



assurance maladie

éléments de diagnostic



Ministère de la santé,
de la famille et
des personnes handicapées

www.sante.gouv.fr

introduction

Fondé sur les Ordonnances de 1945, notre système de Sécurité sociale se caractérise aujourd'hui par une protection importante contre le risque maladie, généralisée à l'ensemble de la population.

L'État assure la maîtrise de l'ensemble du système par sa fonction législative et de tutelle, et les partenaires sociaux participent à la gestion des caisses.

En faisant appel à la contribution de chacun selon ses moyens et en donnant à ceux qui en ont besoin, il respecte une exigence de base de notre société : la solidarité. En permettant l'égal accès au système de soins, l'Assurance maladie assure l'égalité des Français devant la maladie.

Le système de santé français présente aussi une caractéristique unique : celle de la liberté du patient dans le choix de son médecin et celle du médecin dans le choix de son lieu d'installation. Il assure aussi un haut niveau de remboursement - le taux moyen de remboursement s'élève à 95,4 % à l'hôpital et 79,5 % pour les honoraires médicaux en 2002.

La part restant à la charge de l'assuré est, dans plus de 90 % des cas, couverte en partie par une couverture complémentaire, sous forme de mutuelle ou d'assurance.

Ce secteur de l'économie, générateur de recherches et de progrès techniques croissants, est particulièrement dynamique, tant en termes de richesses créées que d'emplois occupés ou de contribution positive au solde extérieur.

Grâce aux moyens mis en œuvre, les résultats obtenus en matière de santé sont satisfaisants. L'espérance de vie en France est l'une des plus longues au monde, en particulier pour les femmes. L'accroissement de l'espérance de vie se poursuit jusqu'en 2000, au rythme d'une année supplémentaire tous les quatre ans.

Malgré ces résultats, des insuffisances subsistent :

- *la mortalité avant 65 ans réduit considérablement l'espérance de vie, notamment du fait de déterminants signés en amont du système de santé : alcoolisme, tabagisme, accidents de la circulation...*
- *des inégalités perdurent, notamment en matière d'accès aux soins,*
- *la prévention n'est pas suffisamment développée,*
- *la qualité de notre système de santé reste à améliorer.*

À l'instar des autres pays développés, la croissance économique s'est accompagnée d'une augmentation de la part de la richesse nationale consacrée aux dépenses de santé. Tous les secteurs, à savoir la médecine de ville, l'hôpital et les médicaments, ont enregistré une forte hausse de la consommation. La liberté de choix a pour contrepartie un certain consumérisme médical de la part des patients. Le système conduit à des abus et des gaspillages.

La situation financière de l'Assurance maladie est préoccupante, avec des déficits récurrents. Le financement de l'Assurance maladie, assis directement aux 3/4 sur la masse salariale, sera largement impacté par le fort déséquilibre entre actifs et inactifs, dû au vieillissement de la population.

Cette situation pourrait empirer dans la mesure où les dépenses maladie augmentent à un rythme que ne peut soutenir la croissance. La croissance des dépenses est supérieure depuis 20 ans à l'évolution du produit intérieur brut (PIB). Aujourd'hui, la France est, parmi ses partenaires européens, l'un des pays qui dépense le plus en matière de santé, alors qu'elle est confrontée aux mêmes difficultés qu'eux. Ces derniers ont tenté, et tentent encore, de réformer leur système de santé.

Sommaire

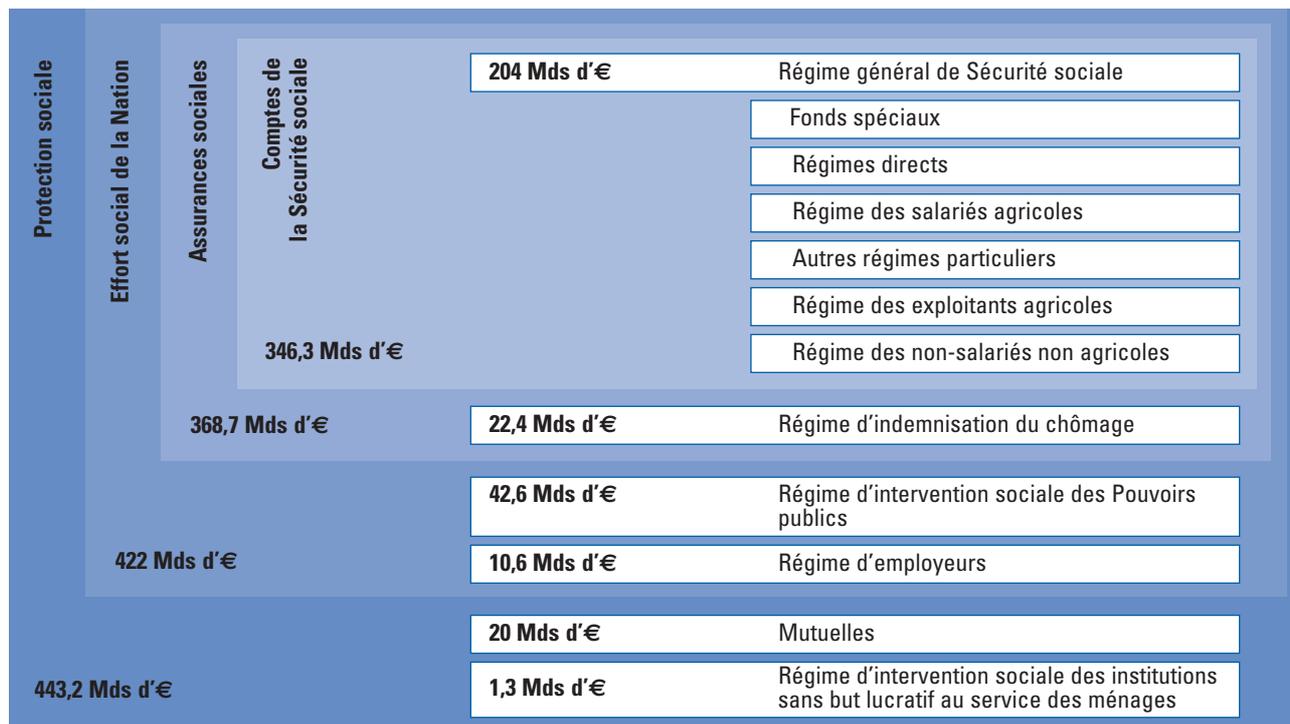
Quelques repères	<u>5</u>
Un système de santé unique en Europe	<u>7</u>
Des Ordonnances de 1945 à aujourd’hui	<u>9</u>
Le rôle de l’État et des partenaires sociaux	<u>13</u>
Un système de santé solidaire	<u>17</u>
Un système sans contraintes	<u>19</u>
Une large couverture complémentaire	<u>21</u>
Un système de santé ambitieux	<u>23</u>
Des progrès médicaux toujours croissants	<u>25</u>
Un secteur de la santé dynamique, créateur d’emplois et exportateur	<u>29</u>
Un bilan contrasté	<u>33</u>
Une vie plus longue et en meilleure santé	<u>35</u>
Des inégalités d’accès aux soins persistantes	<u>39</u>
Une qualité du système de santé encore perfectible	<u>45</u>
Des perspectives financières inquiétantes	<u>49</u>
Une consommation de soins en forte croissance	<u>51</u>
Une consommation préoccupante de médicaments	<u>55</u>
Un financement de la santé fragilisé	<u>59</u>
L’éternel retour des déficits	<u>61</u>
Une Europe qui s’adapte	<u>65</u>

Quelques repères

La construction de notre système de Sécurité sociale

- 1945** • Ordonnances instituant la Sécurité sociale
- 1946** • Généralisation de la Sécurité sociale et assujettissement obligatoire aux assurances sociales
 - Maintien de l'indépendance des régimes spéciaux
- 1947** • Convention collective instituant l'AGIRC, régime de retraite et de prévoyance des cadres
- 1948** • Régimes autonomes d'assurance vieillesse des « non-non » (non-salariés non agricoles)
- 1952** • Assurance vieillesse obligatoire des exploitants agricoles
- 1958** • Création de l'UNEDIC (assurance chômage)
- 1961** • Convention collective instituant l'ARRCO, régime de retraite et de prévoyance des salariés
- 1967** • Réorganisation de notre Sécurité sociale avec la création des quatre organismes nationaux du Régime général : CNAM, CNAF, CNAV et ACOSS
- 1979** • Création de la commission des comptes de la Sécurité sociale
- 1988** • Création du RMI (Revenu Minimal d'Insertion)
- 1991** • Création de la CSG (Contribution Sociale Généralisée), pour financer le Régime général
- 1996** • Instauration de la Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS)
 - 1^{er} Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS)
- 2000** • Création de la CMU
- 2001** • Départ du MEDEF et de la CGPME des Conseils d'Administration des caisses de Sécurité sociale
- 2003** • Réforme des retraites

De la sécurité sociale à la protection sociale



Les dépenses de protection sociale

Les prestations de protection sociale se sont élevées à 417,5 milliards d'€ en 2001⁽¹⁾:

- **vieillesse – réversion** 183,6 Mds d'€
- **santé** 145,4 Mds d'€
- **maternité – famille** 42,3 Mds d'€
- **emploi** 27,7 Mds d'€
- **logement** 12,8 Mds d'€
- **pauvreté – exclusion** 5,7 Mds d'€

Les dépenses de vieillesse, santé et maternité sont ainsi prépondérantes dans notre système de protection sociale, y représentant plus de 80 % des dépenses.



Un système de santé unique en Europe

Des Ordonnances de 1945 à aujourd'hui	<u>9</u>
Le rôle de l'État et des partenaires sociaux	<u>13</u>
Un système de santé solidaire	<u>17</u>
Un système sans contraintes	<u>19</u>
Une large couverture complémentaire	<u>21</u>

Points clés

- 83,5 % de la population bénéficie du Régime général
- 12,5 % de la population couverte par la MSA (régime agricole) et la CANAM (régime des professions indépendantes non agricoles)
- 4 % de la population couverte par les régimes spéciaux

Des Ordonnances de 1945 à aujourd'hui

Une généralisation progressive de la couverture sociale

Le Gouvernement français avait en 1945 la volonté de créer un système unique et universel de Sécurité sociale. Toutefois, il a dû tenir compte de l'héritage historique et de la préférence de certaines catégories sociales pour le maintien de régimes distincts basés sur une **logique professionnelle**. C'est pour cette raison que les partenaires sociaux composent les Conseils d'Administration des régimes.

Pourtant, les réformes et l'ensemble des évolutions qui caractérisent la Sécurité sociale vont dans le sens de **l'universalité** tant pour la contribution au financement que le bénéfice des prestations.

En matière d'Assurance maladie plusieurs étapes ont marqué cette évolution vers l'universalité, en particulier :

- 1948 : extension du Régime général aux étudiants
- 1949 : extension de ce même Régime général aux militaires de carrière et aux écrivains
- 1949 : création du régime agricole
- 1953 : création de l'aide médicale gratuite
- 1966 : création du régime des non-salariés non agricoles
- 1978 : création de l'assurance personnelle, laquelle a permis à tous ceux qui n'étaient pas affiliés à l'Assurance maladie de s'affilier volontairement
- 2000 : création de la Couverture Maladie Universelle.

Un système d'assurance maladie structuré autour de trois principaux régimes

L'architecture administrative des régimes d'Assurance maladie français est en grande partie le fruit de cette évolution qui a abouti à une organisation autour :

- du régime des salariés du secteur privé, dit Régime général,
- du régime des professions indépendantes non agricoles, couramment appelé régime des non-non (« non-salariés non agricoles »),
- du Régime agricole,
- de plusieurs régimes spéciaux.

Aujourd'hui, environ 83,5 % de la population bénéficient du Régime général. Les 16,5 % restants voient leurs droits gérés au sein d'autres régimes, pour la plupart alignés sur le Régime général.

Le Régime général de Sécurité sociale (48,1 millions de bénéficiaires)

Branche	Niveau national	Niveau régional	Niveau départemental
Maladie et accidents du travail	CNAMTS ⁽¹⁾ Échelon national du service médical	16 CRAM ⁽²⁾ 17 échelons régionaux du service médical	128 CPAM ⁽³⁾ 4 CGSS dans les DOM
Famille	CNAF ⁽⁴⁾		124 CAF
Retraite	CNAVTS ⁽⁵⁾	CNAVTS en Ile-de-France CRAV en Alsace-Moselle CRAM ailleurs	4 CGSS ⁽⁶⁾ dans les DOM
Recouvrement	ACOSS ⁽⁷⁾		105 URSSAF ⁽⁸⁾ 4 CGSS dans les DOM
Organisme fédérateur	UCANSS ⁽⁹⁾		
TOTAL	4 caisses 1 union	16 CRAM + 1 CRAV 17 échelons régionaux du service médical	128 CPAM + 124 CAF + 105 URSSAF + 4 CGSS dans les DOM

Outre les caisses ou unions présentées ci-dessus, il existe des « unions » ou « fédérations » :

- 23 URCAM : Unions régionales des caisses d'assurance maladie
- 13 UGECAM : Unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie
- 43 UIOSS : Unions immobilières des organismes de sécurité sociale
- 15 CERTI : Centres inter-régionaux de traitement informatique
- 13 CRFP : Centres régionaux de formation professionnelle

(1) Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

(2) Caisses régionales

(3) Caisses primaires

(4) Caisse nationale d'allocations familiales

(5) Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés

(6) Caisse générale de sécurité sociale (toutes prestations et recouvrement)

(7) Agence centrale des organismes de sécurité sociale

(8) Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

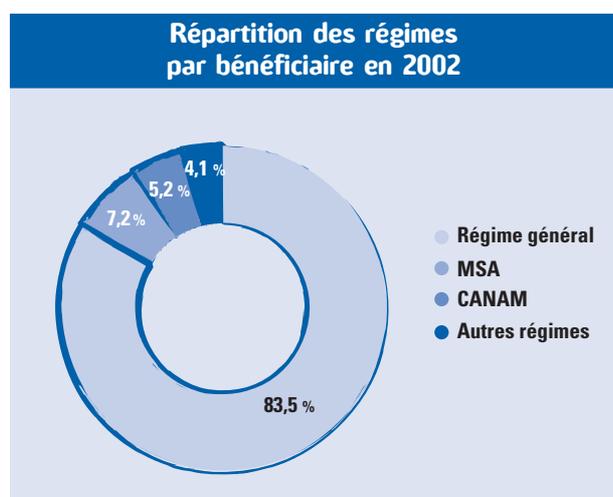
(9) Union des caisses nationales de sécurité sociale

Le Régime de Sécurité sociale des exploitants salariés agricoles (4,1 millions de bénéficiaires)

Assurance maladie	Exploitants salariés agricoles
Niveau national	1 caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA)
Niveau départemental ou pluri-départemental	78 caisses de mutualité sociale agricole (MSA)
«Guichet unique»	Prestations maladie/maternité, vieillesse et familiales + cotisations

Le Régime des professions indépendantes non agricoles (3 millions de bénéficiaires)

Assurance maladie	Professions indépendantes
Caisse nationale	CANAM ⁽¹⁰⁾
Caisse locale	Caisses mutuelles régionales : 2 pour l'Outre-Mer 2 pour l'IdF et Paris (artisans, industriels et commerçants) 2 pour les professions libérales (Paris/IdF et province) 24 interprofessionnelles en province
Autres organismes	Organismes conventionnés (mutuelles ou assureurs) fonctionnant avec les CMR
TOTAL	30 caisses + 1 caisse nationale



Répartition des dépenses d'Assurance maladie en 2002 (droits constatés hors risque maternité et AT)

	en millions d'€	en %
CNAMTS	93 030	83,6 %
MSA	8 674	7,8 %
CANAM	4 636	4,2 %
SNCF	1 426	1,3 %
Militaires	1 247	1,1 %
Mineurs	1 163	1,0 %
Marins	301	0,3 %
Fonctionnaires	284	0,3 %
RATP	175	0,2 %
Banque de France	70	0,1 %
Clercs de notaire	157	0,1 %
Ministres du culte	133	0,1 %

Source : Ministère de la Santé - Direction de la Sécurité sociale

Une tendance à l'unité

L'Ordonnance du 24 avril 1996 relative à l'organisation de la Sécurité sociale a créé les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). Ces unions rassemblent les caisses des principaux régimes de base obligatoire d'Assurance maladie. Leur Conseil d'Administration comprend des Administrateurs des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), des Caisses mutuelles régionales (CMR) du régime des travailleurs non salariés non agricoles, des Caisses de mutualité sociale agricole et des Caisses du régime des mines dans quelques régions.

