



HAL
open science

Crise et déficit de l'assurance maladie

Gerard Cornilleau, Thierry Debrand

► **To cite this version:**

Gerard Cornilleau, Thierry Debrand. Crise et déficit de l'assurance maladie: Faut-il changer de paradigme?. Revue de l'OFCE, 2011, 116, pp.315 - 332. 10.3917/reof.116.0315 . hal-03389364

HAL Id: hal-03389364

<https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-03389364>

Submitted on 21 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Crise et déficit de l'assurance maladie

Faut-il changer de paradigme ?

Gérard Cornilleau

OFCE, Centre de recherche
en économie de Sciences Po

Thierry Debrand

IRDES, Institut de recherche
et documentation en économie
de la santé

La *Revue de l'OFCE* est ouverte aux chercheurs et à tous les spécialistes en économie et en sociologie. La revue s'assure de la rigueur des propos qui sont tenus mais les jugements et opinions exprimés par les auteurs, y compris quant ils appartiennent à l'OFCE, n'engagent qu'eux-mêmes et non les institutions auxquels ils appartiennent.

Le déficit de l'assurance maladie, de l'ordre de 1 point de PIB, résulte pour l'essentiel de la crise économique qui a réduit les recettes de cotisations sociales et de CSG. Ce déficit concoure à la stabilisation automatique de l'économie et il devrait se résorber avec le retour de la croissance. Tant que celle-ci n'est pas revenue, la résorption volontaire du déficit par la hausse des prélèvements ou la baisse des dépenses serait contra-cyclique et doit être écartée. Mais, une part du déficit, que l'on peut évaluer entre 0,35 et 0,7 point de PIB, résulte de l'existence d'un écart structurel entre la croissance des dépenses de santé et celle du PIB. Pour une bonne gestion à long terme de l'assurance maladie, il est nécessaire d'éliminer ce déficit structurel, évalué entre 1,4 et 2,8 points de PIB si rien n'est fait en 2020. Jusqu'alors celui-ci a été contenu par un mixte de hausse des prélèvements affectés au financement de l'assurance maladie et une baisse des taux de remboursement. La recherche d'une meilleure maîtrise des dépenses par un changement de l'organisation du système de soin (exercice collectif de la médecine favorisant complémentarité et substitution entre professions; construction d'un système intégrant mieux l'ambulatoire et l'hôpital, ...) ainsi qu'une réforme des modes de financement (réduction de la part du paiement à l'acte) permettant de réduire les inégalités d'accès aux soins (en particulier celles liées aux dépassements d'honoraires) mériteraient d'être discutées dans le cadre des débats sur l'évolution des dépenses de santé et de leur financement.

gerard.cornilleau@ofce.sciences-po.fr
debrand@irdes.fr

Mots clés : Assurance-maladie. Dépenses de santé. Sécurité sociale. Finances publiques.

Avant la crise économique de 2008-2009, l'assurance maladie présentait un déficit de l'ordre de 0,2 point de PIB. Ce déficit pouvait être considéré comme structurel car, sans être au plein emploi, l'économie française croissait suffisamment vite pour que le chômage recule rapidement et que la croissance des recettes fiscales et sociales soit considérée comme maximale, durablement indépassable à taux de prélèvement constant. La crise qui a débuté en 2008 et culminé en 2009 explique le creusement des déficits apparus depuis. La chute des recettes imputable à la récession, en explique l'essentiel. Si bien qu'aujourd'hui dans le total du déficit la composante conjoncturelle est majoritaire.

La résorption des déficits est au centre des stratégies de sortie de crise en Europe. Elle implique la mise en place de politiques de rigueur. Que signifie plus de rigueur dans la gestion des dépenses publiques s'agissant des services de soins ? Faut-il augmenter les prélèvements destinés au financement de ces services ? Si oui lesquels ? Peut-on encore réduire la prise en charge des soins courants ? Quelle est la ligne de partage entre assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire ? Faut-il garantir un taux moyen de socialisation des dépenses en santé pour chaque individu ? C'est à ces questions que l'on essaye de répondre ici.

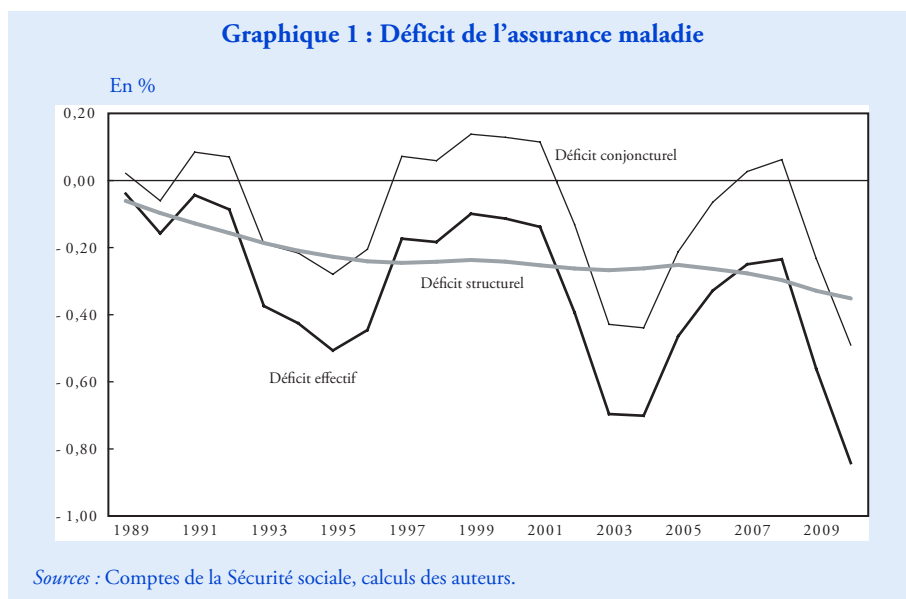
Clarifier le débat économique à propos des dépenses de santé et de leur prise en charge publique n'a jamais été une chose aisée. Les incertitudes relatives à la croissance le compliquent singulièrement en rendant très incertain le partage entre déficit structurel et conjoncturel. On tentera malgré tout d'éclairer la question en présentant l'état des lieux avant la crise (section 1), puis les perspectives d'évolutions spontanées selon deux scénarios macroéconomiques (section 2) avant d'aborder la question des politiques de financement envisageables à court et à moyen long terme (section 3) et enfin de revenir sur la question de la régulation de l'ensemble du système de soins (section 4).

