

Financement des soins : prise en charge de la maladie

P.-L. BRAS

Lorsque l'OMS, dans son rapport sur la santé dans le monde en 2000 [17], tente d'établir un classement des performances des systèmes de santé, elle évalue tant la production et la délivrance des soins que les modalités de leur financement. Ces deux réalités sont en effet intimement liées, un système de santé ne peut s'apprécier sans prendre en compte les conditions d'organisation de l'accès aux soins.

Nous examinerons d'abord les impératifs éthiques et politiques qui plaident pour une intervention publique en ce domaine, avant de décrire le système français et d'apporter des éléments succincts d'appréciation sur son équité et son efficacité.

PRISE EN CHARGE PUBLIQUE DU RISQUE MALADIE : IMPÉRATIFS ÉTHIQUES ET POLITIQUES [15]

Le recours à des services médicaux ou l'acquisition de biens de santé (médicaments...) se distinguent des modalités habituelles de la consommation de biens et services ; ils sont pour l'essentiel la conséquence d'un aléa : la maladie. Confrontés à ce risque, les ménages vont souhaiter s'en protéger. Cette protection comporte une double dimension : d'abord, éviter que le revenu du foyer ne soit amputé par les dépenses liées à la maladie mais également, et c'est sûrement la motivation essentielle du recours à l'assurance santé, obtenir la garantie de pouvoir, en cas de nécessité, accéder à des soins dont les coûts sont hors de portée même des ménages les plus aisés.

Pour répondre à ces besoins, des systèmes d'assurance contre la maladie vont naturellement se mettre en place. Toutefois, dans la plupart des pays développés, cette protection contre le risque maladie est assurée, pour l'essentiel, par des dispositifs publics financés par des prélèvements obligatoires et non par des mécanismes de

marché. Le recours à des systèmes publics de prévoyance maladie est motivé par des impératifs éthiques et politiques :

- une approche tutélaire, paternaliste de la santé. Il n'est pas possible de s'en remettre au sens des responsabilités et de la prévoyance de chacun pour assurer le développement de la couverture maladie, d'autant que l'imprévoyant peut espérer bénéficier de la compassion publique lorsqu'il sera affecté par la maladie. De plus, la santé est un domaine à fortes externalités sanitaires (épidémies...) ou économiques (participation à la production...), et la collectivité est fondée à imposer à ses membres de s'assurer afin de protéger leur santé ;

- une fonction protectrice. L'intervention publique vise à éviter que les plus démunis ne soient exclus des soins en raison de leur incapacité à souscrire une assurance maladie. Un système public financé par des prélèvements obligatoires permet d'exiger des participations qui tiennent compte des capacités contributives. Il constitue un mécanisme de redistribution des revenus (encadré 1). Le système français opère donc, si on le compare aux primes qu'exigerait une assurance de marché, une redistribution des ménages riches vers les ménages moins aisés, des célibataires vers les familles. Le financement de l'assurance maladie publique croissait parallèlement au revenu au début des années 1990 [21] ; la substitution de la contribution sociale généralisée (CSG) aux cotisations salariales en 1998 n'a pu qu'en accroître le caractère progressif. Les primes d'assurance sont, quant à elles, forfaitaires, indépendantes du revenu et donc régressives. À cette redistribution verticale s'ajoute une redistribution familiale. Alors que la contribution publique est indépendante de la composition du foyer, la prime d'assurance doit tenir compte du risque et augmente lorsque la taille de la famille s'accroît ;

- la non-exclusion des personnes présentant un niveau de risque élevé. L'intervention publique opère une mutualisation des risques. Dès lors que, pour l'essentiel, la maladie relève du hasard et échappe à la responsabilité de chacun, il est légitime que les coûts supportés pour s'assurer soient indépendants de l'état de santé.

Encadré 1 *Proportionnalité, progressivité et redistribution.*

- Un système de prélèvement ou un mode de financement est dit *proportionnel* si la part du revenu acquitté est constante, quel que soit le revenu (par exemple, une taxe de 10 p. 100 sur tous les revenus). Il sera *progressif* si cette part augmente avec le revenu, régressif si elle décroît avec le revenu. Ainsi un système d'assurance financé par une prime forfaitaire, indépendante du revenu, est-il régressif, car la part du revenu acquitté décroît avec le revenu.