La création de 22 URCAM a eu pour but de renforcer la dimension régionale de la gestion de l'Assurance maladie et de donner une plus grande cohérence aux actions menées en la matière par les caisses locales.

(10) Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes

Points clés

- les lois de financement de la Sécurité sociale sont votées au Parlement depuis 1996
- les partenaires sociaux gèrent les organismes de Sécurité sociale
- l'État exerce sa tutelle en s'appuyant sur les conventions d'objectifs et de gestion signées avec les caisses

Le rôle de l'État et des partenaires sociaux

Une répartition institutionnelle historique

Le rôle prépondérant de l'État

• **Par sa fonction législative**, l'État assure la maîtrise d'ensemble du système. Il s'agit de la détermination des principes fondamentaux de la Sécurité sociale par la loi :

- création d'un régime, définition de son champ d'application et de ses principes propres ;
- détermination de la base sur laquelle est assis le financement ;
- définition des grandes caractéristiques des prestations.

• **Par son pouvoir réglementaire**, l'État fixe les taux et les modalités de recouvrement des recettes et le mode de calcul des prestations.

• **L'État exerce une tutelle** sur les personnes et sur les actes, laquelle a largement évolué au profit des outils contractuels que sont les conventions d'objectifs et de gestion passées avec les caisses nationales.

• La généralisation de l'Assurance maladie et l'évolution de son financement ont conduit à un **renforcement du rôle de l'État**.

L'objectif de généralisation a amené l'État à intervenir, d'une part, pour **fixer et harmoniser les règles** et, d'autre part, pour **garantir l'équilibre financier des différentes branches**, notamment par des hausses de

cotisations ou des baisses de prestations, ainsi que la création et l'attribution d'une recette fiscale à l'Assurance maladie (la CSG).

Conséquence de cette évolution, le financement de la Sécurité sociale est voté annuellement par le Parlement (**lois de financement de la Sécurité sociale**), depuis la loi constitutionnelle du 22 février 1996.

La loi de financement de la Sécurité sociale fixe les grandes orientations pour l'année à venir et en particulier **l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)**. L'ONDAM sert ensuite de référence à l'action du Gouvernement et de l'Assurance maladie dans leurs relations avec les acteurs du système de soins (professions de santé, établissements de soins...).

La présence historique des partenaires sociaux

Les partenaires sociaux gèrent les organismes de Sécurité sociale au niveau national et local, au travers de leur participation aux Conseils d'Administration de ces caisses. **Les modalités de cette participation ont souvent évolué au cours de l'histoire sociale du pays.** Au paritarisme des origines qui conférait une place prédominante aux syndicats ouvriers, a succédé en 1967 un paritarisme strict qui donnait un même nombre de sièges aux représentants des employeurs et travailleurs indépendants ainsi qu'à ceux des salariés.

En 1982, la primauté des représentants des salariés a été rétablie en même temps qu'était restaurée l'élection de ces représentants. Une élection eut lieu en octobre 1983 mais elle n'aura pas de suite, jusqu'à ce que l'une des Ordonnances de 1996 supprime le principe de l'élection.

Depuis 1996, les textes prévoient à nouveau la parité stricte entre Administrateurs du Régime général : les Administrateurs représentants des employeurs et des travailleurs indépendants sont désignés par les organisations professionnelles d'employeurs.

Les Administrateurs salariés sont donc désignés par les cinq confédérations syndicales de salariés représentatives au niveau national (CGT, CFTD, FO, CGC, CFTC).

Depuis l'automne 2001, le MEDEF et la CGPME ont choisi de ne plus siéger aux Conseils d'Administration des caisses. Dans le Régime général, du côté employeurs, seuls siègent actuellement les représentants de l'Union professionnelle artisanale (UPA).

La nécessaire clarification des rôles

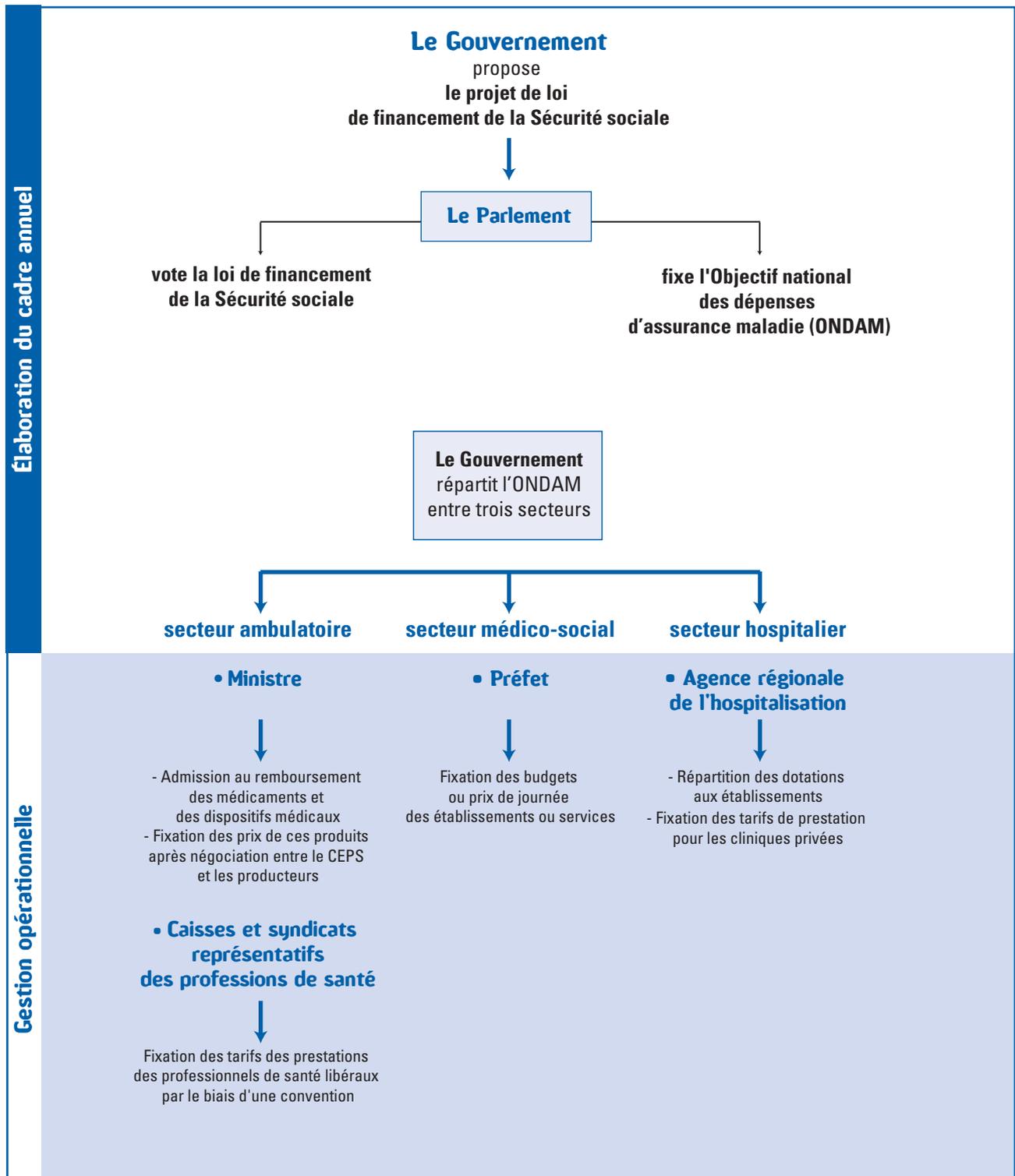
Si les politiques hospitalière et du médicament sont de la compétence de l'État, ce qui a trait à la médecine de ville relève de conventions passées entre les Caisses d'Assurance maladie et les syndicats de professionnels de santé libéraux. **Le champ de ces conventions a été régulièrement élargi par la loi afin de donner plus de compétences aux partenaires conventionnels.** C'est ainsi que la convention avec les médecins peut traiter de formation continue, d'évaluation et de référentiels de pratiques, de la différenciation des rémunérations selon les pratiques, de l'exercice en réseaux et de coordination des soins.

Force est cependant de constater que ce cahier des charges ambitieux n'est pas mis en œuvre avec toute la détermination souhaitable. Les rivalités entre organisations professionnelles exposent les accords signés à des contentieux, principalement devant le Conseil d'État, qu'un droit insuffisamment élaboré rend victorieux. Mais ce sont des décisions juridictionnelles qui anéantissent certaines initiatives ou, à tout le moins, déstabilisent les différents acteurs.

Or, ainsi que l'a dit le Président de la République, dans le discours prononcé à Toulouse, le 12 juin 2003, lors du 37^e Congrès de la Mutualité *« l'enjeu n'est pas d'élaborer de nouveaux instruments. Les instruments existent. Ce qu'il faut, c'est cesser d'en parler et les mettre en œuvre. Il faut pour cela instituer une architecture de responsabilités engageant tous les acteurs »*. Or, *« faute d'un partage clair des*

rôles entre l'État et les caisses, les gestionnaires de l'Assurance maladie n'ont pas réellement été mis en demeure d'assumer leur mission. » Par conséquent, « les Pouvoirs publics doivent fixer le cadre et les objectifs. Mais il revient aux caisses d'élaborer, de proposer et de mettre en œuvre les décisions nécessaires à l'équilibre de notre système d'Assurance maladie [...]. Sur cette base, [il est souhaitable] que les représentants des entreprises puissent, aux côtés de ceux des salariés, jouer un rôle actif au sein des caisses de Sécurité sociale. »

Le cadre de gestion actuel de l'Assurance maladie



Points clés

- un salarié percevant un revenu brut mensuel de 1 300 € verse 240 € de cotisations sociales par mois ; un cadre qui gagne 3 000 € verse 560 € par mois (dont CSG sur salaire)
- tous deux seront remboursés de façon identique : près de 80 % pour les honoraires médicaux

Un système de santé solidaire

Une contribution des assurés à l'Assurance maladie variable selon leur revenu...

- À l'origine, l'accès à l'Assurance maladie était la contrepartie d'une activité professionnelle et du versement de cotisations (qui définissent l'assuré) ou du lien de parenté avec l'assuré (notion d'ayant droit).

Sur ce fondement, **un processus de généralisation** de la Sécurité sociale s'est progressivement engagé à partir des Ordonnances de 1945 afin d'étendre le champ des régimes obligatoires à l'ensemble de la population.

Le financement de l'Assurance maladie repose aujourd'hui essentiellement sur les **cotisations sociales proportionnelles au revenu d'activité** et **sur la CSG** (Contribution Sociale Généralisée) assise sur une assiette très large, composée des revenus d'activité et de remplacement, ainsi que des revenus du patrimoine et de placement ou des gains des jeux.

- Ainsi, un salarié percevant un revenu brut de 1 300 € par mois contribue chaque année pour près de 2 891 € par an au financement de la Sécurité sociale. Un cadre qui percevrait un revenu de 3 000 € par mois contribuerait, quant à lui, pour un montant de 6 673 € par an. Ces chiffres incluent les cotisations patronales qui font partie de la contribution des salariés puisque leur poids est pris en compte par l'employeur dans la détermination des salaires.

Pour les personnes retraitées imposables, le taux de cotisation est inférieur (et nul pour celles qui ne sont pas imposables). Une pension brute de 1 000 € par mois génère une contribution au financement de l'Assurance maladie de 480 € par an.

Contribution mensuelle à l'Assurance maladie en fonction du revenu ou de la pension (en euros)

Revenu d'activité

	Salaire brut mensuel		
	1 300	3 000	5 000
CSG (fraction Assurance maladie)	65	150	250
Cotisation salariale à l'Assurance maladie	10	22	37
Cotisation patronale à l'Assurance maladie	166	384	640
Contribution totale à l'Assurance maladie	241	556	927

Pension de retraité (retraité imposable)

	Pension brute mensuelle		
	1 000	2 000	3 000
CSG (fraction Assurance maladie)	39	79	118
Contribution totale à l'Assurance maladie	39	79	118

... et un égal accès au système de soins indépendant du revenu

L'Assurance maladie garantit à tous les assurés, ainsi qu'à leurs ayants droits, la prise en charge de leurs frais de soins, quel que soit le revenu et donc leur contribution à l'Assurance maladie. La Couverture Maladie Universelle a complété cet accès universel à une assurance maladie de base en permettant à quelques dizaines de milliers de personnes qui ne relevaient d'aucun régime d'être prises en charge par le Régime général.

La prise en charge des frais de soins constitue les prestations en nature. Le taux de remboursement moyen est assez élevé et n'a que peu varié dans les dix dernières années.

Taux moyens de remboursement observés

	1990	2001
Soins de ville	78,9 %	78,0 %
- honoraires médicaux	82,9 %	79,8 %
- auxiliaires médicaux	84,7 %	84,4 %
- pharmacie	72,6 %	74,0 %
Établissements	97,5 %	97,7 %
Total des prestations en nature	89,0 %	88,3 %

Source : rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2003.

Les prestations en espèces sont, quant à elles, proportionnelles au revenu, car elles sont destinées à compenser la perte d'un revenu (indemnités journalières, pension d'invalidité). Toutefois, leur part dans les dépenses d'Assurance maladie reste faible (inférieure à 5%).

En moyenne, chaque Français perçoit environ chaque année 2 000 €/an de prestations d'Assurance maladie.