1. Les finances de l'assurance maladie avant la crise

En 2008, l'assurance maladie présentait un déficit de 4,4 milliards d'euros soit environ 0,23 point de PIB (graphique 1).

Au début des années 1990, les comptes de l'assurance maladie étaient quasi équilibrés. L'écart conjoncturel entre la production potentielle et la production effective était faible à cette époque et il est donc possible de choisir le début des années 1990 comme point de référence pour le calcul de l'évolution des déficits structurels et conjoncturels au cours des vingt dernières années. Concrètement on a retenu ici une méthode simple d'extrapolation de la production potentielle à partir de la croissance moyenne des vingt dernières années qui est d'environ 2 %

par an¹. Le déficit structurel résulte alors de l'écart entre le montant tendanciel des dépenses et le montant tendanciel des recettes calculées à taux de prélèvement également tendanciel. Le déficit conjoncturel résulte alors des écarts courants entre les niveaux effectifs et tendanciels des dépenses et des recettes.



La dérive des dépenses relativement à l'évolution des recettes tendancielle, conduit à une hausse régulière du déficit structurel de l'assurance maladie au cours des vingt dernières années. Avec la crise de 1993, le déficit de l'assurance maladie s'était creusé pour atteindre environ 0,5 point de PIB en 1995. À cette date on peut considérer que le déficit se répartissait à moitié entre déficits conjoncturel et structurel. L'écart entre la tendance de la hausse des dépenses remboursées et celle du PIB avait été partiellement contenu par l'augmentation régulière des prélèvements affectés à l'assurance maladie (souvent indirectement par des transferts) et la pression visant à contenir les dépenses. Mais ces efforts restaient

1. Le calcul de la production et de la croissance potentielle s'appuie souvent sur des méthodes complexes qui vont du lissage de la croissance passée au calcul d'un taux de chômage d'équilibre n'accéléral pas l'inflation en passant par des estimations plus ou moins sophistiquées fondées sur l'estimation de fonctions de production. Toutes ces méthodes ont l'avantage de la cohérence avec tel ou tel aspect de la théorie économique. Elles conduisent toutefois à des estimations dont les révisions successives sont très peu crédibles (voir par exemple les changements continus des évaluations des PIB potentiels par l'OCDE ; cf. OCDE, « Promoting potential growth : The role of structural reform », *Document de travail du département d'Economie*, n° 793, juillet 2010), en particulier quand elles conduisent à des modifications substantielles du NAIRU sans autre justification qu'un changement hypothétique du fonctionnement du marché du travail. La référence à une évolution tendancielle est moins satisfaisante du point de vue théorique, mais conduit à des résultats beaucoup plus crédibles, en particulier parce qu'ils vérifient l'hypothèse implicite au concept même de potentiel de croissance et de production : une évolution lente insensible aux fluctuations de courte période.

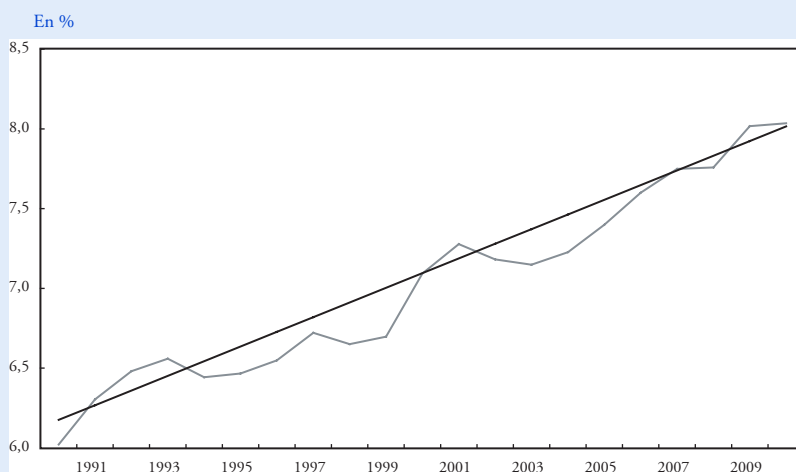
insuffisants pour éviter une hausse du déficit structurel. Celui-ci s'est cependant stabilisé de 1997 jusqu'au début des années 2000, sans doute en conséquence des effets retardés de la réforme Juppé de 1996. La forte reprise de la croissance de la fin des années 1990 a par ailleurs réduit très fortement la part du déficit conjoncturel et l'on a même pu observer un « excédent » de recettes de 1997 à 2001 qui a masqué le maintien d'un déficit structurel voisin de 0,2 point de PIB. La nouvelle crise du début des années 2000 a de nouveau creusé le déficit conjoncturel et le besoin de financement total a atteint 0,7 point de PIB. Juste avant le déclenchement de la crise de 2008-2009 le déficit était à nouveau en voie de résorption du fait de meilleures recettes liées à la conjoncture. La crise a fait plonger les recettes et le déficit de 2010 devrait dépasser 0,8 point de PIB.

Ainsi les mouvements conjoncturels expliquent l'essentiel de la variabilité du déficit de l'assurance maladie dont la part structurelle est aujourd'hui proche de 0,35 point de PIB. Ce déficit est relativement contenu, toutefois il reste en hausse, notamment depuis 2005, sans qu'on puisse séparer l'impact des choix sociaux en faveur d'une augmentation des dépenses et celui de l'inefficacité à long terme des politiques de maîtrise des dépenses. Le dépassement des ONDAM est la règle depuis leurs créations et ceux-ci apparaissent de plus en plus comme des exercices convenus dont la portée réelle est faible en particulier pour la médecine de ville². Ni les déremboursements de certains médicaments ni la promotion des génériques ne semblent avoir eu un impact important. Les mesures récentes de « responsabilisation » semblent surtout avoir un effet de report sur les patients d'une partie du financement des dépenses. Mais ce report est contrebalancé par la poursuite de l'extension du remboursement à 100 % des dépenses afférentes aux affections de longue durée (ALD). Cette double dynamique, qui induit une sélection entre les risques remboursés, semblait stabiliser le taux de remboursement global (taux de dépense socialisée). Toutefois depuis 2007, il décroît sous l'effet d'une vague de déremboursements et de mise en place de différents forfaits et franchises. Du côté de l'hôpital, le budget global a longtemps permis un contrôle efficace de la dépense au prix d'une certaine inefficience dans la répartition des ressources entre hôpitaux. Le passage du financement par un budget global à un système de remboursement basé sur une tarification à l'activité peut être une source d'efficacité. Mais la dérive de ce système vers un retour à une tarification à l'acte (du fait des choix de nomenclature des pathologies) peut réduire l'intérêt théorique du système et conduire à une reprise non maîtrisée de la croissance des dépenses hospitalières. Jusqu'à présent, le déficit structurel n'a été contenu que par la montée des prélèvements affectés à l'assurance maladie. Le système de financement de l'assurance maladie est aujourd'hui très complexe puisqu'il mixte des cotisations à la charge des employeurs, dont une grande partie est exonérée et prise en charge par l'État, le produit de la CSG, l'affectation de nombreuses taxes indirectes (tabac, alcool) et