- Des prestations sont souvent liées à un prélèvement. Les prestations peuvent également être proportionnelles, progressives ou régressives en fonction des revenus (par exemple, des prestations qui ne bénéficient qu'aux plus riches sont progressives avec le revenu).

- Un système est dit *redistributif* si, au final, l'effet des prélèvements et des prestations améliore la situation des bas revenus et dégrade celle des hauts revenus. Ainsi, si l'on compare deux modes de financement de la santé, l'un par une prime forfaitaire, l'autre par un prélèvement proportionnel aux revenus, le second pourra être considéré, dès lors que les prestations sont supposées égales dans les deux cas, comme redistributif par rapport au premier car la situation des bas revenus y est meilleure et celle des hauts revenus moins favorable.

L'assurance privée individuelle ne peut opérer cette mutualisation et tend à écarter les personnes présentant les risques les plus élevés [6]. Si un assureur privé propose un contrat tarifé selon le risque moyen, les personnes aux risques faibles le délaisseront pour rechercher un contrat moins onéreux même si celui-ci est un peu moins protecteur. Ce phénomène est connu sous le nom de sélection adverse. Il peut entraîner en retour une réaction de l'assureur qui tentera d'organiser une sélection des risques en écartant les forts risques ou en leur proposant des primes élevées. À travers la segmentation des contrats, chacun en vient à payer selon son risque. Cette équité actuarielle (chacun paye selon son risque) ne correspond pas à la conception plus commune de l'équité (les contributions doivent être indépendantes du risque). Entre l'assurance individuelle et la prise en charge publique, des formes intermédiaires de mutualisation sont possibles ; elles supposent soit le recours à une obligation d'adhésion comme dans le cas de la couverture maladie obligatoire en entreprise, soit un fort sentiment de solidarité au sein d'un groupe d'affinités comme dans le cas des mutuelles. Dans les deux cas, la mutualisation des risques est restreinte à des collectivités particulières. Il est également possible de limiter les phénomènes de sélection ou de sélection adverse en réglementant les conditions de fonctionnement de l'assurance santé, mais ces dispositifs s'avèrent complexes et réduisent fortement les avantages de concurrence que l'on peut attendre d'un recours au marché [3].

CARACTÉRISTIQUES DU SYSTÈME FRANÇAIS DE PROTECTION SOCIALE CONTRE LE RISQUE MALADIE

DIVERS MODES DE PRISE EN CHARGE PUBLIQUE DU RISQUE MALADIE

Prenant en compte les impératifs éthiques et politiques évoqués précédemment, des systèmes publics de prise en charge du risque

maladie ont été mis en place dans l'ensemble des pays développés. Toutefois, cette prise en charge est restée limitée aux États-Unis où les dépenses publiques ne représentent que 44,4 p. 100 des dépenses de santé. La protection sociale y est réservée à certaines catégories de populations (pauvres, personnes âgées...). Dans tous les autres pays, hors la Suisse et la Grèce, les dépenses publiques représentent plus de 65 p. 100 des dépenses de santé. On distingue deux modèles principaux :

- les pays où les pouvoirs publics prennent en charge le risque maladie en assurant la gestion d'un système national de santé. L'ensemble de la population se voit ainsi garantir l'accès aux soins. Ces systèmes universels sont le plus souvent financés par l'impôt. Le National Health Service (NHS) britannique est l'archétype de ce modèle que l'on retrouve dans les pays scandinaves et qui s'est implanté plus récemment dans les pays d'Europe du Sud (Italie, Espagne, Grèce, Portugal) ;

- les pays où la prise en charge est organisée par le biais de remboursements en cas de recours aux soins, remboursements pris en charge par des caisses de Sécurité sociale. Alors que, dans les systèmes précédents, il y avait coïncidence entre la fonction de financement et la fonction de production des soins, elles sont dans ce cas assurées distinctement. L'affiliation à telle ou telle caisse s'effectue sur la base de critères professionnels ou de résidence. Des cotisations prélevées sur les salaires constituent la source majeure de financement de tels systèmes. Ce modèle est celui en vigueur en Allemagne, aux Pays-Bas, en Belgique et en France.