Points clés

- le patient bénéficie d'un libre accès aux soins
- les médecins libéraux et auxiliaires médicaux peuvent s'installer où ils le souhaitent

Un système sans contraintes

Le système français est celui qui, au monde, offre le plus de liberté. Diverses études d'opinion relatent le fort attachement des Français à disposer d'un système qu'ils qualifient d'excellent, presque d'exceptionnel.

La médecine libérale française repose traditionnellement sur cinq principes :

- le libre choix du médecin par le malade,
- la liberté de prescription du médecin,
- le secret médical,
- le paiement direct des honoraires, et
- la liberté d'installation du médecin.

Ces principes sont inscrits dans la loi. Même si les évolutions techniques et sociales ont pu réduire la portée de certains d'entre eux (par exemple, le paiement direct des honoraires), ils influent encore grandement sur l'organisation de notre système, ainsi que sur les comportements des professionnels comme sur ceux des malades.

L'accès direct aux soins par les patients

Sans un intermédiaire quelconque et sans à avoir à justifier leur choix, les patients peuvent recourir aux prestations de soins :

- des médecins généralistes ou spécialistes,
- des auxiliaires médicaux,
- des services de consultations externes des hôpitaux et des services d'urgence.

Cette liberté n'est pas sans inconvénient sur le plan sanitaire. Un patient peut multiplier les investigations, dont certaines ne sont pas sans danger, ou interrompre un traitement pour en commencer un autre...

C'est l'objet **des réseaux de santé**, en encadrant le libre accès aux soins, de rassembler en un point unique l'information relative à un malade, de lui offrir une offre de soins coordonnée et ainsi d'améliorer le suivi médical. C'est aussi, dans une moindre mesure, l'intérêt de la création d'**un dossier médical** partagé. Malheureusement, ces réalisations restent encore trop peu nombreuses.

Les professionnels de santé libéraux ont le libre choix de leur installation, sans restriction

Les médecins libéraux, comme les auxiliaires médicaux, peuvent s'installer où ils le souhaitent, ce qui ne correspond pas toujours aux besoins de santé de la population.

Seule l'installation d'officines pharmaceutiques est réglementée par une autorisation préfectorale préalable, qui repose sur des critères démographiques.

Conjugée à une politique de *numerus clausus* à l'entrée de l'université ou des écoles, **cette liberté commence à créer des déséquilibres dommageables**. D'une part, des manques de professionnels apparaissent dans des zones où l'exercice médical et/ou la vie courante sont difficiles : campagnes dépeuplées, banlieues difficiles... D'autre part, **des excédents d'offres conduisent à la multiplication d'actes inutiles**. Les statistiques montrent en effet une croissance des actes assez étroitement corrélée à la présence de professionnels, une fois corrigés les effets liés à la structure de la population des patients (une population plus âgée consomme plus de soins, toutes choses égales par ailleurs).

Points clés

- 12 % des dépenses de santé prises en charge par les complémentaires
- 92 % de la population couverte par une complémentaire santé
- 8,6 milliards d'€ de prestations versées au titre de la branche maladie par les mutuelles

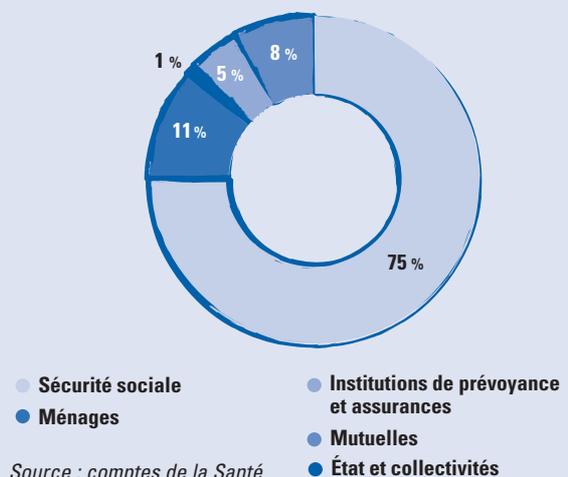
Une large couverture complémentaire

Une protection sociale complémentaire multiforme

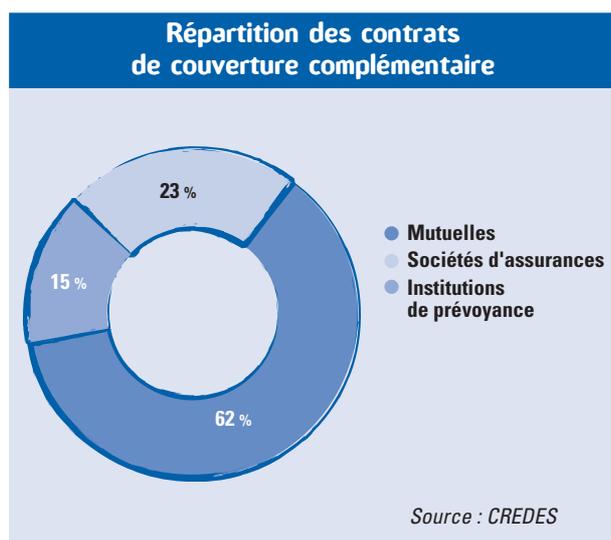
- Le prix d'une prestation de soins se décompose en deux parties :
 - **le tarif de responsabilité** ; il est fixé par convention entre les caisses d'Assurance maladie et les professionnels de santé pour les consultations, et par voie réglementaire pour les médicaments ; il sert de base au calcul du remboursement effectué par le régime de base et au calcul de l'éventuel ticket modérateur. Le ticket modérateur sera soit pris en charge par le régime de base, soit remboursé par un organisme complémentaire ou encore laissé à la charge du patient ;
 - **les dépassements**, autorisés sous certaines conditions, notamment pour des actes médicaux spécifiques, sont également à la charge de l'assuré ou remboursés par certaines couvertures complémentaires.

Les prestations non remboursées sont financées par les ménages principalement. L'automédication en est un exemple.

Financement des dépenses de santé en 2002



- Ainsi, la prise en charge des dépenses s'organise autour de **quatre acteurs principaux** :
 - les régimes d'Assurance maladie obligatoires qui financent un peu plus des trois-quarts des dépenses de santé ;
 - l'État et les collectivités locales (essentiellement des dépenses de prévention, la CMU et l'aide médicale d'État) ;
 - les organismes d'assurance complémentaire ;
 - les ménages.



Sur les dix dernières années, la structure de financement est relativement stable. Seule la part des ménages a diminué significativement (-1,5 point) avec, en contrepartie, une augmentation de la part des organismes complémentaires. Cette évolution est le signe d'une amélioration de la couverture complémentaire de la population.

Cette couverture complémentaire est assurée par trois catégories :

- les mutuelles (environ 1 300⁽¹⁾), sociétés de personnes⁽²⁾ régies par le Code de la mutualité et à but non lucratif ;
- les institutions de prévoyance (51), régies par le Code de la Sécurité sociale, gérant principalement des contrats collectifs dans le cadre d'accords entre employeurs et salariés ; ce sont des organismes à gestion paritaire ;
- les sociétés d'assurance (118), régies par le Code des assurances, à but lucratif.

La couverture des Français par les assurances maladie complémentaires n'a cessé de progresser

D'une façon plus générale, l'évolution du nombre de personnes couvertes par une complémentaire maladie (hors Couverture Maladie Universelle complémentaire) entre 1960 et 2000 est significative :

Le mouvement de généralisation de la couverture complémentaire s'est renforcé en 2000, avec la mise en place de la CMU complémentaire, même si une majorité des bénéficiaires de la CMU bénéficiait auparavant de l'aide médicale gratuite.

Année	Proportion de personnes couvertes par une complémentaire hors bénéficiaires de l'aide médicale gratuite et de la CMU* (en % de la population générale)
1960 ^(*)	31 %
1970 ^(*)	49 %
1980 ^(**)	69 %
1990 ^(**)	83 %
1995 ^(**)	83 %
2000 ^(**)	86 %

Globalement, en 2002, en France métropolitaine, 92 % de la population bénéficient d'une couverture complémentaire quelle que soit sa nature (CMU ou assurance complémentaire).

(*) Données 2002, rapport J-F. Chadelat.

(**) Les décisions sont prises dans des assemblées où chaque adhérent dispose d'une voix.

(1) Source enquête santé et soins médicaux (INSEE, CREDES, INSERM)

(2) Source enquête santé protection sociale (CREDES)

Champ : France métropolitaine.



Un système de santé ambitieux

Des progrès médicaux toujours croissants

[25](#)

**Un secteur de la santé dynamique,
créateur d'emplois et exportateur**

[29](#)

Points clés

- 20 ans de progrès constants dans de nombreuses spécialités
- l'introduction des innovations doit être maîtrisée et appréciée avec précaution

Des progrès médicaux toujours croissants

De grandes avancées ont eu lieu dans le domaine médical ces vingt dernières années

De nombreuses spécialités médicales ont connu une véritable révolution, comme la cancérologie, la cardiologie, la chirurgie, l'ophtalmologie, la gynécologie obstétrique...

Ces progrès touchent aussi bien :

- **les moyens de dépistage et de diagnostic** grâce à l'amélioration des techniques d'imagerie (tomodensitométrie, *scanner*, *IRM*, *pet-scan*) et des examens biologiques (biologie moléculaire, immuno-hématologie...);
- **les moyens thérapeutiques** par l'introduction de nouveaux médicaments (les antirétroviraux, les immunosuppresseurs, les antalgiques... ; le traitement médicamenteux des ulcères de l'estomac est un exemple de nouveauté thérapeutique) ;
- **les dispositifs médicaux** (défibrillateurs cardiaques, neurostimulateurs pour le traitement de la maladie de Parkinson ou de l'incontinence rebelle, les pompes externes pour le traitement de la douleur...) ;
- **les techniques chirurgicales** (laser, ultrason, chirurgie sous endoscopie, chirurgie de la cataracte...) ;
- **les greffes d'organe.**

Bien que toute découverte ne soit pas synonyme de progrès, on peut penser que **de nouvelles avancées** seront effectuées dans les années à venir dans des domaines divers, tels que :

- de nouveaux traitements destinés à des pathologies connues (médicaments pour la maladie d'Alzheimer, stimulateurs de marche pour les paraplégiques, thérapie génique pour le traitement des cancers) ou à des maladies émergentes ;
- l'organisation des soins (télé-santé permettant la prise en charge des patients à distance, dossier médical partagé nécessaire à la coordination des soins).

Le progrès technique a des conséquences variables sur l'évolution des dépenses de santé

L'innovation est chère à court terme, tant que l'amortissement de la recherche n'est pas réalisé et qu'elle ne s'est pas substituée aux thérapeutiques habituelles. On le voit, par exemple, avec la coexistence des différentes techniques d'imagerie médicale.

Pour expliquer, à plus long terme, l'impact du progrès technique contemporain dans les dépenses de santé, Lewis Thomas a développé le schéma suivant, lequel se décompose en trois phases :

- la maladie, peu connue et mal comprise, est peu coûteuse,
- des technologies intermédiaires permettent de traiter la maladie au prix de dépenses élevées,
- l'innovation permet de réduire fortement le coût des traitements.

Selon ce système d'interprétation, on serait aujourd'hui en France depuis quelques décennies dans le passage de la première à la deuxième phase pour de nombreuses maladies.

L'introduction des nouvelles technologies dans le champ de la santé doit être maîtrisée

Toute innovation dans le domaine de la santé, comme dans d'autres domaines, n'est ni forcément efficace ni même utile. L'organisation du système de santé, le fonctionnement de l'Assurance maladie et son financement donnent en France **un rôle essentiel à l'État** : celui-ci décide de l'introduction de nouvelles techniques ou technologies pour de nombreux traitements, et peut favoriser ou défavoriser leur diffusion. Du fait de l'importance des coûts engendrés et des conséquences potentielles sur la santé de la population, ces décisions ne peuvent se prendre qu'avec de grandes précautions.

L'introduction rationnelle des innovations nécessite **une appréciation** :

- **du bénéfice attendu pour la santé** des individus au regard, notamment, des **risques éventuels** de l'emploi de certaines techniques (risques thérapeutiques de nouvelles classes de médicaments plus actifs),
- **de l'intérêt médico-économique** de l'introduction de cette technologie au regard **des besoins en santé publique** et des autres techniques existantes.

Les études préalables aux décisions d'introduire en France une technique ou un produit, et de les faire prendre en charge par les régimes sociaux, doivent être prolongées par un suivi ainsi qu'une mesure de leur apport médical et de leur coût, ceci afin de permettre la révision de décisions qui auraient pu être mal éclairées.

Il faut par ailleurs **encourager la substitution** des nouvelles techniques aux anciennes, ce qui nécessite une définition ainsi qu'un respect de critères précis et vérifiables de recours pour chacune d'entre elles.

Enfin, on ne peut introduire une innovation sans provoquer le **débat éthique** nécessaire à l'exercice de choix qui dépassent le champ sanitaire : les progrès déjà effectués, et à venir, dans le domaine de la reproduction (diagnostic *ante natal*, fécondation *in vitro*, recherche sur les techniques de clonage...) en sont un exemple marquant.

Le progrès technique n'est toutefois que l'une des causes de l'amélioration de la santé de la population

Le progrès technique est souhaité par une société désireuse de vivre plus longtemps et en meilleure santé. La performance des techniques de soin n'assurera pas toutefois à elle seule l'amélioration de la santé, notion qui inclut aussi la qualité de vie. **L'hygiène de vie contribue plus sûrement à l'amélioration de l'état de santé de la population que le progrès médical.**

Ainsi, l'augmentation de la durée de vie depuis un siècle est d'abord le résultat de l'amélioration des conditions de vie (alimentation, hygiène, ...). Par exemple, la diminution de moitié de la mortalité infantile - avant 1 an - constatée en France au cours de ces quinze dernières années est avant tout la conséquence d'une modification des comportements plutôt que celle de la découverte d'une nouvelle technique médicale. *A contrario*, la forte mortalité anticipée - avant 65 ans - masculine dans notre pays est la conséquence de comportements à risque (accidents routiers, tabagisme, consommation d'alcool, ...).

Ce constat doit se traduire par une priorité accrue accordée à l'éducation sanitaire et à la prévention.

Points clés

- environ 6 % de la valeur ajoutée totale
- environ 7 % des emplois en France occupés par les professionnels de santé

Un secteur de la santé dynamique, créateur d'emplois et exportateur

Le secteur de la santé est un secteur essentiel et assez dynamique de l'économie française : il génère une forte valeur ajoutée en croissance. Il est aussi créateur d'emplois et se caractérise par de nombreuses innovations technologiques.

Toutefois, le poids réel de la santé ne se limite pas à ces seuls indicateurs. En effet, il faut tenir compte de l'activité induite en amont dans toutes les autres branches de l'économie par le biais des consommations intermédiaires ou des investissements réalisés par les acteurs du domaine de la santé.

Le poids de la santé dans le PIB

Le secteur de la santé contribue à hauteur de 6 % à la production de richesses de notre pays. En ce sens, il apparaît quasiment aussi important que le secteur « transports et télécommunications ». Il représente plus du double de la branche « agriculture, sylviculture et pêche », et sa valeur ajoutée est supérieure de près de 50 % à celle de la branche « énergie ».