2. L'écart moyen entre l'ONDAM réalisé et prévu est de 1,3 point de pourcentage sur la période 1998-2009. La moyenne du taux de croissance prévu est de 3,2 % et la réalisation de 4,5. Voir, Mireille Elbaum, « Quel pilotage pour les comptes sociaux ? », *Lettre de l'OFCE*, n° 319, 4 juin 2010.

d'impôts sur les revenus du capital. S'y ajoute des prélèvements fiscaux sur l'industrie pharmaceutique ainsi que, depuis peu, des taxes sur les assurances complémentaires. Au cours des vingt dernières années le transfert et la hausse régulière de « recettes annexes » vers l'assurance maladie, ainsi que des élargissements d'assiette ont fait progresser ses recettes totales sans qu'il soit besoin de procéder à une hausse des taux de prélèvement principaux (cotisations sociales et CSG). Cette augmentation des taux de prélèvement pour l'assurance maladie n'est pas négligeable puisqu'elle a atteint environ 2 points de PIB (graphique 2)³.

Graphique 2 : Recettes de l'assurance maladie / PIB



Source : Comptes de la Sécurité sociale.

À l'avenir un déficit structurel devrait subsister qu'il faudra financer soit par des recettes structurelles, soit par une diminution du taux de remboursement soit par une politique volontariste de réduction des dépenses. Le montant de ce déficit est toutefois très incertain.

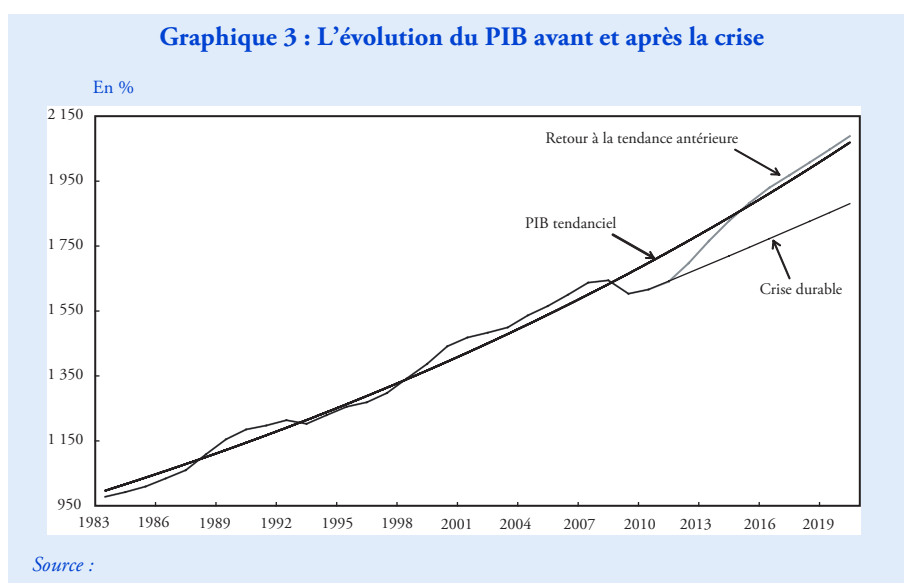
2. Une grande incertitude entoure l'évolution future des déficits

Pour illustrer les incertitudes relatives à l'évolution du déficit nous avons retenu quatre scénarios reposant sur des hypothèses plus ou moins optimistes de croissance économique et des hypothèses plus ou moins fortes de hausse des dépenses de santé. Le taux de prise en charge publique des dépenses est supposé constant.

3. Sur l'évolution du financement de l'assurance maladie, voir Alain Gubian : « Quarante ans de financement de l'assurance maladie obligatoire », in *Traité d'économie et de gestion de la santé*, (Pierre-Louis Bras, Gérard de Pourville et Didier Tabuteau, eds), Éditions de santé, Sciences-po Les Presses, Paris, 2009.

2.1. Les hypothèses sur les évolutions économiques

À partir de 2010 l'évolution des déficits dépend crucialement de l'hypothèse relative à la croissance. La question de la production et de la croissance potentielle est cruciale pour juger de la soutenabilité à long terme des dépenses de santé et des politiques de maîtrise des dépenses et de financement à mettre en œuvre. Nous nous sommes contentés ici de deux hypothèses contrastées de retour aux niveaux antérieurs de la production et de la croissance potentielles ou à l'inverse d'un changement définitif de la trajectoire de croissance de long terme durablement abaissée par la crise. Le graphique 3, représente ces deux hypothèses macroéconomiques.



2.2. Deux scénarios pour la croissance des dépenses de santé

Pour déterminer les évolutions des dépenses de santé nous nous appuyons sur une modélisation très simple dans laquelle le montant des dépenses par habitant, corrigé de l'effet du vieillissement, dépend de l'évolution du PIB par tête, de celle des prix relatifs, et d'une tendance autonome reflétant l'impact du progrès technique et de l'ensemble des variables non prises en compte⁴.

L'élasticité des dépenses au PIB par tête est unitaire conformément aux estimations économétriques sur données de panel international. Il en résulte qu'à

4. Voir, Gérard Cornilleau, « Quel sera le coût de la santé demain ? », in *Traité d'économie et de gestion de la santé*, (Pierre-Louis Bras, Gérard de Pourville et Didier Tabuteau, eds), Éditions de santé, Sciences-po Les Presses, Paris, 2009.

long terme⁵ une réduction durable de la croissance des revenus est compensée par un ralentissement de la croissance des dépenses de santé. L'effet des prix relatifs est quant à lui ambigu dans la mesure où il peut aussi bien refléter un mécanisme réel de réaction des dépenses à la baisse continue, en France, des prix relatifs de la santé, qu'un simple ajustement statistique lié à la mauvaise évaluation du partage prix-volume dans le secteur de la santé. Cette question, importante si l'on s'intéresse aux mécanismes de formation de la demande de soins de santé, est relativement secondaire si l'on veut seulement prévoir l'évolution de la part de la dépense dans le PIB : l'élasticité prix de la demande étant voisine de l'unité, si l'on surestime la baisse du prix relatif, ceci est sans effet sur l'évolution attendue de la consommation de soins en valeur et sur le montant de dépenses à financer.