DE L'ORGANISATION PROFESSIONNELLE À L'UNIVERSALITÉ

En effet, en 1945, l'ambition des fondateurs de la Sécurité sociale de constituer un régime universel ne s'est pas réalisée et la Sécurité sociale française s'est structurée autour de régimes professionnels. Le principal régime est le régime général qui couvre la quasi-totalité des salariés, il coexiste avec le régime agricole, celui des travailleurs indépendants et quelques régimes spéciaux propres à une entreprise ou un secteur d'activité (mines, RATP...). Dès lors que le statut professionnel décide de l'affiliation, certaines personnes risquent d'être exclues de la prise en charge publique. Depuis le milieu des années 1970, à travers des techniques diverses (prolongation des droits sur la base du statut professionnel antérieur, création d'une assurance personnelle volontaire prise en charge par l'aide sociale pour les plus démunis), on a tenté de généraliser la couverture maladie. La loi créant la couverture maladie universelle (CMU) (encadré 2) parachève, en 2000, ce mouvement, en prévoyant que tout résident régulier doit bénéficier d'une couverture maladie ; il est rattaché au régime général s'il n'est pas affilié à titre professionnel ou d'ayants droit à l'un des divers régimes de Sécurité sociale. Les divers régimes n'en subsistent pas moins même si, pour les trois principaux, ils servent des prestations identiques depuis 2001, année où les prestations des indépendants ont été alignées sur celles des salariés et des ressortissants du régime agricole.

NIVEAU DE PRISE EN CHARGE

En 2000, les dépenses publiques (Sécurité sociale, état et collectivités locales) représentent en France 76 p. 100 des dépenses de santé. Ce taux est inférieur à celui constaté au Royaume-Uni ou dans les pays scandinaves où il dépasse les 80 p. 100 mais reste supérieur à celui de nombreux pays tels que l'Allemagne

Encadré 2 *Couverture maladie universelle (CMU).*

La loi portant création de la couverture maladie universelle avait une double ambition :

- garantir à tous le bénéfice d'une couverture maladie de base. Aussi prévoit-elle que tous les résidents réguliers en France doivent être pris en charge par le régime général s'ils ne sont pas affiliés à un titre quelconque (activité professionnelle, statut d'ayant droit d'un assuré...) à l'un des régimes maladie. Elle prévoit également, pour éviter les ruptures de droits, qu'un régime d'assurance maladie ne peut interrompre le bénéfice des prestations sans s'être assuré au préalable que la personne bénéficie effectivement d'une couverture maladie auprès d'un autre régime ;

- garantir l'accès aux soins des plus modestes en leur offrant une couverture complémentaire gratuite. Cette couverture complémentaire assure la gratuité des soins. Elle prend en charge le ticket modérateur et le forfait journalier. Les dépassements d'honoraires médicaux sont prohibés pour les soins dispensés aux bénéficiaires de la CMU. Dans les domaines où les prix sont libres (prothèses dentaires, optique...), les bénéficiaires de la CMU doivent se voir proposer des prestations à des prix fixés par arrêté qui serviront de base pour un remboursement à 100 p. 100. Les bénéficiaires de la CMU bénéficient du tiers-payant, ils ne supportent plus la charge de l'avance des frais.

Le service de cette couverture complémentaire est assuré au choix du bénéficiaire soit par son régime de Sécurité sociale, soit par un organisme complémentaire. Le bénéfice de cette couverture complémentaire est soumis à une condition de ressources. Le revenu mensuel doit être inférieur à 562 euros pour une personne seule. Ce seuil est majoré pour tenir compte de la composition du foyer : 50 p. 100 pour la deuxième personne, 30 p. 100 pour la troisième et la quatrième, 40 p. 100 pour les personnes supplémentaires.

(75,1 p. 100), la Belgique (71,2 p. 100), l'Italie (73,7 p. 100), l'Espagne (69,9 p. 100) ou les Pays-Bas (67,5 p. 100) [11]. La France se situe donc dans une position intermédiaire quant à la générosité de la prise en charge.