Valeur ajoutée brute au prix de base en milliards d'€ (données arrondies)

	1992	1995	1998	1999	2000	2001	Taux annuel moyen de croissance
Hôpitaux publics et autres ⁽¹⁾	27	32	36	37	38	40	4,6 %
Cliniques privées, professions libérales et autres ⁽²⁾	25	29	31	32	32	34	3,3 %
Produits de santé	7	9	10	11	11	13	6,6 %
Total	59	70	77	79	82	86	4,3 %

Source : comptes annuels

La valeur ajoutée du secteur de la santé a augmenté de 4,3 % par an entre 1992 et 2001, soit à un rythme supérieur de 1 point à celui de la croissance de l'ensemble de l'économie (en valeur).

L'emploi dans le secteur sanitaire

Près de 1 salarié sur 8 travaille au sein du secteur sanitaire et social, devenu l'un des principaux employeurs en France. Au total, la sphère sanitaire et sociale employait en 2001 environ 2 800 000 personnes⁽³⁾. Les professions de santé représentent à elles seules un peu plus de 7 % du total des emplois de notre pays⁽⁴⁾.

La place de l'ensemble du secteur sanitaire dans l'emploi total s'est stabilisée depuis 5 ans, après avoir sensiblement progressé au début des années 90.

Effectifs dans les professions de santé (données arrondies)

	Professions de santé	Emploi total par secteur
Secteur sanitaire et social :	1 514 633	2 783 424
Industrie et commerce de biens médicaux et pharmaceutiques	130 237	306 869
Secteur sanitaire (hors vétérinaires)	1 091 650	1 422 032
Secteur social	290 191	1 045 850
Services aux particuliers : thermalisme et thalassothérapie	2 555	8 673
Vétérinaires	13 961	
Autres secteurs :		
Industrie et commerces divers	26 405	
Services divers	135 167	
Total	1 690 166	

Source : INSEE, enquête emploi, mars 2001

(1) Branche « santé non marchande » au sens de la nomenclature INSEE.

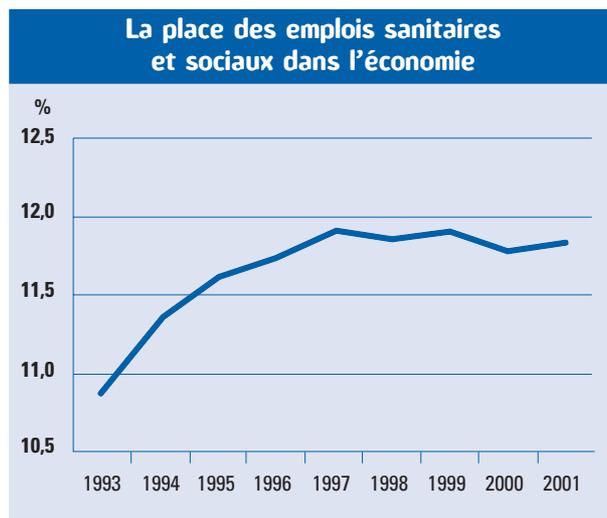
(2) Branche « santé marchande » au sens de la nomenclature INSEE.

(3) La sphère sanitaire et sociale comprend ici les secteurs de fabrication ou de commercialisation de produits et d'équipements sanitaires (NAF 244A à 244D, 331A et 331B, 514N, 523A et 523C), les services de santé (hôpital, pratique médicale ou paramédicale, etc., c'est-à-dire les secteurs de la NAF 85A) et l'action sociale (85B). On compte également les activités thermales (NAF 930K et 930L).

(4) Les effectifs des professionnels de santé et l'emploi dans le secteur sanitaire ne se confondent pas. En effet, le secteur sanitaire compte d'autres emplois que les seules professions de santé et, *a contrario*, les professionnels de santé travaillent dans d'autres secteurs que le secteur sanitaire (notamment le social).

Le secteur sanitaire et social a créé environ 500 000 emplois sur les dix dernières années. Ainsi, en 10 ans, le nombre d'actifs dans le secteur sanitaire et social a augmenté, en moyenne, de presque 2 % par an, soit deux à trois fois plus rapidement que l'emploi total en France. Cela représente notamment :

- une augmentation de 180 000 personnels médicaux et paramédicaux entre 1990 et 2002 ;
- 57 000 personnels non médicaux de plus dans les établissements hospitaliers publics et privés entre 1990 et 1999.



Source : INSEE, enquête emploi



Un bilan contrasté

Une vie plus longue et en meilleure santé	<u>35</u>
Des inégalités d'accès aux soins persistantes	<u>39</u>
Une qualité du système de santé encore perfectible	<u>45</u>

Points clés

- la mortalité infantile a diminué de moitié en 7 ans
- l'espérance de vie à 65 ans parmi les premières d'Europe
- la mortalité avant 65 ans parmi les plus élevées d'Europe

Une vie plus longue et en meilleure santé

Des indicateurs de santé parmi les meilleurs au monde

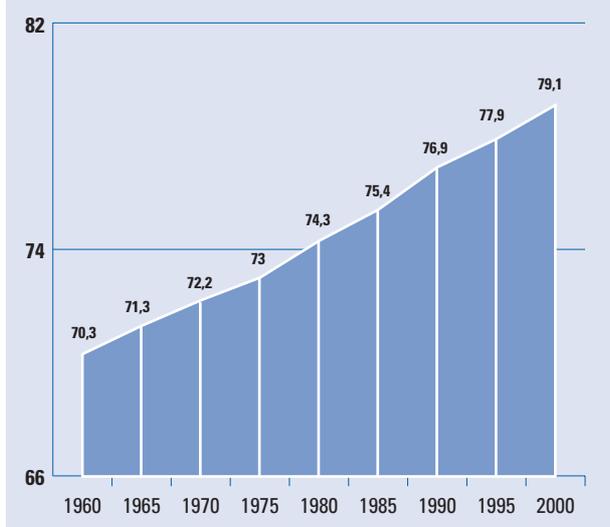
La France consacre à la santé 9,5 % de sa richesse nationale, ce qui la place au 4^e rang mondial.

Du fait des efforts consentis pour le système de soins mais aussi pour l'amélioration des conditions de vie et d'alimentation, la France se distingue par la qualité de ses indicateurs de santé.

On peut citer :

- *une espérance de vie à la naissance* de 79 ans (3^e rang en Europe), et une espérance de vie élevée après 65 ans (16 années pour les hommes et 20 années pour les femmes) ;
- *une mortalité infantile* qui a diminué de moitié en sept ans, et qui se situe désormais à un taux très bas (cinq décès avant l'âge de 1 an pour 1 000 naissances) ;
- *un taux de mortalité cardio-vasculaire* relativement bas et le moins élevé de l'Union européenne, du fait d'efforts de prévention des facteurs de risques et des progrès thérapeutiques, médicaux et chirurgicaux ;
- *un taux global de survie à cinq ans après un cancer du sein* de 82,2 % (99,8 % en cas de diagnostic précoce).

Évolution de l'espérance de vie à la naissance de la population française entre 1960 et 2000



Les taux déjà très bas de mortalité infantile ne devraient plus se réduire énormément à l'avenir. C'est pourquoi l'espérance de vie progresse surtout grâce à l'allongement de la vie à des âges très élevés. On peut d'ailleurs noter une nette progression des années de vie sans incapacité. Les années de vie gagnées sont ainsi des années de vie en bonne santé.

Variations à 65 ans de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité entre 1981 et 1991

	1981	1991	Évolution
HOMMES			
■ Espérance de vie totale	14,1	15,7	1,6
<i>dont avec incapacité sévère</i>	1,0	0,9	-0,1
■ Espérance de vie sans incapacité sévère	13,1	14,8	1,7
<i>dont avec incapacité modérée</i>	4,3	4,7	0,4
■ Espérance de vie sans incapacité	8,8	10,1	1,3
FEMMES			
■ Espérance de vie totale	18,3	20,1	1,8
<i>dont avec incapacité sévère</i>	1,8	2,0	0,2
■ Espérance de vie sans incapacité sévère	16,5	18,1	1,6
<i>dont avec incapacité modérée</i>	6,7	6,0	-0,7
■ Espérance de vie sans incapacité	9,8	12,1	2,3

Calculs : INSERM, Laboratoire d'épidémiologie et d'économie de la Santé de Montpellier/ Champ : France métropolitaine

Sources : situations démographiques, recensements de la population et enquêtes sur la santé, INSEE première n°281, 1993

Des améliorations notables⁽¹⁾ ...

Même si les gains d'espérance de vie concernent aujourd'hui surtout les âges les plus élevés, l'état de santé s'est amélioré à tous les âges au cours du dernier quart de siècle.

Les moins de 15 ans

La mortalité infantile (avant 1 an), divisée par deux entre 1970 et 1990 grâce à l'amélioration importante de la prise en charge des femmes enceintes et des nourrissons, a de nouveau diminué presque de moitié entre 1990 et 1997 avec la mise en place de la politique de prévention de la mort subite du nourrisson. Aujourd'hui, **la mortalité infantile en France est l'une des moins élevées du monde**, autour de 5 pour 1 000 naissances.

(1) D'après le rapport du Haut Comité de la Santé publique/2002.

Les accidents sont à l'origine de près de 40 % des décès des moins de 15 ans et représentent le risque à court terme le plus important pour la santé des enfants en France, plus que dans de nombreux autres pays européens. Des efforts supplémentaires de prévention restent donc nécessaires.

Les 15-44 ans

Cette classe d'âge regroupe 42 % de la population. Ces années entre 15 et 44 ans constituent pour la majeure partie de la population une période de bonne santé.

Les morts violentes (accidents de la circulation et suicides principalement) pèsent donc d'un poids particulièrement lourd dans cette classe d'âge, provoquant 1 décès sur 2 chez les hommes et 1 décès sur 3 chez les femmes.

Les 45-74 ans

60 % des cancers surviennent dans cette classe d'âge. Le cancer du poumon est le plus préoccupant en raison de sa fréquence et de sa gravité qui en font la première cause de décès chez les hommes. Son augmentation considérable chez les femmes, ce qui se traduit par une croissance de 25 % de la mortalité féminine liée à cette cause entre 1990 et 1997, accroît cette préoccupation.

Les maladies cardiovasculaires constituent le motif de recours le plus fréquent aux soins de ville (30 % des séances) comme aux soins hospitaliers (13 %). Toutefois, **la diminution de la mortalité qui leur est imputable s'est poursuivie au cours des dernières années** (-15 % entre 1990 et 1997 pour cette classe d'âge).

Les 75 ans et plus

La démence domine toute la pathologie mentale des personnes âgées par sa fréquence et sa gravité. On estime actuellement à 660 000 le nombre de personnes démentes en France dont environ 430 000 personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Si la prévalence de la démence ne diminue pas, ces dépenses pourraient atteindre respectivement 800 000 et 550 000 en 2010.

... mais des situations sanitaires paradoxales

Face à ces bons résultats et aux moyens importants dévolus à la santé, certaines situations apparaissent paradoxales et même inacceptables : la France est ainsi, avec le Portugal, le pays où la mortalité avant 65 ans est la plus importante.

Cette mortalité avant 65 ans, qualifiée de « prématurée », est largement due à des causes évitables qui rendent nécessaires des interventions **en amont du système de soins** : consommations excessives de tabac et d'alcool, accidents de la circulation, suicides... Sur les 110 000 décès annuels avant 65 ans, près de 40 000 sont dus à ces causes évitables.

La France se caractérise par une prévention souvent insuffisante : la couverture vaccinale n'est pas toujours satisfaisante, notamment aux âges adultes ; seuls 40 % des enfants de douze ans n'ont pas de carie dentaire.

Le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) est également élevé, témoignant d'**une pratique insuffisante de la contraception**. Le taux d'IVG s'est stabilisé mais demeure important : environ 220 000 IVG pour 730 000 naissances.

La consommation de drogues licites et illicites est à un niveau parmi les plus élevés en Europe.

Enfin, la France est aussi l'un des pays d'Europe où la consommation d'antibiotiques est particulièrement importante, avec une **résistance des bactéries aux antibiotiques** parmi les plus répandues. La résistance du pneumocoque à la pénicilline G est passée de 0,5 % à 45 % entre 1984 et 2001.

Points clés

- près de 3,3 médecins pour 1 000 habitants en France
- 1 spécialiste pour 1 000 habitants en Picardie, 1,8 en Alsace et 2,3 en Île-de-France

Des inégalités d'accès aux soins persistantes

Malgré un nombre jamais égalé de médecins en France, on constate des disparités de couverture médicale et d'accès aux soins. Aucune étude ne permet d'évaluer dans quelle mesure elles auraient un impact sur l'état de santé de certaines populations.

Le haut niveau d'accès global que garantit notre système d'Assurance maladie permet d'imputer à des facteurs culturels (alimentation, consommation d'alcool, mode de vie), sociaux ou environnementaux (contextes miniers et sidérurgiques, par exemple) les différences parfois observées. Des dispositifs sont mis en place afin d'aider les plus démunis.

De fortes disparités de couverture médicale et d'accès aux soins existent

- La France métropolitaine comptait 196 000 médecins au 1^{er} janvier 2001, soit **330 médecins pour 100 000 habitants**.

France : densité de médecins en 2001 pour 100 000 habitants

	Salariés	Libéraux	Ensemble
Médecins omnipraticiens	49	114	163
Médecins spécialistes	83	86	169

Source : DREES

International : densité de médecins en 2000 pour 1 000 habitants (données arrondies)

Belgique	4
Italie	4
France	3,5
Allemagne	3,5
Espagne	3,5
Suisse	3,5
Canada	2
Japon	2
Royaume-Uni	2

Source : DREES

Sa situation au regard des autres pays européens peut être qualifiée d'intermédiaire entre des extrêmes :

- l'Italie (570 médecins pour 100 000 habitants en 1997, mais seulement 410 en 2000), et
- le Royaume-Uni (200 médecins pour 100 000 habitants en 1997 avec les problèmes de pénurie que l'on connaît).

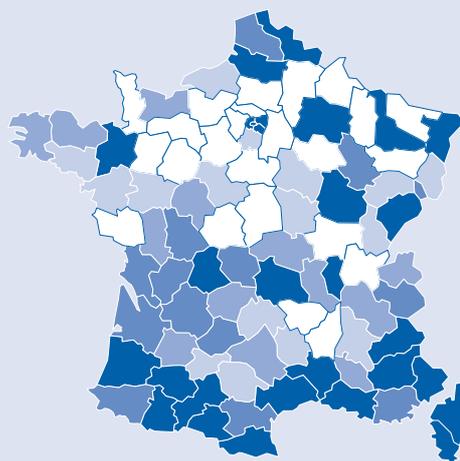
- En France métropolitaine, **l'offre médicale connaît des disparités territoriales**. Les variations de densité médicale sont relativement importantes et tout particulièrement pour les spécialistes.

