

L'Assurance Maladie : histoire, enjeux contemporains, défis futurs

David N. Bernstein
Université de Paris-Dauphine
20 octobre 2008

1

Éléments d'histoire : avant 1945

- Longtemps, les plus pauvres (« *les indigents* ») étaient *pris en charge par la bienfaisance* l'Église (charité, hôpitaux) et l'assistance des communes et de l'État
- Révolution industrielle : mise en place de *caisses sociales contributives* par industrie ou par bassin industriel, qui viennent remplacer le modèle paternaliste
- Accords entre les *syndicats de travailleurs et le patronat* pour créer des caisses collectives
- Initiatives privées, *peu d'intervention publique*, crée des disparités

3

Les difficultés financières de l'assurance maladie

- **Introduction : quelques éléments d'histoire**
- Augmenter les cotisations ?
- Rembourser moins tout en remboursant mieux ?
- Sortir de l'approche comptable : améliorer l'efficiency du système de santé

2

Éléments d'histoire : après 1945

- Intervention de l'État : création de la Sécurité Sociale
 - Réduire les *disparités des assurances sociales* par industrie, en assurant un socle de protection pour tous (« régime général »)
 - *Cotisations obligatoires, gestion paritaire* syndicats patronat/syndicats travailleurs encadrée par l'État
 - Divers *régimes parallèles* subsistent : régime des salariés, régime agricole, régime des indépendants, régimes spéciaux
- A l'origine, un système plutôt « **bismarckien** »

4

David Bernstein

Assurance maladie, grands enjeux

Systeme bismarckien

→Référence à la politique sociale du chancelier **Bismarck**

Contexte : fin du XIX siècle en Allemagne.

Le chancelier Bismarck alors au pouvoir dissout les syndicats pour lutter contre la montée du parti socialiste.

En contrepartie, l'Etat prend la responsabilité d'institutionnaliser la protection sociale, dispensée auparavant par de nombreuses « caisses de secours ».

5

Systeme beveridgien ou universel

- **Contexte** : seconde Guerre Mondiale

Churchill demande à Beveridge la mise en place d'un système de protection sociale.

Beveridge lui remet un rapport en 1942 :

« *Social Insurance and Allied Services* »

7

Systeme bismarckien

1. Une protection exclusivement fondée sur le **statut professionnel** (de ce fait limitée à ceux qui ont su s'ouvrir des droits à protection par leur statut)
2. Une protection fondée sur la technique de l'**assurance**, qui instaure une **proportionnalité** des cotisations par rapport aux salaires, et une proportionnalité des prestations aux cotisations
3. Une **protection gérée par les employeurs et les salariés** eux-mêmes.

6

Systeme beveridgiens

Le principe fondateur, règle des 3 « U »

- **Universalité** : tout citoyen, indépendamment de sa situation professionnelle, serait protégé contre tous les risques sociaux.
- **Unité** : une administration unique serait chargée de gérer chaque risque, financée par l'impôt
- **Uniformité** : chacun bénéficierait des aides en fonction de ses besoins, quel que soit son revenu.

8

David Bernstein

Assurance maladie, grands enjeux

En France, tendance à l'universalisation

- Uniformisation des prestations et des cotisations entre les différents régimes
- Extension de l'assiette des cotisations au-delà des revenus du travail
 - Introduction de la CSG pour « tous les revenus des ménages » (1991)
 - La contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) (1992)

9

Tendance à l'universalisation : les causes

- L'universalisation répond aux difficultés qui apparaissent aux début des années 70 (« fin des 30 Glorieuses », « Etat-Providence en crise »)
- Problème social : hausse du chômage augmente les non assurés, qu'il faut bien couvrir
- Problème de recettes : chômage crée la nécessité de trouver de nouvelles assiettes de financement → déficits

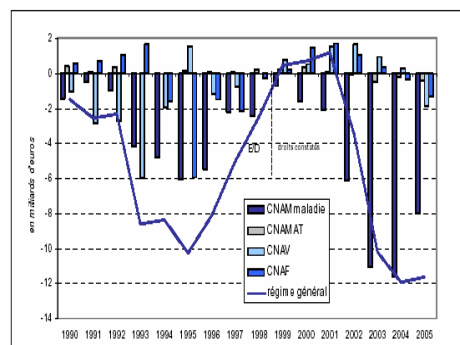
11

En France, tendance à l'universalisation

- Fin du paritarisme et unification des régimes et de la gouvernance du système (réformes de 2004 et de 2009)
- Extension de la population protégée à tous les résidents (la couverture n'est plus liée à l'activité professionnelle)
 - Couverture Maladie Universelle (2000)
 - Aide Médicale d'État
- Nouvelles typologies ? Cf. Esping-Andersen Gota (1990) « The three worlds of welfare capitalism », Cambridge, Polity Press.