Le taux de prise en charge global qui atteignait 80 p. 100 au début des années 1980 a diminué au cours de cette décennie pour se stabiliser au cours des années 1990 autour de 76 p. 100. Cette stabilisation est la résultante de facteurs contradictoires. L'augmentation, du fait du vieillissement de la population, du nombre de personnes couvertes à 100 p. 100 au titre des affections de longue durée et l'augmentation de la part des médicaments particulièrement coûteux pris en charge à 100 p. 100 contribuent à la hausse du taux de prise en charge. Ces facteurs d'augmentation sont contre-carrés par des décisions qui ont affecté négativement les taux de remboursement notamment la hausse de 5 p. 100 du ticket modérateur sur les soins de ville en 1993, par le développement des dépassements d'honoraires non remboursés ou par la proportion croissante des dépenses de ville moins remboursées dans les dépenses totales de santé.

Les dépenses de santé augmentant à un rythme supérieur à celui de la richesse nationale, la stabilisation du taux de prise en charge se traduit par une part accrue des dépenses publiques de santé rap-

portées au PIB. Ce taux est ainsi passé de 6,6 à 7,2 p. 100 entre 1990 et 2000. Le taux de prélèvement obligatoire nécessaire pour assurer l'équilibre de l'assurance maladie obligatoire a donc augmenté de 0,6 p. 100 sur la décennie.

Les taux de prise en charge sont différenciés selon la nature des prestations concernées. Ainsi les dépenses hospitalières sont-elles couvertes en moyenne à 91,1 p. 100, les soins ambulatoires à 66,9 p. 100 et les biens médicaux à 59,1 p. 100 [5].

RÔLE DES COUVERTURES COMPLÉMENTAIRES

La prise en charge par la Sécurité sociale des dépenses de santé reste donc limitée, du moins en ce qui concerne les soins de ville. La Sécurité sociale à elle seule ne permet pas de garantir un égal accès aux soins. Aussi la loi portant création de la couverture maladie universelle (CMU) a-t-elle prévu que les ménages les plus modestes (562 euros de ressources mensuelles pour une personne seule en 2003) pourraient accéder gratuitement à une couverture complémentaire prise en charge par la solidarité nationale. Elle a renforcé et systématisé un dispositif qui relevait auparavant de l'aide sociale des départements.

Par ailleurs, le développement de la prévoyance et notamment de la complémentaire maladie est encouragé, au sein des entreprises, par un régime sociofiscal favorable (exonérations de cotisations sociales sur la part patronale des contributions aux régimes complémentaires de retraite et de prévoyance dès lors qu'elles n'excèdent pas au total 85 p. 100 du plafond annuel de la Sécurité sociale et 19 p. 100 de ce plafond pour les seules contributions à la prévoyance, exonération des contributions salariales et patronales de l'impôt sur le revenu dans la limite de 19 p. 100 de huit fois le plafond de la Sécurité sociale dont 3 p. 100 au maximum pour la prévoyance)⁽¹⁾.

Le recours à des couvertures complémentaires est donc très développé. Celles-ci financent 12,8 p. 100 des dépenses de santé en 2000, réduisant à 11,2 p. 100 la part directement assumée par les ménages – hors prise en charge par la Sécurité sociale ou des couvertures privées – lors du recours à des soins [11]. On estime que 92 p. 100 de la population bénéficiait, en 2000, soit d'une prise en charge à 100 p. 100, soit d'une couverture complémentaire [2].

PERFORMANCES DU SYSTÈME FRANÇAIS DE COUVERTURE : LE DILEMME ÉQUITÉ-EFFICACITÉ

L'équité et l'efficacité sont traditionnellement opposées, les « gains » en matière d'équité se traduiraient par des « pertes » en terme d'efficacité. On peut tenter d'apprécier, selon ces deux dimensions, les performances du système français de prise en charge des dépenses de santé.

ÉQUITÉ

On peut considérer comme équitable un système qui permet d'accéder aux soins indépendamment de sa situation en termes de risque ou de revenu. Avec une couverture de base généralisée et un taux de couverture complémentaire de 92 p. 100, le système fran-

(1) Articles D. 242-1 du Code de la santé publique et 83 du CGI.