Une frontière sépare de façon évidente les régions du nord du pays des régions du sud :

- le Centre, la Picardie, la Champagne-Ardenne, la Haute-Normandie et la Basse-Normandie présentent les densités les plus faibles ;
- l'Île-de-France, d'une part, et les régions méridionales, d'autre part, c'est-à-dire Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur affichent des densités supérieures à la moyenne nationale.

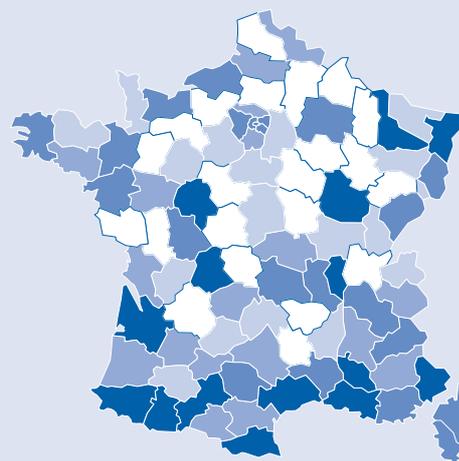
Densité de médecins en 1999 pour 100 000 habitants par département

Omnipraticiens



■	166 à 320 (21)
■	155 à 166 (20)
■	146 à 155 (15)
■	138 à 146 (16)
■	107 à 138 (24)

Spécialistes



■	172 à 512 (17)
■	146 à 172 (20)
■	121 à 146 (19)
■	101 à 121 (18)
■	68 à 101 (22)

Source : CNAMTS

La répartition des professionnels de santé sur le territoire (données arrondies 2000)

	Hôpitaux/Ensemble lits toutes disciplines /1 000 hab. Lits	Médecins salariés et libéraux généralistes Densité /100 000 hab.	Médecins salariés et libéraux spécialistes Densité /100 000 hab.
Alsace	11	160	180
Aquitaine	10	162	181
Auvergne	11	155	132
Basse-Normandie	11	135	129
Bourgogne	12	144	129
Bretagne	12	149	148
Centre	11	130	131
Champagne-Ardenne	12	143	120
Corse	10	176	158
Franche-Comté	10	148	136
Haute-Normandie	9	131	131
Île-de-France	8	190	234
Languedoc-Roussillon	10	178	183
Limousin	14	171	153
Lorraine	10	146	148
Midi-Pyrénées	11	172	186
Nord-Pas de Calais	8	157	122
Pays de Loire	10	139	125
Picardie	10	133	107
Poitou-Charente	9	154	128
Provence-Alpes-Côte d'Azur	9	188	220
Rhône-Alpes	10	154	167
France métropolitaine	10	161	169

Source : base Éco-Santé Régions 2000

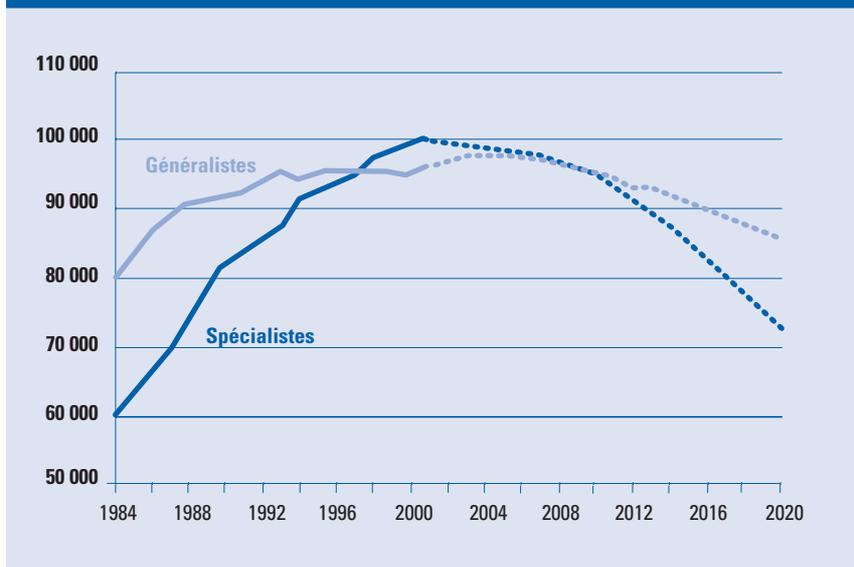
En 2010, la France devrait compter 10 000 médecins de moins

- Entre 1984 et 2001, le nombre total de médecins a augmenté de 40 % (source : DREES) alors que, dans le même temps, la population n'augmentait que de 7 % ; ainsi, **la densité de médecins croissait de 24 %**.
- Sous l'effet conjugué de la **diminution progressive du *numerus clausus* et des départs en retraite**, les années 2000 devraient être marquées dans un premier temps par une stabilité du nombre de médecins, puis par une diminution rapide notamment pour les spécialistes.

D'après les projections de la DREES, **la France métropolitaine devrait compter en 2010, 10 000 médecins de moins qu'en 2001.**

À l'horizon de l'année 2020, leur nombre devrait atteindre celui de la fin des années 80.

Évolution et projection du nombre de médecins de 1984 à 2020 (libéraux + salariés)



Hypothèses de projections : *numerus clausus* à 4 700 et 1 843 postes d'internes
Source : DREES

Certains renoncements aux soins

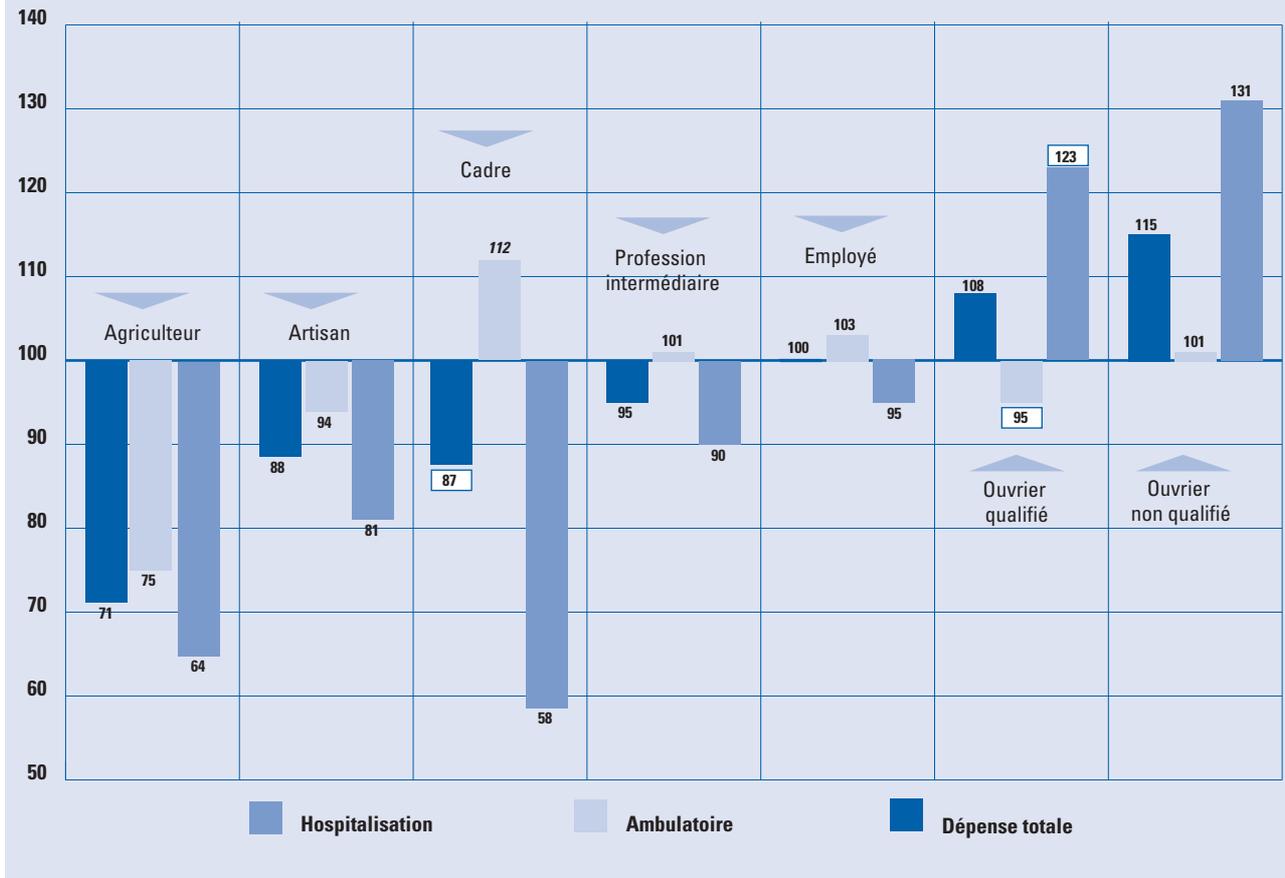
Environ 15 % de la population renonce à certains soins chaque année pour des raisons financières. Ce renoncement aux soins concerne surtout des soins dentaires.

C'est pourquoi, des dispositifs spécifiques ont été récemment instaurés ou renforcés pour pallier les inégalités financières :

- **la Couverture Maladie Universelle** pour les personnes en difficulté (2 % de la population) ;
- **la protection complémentaire gratuite et sans avance de frais (CMUC)** pour les personnes à revenus modestes (8 % de la population) ;
- **un dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé** pour les personnes ayant des revenus supérieurs au plafond CMUC ;
- **des centres de soins gratuits municipaux**, une permanence d'accès aux soins de santé hospitalière, etc.

Toutefois, il subsiste des différences d'accès aux soins qui proviennent de comportements socioculturels, de l'état de santé et aussi de l'existence ou non d'une participation de l'assuré. Ainsi, les cadres s'adressent plus fréquemment à des spécialistes, alors que les ouvriers recourent plus à l'hôpital.

**Indice de dépenses de santé, à structures d'âge et de sexe identiques
selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence**



Lecture du graphique :

Indice 100 - dépense moyenne de l'ensemble de l'échantillon (Epas Sps 1992-1995-1997)

Les indices en italiques sont significativement différents de 100 avec 95 % de confiance.

Les indices encadrés sont significativement différents de 100 avec 90 % de confiance.

Source : EPAS-SPS 1992-95-97

Champ : individus affiliés à la CNAMTS

Points clés

- renforcement des droits des malades par la loi du 4 mars 2002
- 6 à 10 % des séjours hospitaliers génèrent une infection nosocomiale
- près de 130 000 hospitalisations par an pour des affections liées à la prescription médicamenteuse (iatrogènes)

Une qualité du système de santé encore perfectible

L'OMS définit la qualité des soins par : « Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique⁽¹⁾ et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. »

Accessibilité et continuité des soins

- La démarche du patient, pour l'accès aux soins, **n'est pas toujours rationnelle**. Il ne s'adresse pas forcément à la structure appropriée. L'exemple du recours au service des urgences est très représentatif.

(1) Ensemble des affections liées à la prescription médicale dans un but thérapeutique ou diagnostique.

	1997	1998	1999	2000	2001
Nombre de passages	11 243 432	11 918 771	13 180 575	12 893 155	13 393 878
Nombre d'établissements	575	580	597	676	690
% évolution annuelle		6,01 %	10,59 %	-2,18 %	3,88 %

Les urgences sont très sollicitées et, parfois, hors de leur mission : en 2001, ce sont quelque 690 établissements qui assurent l'accueil et le traitement des urgences (soit une progression de près de 9 %), employant près de 22 800 personnes (soit une augmentation en Equivalent Temps Plein de près de 10 % entre 2000 et 2001).

L'évolution par type d'activité fait apparaître une distorsion entre les missions des services d'urgences et leurs activités : 25 % des passages relèvent de consultations sans actes et 6,7 % de reconvoctions après prise en charge initiale.

- L'accès au soins n'est pas facilité par le **cloisonnement** qui s'est installé entre les divers intervenants du système de santé. Il est caractéristique de l'absence d'échanges entre la médecine de ville et l'hôpital, mais également entre les différents services d'un même hôpital. En ville, les instruments prévus pour faciliter la coordination des intervenants auprès des patients ont eu des résultats limités :

- le carnet de santé est très peu utilisé ;
- le dispositif du médecin référent, conférant au généraliste un rôle central dans l'orientation des patients dans le système de soins, est peu développé.

Les réseaux de santé ont permis de mettre en place de nouvelles formes de coordination entre professionnels de santé, établissements de santé et intervenants du secteur médico-social, mais ces initiatives demeurent marginales.

Actualisation des connaissances

L'actualisation des connaissances doit permettre aux professionnels de santé de dispenser des soins de qualité. **Cela est possible s'il y a une formation médicale initiale et continue ainsi qu'une évaluation de leurs pratiques :**

- la qualité du système de santé français est reconnue. La maintenir c'est, en particulier, assurer la disponibilité des compétences à hauteur des besoins de la population.

Or, la formation médicale initiale, aujourd'hui parfois trop cloisonnée par spécialité, peut isoler des professions pourtant appelées à collaborer.

- La formation médicale continue (FMC) est une obligation pour l'ensemble des médecins en exercice, soit 120 000 médecins libéraux, 40 000 hospitaliers et 24 000 salariés non hospitaliers. Le recours à la formation reste toutefois encore partiel.

- Une démarche d'évaluation des pratiques des médecins libéraux, engagée dès 1993, a été organisée par la loi de financement pour 1999. Elle donne la possibilité aux médecins libéraux qui le souhaitent de faire évaluer leur pratique par un pair, soit de manière individuelle, soit dans le cadre de groupes collectifs. Cette démarche est appelée à évoluer.

Sécurité des pratiques médicales, des établissements de santé et des produits de santé

• Sécurité des pratiques médicales

La sécurité des pratiques médicales reste un sujet de grande préoccupation, car les défauts de qualité, sans être courants, restent relativement fréquents. Par exemple, les effets secondaires des médicaments et les interactions médicamenteuses seraient responsables d'environ 130 000 séjours hospitaliers par an.

La promotion de la qualité des pratiques se fonde sur **la définition des bonnes pratiques médicales** et sur la diffusion de recommandations médicales. Pour l'année 2002, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a, entre autres, finalisé 15 recommandations de bonnes pratiques cliniques, organisé ou labellisé 7 conférences de consensus.

Pour favoriser leur engagement commun sur des objectifs de qualité et d'efficacité des soins, les professionnels de santé et l'Assurance maladie disposent d'outils contractuels tels que les **accords de bon usage des soins**, les **contrats de santé publique** et les **contrats de pratique professionnelle**, qui permettent aux professionnels de santé notamment de s'approprier des thérapeutiques et de s'engager dans des actions de santé publique. Ces outils sont récents et méritent d'être largement développés.

• Sécurité des établissements de santé

Les risques nosocomiaux sont encore trop élevés dans les établissements de santé :

- de 6 à 10 % des personnes hospitalisées un jour donné présentent une infection nosocomiale ;
- environ 3 600 décès ont une cause iatrogène immédiate, et 7 000 à 10 000 décès sont dus à une infection nosocomiale par an.