10

Historique des soldes du régime général entre 1990 et 2005, par branche (en euros courants)



David Bernstein

Assurance maladie, grands enjeux

L'attention médiatique et politique portée sur la question du « trou de la Sécu » doit être relativisée

- Déficit → solde de l'année = recettes – dépenses = 4 milliards d'euros en 2008
- Consommation de Soins et Biens Médicaux : 163,4 milliards d'euros en 2007
- La Sécurité Sociale a financé 76,6% de la CSBM en 2007

13

Le financement, augmenter les recettes ?

Dans un contexte de hausse des dépenses, sans autre action, il faut augmenter les recettes pour garder la même proportion de participation de l'assurance maladie

Mais :

- Les prélèvements sociaux ont largement augmenté au cours des 25 dernières années (de 16% du PIB en 1978 à environ 22% aujourd'hui).
- Élargissement et diversification des recettes et de l'assiette du prélèvement social
- Volonté de ne pas pénaliser l'emploi et la croissance TVA sociale ? Cf. Jérôme Wittwer

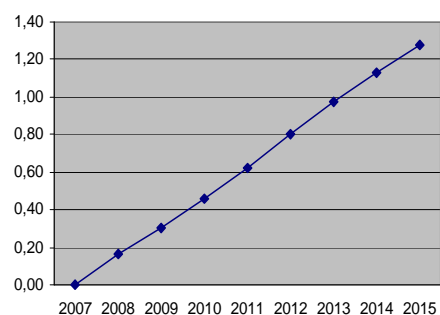
15

Les difficultés financières de l'assurance maladie

- Introduction : quelques éléments d'histoire
- **Augmenter les cotisations ?**
- Rembourser moins tout en remboursant mieux ?
- Sortir de l'approche comptable : améliorer l'efficacité du système de santé

14

Points de CSG pour assurer le financement futur



David Bernstein

Assurance maladie, grands enjeux

Les difficultés financières de l'assurance maladie

- Introduction : quelques éléments d'histoire
- Augmenter les cotisations ?
- **Rembourser moins tout en remboursant mieux ?**
- Sortir de l'approche comptable : améliorer l'efficacité du système de santé

17

Les dépenses : rembourser moins ? Les mesures se multiplient

- « Participation forfaitaire » de 1 euro
- Déremboursements de certains médicaments à « service médical rendu insuffisant »
- Mise en place du médecin traitant (moindre remboursement)
- « Franchises » de 2008
- Frais hospitaliers (forfait journalier, forfait 18 euros pour les actes lourds)
 - + le « ticket modérateur » historique
 - + les dépassements d'honoraires

19

Les dépenses : rembourser moins ? Terminologie

- *Demand-side cost sharing* (faire payer les patients) vs. *supply-side* (faire participer les médecins)
- Ticket modérateur (*copayment*) : % par acte, par médicament
- Forfait (*lump sum*) : somme fixe par acte, par produit
- Franchise (*deductible*) : premières dépenses non couvertes

18

Les dépenses : rembourser moins ? Les « franchises » de 2008

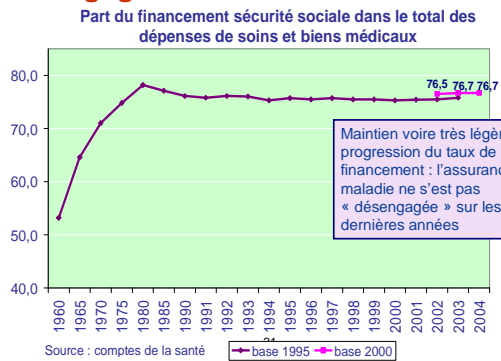
- *Pas une vraie franchise au sens strict* : par acte ou boîte de médicament
- Pour ne pas pénaliser ceux qui dépensent peu (en bonne santé/jeunes) : *conserver le contrat social*
- « Sauver le système » ou « responsabiliser » les citoyens ?
 - *Mesure comptable ou mesure contre l'aléa moral ?* (Réduction des soins inutiles, abus vs. rembourser moins...)

20

David Bernstein

Assurance maladie, grands enjeux

Les dépenses : rembourser moins ? Désengagement de la Sécurité Sociale ?



Les dépenses : rembourser moins ? Problèmes d'équité et d'accès aux soins

- Les ALD, liste de «maladies longues et coûteuses», sont *remboursées à 100%* (du tarif Sécu), concernent 12% de la population et consomment 60% des dépenses de la Sécurité Sociale
- A réglementation constante et au vu des tendances épidémiologiques attendues le nombre de personnes en ALD sera de 9,2 millions en 2011 et 10,6 millions en 2015
- La progression des dépenses en ALD représente 82% de la progression tendancielle des dépenses, se répartissant principalement sur l'hôpital et le médicament

23

Les dépenses : rembourser moins ? Désengagement de la Sécurité Sociale ?