Les deux variables importantes sont finalement le vieillissement et la tendance autonome. Le vieillissement entraîne mécaniquement une hausse de dépenses par habitant qui va au-delà de la croissance du PIB par tête. La question de l'impact du vieillissement est largement discutée par les économistes de la santé et nous ne reviendrons pas sur le débat qui oppose ceux qui pensent que la concentration des soins sur les dernières années de la vie et l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé tend à atténuer l'impact du vieillissement sur le montant des dépenses et ceux qui pensent que l'allongement de la durée de la vie, y compris en bonne santé, n'est possible que par l'intensification des dépenses de soins. L'hypothèse retenue ici est prudente et repose sur la stabilisation de la courbe de dépenses par âge. En l'absence de preuve plus convaincante, elle semble aujourd'hui la plus « raisonnable » à mi chemin des anticipations optimistes et pessimistes.

La tendance « autonome » est évaluée par le résidu de l'équation expliquant l'évolution des dépenses par le modèle décrit ci-dessus. Les estimations passées montrent une réduction très importante et continue qui s'est encore confirmée lors de la période récente (graphique 4).

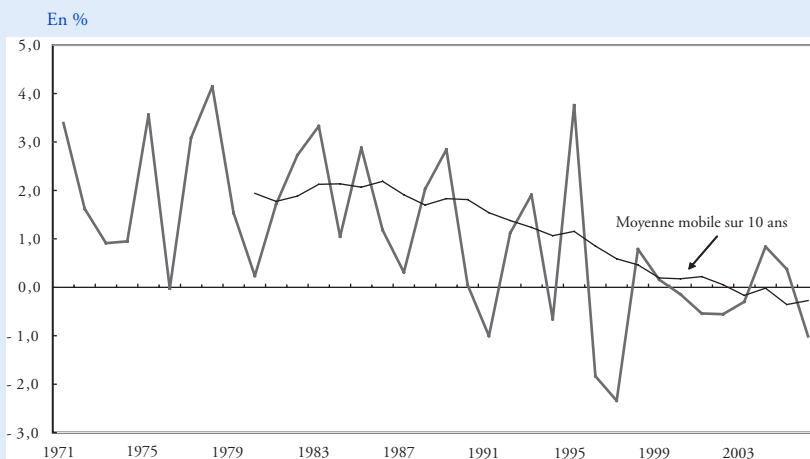
Il est donc possible de retenir pour première hypothèse que le progrès des techniques médicales (et les autres facteurs non identifiés) ne contribue plus à la hausse des dépenses. Peut-être même les changements techniques permettent-ils aujourd'hui des gains d'efficacité ? Pour ne pas être trop optimiste nous supposons toutefois qu'à long terme, une hausse résiduelle de 0,5 % par an continuerait à élever la hausse des dépenses corrigées du vieillissement.

La seconde hypothèse est qu'après une période de modération, la croissance autonome des dépenses redevenue plus soutenue. Il s'agit ici de prendre en considération des modifications du comportement des patients devenus plus exigeants et qui, à âge et pathologie comparables, aspirent à plus de prise en charge médicale et de confort des soins que les générations précédentes. On peut aussi imaginer dans ce scénario que les professionnels de santé choisissent les techniques

5. À court terme un décalage relativement important sépare l'inflexion du PIB par tête de celle des dépenses de santé. De l'ordre de 2 ans ce décalage conduit à amplifier le déficit dans les périodes de ralentissement économique et sa réduction dans les périodes de reprise.

(chirurgie, médicament,...) systématiquement les plus coûteuses dans un environnement de plus en plus dérégulé (augmentation du prix des actes, dépassement d'honoraires,...). Dans ce deuxième scénario, nous supposons qu'à long terme, l'augmentation autonome des dépenses de santé revienne au niveau des années 1990 soit environ 1 % par an.

Graphique 4 : Évolution de la tendance autonome des dépenses de santé par habitant



Lecture : Écart des taux de croissance calculés et observés de la dépense de santé par habitant, corrigée de l'effet du vieillissement ; (calculé = taux de croissance du PIB par tête (décalé de 2 ans) - taux de croissance des prix relatifs).

Source :

2.3. L'évolution du déficit

On dispose donc de quatre scénarios en croisant les deux hypothèses de croissance économique et d'évolution des dépenses de santé

Avec une croissance modérée de la dépense de santé (tableau 1), si la crise s'effaçait progressivement, c'est-à-dire si une croissance forte entre 2011 et 2015 permettait de retrouver le sentier de croissance antérieur à la crise, le déficit structurel augmenterait de 0,1 point par an pour atteindre 1,4 point de PIB en 2020. Par contre, si la crise affectait durablement la croissance, et si la production perdue en 2009 l'était définitivement, alors la hausse structurelle du déficit passerait à 0,2 points de PIB par an et le déficit atteindrait 2,4 points en 2020.

Sous ces hypothèses, la croissance de la part des dépenses de soins de santé dans le PIB atteindrait spontanément à l'horizon 2020, 0,6 point dans l'hypothèse de crise surmontée ou 1,6 point dans l'hypothèse de crise durable. Le déficit conjoncturel serait nul, par construction, dès 2010 dans le scénario de crise durable puisque les pertes de production de 2009, et donc les pertes de recettes induites, seraient

définitives. Par contre ce déficit conjoncturel serait important dans l'hypothèse de crise surmontée et il ne disparaîtrait qu'en 2015. Selon les cas, le déficit structurel de 2020 atteindrait finalement 1,4 point de PIB dans le scénario macroéconomique optimiste et 2,4 dans le scénario pessimiste.

Avec une croissance forte des dépenses de santé (tableau 2) le déficit structurel passerait à 1,9 ou 2,8 % en 2020 selon que la croissance économique sera forte ou faible.