çais semble atteindre cet objectif. Il faut toutefois apporter deux nuances à ce jugement positif :

- alors que 8 p. 100 de la population globale ne bénéficiait pas en 2000 d'une protection complémentaire, ce taux s'élevait à 16 p. 100 pour les ménages dont les ressources mensuelles étaient inférieures par unité de consommation à 3 500 F (533 euros) et à 15 p. 100 pour des ressources comprises entre 3 500 et 4 500 F (533 et 686 euros). L'accès à la complémentaires et donc aux soins dépend bien des revenus. On notera toutefois que les ménages aux ressources inférieures à 3 500 F étaient éligibles à la complémentaire CMU, il leur est donc possible d'accéder à une couverture gratuite en cas de besoins. De plus, selon un accord passé entre l'État et la CNAMTS, en 2002, une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire devrait être apportée aux ménages dont les ressources se situent entre le seuil de la CMU et ce seuil + 10 p. 100. La mise en place effective, en 2003, de ce dispositif financé sur les crédits d'action sociale de la CNAMTS devrait faciliter l'accès à une couverture complémentaire ;

- les assurances complémentaires prennent généralement en charge le ticket modérateur et le forfait journalier et permettent ainsi d'accéder à une couverture à 100 p. 100 lorsque les prix réellement pratiqués sont fixés administrativement et correspondent aux tarifs de remboursement de la Sécurité sociale. Toutefois pour certains biens ou services, les prix sont libres (médecins du secteur II, optique, prothèse dentaire...). En ce domaine, le niveau de couverture des complémentaires est hétérogène et une prise en charge totale n'est pas assurée.

En définitive, en 2000, 15 p. 100 des adultes interrogés par le CreDES déclaraient avoir renoncé à des soins ou les avoir reporté au cours des douze derniers mois ; pour 9 p. 100, il s'agissait de soins dentaires. Quelles que soient les nuances apportées à un bilan globalement positif, la situation française se compare favorablement à celle qui prévaut aux États-Unis où 17,5 p. 100 de la population ne bénéficiait d'aucune assurance maladie en 1999. Ce pourcentage a même augmenté malgré la forte croissance économique des années 1990 ; il s'établissait à 15,7 p. 100 en 1989 [12].

Il faut préciser que réduire les inégalités en matière de prise en charge des dépenses de santé diminue, mais ne supprime pas les disparités en matière d'accès aux soins et a fortiori en matière de santé. Celles-ci dépendent d'autres déterminants (sociaux, culturels, géographiques, liés à l'offre de soins). Il est donc réducteur de limiter le débat sur l'équité de notre système de santé à une appréciation des conditions financières de l'accès aux soins. L'équité du système dépend également de la manière dont les charges de santé sont réparties entre les ménages. On a évoqué (*voir plus haut*) les redistributions opérées en fonction des revenus ou des charges de famille. L'appréciation de ces transferts dépendra du jugement porté sur l'intensité globale de la redistribution des revenus ou de la redistribution vers les familles, dont l'assurance maladie n'est que l'une des composantes. C'est un domaine où les convictions l'emportent sur l'analyse.

EFFICACITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ

L'impact des soins sur la santé est une question controversée. On soutient parfois que leur influence est limitée, notamment au regard d'actions plus générales portant sur l'hygiène, l'environnement, l'éducation. On peut ainsi s'interroger sur l'effet positif de systèmes généreux de prise en charge des dépenses de soins. Ont-ils vraiment une influence positive sur la santé ou génèrent-ils des dépenses superflues, sans grands bénéfices sanitaires ?