- La part financée par l'assurance maladie est restée identique
→ Il n'y a donc *pas eu désengagement* en ce sens
 - Ce fait contraste avec l'expérience de l'ensemble du public, *malades et bien-portants*, qui voit ses contributions personnelles augmenter (franchises, 1 euro forfaitaire...)
- Pas de contradiction : dans un contexte de croissance des dépenses totales de santé, même si la *proportion financée par l'assurance maladie demeure inchangée, la part qui reste à la charge des ménages a augmenté en valeur absolue*
[Penser à un ballon qui gonfle]

22

Les dépenses : rembourser moins ? Problèmes d'équité et d'accès aux soins

- ALD : *catégorie médico-administrative sans fondement économique* (des individus hors de la catégorie sont parfois plus coûteux)
 - Pas de relation claire entre les restes à charge et les patients en ALD
 - Très coûteux et n'atteint pas son but ultime : équité et accès aux soins face à un « gros risque »
- Donc, il faut *repenser ce système pour rembourser mieux*

24

David Bernstein

Assurance maladie, grands enjeux

Les dépenses : rembourser mieux ?

- Dans les dernières années, on a *accumulé au coup par coup* les dispositifs de participation des assurés sans dessein précis
 - Situations d'iniquité, tensions sociales
 - Discrédit pour la protection sociale
- Aujourd'hui un *débat* émerge sur ces questions
- L'assurance-maladie doit couvrir *mieux les gros risques* quitte à moins bien couvrir les *petits risques*
 - Cf. cours 1 : rôle de l'État dans la protection sociale
- Mais danger sérieux de *rupture du contrat social*, en particulier entre les générations, si certaines catégories deviennent mal couvertes (jeunes bien portants pourraient vouloir sortir du système)
 - Comment maintenir cet *équilibre économique-social* délicat ?

25

Les difficultés financières de l'assurance maladie

- Introduction : quelques éléments d'histoire
- Augmenter les cotisations ?
- Rembourser moins tout en remboursant mieux ?
- **Sortir de l'approche comptable : améliorer l'efficacité du système de santé**

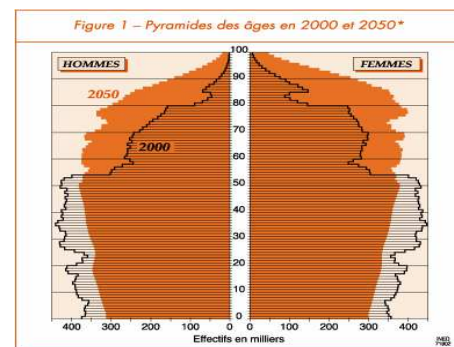
27

Les dépenses : rembourser mieux ? Le bouclier sanitaire

- Abandon du système dual ALD/non ALD
- Instaurer un *plafond de reste à charge au-delà duquel l'assuré serait entièrement couvert*
- Avec des *participations accrues des assurés* sous le plafond
- Choix du plafond : somme absolue (par exemple 500 euros pour tous) ou en % du revenu ?
- En % du revenu : amélioration de l'équité verticale mais détérioration de l'équité horizontale
 - Malades riches moins bien couverts que les bien portants pauvres

26

Les dépenses : le vieillissement ?

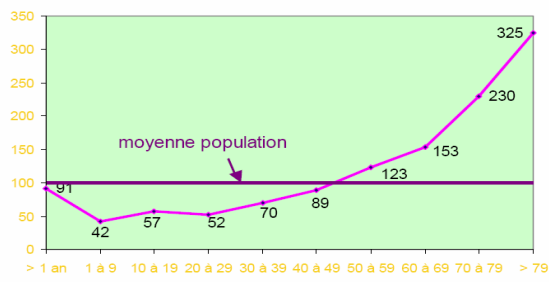


David Bernstein

Assurance maladie, grands enjeux

Les dépenses : le vieillissement ?

Profil de dépense annuelle par âge (1997)



Source : EPAS, CNAMTS – rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

29

Les dépenses : le vieillissement ?

- On simule l'impact de la déformation de la structure d'âge dans l'avenir avec le profil des dépenses par âge observé aujourd'hui
- Cet effet du vieillissement augmente les dépenses mais sans exploser (autour de 11,5% du PIB en 2020)
- Mais...

31

Les dépenses : le vieillissement ?

1. La proportion de personnes âgées dans la population va croître.
 2. Les personnes âgées consomment plus de soins que les jeunes et plus elles avancent en âge, plus leurs dépenses de soins sont élevées.
- Donc : ça va exploser ???