Tableau 1 : Perspectives financières de l'assurance maladie après la crise sous l'hypothèse d'une croissance soutenue des dépenses de santé

		2007	2010	2015	2020
1. Effacement de la crise	Déficit effectif, dont :	- 0,25	- 0,8	- 1,2	- 1,9
	<i>Déficit conjoncturel</i>	+ 0,03	- 0,4	- 0,04	0,0
	<i>Déficit structurel</i>	- 0,28	- 0,4	- 1,1	- 1,9
2. Crise durable	Déficit effectif, dont :	- 0,25	- 0,8	- 1,9	- 2,8
	<i>Déficit conjoncturel</i>	+ 0,03	- 0,03	0,0	0,0
	<i>Déficit structurel</i>	- 0,28	- 0,8	- 1,9	- 2,8

Finalement, la différence de déficit entre l'hypothèse d'effacement de la crise et celle de crise durable est de l'ordre de 0,7 point de PIB à l'horizon de 2015, soit moins de 3 points de PIB de dette supplémentaire. Face à l'incertitude en matière de croissance économique la sagesse voudrait donc que l'on ne retienne l'hypothèse pessimiste qu'après un délai suffisamment long permettant de vérifier une inflexion durable du niveau de la production effective. Sinon on court le risque de briser la croissance en cherchant à réduire un déficit, donc le caractère structurel pourrait n'être qu'apparent.

Ces scénarios illustrent le fait que la gestion des finances de l'assurance maladie, et des finances sociales en général, ne peut pas faire abstraction de la situation économique générale, particulièrement en période de crise. Séparer les composantes structurelles et conjoncturelles des déficits est cruciale pour une gestion efficace, mais, du fait en outre de l'incertitude de l'exercice, pour conduire à des décisions éclairées, qui permettent à la fois d'exercer une contrainte forte sur le déficit structurel tout en gérant à l'inverse sans contrainte le déficit conjoncturel, il faut aussi des institutions qui séparent clairement les responsabilités microéconomiques – pas de déficit structurel – et macroéconomique – autant de déficit conjoncturel qu'il est nécessaire pour une bonne régulation macroéconomique.

Mais les scénarios d'évolution du déficit de l'assurance maladie montrent aussi le risque d'une croissance continue du déficit structurel. Celui-ci implique la mise en œuvre de mesures structurelles correctrices qui permettent d'assurer la soutenabilité à long terme de l'assurance publique.

3. Quelle organisation institutionnelle pour une gestion efficace du financement ?

En matière de financement de l'assurance maladie, trois difficultés doivent être surmontées :

— La première concerne la réticence à augmenter les prélèvements, quelle qu'en soit la nature, qui pousse à retarder l'échéance et à abuser des mesures de déremboursement et de mise à la charge directe des patients, ce qui peut à terme éroder la qualité de l'ensemble du système de santé (section 3.1) ;

— La deuxième est liée au fait que l'assiette du prélèvement étant constituée en grande partie de salaires, son augmentation peut nuire à la compétitivité des entreprises et à l'emploi (section 3.2) ;

Enfin, et cette question est particulièrement d'actualité, la hausse des prélèvements peut être contreproductive dans une phase du cycle économique qui appellerait plutôt une relance de l'activité (section 3.3).

3.1. Programmer la hausse des prélèvements pour crédibiliser les réformes structurelles

La réticence à augmenter les prélèvements — leur stabilité est un engagement classique des campagnes électorales — explique que le financement de la hausse de la part des dépenses de santé dans la consommation des ménages n'a jamais été programmée. À court terme le retour à l'équilibre est généralement recherché par des mesures ponctuelles de déremboursement ou le recours à des financements par des recettes de poche. À plus long terme il est traditionnel de s'en remettre aux réformes « structurelles », qui n'arrivent jamais, pour limiter la hausse des dépenses et éviter l'augmentation des cotisations et des impôts. Annoncer à l'avance que l'État augmentera régulièrement les prélèvements pourrait dissuader les efforts de rationalisation de la part des acteurs du système de santé. Mais, il existe des raisons de fond qui justifient la permanence d'une augmentation des dépenses (vieillesse de la population, forte demande pour des soins sûrs et de qualité, traitements nouveaux à la fois plus efficaces et plus « confortables », etc.). Il n'est pas certain que la crédibilité de l'intervention publique soit renforcée par l'affirmation répétée de la volonté « inflexible » de maîtriser les dépenses pour équilibrer les comptes sans hausse des taux de prélèvement. Au contraire, les acteurs — les professionnels de santé comme les patients — peuvent considérer que la crédibilité de la politique annoncée est faible et qu'il n'est pas nécessaire d'accomplir les efforts susceptibles d'améliorer l'efficacité de la dépense. Le non respect des ONDAM fournit un bon exemple des risques associés à l'affirmation d'une contrainte financière trop forte. Le rejet des solutions radicales lors de la mise en place des réformes successives (abandon du médecin référent, « assouplissement » de la tarification à l'activité,...) montre aussi que dans le champ des réformes envisageables, la coopération des acteurs est indispensable. Il est vraisemblable que leur adhésion à la réforme nécessite un programme crédible de dépenses auquel doit

correspondre une perspective réaliste de financement. Dès lors, la programmation des hausses nécessaires du taux de prélèvement pourrait être un élément d'une réforme d'ensemble qui soit crédible à la fois du point de vue de l'équilibre financier du régime et du point de vue des réformes microéconomiques souhaitables. Il faut pour cela s'affranchir du dogme de la stabilité du taux de prélèvement obligatoire qui domine le débat politique et social depuis le début des années quatre-vingt.

3.2. Rompre le lien entre les prélèvements sociaux et le coût du travail.

Mais, même si la hausse des prélèvements était décidée et programmée, il faudrait s'assurer en outre qu'elle n'aura pas d'effet macroéconomique structurel défavorable. Le problème principal résulte du lien avec le coût du travail. Les débats sur le financement de l'assurance maladie ont hérité du temps où il était uniquement assis sur des cotisations sociales, l'idée que toute hausse du prélèvement est défavorable à l'emploi, en général, et plus particulièrement à l'emploi peu qualifié. Ceci était certainement vrai quand la hausse des cotisations pesait sur les employeurs et n'était pas compensée par une réduction des salaires nets. Mais depuis les années quatre-vingt, les taux de cotisations patronales sont stables et les cotisations salariés ont été transformées en CSG. En outre des allègements sont intervenus pour les bas salaires qui annulent le prélèvement à la charge des employeurs au niveau du Smic. Si bien que le lien entre le financement de l'assurance maladie et le coût du travail est aujourd'hui quasiment rompu. Cette évolution était d'autant plus justifiée que l'universalité de l'assurance maladie a été constamment renforcée et qu'il n'y a plus de relation contributive forte entre cotisations versées et prestations reçues (sauf pour les indemnités journalières). Une réforme simple permettrait de parachèvement cette évolution en faisant disparaître les cotisations qui restent à la charge des employeurs : celles-ci peuvent en effet être mises à la charge de l'ensemble des contribuables en contrepartie d'une augmentation des salaires bruts qui maintienne inchangé le coût du travail⁶.