Il est délicat d'apporter une réponse définitive à cette question. La Rand Corporation a conduit une étude expérimentale en observant sur trois à cinq ans les dépenses et l'état de santé de ménages dont les soins étaient pris en charge intégralement et à 75, 50 ou 5 p. 100, le montant total acquitté sur un an par les ménages étant toutefois plafonné. Cette étude qui n'englobait pas de personnes âgées a fait apparaître des différences significatives dans le montant des dépenses selon le niveau de couverture. Par rapport à la prise en charge intégrale, les dépenses de santé ont diminué de 20 p. 100 en cas de prise en charge à 75 p. 100, de 25 p. 100 en cas de prise en charge à 50 p. 100, de 30 p. 100 en cas de prise en charge à 5 p. 100. Selon la Rand Corporation, l'état de santé du ménage moyen n'a pas été affecté par ces moindres dépenses ; toutefois, les restrictions de l'accès aux soins auraient eu une influence négative sur la santé des ménages pauvres et connaissant des problèmes de santé [16]. Ces résultats ont été discutés. On a notamment souligné, en reprenant les données de cette étude, que les soins sur lesquels des restrictions avaient été opérés étaient, aux dires d'experts aussi bien des soins parfaitement justifiés que des prestations inutiles [19]. D'autres études font apparaître des effets néfastes sur la santé. Au Québec, après l'introduction d'un reste à charge pour les pauvres et les personnes âgées lors de l'achat de médicaments, on a constaté une réduction de l'usage de médicaments essentiels associée à une augmentation du recours aux urgences et des événements préjudiciables (décès, hospitalisation) [20]. Une étude sur une cohorte de personnes âgées aux États-Unis a montré que le taux de mortalité à 5 ans était influencé par le niveau des paiements qui restent à la charge des assurés [9]. Comme le souligne le CreDES, il est difficile de parvenir en ce domaine à « des conclusions tranchées », notamment parce qu'il « est difficile d'établir des relations causales sur des périodes courtes » [10]. Il faut également souligner que les principales études en ce domaine sont d'origine américaine et que la transposition de leurs résultats au contexte français, où les dépenses de santé sont globalement moins élevées, ne peut être opérée sans précaution. Si l'influence d'une couverture maladie de haut niveau sur la santé reste une question controversée, on peut toutefois juger raisonnable d'appliquer le principe de précaution et retenir l'hypothèse d'un effet bénéfique, du moins pour ce qui concerne les ménages à faibles revenus ou les personnes âgées.

Des études d'inspiration différente ont tenté d'apprécier sur plusieurs pays les déterminants des performances sanitaires en testant l'influence de variables diverses (niveau de revenu, niveau des dépenses de santé, consommation de tabac...) sur les résultats en terme de santé. Elles font apparaître un lien positif entre ces résultats et la part des dépenses publiques dans les dépenses de santé. Ces études suggèrent ainsi que les systèmes qui favorisent l'accès aux soins par un large développement de la couverture publique obtiennent de meilleurs résultats sanitaires [7].

EFFICACITÉ ÉCONOMIQUE

C'est en terme d'efficacité économique que les dispositifs de prise en charge publique des dépenses de santé sont le plus souvent contestés, contestation qui englobe d'ailleurs l'ensemble des composantes de l'État providence. On ne retiendra pas à cet égard les critiques qui prennent appui sur les déficits récurrents de l'assurance maladie obligatoire. Il est logique que des ajustements soient régulièrement nécessaires, il n'y a aucune raison que les dépenses de santé évoluent comme la richesse nationale qui détermine les ressources de la Sécurité sociale. Ces déficits posent des problèmes majeurs mais ils ne portent pas, en eux-mêmes, la condamnation du

système. Celui-ci n'est critiquable que s'il conduit à des dépenses excessives ou réduit par ailleurs la croissance.

Dépenses excessives

Premier axe de critique, la couverture publique des dépenses de santé entraînerait des dépenses excessives au détriment d'autres fonctions collectives ou de consommations privées. Il est clair que la prise en charge publique des dépenses de santé permet leur développement, c'est d'ailleurs l'un des objectifs affichés des systèmes de Sécurité sociale. Toutefois, l'on peut craindre qu'allant au-delà de cet objectif, ils ne favorisent des dépenses indues, l'on évoque dans le langage commun la « déresponsabilisation » des assurés et les économistes analysent le « risque moral » (modification de comportement de l'assuré qui ne supporte plus le coût de ces consommations). On a déjà souligné qu'il convenait d'être prudent avant d'affirmer que les dépenses induites étaient inutiles au plan sanitaire. Il faut ajouter que cette modification des comportements s'observe, que la prise en charge soit privée ou publique. Or dès que la prise en charge publique est limitée, les assurances privées sont appelées à se développer. C'est le cas aux États-Unis où les paiements directs des ménages – hors prise en charge par une assurance publique ou privée – ne représentent que 17 p. 100 des dépenses de santé. Ce pourcentage n'est en définitive guère différent de celui constaté en France (12,5 p. 100), mais il est obtenu après l'exclusion d'une partie importante de la population. En France, où la prise en charge par la Sécurité sociale est très largement complétée, nous l'avons vu, par des couvertures complémentaires, celles-ci prennent habituellement le relais de la couverture publique lorsqu'elle diminue (hausse du ticket modérateur). L'effet de « responsabilisation » est alors annulé, sauf à envisager de limiter la liberté de s'assurer en instaurant un ticket modérateur d'ordre public. Maîtriser les dépenses de santé en réduisant globalement le niveau de la prise en charge publique ne paraît donc pas une démarche promise à un grand succès. Il n'en reste pas moins qu'il est nécessaire d'éviter de rembourser des soins dont l'intérêt thérapeutique n'est pas avéré ; c'est la démarche entreprise, par exemple, à travers l'exercice de réévaluation de l'ensemble des médicaments sur la base du service médical rendu.