Les établissements de santé se sont dotés d'outils d'aide à la **démarche qualité**. L'ANAES développe et met en œuvre notamment des méthodes et des outils d'amélioration de la qualité dans le domaine de la santé. L'accréditation des établissements de santé, qui vise à s'assurer de leurs efforts constants d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients, a été introduite en 1996. Au bout de 5 ans, elle n'avait été menée à son terme que pour 131 établissements sur les 3 000 concernés. Ce processus d'accréditation a donc été fortement accéléré en 2002.

• Sécurité des produits de santé

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) qui est en charge de l'AMM des médicaments (Autorisation de Mise sur le Marché) a été créée par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

La Commission de transparence évalue le Service médical rendu (SMR) par les médicaments qui conditionne leur niveau de prise en charge par l'Assurance maladie.

Cette démarche mériterait d'être étendue à d'autres aspects du panier de soins remboursé par l'Assurance maladie.

Humanisation de l'accompagnement et droits des malades

Il faut humaniser l'accompagnement thérapeutique des personnes malades. Il s'agit de rééquilibrer la relation entre le médecin et le malade, et de donner aux patients toutes les informations susceptibles de les aider à mieux s'orienter dans le système de santé.

Dans les périodes de maladie, un accompagnement social plus humain et plus solidaire permettrait de conserver le moral et de mieux affronter les traitements. Les difficultés sociales ne doivent pas s'ajouter aux difficultés physiques et à la fragilité psychologique. Tout doit donc être fait pour permettre la poursuite d'une vie professionnelle et familiale la plus normale possible.

La loi relative « aux droits des malades et à la qualité du système de santé » du 4 mars 2002 a, entre autres, **accru et unifié les droits reconnus aux personnes malades**.

Les droits à l'information et au consentement sont renforcés ; le droit à l'indemnisation est garanti par la fixation de principes généraux en matière de responsabilité médicale et la création d'une procédure de règlement amiable des accidents médicaux et des infections nosocomiales.



Des perspectives financières inquiétantes

**Une consommation de soins
en forte croissance** [51](#)

**Une consommation
préoccupante de médicaments** [55](#)

Un financement de la santé fragilisé [59](#)

L'éternel retour des déficits [61](#)

Points clés

- 2 580 € de dépenses courantes de santé en 2002 par habitant
- 2 220 € de soins et biens médicaux en 2002 par habitant
- 27 % des dépenses de soins et biens médicaux consacrés aux honoraires et 44 % au secteur hospitalier

Une consommation de soins en forte croissance

La consommation médicale actuelle marquée par une forte croissance des dépenses de médicaments

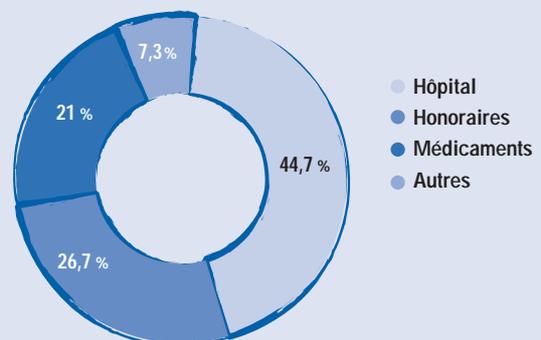
En 2002, les dépenses courantes de santé⁽¹⁾ se chiffrent à 158 milliards d'€, soit **2 580 € en moyenne par habitant, dont 2 220 € en soins et biens médicaux.**

La Consommation de soins et de biens médicaux⁽²⁾ (CSBM) était en forte croissance, soit en augmentation de 6,4 % en valeur et de 3,9 % en volume, par rapport à 2001.

L'ensemble des segments de l'offre de soins connaît une forte croissance, même si celle des soins dispensés est plus forte en ville qu'en établissement :

- le médicament est, depuis 1997, le poste qui contribue le plus à la croissance de la consommation en volume avec +6,2 % (5,1 % en valeur) ;

Répartition de la consommation en valeur de soins et de biens médicaux en 2002



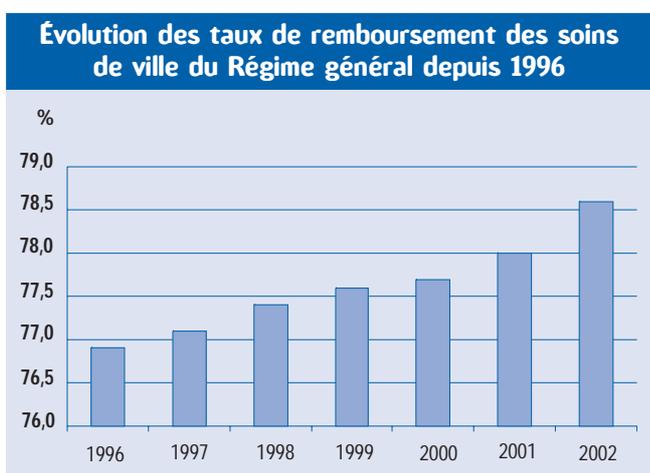
(1) Elles mesurent l'effort financier consacré au cours d'une année par l'ensemble des agents. C'est la somme des dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction « santé ».
(2) Soins hospitaliers et en sections médicalisées, soins ambulatoires (honoraires des médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, cures thermales), transports sanitaires, biens médicaux (médicaments, optique, prothèses, petits matériels et pansements).

- les honoraires médicaux et de laboratoire enregistrent une croissance de 4,2 % en volume et de 7,4 % en valeur ;
- le secteur hospitalier connaît une croissance de ses dépenses de 4,3 %.

Des dépenses en forte croissance depuis 1998

Les prestations de l'Assurance maladie augmentent de manière très dynamique depuis 1998 : le rythme annuel est supérieur à 5 % en moyenne. Une accélération apparaît même au cours de ces dernières années en raison du financement de la réduction du temps de travail à l'hôpital ainsi que des revalorisations des honoraires et des carrières salariales : en 2002, les dépenses ont augmenté de 7,2 %. Toutefois, l'année 2003 marque un ralentissement certain. La croissance devrait revenir ainsi progressivement à son rythme de moyen terme.

Cette croissance des dépenses s'explique d'abord par la croissance de la consommation de soins. Toutefois, une amélioration de la prise en charge par l'Assurance maladie s'y ajoute. Le taux moyen de remboursement des dépenses de soins de ville est ainsi passé de 76,9 % en 1996 à 78,6 % en 2002.



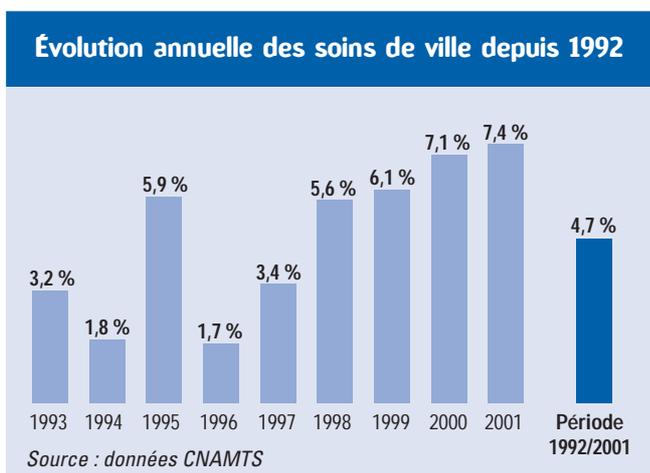
À l'hôpital, le taux de remboursement est resté quasiment stable à 97,7 %. Toutefois, on observe en fait une très légère hausse des dépenses due à l'action de deux facteurs :

- la croissance du nombre d'assurés exonérés de ticket modérateur, notamment les malades en « affections longue durée » ;
- une déformation générale de la consommation au profit des soins les mieux remboursés, liée notamment à l'augmentation des prix des médicaments et des prises en charge qui accompagne le progrès technologique.

Les soins de ville, et notamment les médicaments, contribuent de manière décisive à la croissance des dépenses de santé en volume.

La consommation des soins de ville a commencé à évoluer en 1997 à un rythme rapide.

En particulier, l'évolution de la part des médicaments, qui avait un peu diminué jusqu'en 1996, a connu un très net infléchissement à la hausse en 1997. Les médicaments occupent en 2002 la première place dans la croissance des dépenses de santé, avec une contribution relative de 40 % à la croissance globale (un pic à 62 % avait été atteint en 1997).



En 40 ans, les volumes de médicaments consommés ont été multipliés par près de 30, ce qui correspond à un écart de croissance avec la consommation de soins et de biens médicaux de +2,7 points par an. Cette croissance des volumes s'explique par la montée en puissance de produits nouveaux, souvent coûteux et bien pris en charge par l'Assurance maladie.

La croissance actuelle des dépenses de santé est la poursuite d'une tendance historique

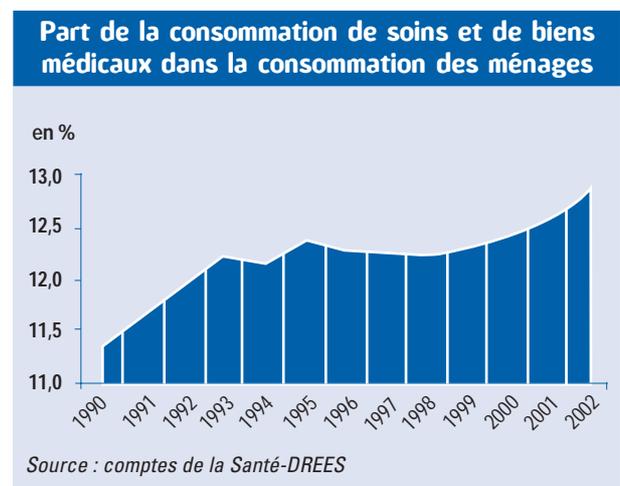
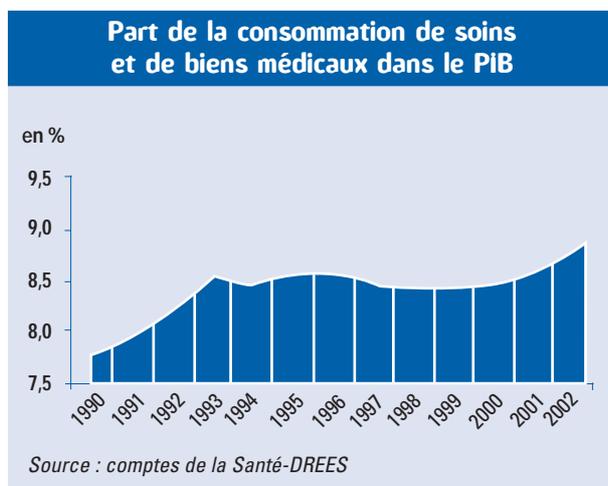
En 40 ans, la part de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a été multipliée par 2,5, passant de 3,5 à 8,8 % du PIB.

Durant cette même période, les dépenses de santé ont progressé en valeur à un rythme annuel moyen supérieur à 2,5 points à celui du PIB (soit 11,2 % contre 8,7 %).

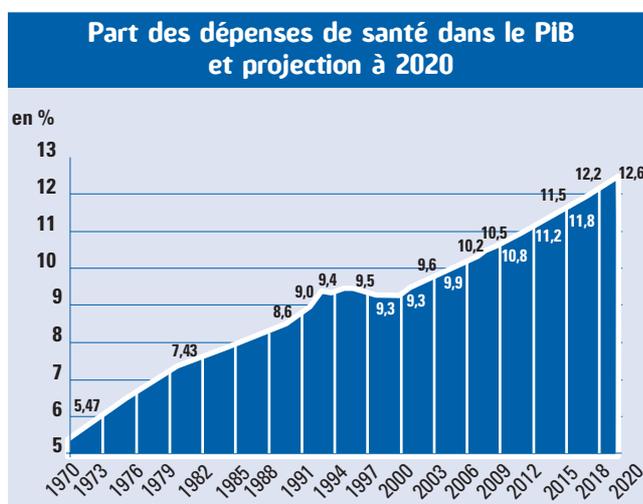
Jusqu'en 1985, l'écart de croissance en volume entre dépenses de santé et PIB a été particulièrement important. A partir de 1986, celui-ci s'est progressivement réduit suite à différentes mesures, telles que le plan « Seguin ».

Entre 1994 et 2000, la part des dépenses de santé dans le PIB s'est même globalement stabilisée sous l'effet des plans de réforme successifs de la Sécurité sociale (plans « Veil » et « Juppé »).

À la fin de cette période, malgré une croissance exceptionnelle du PIB, l'écart s'est à nouveau creusé. Depuis 2000, la part des dépenses de santé dans la richesse de notre pays a recommencé à croître à un rythme élevé.



La part des dépenses de santé dans le PIB augmentera de 3 points d'ici 2020, si la tendance actuelle se poursuit



Depuis 2000, les dépenses de santé ont retrouvé une croissance nettement supérieure au PIB. Ce n'est en fait qu'un retour à la situation d'avant 1994.

Si ce retour à la tendance historique de croissance des dépenses se confirme, la part des dépenses de santé devrait recommencer à croître fortement. Avec un écart des taux de croissance de 1,5 point, les dépenses de santé, qui représentent 9,5 % du PIB en 2001, devraient en représenter 12,6 % en 2020.

Points clés

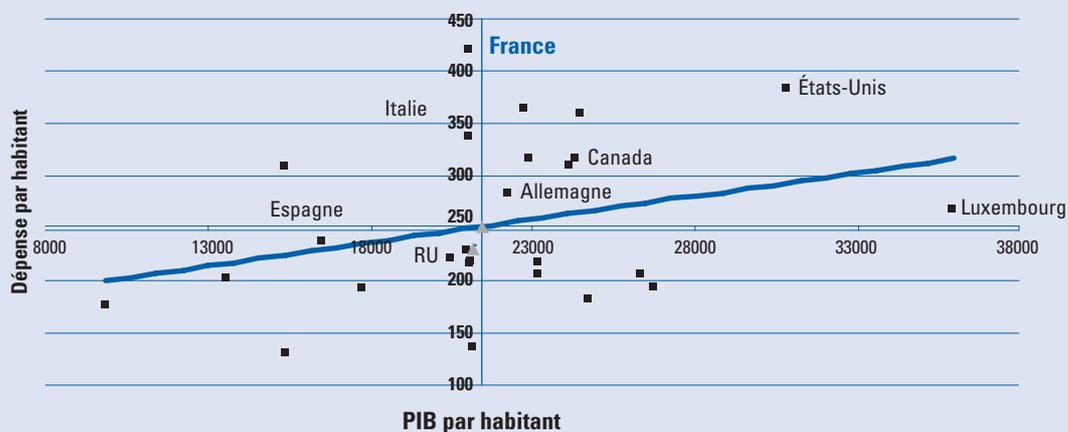
- multiplication par 30 du volume de médicaments consommés en 40 ans
- 21 % des dépenses de soins et biens médicaux consacrés aux médicaments
- une consommation d'antibiotiques 2,5 fois plus élevée que la moyenne des pays européens

Une consommation préoccupante de médicaments

Record mondial de dépenses pharmaceutiques pour la France

Dans l'ensemble des pays développés, les dépenses de médicaments constituent une part des dépenses en forte croissance. Toutefois, la France apparaît comme un cas extrême. En effet, elle détient, avec les États-Unis, le record de la dépense pharmaceutique en valeur par habitant. La dépense moyenne par habitant en France atteint près de 1,5 fois celle de l'Allemagne ou de l'Espagne.