30

L'effet génération

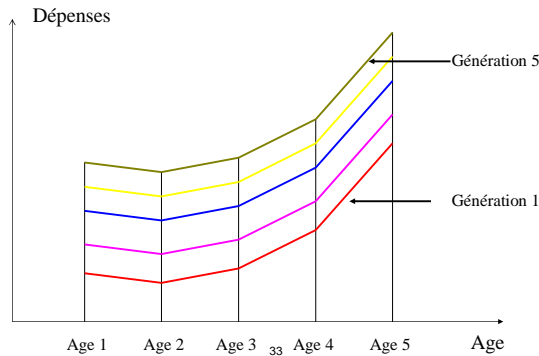
- Le *profil des dépenses de santé par âge se déforme effectivement* au cours du temps, au sens où les dépenses de soins des personnes âgées croissent plus vite que pour le reste de la population
- «Ce n'est pas le nombre de personnes âgées qui fait monter les coûts de santé, c'est qu'ils utilisent de plus en plus les services de santé» (Fondation canadienne pour la recherche sur les services de santé, 2000)

32

David Bernstein

Assurance maladie, grands enjeux

Rappel : effet génération



Départager les deux facteurs : résultats récents

- L'évolution du profil par âge (= la tendance à l'intensification entre générations du recours aux soins chez les personnes âgées) n'est semble-t-il *pas liée à l'évolution de la morbidité* (au contraire, les tendances actuelles de morbidité tendraient plutôt à réduire les recours aux soins)
- Elle est *entièrement attribuable à l'évolution des pratiques de soins à état de santé donné* (Huber, coll. Dormont & Grignon, 2004)

35

L'effet génération : pourquoi ?

Qu'est-ce qui peut expliquer que les personnes âgées augmentent leur recours aux soins plus que le reste de la population ?

Deux grands facteurs :

1. *L'état de santé* : est-ce que les personnes âgées sont plus malades à âge donné ? (donc ont plus besoins de soins) ?
2. *Les pratiques de soins* : est-ce que, à état de santé donné, les soins fournis s'intensifient particulièrement plus pour les patients âgés ?

34

Vieillesse et dépenses

1. L'augmentation du nombre de personnes âgées ne fera pas, en tant que telle, exploser les dépenses de santé.
2. Mais cette évolution démographique se combine au fait que les personnes âgées *utilisent de plus en plus les services de santé* (leur recours aux soins évolue plus vite que l'ensemble de la population).
3. Néanmoins, il ne s'agit *pas d'une fatalité démographique*, ni semble-t-il épidémiologique (évolution de la morbidité des individus).
4. Ce sont bien *les pratiques de soins* qui sont à l'origine de la dérive des coûts, au sens large : pratiques médicales, effets de progrès technique (offre), mais aussi habitudes des patients (demande).

36

David Bernstein

Assurance maladie, grands enjeux

L'enjeu politique de la distinction

- *fatalité démographique* = besoins inéluctablement croissants, régulation inutile, « explosion » de la sécurité sociale...
- *pratiques de soins*: renvoie à la question du progrès technique, des pratiques acceptables, la santé comme bien supérieur, recherche de qualité de vie...

37

Quelques pistes

Changer les incitations du corps médical

- Cf. supply side cost sharing : mécanismes de participation des médecins aux coûts (bâton) et aux gains (carotte) du système de santé
- Réfléchir aux *modes de rémunération* : capitation, paiement à la performance, budgets indicatifs de médicaments, d'adressage spécialistes...
- Améliorer les *techniques d'ajustement au risque* : pour une bonne capitation ou la constitution de budgets, il faut prendre en compte le fait qu'un paraplégique demande plus de travail (ou coûte plus) qu'un jeune en pleine forme

39

Améliorer l'efficacité du système de santé

- Au-delà des choix des niveaux de couverture et les débats autour des nouveaux financements : *agir sur les coûts de santé*
 - Economie de la santé : comment maintenir ou améliorer la santé d'une population au moindre coût ?
- Efficacité : résultats de santé / coûts
- C'est une approche plus structurelle que l'approche comptable discutée *supra*

38

Quelques pistes

Changer l'organisation des soins

- Modèle actuel : *hospitalo-centré* et centré sur les soins aigus
→ Or, maladies chroniques de plus en plus présentes (diabète, asthme, maladies cardiovasculaires, sida)
- Nouveau modèle : centré sur les *soins ambulatoires*
 - Donner plus de responsabilités aux soins primaires
 - Repenser la coordination ville/hôpital
- Nouveaux outils : *disease management* (cf. programme Sophia de l'assurance maladie), *outils d'information* du médecin (dossier médical personnel)...
- *Délégation des tâches* (transferts de compétence) : donner plus de responsabilités aux infirmiers, aux pharmaciens...

40