Il faut souligner, par ailleurs, que les pays où la dépense publique est élevée semblent largement compenser de moindres contraintes sur l'expression de la demande de santé par une plus grande capacité de régulation du système de soins. Ainsi est-ce aux États-Unis et en Suisse que la part des dépenses de santé dans le PIB est la plus élevée, respectivement de 13 et 10,7 p. 100. Viennent ensuite deux pays à système de Sécurité sociale, l'Allemagne et la France, avec 10,6 et 9,5 p. 100. Les pays où la prégnance des pouvoirs publics, tant dans le financement que dans la production de soins, est encore plus affirmée obtiennent à cet égard les meilleurs résultats avec notamment le Royaume-Uni (7,2 p. 100) où le pilotage budgétaire a permis de contraindre efficacement la dépense au prix, il est vrai, de files d'attente, autre forme de rationnement des soins.

Restriction de la croissance

Deuxième axe de critique, les prélèvements obligatoires rendus nécessaires pour financer les dépenses sociales pèsent sur la croissance. Les dépenses maladie ne sont pas spécifiquement visées mais en tant que composante des dépenses sociales. Compte tenu de l'ampleur des débats sur ce thème, on ne peut qu'esquisser quelques éléments de cette vaste problématique.

Ainsi est-il souvent avancé que les contributions assises sur les salaires entraîneraient une augmentation du coût du travail préjudi-

cial à la compétitivité économique et à l'emploi. Or il ressort des diverses études sur ce thème que les contributions des salariés n'ont pas de répercussions sur le coût du travail mais aboutissent à un moindre salaire net. Les augmentations de cotisations employeurs voient, à terme, leur influence sur le coût du travail compensée par de moindres hausses de salaire. Toutefois, au niveau du SMIC dont les hausses obéissent à une logique administrative, cette adaptation n'est pas possible. La conjonction d'un coût du travail administré et de charges employeurs élevées contribuerait au chômage des non-qualifiés en raison d'un coût du travail trop élevé [8]. Des exonérations importantes de cotisations patronales (26 points de cotisation au niveau du SMIC) sont donc prévues. Au total, on retiendra que, sauf le cas de cotisations employeurs résiduelles au niveau du SMIC, la couverture maladie est assurée pour l'essentiel par de moindres salaires nets, sans effets majeurs sur le coût du travail.

Les prélèvements obligatoires peuvent également avoir un effet néfaste sur la croissance s'ils entraînent, en réduisant de manière excessive les gains tirés de l'activité, une désincitation au travail. F. Bourguignon estime que l'on ne rencontre de taux marginaux très élevés et donc potentiellement désincitatifs que pour les très hauts revenus (centile supérieur de la distribution) et pour les bas revenus proches du RMI, sachant que dans ce dernier cas la désincitation provient d'une perte de prestations sous conditions de ressources et non des prélèvements [4]. Il faut également préciser, dans ce dernier cas, que depuis cette étude, diverses mesures (réforme des allocations logement, prime pour l'emploi) ont été prises pour accroître les gains liés à une augmentation ou à une reprise de l'activité [13].

Les études qui ont tenté d'apprécier l'éventuelle influence de la part des dépenses sociales rapportées au PIB sur la croissance, en modélisant et en comparant les performances des principaux pays développés, ne permettent pas de parvenir à des conclusions tranchées. A. Atkinson a recensé dix études de ce type dont quatre concluent à des effets négatifs, quatre à des effets positifs et deux à l'absence d'effets significatifs [1]. L'influence éventuelle des dépenses sociales sur la croissance reste donc largement indéterminée, et il ne faut pas négliger les effets positifs d'une plus grande cohésion sociale, d'une plus grande capacité à prendre des risques ou d'un meilleur environnement pour le développement du capital humain.