Dépenses totales pharmaceutiques en fonction du PIB par habitant
(US\$ en parité de pouvoir d'achat en 1997)



Ce niveau élevé de consommation est dû à :

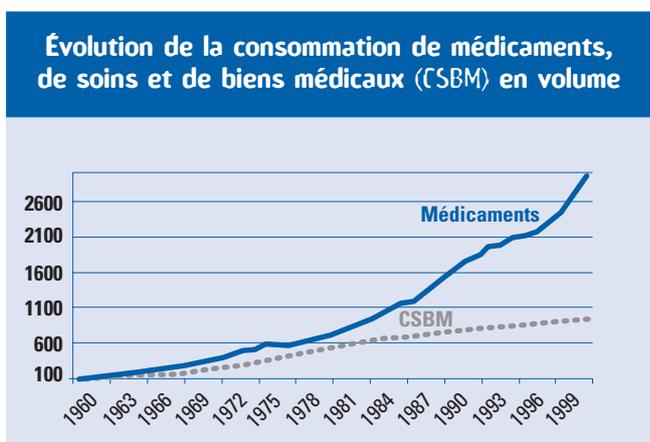
- un niveau de **consommation en volume** exceptionnellement élevé ;
- une diffusion très rapide de **la prescription des innovations** ;
- un rattrapage des prix depuis 5 à 10 ans vers une référence européenne haute ;
- **une absence de concurrence par les prix**, caractérisée par la **faiblesse du développement des génériques** et le maintien de prix élevés sur une très longue période.

Cette consommation est plus particulièrement marquée pour certains médicaments. Ainsi, chaque Français consomme :

- **2 fois plus** de vasodilatateurs et d'analgésiques,
- **2,5 fois plus** d'antibiotiques et de psycho-analéptiques,
- **3,5 fois plus** de psycholeptiques.

Une croissance rapide des remboursements

La croissance actuelle est particulièrement forte avec un doublement en moins de 10 ans de la consommation en volume, et une multiplication par 31 depuis 1960.



Le marché du médicament présente en effet **un renouvellement rapide des produits**, avec l'arrivée de nouveaux médicaments remplaçant d'anciens médicaments moins chers.

L'analyse de l'évolution du **chiffre d'affaires des laboratoires** fait ainsi apparaître que :

- la structure des ventes entre classes et surtout à l'intérieur des classes se déforme,
- l'évolution des prix et celle du nombre de boîtes se compensent.

Les remboursements ont augmenté de 10,7 % en 2000⁽¹⁾ et de 8,6 % en 2001.

Comme chaque année, la croissance du marché s'est concentrée sur un petit nombre de classes de médicaments. En effet, la progression des dix premières classes représente 6,2 points de croissance, pour une croissance totale de 8,6 %.

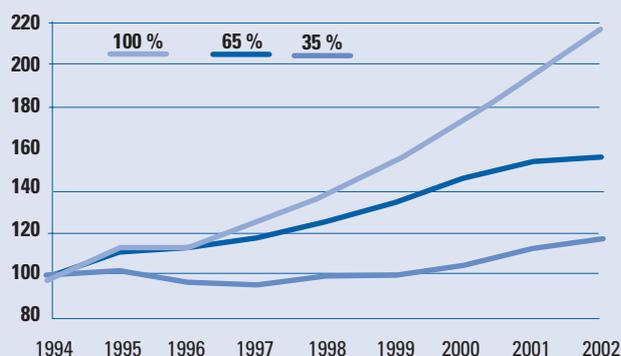
La première de ces classes est celle des inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2 (les nouveaux anti-inflammatoires Vioxx®, et Celebrex®), des stimulants $\beta 2$ associés à des corticoïdes inhalés (traitements de l'asthme notamment), des médicaments du système cardio-vasculaire, des antidépresseurs et des analgésiques non narcotiques (notamment Doliprane®, et Efferalgan®, en croissance très forte).

À l'inverse, certaines classes sont en baisse. C'est le cas des vasodilatateurs, une classe de produits à Service médical rendu insuffisant, en baisse régulière depuis plusieurs années.

Les médicaments génériques, quant à eux, n'ont pas encore d'impact significatif sur la structure des ventes par classe.

(1) Étude MEDICAM publiée par la CNAMTS – juin 2002, portant sur le Régime général en métropole hors sections locales mutualistes, soit un peu plus de 70 % du remboursement total.

Évolution des dépenses remboursées selon le taux effectif de prise en charge (base 100 au 1^{er} janvier 1994)



Source : CNAM - Régime général uniquement

Cette évolution structurelle a un impact très direct sur les dépenses de l'Assurance maladie à travers la croissance de la consommation. Elle a aussi un impact indirect moins connu à travers la croissance du taux moyen de remboursement. En effet, les nouveaux médicaments sont plus souvent consommés par les malades en ALD, et donc mieux remboursés.

La progression des ventes de génériques n'a pour l'instant qu'un impact limité

- **En 2002, le générique gagne des parts de marché**

Au cours de l'année 2002, la vente de médicaments génériques a fortement augmenté.

En effet, la part des génériques dans le répertoire des médicaments pour lesquels il existe au moins un générique (répertoire de l'AFSSAPS⁽¹⁾) est passée de 35 % en nombre de boîtes vendues en début d'année 2002 à près de **50 % en février 2003**.

Toutefois, les médicaments génériques ne représentent encore qu'une part limitée du marché des médicaments en France : sur le total des ventes de médicaments remboursables, le générique représente **10 % des boîtes vendues en officine en février 2003** (contre 8 % en janvier 2002) et seulement 5 % du chiffre d'affaires total de l'industrie pharmaceutique.

- **L'augmentation du volume de génériques est liée à la fois à leur promotion et à l'arrivée de nouveaux génériques sur le marché**

Le développement du marché des génériques est en partie dû à **l'extension du champ du répertoire** avec l'inscription de molécules plus récentes et plus chères, en particulier les génériques du Prozac® (Fluoxétine) en janvier 2002.

Dans les groupes de génériques anciens, les ventes de génériques se sont stabilisées et celles des *princeps* reculent.

Ainsi, d'une part, l'accord du 5 juin 2002⁽²⁾ entre la CNAM et les médecins généralistes et, d'autre part, les campagnes de promotion ont contribué à la fois à **la diffusion de nouveaux génériques et au maintien des volumes pour les génériques plus anciens**.

- **Un taux de pénétration du générique très différent suivant le type de molécule**

Parmi les groupes génériques réalisant les plus gros chiffres d'affaires (30 premiers), **la part des génériques en nombre de boîtes vendues est encore très variable selon les groupes** : aux extrêmes, certains génériques n'ont pris que 8 % du marché alors que d'autres représentent la quasi totalité du marché de la molécule.

(1) Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Le répertoire comprend la liste des spécialités pharmaceutiques génériques ainsi que leurs produits de références (ou *princeps*).

(2) Dès le 1^{er} juillet 2002, la consultation est passée à 20 € en contrepartie d'une rédaction des ordonnances par tous les médecins en DCI (Dénomination Commune Internationale) : pourcentage minimal de prescription en DCI pour la première année de 25 %, en moyenne nationale, des lignes de prescriptions médicamenteuses dont la moitié au moins entre dans le champ du répertoire des génériques.

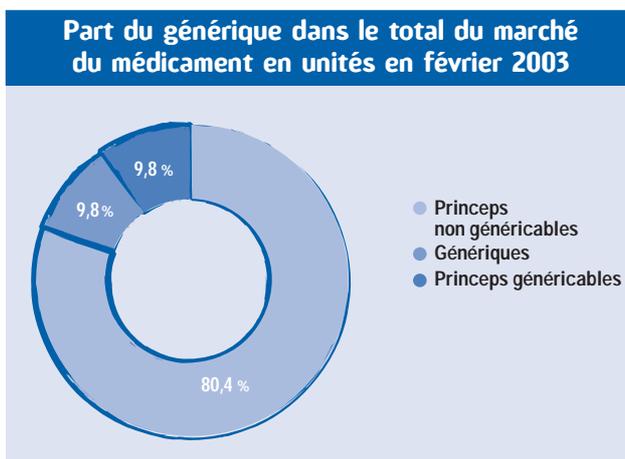
Cette disparité des taux de pénétration est indépendante de leur ancienneté. À la date d'arrivée proche sur le marché (4 ans), les taux de pénétration varient de 24 % à 66 % suivant le groupe.

La montée en charge de la diffusion des génériques est ainsi très différente d'une molécule à l'autre : au cours de l'année 2002, parmi les trente premiers groupes génériques réalisant les plus gros chiffres d'affaires, **les gains de parts de marché varient de 5 % à plus de 30 % selon les molécules.**

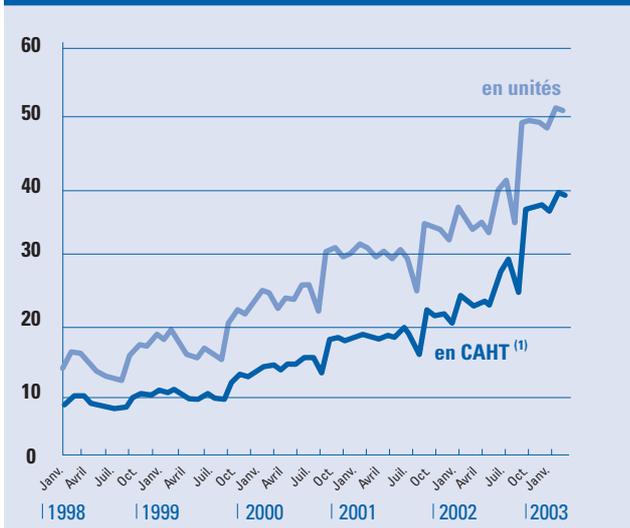
• **Une intensification de la politique de promotion des génériques permettra de réaliser encore d'importantes économies**

L'accélération de la politique de promotion des génériques, à travers la mise en place des « tarifs forfaitaires », va encore plus fortement inciter les patients à demander des génériques. Par ailleurs, elle supprimera, pour l'Assurance maladie, le surcoût lié à la volonté de certains de ne consommer que des produits de marque.

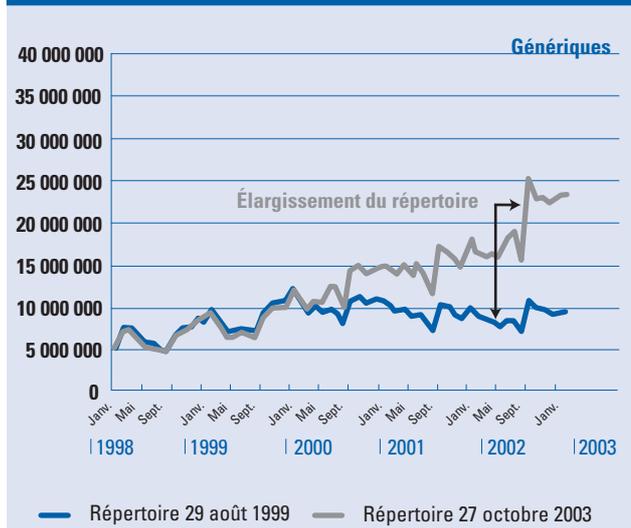
Les économies potentielles permises par une telle politique sont importantes et nettement supérieures à celles déjà réalisées, car de nombreuses molécules devraient être génériquées au cours des prochaines années.



Évolution de la part du générique au sein des médicaments généricables depuis janvier 1996



Évolution du marché et du répertoire des génériques en nombre de boîtes (CVS CJO)



sources : données GERS- février 2003/répertoire des génériques du 27 octobre 2002

(1) Le CAHT est le chiffre d'affaires hors taxes des laboratoires pharmaceutiques.

Points clés

- près de 75 % des recettes du Régime général sont assises sur la masse salariale
- en 2020, il y aura 1,4 fois plus de personnes de + de 60 ans, déséquilibrant massivement la répartition actifs/inactifs
- la CSG, dont l'assiette est très large, représente environ 34 % du financement

Un financement de la santé fragilisé

Malgré l'élargissement de son assiette, l'essentiel du financement repose sur les actifs

La structure du financement de l'Assurance maladie s'est profondément modifiée durant la dernière décennie. On s'est progressivement écarté d'un système reposant uniquement sur des cotisations basées sur les rémunérations et les revenus professionnels.

La création de la CSG en 1991 a permis d'élargir l'assiette de revenus sur laquelle est financée l'Assurance maladie. Nouvel instrument de financement, cet impôt a pour objet de se substituer à certaines cotisations salariales.

Ainsi, non seulement les actifs mais également les retraités et certains revenus du patrimoine sont-ils assujettis à la CSG.

Son assiette englobe :

- les revenus d'activité,
- les revenus de remplacement,
- les revenus de placement,
- les revenus du patrimoine, et
- les sommes consacrées au jeu.

Son taux est fixé depuis 1998 à 7,5 % pour tous les revenus, sauf pour les revenus de remplacement (6,2 % ou 3,8 %).

Structure du financement de l'Assurance maladie

Cotisations sociales patronales	47,2 %
CSG (Contribution Sociale Généralisée)	33,8 %
Transfert de l'État	6,7 %
Taxes affectées	2 %
Cotisations sociales salariales	2,7 %
Divers	7,6 %

Source : CNAME

Néanmoins, la structure de financement demeure principalement assise sur la masse salariale par le biais des cotisations patronales et de l'importance de l'assiette salariale pour la CSG. La part financée par les actifs est donc prépondérante : elle représente directement 75 % des recettes.

Éviter une telle structure de financement est impossible. Les actifs représentant les principaux producteurs de richesse de toute économie ; ce sont eux qui supportent en grande partie le financement de la protection sociale et, plus globalement, de l'ensemble des dépenses publiques.

La proportion des actifs va diminuer

Après le vieillissement des enfants du baby-boom, l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans progressera de façon continue :

- en 2020, 27 % de la population française aura plus de 60 ans (17 millions de personnes, soit 1,4 fois plus qu'en 2000) ;
- en 2040, cette part de la population aura augmenté de plus de 10 millions par rapport au dernier recensement de 1999 (soit plus de 22 millions).

Cette augmentation des personnes âgées induit une diminution de la part des actifs dans la population française. Elle risque de poser certaines difficultés financières à l'Assurance maladie.