D'autres réformes, reposant également sur le principe du financement de l'assurance maladie par l'impôt, mais plus ambitieuses, sont aussi envisageables comme la fusion entre la CSG et l'impôt sur le revenu ce qui permettrait de rendre progressif le prélèvement santé.

Quelles que soient les réformes envisagées pour le financement de l'assurance maladie, la hausse du taux de prélèvement n'a aujourd'hui aucune raison d'être répercutée dans le coût du travail. La CSG étant un impôt assis sur tous les revenus, son taux est décidé par la puissance publique ; il n'est donc pas davantage pris en compte dans les débats entre partenaires sociaux que ne l'est le taux de l'impôt sur le revenu. Les motifs qui conduisaient à redouter une hausse de fiscalité — destinée

6. Il resterait à régler le problème des retraités et des revenus du capital. Les retraites pourraient être augmentées de la même manière que les salaires. Un « switch » du taux de la CSG et des cotisations retraites viendrait rééquilibrer l'ensemble des régimes (retraite et assurance maladie). Pour les revenus du capital qui supporteraient une hausse de prélèvement, un abattement permettrait de rétablir le niveau de leur contribution. Techniquement ces changements ne sont pas simples mais ils permettraient une clarification radicale du système de prélèvement.

par ailleurs à financer une augmentation de la consommation des ménages — ont donc largement disparu. La rupture du lien entre coût du travail et coût de la santé étant définitivement acquise, il n'y a plus de contre-indication à la hausse des prélèvements.

3.3. Formaliser la contribution de l'assurance maladie à la « stabilisation automatique » de l'économie.

La crise a rendu encore plus évidente la nécessité d'intégrer aux débats sur l'avenir de l'assurance maladie une réflexion sur le partage des responsabilités entre l'État et les partenaires responsables de la gestion de l'assurance maladie.

Les dépenses de santé participent à la stabilisation automatique de l'économie : le maintien des dépenses et leur financement par le déficit dans les récessions est souhaitable au regard de l'objectif de régulation macroéconomique dont la responsabilité incombe à l'État. Par contre, la bonne gestion du secteur de la santé implique que l'on impose une contrainte budgétaire forte : les dépenses structurelles doivent être couvertes par les recettes structurelles affectées à leur financement. D'une part parce que les dépenses de santé sont des dépenses courantes qui doivent être financées immédiatement et, d'autre part, parce que la lisibilité de la gestion du secteur de la santé implique l'affichage de son coût réel.

La séparation des débats relatifs d'une part à la régulation macroéconomique et d'autre part à la fixation des objectifs de dépenses et de recettes à long terme de l'assurance maladie nécessite des changements institutionnels. Le PLFSS, voté par le parlement pourrait fixer le niveau potentiel de l'assiette des prélèvements sur la base d'un débat macroéconomique. Le déficit (ou l'excédent) qui résulterait de l'écart entre cette assiette potentielle et son niveau effectif devrait être pris en charge par l'État (qui recevrait les excédents en haute conjoncture). La Sécurité sociale devrait quant à elle équilibrer ses comptes sur la base des recettes calculées sur l'assiette potentielle des prélèvements. C'est le débat microéconomique relatif au fonctionnement du système de soins qui permettrait de déterminer la bonne combinaison de hausse des taux de prélèvement, de rationnement des dépenses, de changement des taux de remboursement et de la rémunération des professionnels.

La crise peut avoir des conséquences très dommageables sur la gouvernance du système de soins : elle peut conduire à l'abandon de toute rigueur dans la gestion au motif du caractère massivement conjoncturel du déficit ; ou entraîner à l'inverse une surenchère de restrictions au motif du niveau insoutenable du déficit. Jusqu'à présent la modernisation du débat sur le financement de l'assurance maladie pouvait sembler secondaire. Elle devient urgente dans un contexte de confusion à propos de la nature des déficits.

4. Repenser la dépense de santé : changer les modes de production en santé ?

Depuis quelques années les annonces gouvernementales se succèdent : instauration de nouveaux « restes à charge » (augmentation du forfait hospitalier, baisse du taux de remboursement de certains médicaments et fiscalisation des indemnités journalières pour les accidents du travail courts) qui perpétuent, loin de toute idée de rupture, une logique d'augmentation de la participation financière des « assurés-malades », conduites depuis le milieu des années 1970, par le biais d'abaissement des taux de la prise en charge par l'assurance maladie des actes et des produits de santé. L'efficacité de telles mesures est très discutée, notamment quant à leur capacité à assurer un contrôle de la dépense de santé a fortiori quand ces dernières sont indépendantes du comportement des assurés (on ne choisit pas de se faire hospitaliser ou d'avoir un accident du travail). Concernant les médicaments, le responsable est-il le patient qui va les acheter, le médecin qui les prescrit ou l'État qui en autorise la mise sur le marché et qui en régule les prix ? Le gouvernement précédent avait mis en place les principes du médecin traitant et du parcours de soins – avec leurs lots de majorations, dépassements et moindre remboursement –, ainsi que de la franchise de 1 euro sur les consultations. Pour autant le déficit structurel de l'Assurance maladie est resté au même niveau.

Les pays européens font face à un vieillissement de leur population dont les causes sont nombreuses : un allongement de l'espérance de vie, un effet de génération avec l'arrivée des générations massives du *baby-boom* à l'âge de la retraite, une diminution de la natalité. La France n'échappe pas à cette dynamique même si la natalité y demeure élevée. Les besoins en santé des Français vont donc continuer à évoluer rapidement (poly-pathologies et maladies chroniques, dépendance, besoin d'accès aux soins de proximité, ...) et auront un impact important sur la structure de la dépense de santé. De plus, on peut s'attendre à ce que les habitudes de consommation et les comportements des *baby-boomers* vieillissant vont peser lourdement sur le rapport des Français à la santé et donc sur les dépenses. Les pathologies lourdes et chroniques prises en charge dans le cadre des « ALD ⁷ » représentent aujourd'hui plus de 60 % des dépenses et pourraient atteindre 70 % dès 2020. La CNAMTS prévoit que sur la période 2009-2012, les ALD expliqueront 84 % de la croissance des dépenses, dont 30 % pour les seules pathologies cardiaques et 20 % pour les cancers. Dès lors, la prévention et le suivi de ces pathologies, qui impliquent des soins coûteux et récurrents, doivent devenir la priorité de la politique de santé.