CONCLUSION

La conviction que l'accès aux soins relève d'un droit dont l'exercice doit être garanti dans d'équales conditions à tous s'est traduite dans notre pays par le développement progressif d'un système de protection contre la maladie dont la CMU constitue l'aboutissement.

Mais ce dispositif reste fragile. En effet, la croissance des dépenses de santé qui semble tendanciellement supérieure à celle de la richesse nationale amène, au gré des déficits récurrents, à se reposer en permanence la question de ses performances en terme d'équité et d'efficacité. Si certaines critiques adressées au système, notamment en matière d'efficacité économique, paraissent peu fondées, il n'en reste pas moins qu'il est de plus en plus difficile d'exiger de nos concitoyens une augmentation de leurs impôts et charges. Leur attachement à la Sécurité sociale coexiste avec une allergie aux prélèvements qu'elle exige. L'avenir de notre système se jouera donc dans la réaction opposée aux déficits : quelle part reviendra à la maîtrise des dépenses de santé, à la hausse des prélèvements, à la réduction des remboursements ?

Cet article a tenté de suggérer que les décisions en ce domaine ne sont pas dictées par une raison économique supérieure mais relèvent de choix politiques fondamentaux.

BIBLIOGRAPHIE

1. ATKINSON A. The economic consequences of rolling back the welfare state. The MIT Press, 1999.
2. AUVRAY L, DUMESNIL S, LE FUR P. Santé, soins et protection sociale en 2000. Paris, Credes, 2001.
3. BOCOGNANO A, COUFFINHAL A, GRIGNON M et al. Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Théorie et bilan des expériences étrangères. Paris, Credes, 1998.
4. BOURGUIGNON F. Fiscalité et redistribution. Rapport du CAE. Paris, La Documentation française, 1998.
5. Comptes nationaux de la santé 2000. Paris, DREES, Document de travail, août 2001, n° 23.
6. COUFFINHAL A. De l'antisélection à la sélection en assurance santé : pour un changement de perspective. Économie et Prévision, 2000-2001, n° 142.
7. DAGENAIS M, IVALDI M. Mesure et comparaison des performances des systèmes de santé de l'OCDE. In : GREMAQ. Coût et efficacité des dépenses de santé, rapport pour le commissariat général au plan, 1998.
8. DE FOUCAULD JB. Le financement de la protection sociale. Paris, La Documentation française, 1995.
9. DOESHER MP, FRANKS P, BANTHIN JS et al. Supplemental insurance and mortality in elderly americans. Arch Fam Med, 2000, 9 : 251-257.
10. DURGNON P, GRIGNON M, JUSOT F. L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Question d'Économie de la Santé, 2001, n° 43.
11. Éco-Santé, OCDE, 2002.
12. GRUBER J. Taxes and health insurance. NBER Working Paper, 8657.
13. HAGNERÉ C, TRANNOY A. L'impact conjugué de trois ans de réforme sur les trappes à inactivité. Économie et Statistiques, 2001, 6-7 : 161-184.
14. MALINVAUD E. Les cotisations sociales à la charge des employeurs. Paris, La Documentation française, 1998.
15. MUSGROVE P. Public and private roles in health. World Bank Discussion Paper, 1996, n° 339.
16. NEWHOUSE JP. Free for all. Cambridge, Harvard University Press, 1996, 489 pages.
17. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.
18. OR Z. Déterminants de la performance des pays industrialisés en matière de santé : une analyse temporelle transversale. Revue économique de l'OCDE, 2000, 30 : 57-83.
19. RICE T. Demand curves, economists, and desert islands : a response to Feldman and Dowd. Journal of Health Economics, 1993, 12 : 201-204.
20. TAMBLYN R, LAPRISE R, HAMLEY JA et al. Adverse events associated with prescriptions drug cost-sharing among poor and elderly persons. JAMA, 2001, 285 : 421-429.
21. WAGSTAFF A, VAN DOORSLAER E, VAN DER BURG H. Equity in the finance of health care : some further international comparisons. J Health Economics, 1999, 18 : 263-290.