapport du HCAAM, adopté à l'unanimité en janvier 2004, établissait un consensus sur les besoins de financement de l'assurance maladie à moyen terme. Au regard des missions de représentation, de délibération, d'expertise et de pédagogie classiquement dévolues à ce type d'institutions, le Haut Conseil est conforme à sa vocation. Cependant, pour **acquérir une centralité qui en fasse un moteur de réformes**, une meilleure appropriation collective de ses travaux dans le débat public serait nécessaire. Une des difficultés inhérentes au champ de la santé est l'identification des intérêts des usagers, notamment de celui de l'assuré « ordinaire » (sa représentation est actuellement partagée entre les syndicats, les associations familiales ; les associations de consommateurs ne sont pas présentes au Haut Conseil).

**La Haute autorité de santé (HAS)**, autorité publique indépendante, a été créée en 2004 avec une mission d'expertise et d'arbitrage. Par les évaluations du service médical rendu par les médicaments et du service attendu des actes qu'elle réalise, elle émet des préconisations sur leur remboursement et, partant, sur les contours du panier de soins mutualisé. Cependant, cette institution, qui **pourrait trouver place dans un débat plus large sur les contours de la solidarité en santé**, tirerait profit, dans une logique de démocratie sanitaire, d'une **meilleure représentation des usagers en son sein**. Son équivalent britannique, le National Institute for Clinical Excellence (NICE), un institut du NHS chargé de l'évaluation des technologies et stratégies médicales, dispose d'un « *citizens council* » (conseil des citoyens), composé de 30 membres de la société civile. Un document appelé *Social Value Judgements* qui détermine les critères que le NICE devrait utiliser pour formuler ses avis intègre leurs recommandations. Le *citizens council* donne par exemple son avis sur la valeur que le NICE devrait conférer à une année de vie supplémentaire d'un enfant par rapport à celle d'un adulte ou d'une personne âgée, sur l'importance attribuée à l'égalité en santé.

Enfin, l'installation des agences régionales de santé (ARS) est apparue comme une **opportunité de renforcement de la démocratie sanitaire à l'échelle territoriale**<sup>35</sup>. Le récent décret d'application relatif aux conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA)<sup>36</sup> créées par la loi HPST précise leur fonctionnement : elles constituent un organisme consultatif qui concourt par ses avis à la politique régionale de santé et dont les moyens de fonctionnement sont donnés par l'ARS. Il sera à examiner, dans les années à venir, si les CRSA atteignent une meilleure mobilisation de leurs membres (dont les élus territoriaux) par rapport aux précédentes conférences régionales de santé.

\*\*\*

Suite à la conférence sur les déficits, des choix potentiellement générateurs de tensions semblent se dessiner. La fixation à 3 % de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2010 traduit une inflexion à la baisse, qui pourrait se prolonger à l'avenir<sup>37</sup>.

Le Président de la République a confié en janvier 2010 à Raoul Briet la présidence d'un groupe de travail sur les dépenses d'assurance maladie. Celui-ci est chargé d'améliorer le respect de l'objectif national en proposant des outils de régulation quasi automatiques. Le contexte rend donc plus que jamais nécessaire l'essor d'un débat public de qualité sur l'allocation des ressources à la santé et ses modalités de financement.

> Sara-Lou Gerber, Département Questions sociales

Centre d'analyse stratégique  
18, rue de Martignac  
75700 Paris cedex 07  
Téléphone 01 42 75 61 00  
www.strategie.gouv.fr

Directeur de la publication :  
Vincent Chriqui, directeur général

Rédactrice en chef de La Note de veille :  
Nathalie Bassaler, chef du Service Veille,  
Prospective, International

décret élargissant la composition du HCAAM de trois membres. L'évolution demeure modérée depuis sa création mais cherche à prendre acte des besoins de représentation de certains acteurs (dispositifs médicaux).

<sup>35</sup> Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé, présenté par Yves Bur.

<sup>36</sup> Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010.

<sup>37</sup> Interview de François Fillon dans *Le Figaro Économie* du 29 janvier 2010.