4.1. Repenser l'organisation de la médecine

C'est à une crise profonde de la médecine libérale qu'on assiste aujourd'hui. D'ici 2025, deux tiers des médecins aujourd'hui en activité auront pris leur retraite.

7. Affections de longue durée prises en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Cette évolution spectaculaire, bien plus prononcée que dans d'autres secteurs d'activité, s'explique par la politique de réduction du *numerus clausus* des étudiants en médecine conduite à partir des années 1980.

La médecine est financée très majoritairement sur une base socialisée. Depuis la formation médicale en passant par les modalités de l'exercice jusqu'aux modes de rémunérations des médecins. L'État, les collectivités publiques, la Sécurité sociale et les assurances complémentaires sont les principaux financeurs. Avec 70 % des dépenses en ambulatoire socialisées, la rémunération des médecins libéraux dépend fortement de la générosité du système. La « charte de la médecine libérale » date de 1927. Elle énonce les principes structurant d'organisation de la médecine de ville : libre choix du médecin par le malade, liberté de prescription du médecin, entente directe entre malade et médecin en matière d'honoraires, paiement direct des honoraires par le malade, liberté d'installation du médecin. Beaucoup de ces principes sont toujours présents mais sont-ils toujours d'actualité ? L'enjeu est d'organiser le bon usage des compétences de chaque professionnel afin d'atteindre les objectifs de santé publique. Deux réformes sont évoquées depuis longtemps sans jamais être engagées, car elles suscitent l'opposition des corporatismes de toutes origines : celle de la rémunération des médecins et celle du partage des tâches entre professionnels de santé notamment dans le cadre du mode d'exercice collectif favorisant complémentarité et substitution entre les professions. L'autre réforme d'importance est de construire un système qui intègre l'ambulatoire et l'hôpital comme deux éléments complémentaires d'une offre de santé publique. La création des Agences régionales de santé (ARS) va dans ce sens, mais tous les acteurs n'ont pas encore accepté l'idée qu'ils sont les maillons d'un « service de santé » avec les avantages mais aussi les contraintes de la mutualisation et de la coordination des moyens disponibles.

De plus, alors même que le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé qu'aujourd'hui (même s'il plafonne), la France connaît d'importants problèmes de répartition géographique (avec de fortes inégalités Nord-Sud pour les généralistes, et entre les départements sièges de CHU et les autres pour les spécialistes). Depuis plusieurs années, des difficultés apparaissent pour maintenir une présence médicale dans certains territoires : zones rurales isolées, zones de montagne, zones urbaines défavorisées. Il est donc nécessaire d'avoir une politique ambitieuse et innovante sur la répartition géographique de l'offre médicale. Elle pourrait avoir comme préalable une réforme de la formation initiale : en privilégiant le recrutement des étudiants les plus à même d'exercer dans des zones mal desservies, en adaptant le contenu des formations à l'exercice dans ces zones (*stage in situ...*). Il est aussi souhaitable de favoriser les passerelles entre l'hôpital et la ville y compris pour les médecins de nationalité étrangère. Mais il est aussi nécessaire de rendre les modes d'exercice plus attractifs, en combattant l'isolement (remplacement facilité, gardes moins fréquentes, travail en équipe), ce qui favorise l'optimisation du temps médical et qui garantit une gamme de soins et services étendue et de qualité. Il s'agit notamment des exercices regroupés et pluridisciplinaires (maisons de santé publique, centres de

santé, cabinets de groupe, réseaux, pôles de santé...). Les collectivités pourraient prendre, en partie ou en totalité, le coût du foncier, de l'installation et du fonctionnement, ce qui diminuerait les coûts de mobilités (et faciliterait donc les transitions entre territoires) en échange de la prise en compte par les professionnels de santé d'objectifs de santé publique et donc de revenir sur certains fondamentaux de la médecine libérale à la française (par exemple la liberté d'installation). Enfin, il est indispensable de rendre les territoires plus attractifs, en favorisant une politique d'aménagement du territoire en termes de services à la personne intégrés et coordonnés (concentration des équipements en centre bourg/canton, ...). Il est en effet nécessaire de garantir un accès à la santé à une distance acceptable.

4.2. La lutte contre les inégalités d'accès financières à la santé

Le financement des soins de santé est déjà bien engagé dans une double logique de partage entre « gros risques » (ALD, opérations lourdes), qui sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, « petit risques », de moins en moins remboursés, et de partage entre les « pauvres » couverts par la solidarité nationale et les « riches » qui doivent s'en remettre aux assurances complémentaires. Mais, si 93 % des Français ont une assurance complémentaire (dont 7 % grâce à la CMU), les ménages sans complémentaire sont souvent les plus pauvres et les plus fragiles. Les transferts sur les complémentaires ont pour conséquence l'augmentation des inégalités et renforce l'importance de l'effet de seuil lié à la CMU. D'autre part, lorsque les assurances complémentaires prennent en charge une prestation supplémentaire, cela se traduit rapidement par une augmentation des tarifs que doivent payer les assurés. Ainsi, le tarif des complémentaires santé devrait augmenter de 5 à 9 % par an en 2010 et en 2011. Les dépenses de l'assurance-maladie étant largement concentrées sur les plus malades, elles ne profitent pas à court terme au plus grand nombre ; on peut donc se demander si, dans un avenir proche, l'acceptabilité du système par tous et donc son universalité ne seront pas remises en cause.

Le contrat social issu des ordonnances de 1945 repose sur un principe simple : « On cotise en fonction de ses moyens et on est remboursé en fonction de ses besoins ». Ce principe demeure-t-il soutenable dans une société vieillissante où les coûts des traitements sont de plus en plus importants et où les inégalités grandissent ? Une première modulation du principe pourrait être de conserver le système actuel mais de faire dépendre les niveaux de remboursements du revenu des malades. La dégressivité du remboursement en fonction du revenu permettrait de maintenir un haut niveau de couverture pour les faibles revenus tout en limitant la hausse des cotisations par une plus forte contribution des hauts revenus. Toutefois cette proposition se heurte à la complexité de gestion du système (quel revenu prendre en compte ? avec quel recul ?) et au même argument d'acceptabilité politique et sociale, les hauts revenus ayant encore plus intérêt que dans le système actuel à militer pour la privatisation du système avec un transfert redistributif limité en faveur des plus pauvres.

La deuxième évolution possible en matière de remboursement consiste dans la mise en place d'un système de « bouclier sanitaire » en créant un plancher de dépenses, proportionnel au revenu ou non, au-delà duquel la prise en charge par l'assurance publique serait intégrale⁸. Ce mécanisme permettrait de ne plus faire reposer sur une liste de pathologies la prise en charge des risques lourds et coûteux. Les maladies les plus graves seraient automatiquement couvertes sans complications administratives. En outre le « reste à charge » serait facilement contrôlable. Le risque de ce système est, comme dans l'évolution actuelle, de réduire la couverture pour la plus grande partie de la population. D'autant plus que la modulation à la hausse du plancher constituerait un moyen très facile de combler les déficits. En tout état de cause le bouclier sanitaire impliquerait que l'on établisse une règle d'indexation. Debrand et Sorasith (2010) testent les effets des deux principales voies de réforme discutées dans le débat public, c'est-à-dire bouclier uniforme ou bouclier en fonction du revenu. Elles conduisent à des conclusions opposées. Les boucliers uniformes limitent les très forts « restes à charge » mais rendent le système de remboursement encore plus régressif. Toutefois, en réduisant le risque de très forts « restes à charge », ils réduisent l'hétérogénéité des situations et semblent convenir aux individus qui ont la plus forte aversion au risque. À l'inverse, les boucliers en fonction du revenu induisent une plus grande hétérogénéité des « restes à charge » mais rendent le système de remboursement moins régressif ; nous passerions d'un système plutôt égalitaire à un système plus équitable.

L'autre question fondamentale est celle des dépassements d'honoraires, qui représentent plus de 2 milliards d'euros sur les 20 milliards d'honoraires médicaux. Les raisons du doublement des dépassements en moins de 20 ans sont nombreuses et les responsabilités sont diffuses : non actualisation des tarifs, tarification à l'acte, géographie de l'offre médicale, appât du gain, comparaison avec les autres professions libérales, concurrence entre complémentaires et assurances qui a conduit au remboursement des dépassements, demande des patients, règles d'accès au secteur à honoraire libre.

Depuis 2005 a émergé l'idée de revenir sur l'organisation entre le secteur 1 à tarif conventionné et le secteur 2 à honoraires libres. Il s'agirait de créer un secteur dit « optionnel » auquel pourraient accéder les médecins sous certaines conditions, qui les obligeraient à limiter les dépassements à une partie de leur activité. Ces dépassements pourraient être pris en charge obligatoirement et complètement par les complémentaires santé. Ceci permettrait d'améliorer l'accès aux soins tout en conservant un mécanisme de dépassement accepté par les médecins. A terme le secteur optionnel remplacerait complètement le secteur 2.

8. Voir Pierre Louis Bras, E. Grass et O. Obrecht (2007), « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge », *Droit Social*, 3, pp. 463-71. Pour une analyse détaillée des effets redistributifs de ce système, voir Thierry Debrand et Christine Sorasith (2010), « Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité ? », *Document de travail de l'IRDES*, n° 32.

À la suite d'un accord tripartite d'octobre 2009 entre l'Assurance maladie, les complémentaires santé et les syndicats de médecins libéraux, un secteur optionnel a été créé pour trois spécialités : la chirurgie, la gynécologie obstétrique et l'anesthésie, dans le but de limiter les dépassements d'honoraires et de garantir l'accès au soins par la population. Les médecins du secteur 2 qui se convertiront au secteur optionnel devront revoir leurs honoraires et bénéficieront d'une réduction de leurs cotisations sociales.

Sans la substitution entre le secteur 2 et le secteur optionnel, cette réforme risque de renforcer les inégalités financières d'accès à la santé. L'ensemble des professionnels du secteur 2 devrait donc être encouragé financièrement et fiscalement, pour intégrer le secteur optionnel. L'accès au secteur 2 devrait être fermé. Les complémentaires devraient prendre en charge l'intégralité des dépassements du secteur optionnel. La difficulté principale est dans le calibrage d'un tel système : il doit garantir l'accès aux spécialistes pour l'ensemble des résidents sans que la pression financière sur les malades soit excessive ; il doit garantir un niveau de rémunération suffisant aux médecins et il doit être économiquement viable pour les complémentaires sans entraîner de hausse insupportable des primes pour les assurés. Il n'est pas certain que l'application des derniers accords entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins réponde à tous ces objectifs.

■ Conclusion

Avant la crise économique qui s'est déclenchée en 2008-2009, l'assurance maladie présentait un déficit de l'ordre de 0,2 point de PIB. Ce déficit pouvait être considéré comme structurel car, sans être au plein emploi, l'économie française croissait suffisamment vite pour que le chômage recule rapidement et que la croissance des recettes fiscales et sociales soit considérée comme maximale, durablement indépassable à taux de prélèvement constant. La crise qui a débuté en 2008 et culminé en 2009 explique le creusement des déficits apparus depuis. La chute des recettes imputables à la récession en explique l'essentiel. Si bien qu'aujourd'hui dans le total du déficit, la composante conjoncturelle est majoritaire.

Mais, une part du déficit, que l'on peut évaluer entre 0,35 et 0,7 point de PIB, résulte de l'existence d'un écart structurel entre la croissance des dépenses de santé et celle du PIB. Pour une bonne gestion à long terme de l'assurance maladie, il est nécessaire d'éliminer ce déficit structurel, évalué entre 1,4 et 2,8 points de PIB si rien n'est fait en 2020. Jusqu'alors celui-ci a été contenu par un mixte de hausse des prélèvements affectés au financement de l'assurance maladie et une baisse des taux de remboursement. La recherche d'une meilleure maîtrise des dépenses par un changement de l'organisation du système de soin (exercice collectif de la médecine favorisant complémentarité et substitution entre professions ; construction d'un système intégrant mieux l'ambulatoire et l'hôpital,...) ainsi qu'une réforme des

modes de financement (réduction de la part du paiement à l'acte) permettant de réduire les inégalités d'accès aux soins (en particulier celles qui sont liées aux dépassements d'honoraires) mériteraient d'être discutées dans le cadre des débats sur l'évolution des dépenses de santé et de leur financement.