Évolution de la population depuis 1970 et projection jusqu'en 2020 (en % de la population totale)

Population (en %)	1970	1980	1990	1999	2010 (proj.)	2020 (proj.)
Moins de 20 ans	33	31	28	25	24	23
De 20 à 39 ans	27	29	30	29	26	25
De 40 à 59 ans	22	23	23	25	27	26
Plus de 60 ans	18	17	19	21	23	27

Points clés

- un déficit estimé à 10,6 milliards d'€ pour 2003
- un déficit qui représente plus de deux fois les honoraires remboursés aux généralistes et plus de 60 % des dépenses de médicaments prises en charge par la caisse
- un déficit projeté à 100 milliards d'€ en 2020 si le rythme constaté depuis 1980 se poursuit

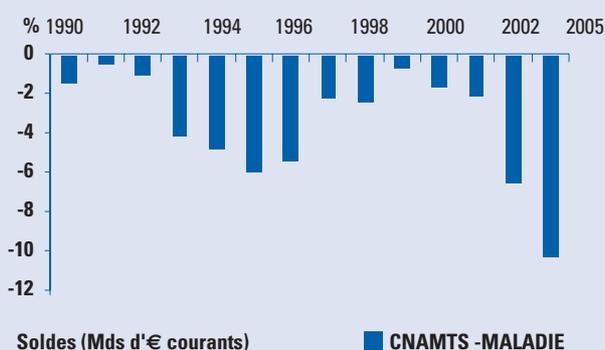
L'éternel retour des déficits

Un bilan financier historiquement déficitaire

L'Assurance maladie a été continuellement en déficit durant la décennie 1990. Ces déficits ont conduit d'ailleurs à deux reprises importantes de dettes en 1996 et 1998. L'amélioration du solde à la fin des années 90 est due aux mesures prises dans le cadre du plan « Juppé » de 1996, mais surtout à la forte progression de la masse salariale (à un rythme supérieur à 6 %) du fait d'un contexte économique international très favorable.

Dès le ralentissement de la conjoncture, le déficit de l'Assurance maladie a rapidement augmenté avec 6 milliards d'€ en 2002. Il se creuse pour 2003, année pour laquelle il est estimé à 10,6 milliards d'€.

Soldes de la CNAMTS - Maladie 1990-2005
(droits constatés depuis 1999)



Résultats du Régime général d'Assurance maladie (en milliards d'€)

2000	2001	2002	2003 (p)
-1,6	-2,1	-6,1	-10,6

Source : rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2003

rythme est, depuis 1998, supérieur à 5 % ; il a même dépassé 7 % en 2002 du fait du financement de la réduction du temps de travail à l'hôpital et, à un moindre degré, des revalorisations des professionnels libéraux intervenues entre janvier et juillet 2003.

Cette dégradation récente est la conséquence d'une augmentation beaucoup plus rapide des dépenses que des recettes. Les difficultés proviennent à la fois :

- d'une faible progression des recettes en raison du ralentissement de la conjoncture ;
- **d'une forte croissance des dépenses**, dont le

L'existence de ces déficits continuels a conduit les gouvernements successifs à effectuer de nombreux plans de redressement

Les déficits des années 90 sont en fait uniquement la suite des évolutions connues depuis plus de 30 ans, c'est-à-dire une forte croissance des dépenses de santé. La pression financière due à la croissance des dépenses a conduit les gouvernements successifs à des mesures de redressement caractérisées, notamment par l'augmentation des prélèvements et la baisse des taux de remboursement et, plus récemment, par un resserrement de la maîtrise des soins de ville (notamment au cours de la décennie 1990)

- 1976 - Plan Barre Diminution de remboursements (auxiliaires médicaux et transports)
- 1977 - Plan Veil Diminution de remboursements (médicaments de confort) et du nombre de lits hospitaliers
- 1982 - Plan Bérégovoy Création du forfait hospitalier et diminution du remboursement de médicaments
- 1985 - Plan Dufoix Diminution de remboursements (actes infirmiers, actes de biologie et spécialités pharmaceutiques)
- 1986 - Plan Séguin Hausses du forfait hospitalier et des cotisations maladie
- 1988 - Plan Evin Exonération du ticket modérateur pour les maladies de longue durée hors liste et taxe sur la publicité de médicaments
- 1990 Création de la CSG
- 1991 - Plan Bianco Hausses du forfait hospitalier et des cotisations maladie
- 1993 - Plan Veil Hausses de la CSG et du forfait hospitalier et baisse du remboursement des honoraires médicaux ; Références Médicales Opposables
- 1996 - Plan Juppé Création de la caisse d'amortissement de la dette alimentée par le RDS, et vote annuel par le Parlement de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), mécanismes de régulation des soins de ville.

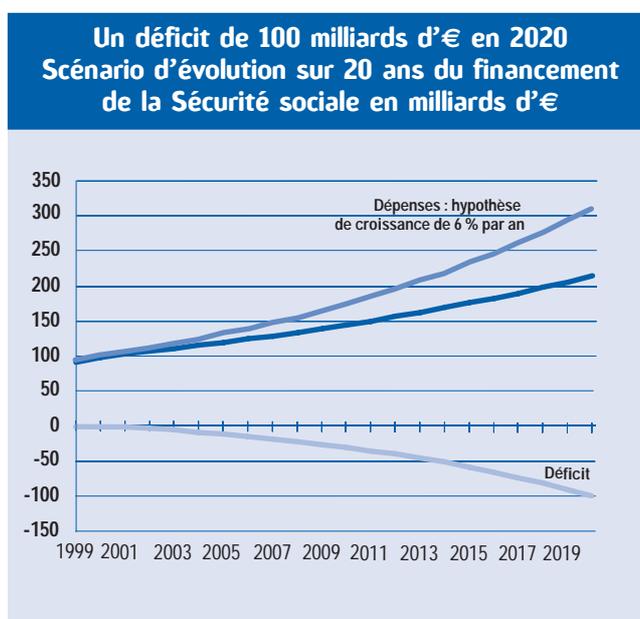
Depuis quelques années, en l'absence de mesures de redressement, la croissance des dépenses est revenue sur sa tendance historique. Le déficit de l'Assurance maladie s'est donc de nouveau creusé.

La poursuite de la tendance historique à la hausse des dépenses de santé conduit à un besoin de financement annuel de 100 milliards d'€ en 2020

Même en cas de retour à une croissance dynamique, la poursuite de la croissance des dépenses de santé posera des difficultés financières considérables. Or, si aucun plan d'adaptation de l'Assurance maladie n'est mis en œuvre, il n'y a aucune raison pour que cette croissance s'arrête.

En faisant une hypothèse d'une croissance annuelle de l'activité économique de 2,5% en volume (ou 4% en valeur), le besoin de financement annuel en 2020 atteindrait 100 milliards d'€, si la croissance des dépenses d'Assurance maladie se poursuit au rythme constaté depuis 1980.

Ce besoin de financement serait équivalent en 2020 à plus de 5,5 points de CSG, alors qu'aujourd'hui l'Assurance maladie bénéficie de 5,4 points de CSG.





Une Europe qui s'adapte

Points clés

- tous les pays européens confrontés à une hausse des dépenses
- Pays-Bas, Allemagne, Royaume-Uni : des mesures de régulation sont mises en place depuis 10 ans
- des dispositifs renforcent la responsabilisation de l'assuré et de l'offreur de soins (augmentation de la participation directe, recours à un médecin référent, ...)

Une Europe qui s'adapte

Dans l'Union européenne, l'assurance dans le domaine de la santé est généralement obligatoire, assurée en grande partie par des organismes publics ou assimilés, et financée à partir de prélèvements obligatoires.

Les dépenses publiques augmentent plus vite que le PIB dans la plupart des pays européens.

Cet écart est dû à un certain nombre de défis communs :

- la pression de plus en plus importante, tant des professionnels de la santé que des patients, pour **accéder le plus rapidement possible à des technologies médicales nouvelles et onéreuses** ;
- **la consommation de plus en plus importante de biens de santé** à mesure que les citoyens s'enrichissent ;
- **le vieillissement** de la population.

Il constitue une source de préoccupation quant à la viabilité financière des systèmes de santé à moyen et long terme. Les États membres de l'Union européenne sont donc conduits à adapter leurs systèmes de soins et d'assurance maladie publics pour les pérenniser.

Ces adaptations passent par une amélioration des **mécanismes de régulation**, notamment pour donner un peu plus de place aux incitations individuelles à bien agir. Elles passent aussi par un accroissement de la part prise en charge par l'assuré ou par des assurances complémentaires.

Part des dépenses de santé dans le PIB et taux de croissance des dépenses de santé en volume

	Allemagne (a)	Espagne	États-Unis	France	Italie	Pays-Bas	Royaume-Uni
Part des dépenses de santé dans le PIB							
1970	6,3	3,6	6,9	5,7	5,1	7,2 (d)	4,5
1980	8,8	5,4	8,7	7,4	8,0	8,0	5,6
1990	8,7	6,6	11,9	8,6	8,0	8,5	6,0
1999	10,3	7,0 (e)	12,9	9,3	7,9	8,7 (e)	6,9
Taux de croissance annuels moyens des dépenses de santé en volume							
1970-1980	5,6	7,4	4,9	7,6	6,4	1,6 (b)	5,6
1980-1990	1,7	5,0	3,1	4,9	4,4	2,3	1,9
1990-1999 (c)	6,4	4,0	3,1	2,8	1,4	2,9	2,8

(a) De 1970 à 1990 pour l'Allemagne de l'Ouest ; (b) 1972-1980 pour les Pays-Bas ; (c) 1990-1996 pour l'Espagne, l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni ; (d) 1972 ; (e) 1996.

Source : OCDE, *Éco-Santé 2000*

Les Pays-Bas stabilisent la part de leurs dépenses de santé

Les Pays-Bas sont l'un des rares pays de l'OCDE à avoir stabilisé la part des dépenses de santé dans le PIB tout en conservant des taux de remboursement convenables.

Une réforme importante dans les années 90...

L'organisation du système de santé présente des points communs avec l'organisation française tant au plan institutionnel que professionnel :

- la couverture du risque maladie y est quasiment universelle ;
- elle n'est plus exclusivement d'origine professionnelle.

Un premier niveau de soins – onéreux et de longue durée – couvre toute la population et est financé par une cotisation obligatoire et proportionnelle aux revenus.

Les soins courants bénéficient d'un **financement mixte**, public et proportionnel aux revenus pour 65 % des assurés (ceux dont le revenu est inférieur à un certain seuil), privé et en fonction du risque pour les autres assurés.

Les Pays-Bas constituent un élément de comparaison intéressant car leur système de santé a fait l'objet d'une importante réforme dans les années 90.

Cette réforme a introduit :

- **une concurrence régulée entre caisses publiques,**
- **un transfert partiel des risques vers les assureurs,**
- **un début de concurrence entre les offreurs de soins.**

L'accès aux soins des patients est régulé par différents dispositifs :

- l'assuré doit être inscrit pour une durée minimale chez son médecin généraliste, qui contrôle l'accès aux spécialistes et aux traitements hospitaliers ;
- les traitements hospitaliers sont gratuits depuis 1999 ; la participation de 3,6 €/jour, instituée en 1997, a été abandonnée ; la participation aux frais médicaux est peu courante, sauf pour certaines prestations particulières ;
- pour les soins infirmiers à domicile, les patients paient une contribution forfaitaire proportionnelle au revenu ;
- pour les médicaments prescrits en ambulatoire, des prix de référence sont fixés par classe médicamenteuse ; le patient prend à sa charge l'éventuel montant qui dépasse ce prix de référence.

Des prestations ne sont pas prises en charge :

- les soins dentaires des adultes,
- les séances supplémentaires de kinésithérapie,
- les soins dits « alternatifs », tels que les soins délivrés par les homéopathes.

Les assurés peuvent, pour ces catégories de soins, souscrire une assurance maladie complémentaire privée.

... dont les adaptations se poursuivent

Suite à la pression de la croissance des dépenses et au constat d'une concurrence entre les caisses d'assurance maladie insuffisamment dynamique, le pays a lancé **une réforme du système de santé à horizon 2006**.

Il s'agirait notamment d'introduire des éléments de marché dans le système de santé, en regroupant les caisses publiques et les assurances privées dans un seul et même régime de base pour lequel l'État fixerait le cadre juridique (cotisations nominales ou proportionnelles, panier de soins, etc.).

Dans ce cadre, les caisses et les assurances seraient responsables de l'exécution des remboursements et de la régulation du système de santé.

Par ailleurs, une franchise annuelle généralisée serait instaurée : les premiers euros de soins ne seraient plus remboursés. Parallèlement, la souscription d'une assurance complémentaire pourrait être rendue obligatoire. La participation directe des assurés va donc augmenter.

L'Allemagne renforce ses dispositifs de régulation

Un système proche du système français

Le système allemand est fondé sur les principes d'une assurance professionnelle dans le cadre de l'entreprise et de la prévoyance sociale. Son financement est assuré par les cotisations assises sur les revenus du travail.

L'assurance maladie est obligatoire en dessous d'un certain seuil de revenus. Au-delà de ce seuil, les personnes peuvent opter pour le régime légal ou pour une assurance privée.

Ainsi, il se caractérise par :

- **une couverture quasi généralisée,**
- **un système fondé sur la solidarité.**

La participation des assurés aux dépenses de santé prend différentes formes :

- les assurés paient un ticket modérateur pour les journées d'hospitalisation qui s'apparente à un forfait journalier ; ils sont exonérés de copaiement en cas d'affection de longue durée sous conditions ;
- en médecine ambulatoire, **les médecins ne sont pas payés par le patient mais directement par les caisses ;**
- ils assument une part des dépenses pour l'achat de médicaments et pour les prestations particulières de soins (dentaires, paramédicaux, petit matériel) ; **des bonifications de prise en charge peuvent être accordées sous conditions** : par exemple, un assuré ayant effectué la prévention dentaire – une consultation annuelle les 5 dernières années – se voit octroyer un bonus de 10 % qui réduit d'autant sa participation pour le paiement d'une prothèse.

Une réforme qui vise à diminuer le coût de la santé

Bien que disposant déjà de nombreux dispositifs de régulation pertinents (forfait de remboursement depuis 1988, système de points flottants pour la rémunération des médecins libéraux, tarification à la pathologie des hôpitaux), l'Allemagne connaît un déficit très important (2,5 milliards d'€ en 2002).

C'est pourquoi elle a engagé un **projet de loi de modernisation du système de santé, présenté le 14 mars 2003** :

- création d'une incitation visant à **développer le recours au médecin de famille** : ticket modérateur de 10 € par trimestre quand le patient se rend en premier lieu chez son généraliste, ou 10 € par visite lorsqu'il s'adresse directement à un spécialiste ;
- transfert des allocations maternité des caisses vers l'État ;
- création de centres médicaux spécialisés par maladie (notamment pour le traitement du cancer) ;
- développement de la concurrence dans le secteur médical au travers, notamment, d'une libéralisation des prix de certains médicaments et d'une plus grande liberté contractuelle entre les caisses et les médecins libéraux.

À ceci s'ajoute **une réflexion sur les alternatives assurance universelle citoyenne versus privatisation des risques**.

En effet, en Allemagne, l'assurance maladie légale n'est obligatoire que pour les personnes ayant un revenu inférieur à un certain seuil (3 825 € par mois) ; le reste de la population a la possibilité de s'affilier à l'assurance maladie publique ou à une assurance maladie privée.

La nouvelle loi prévoit, dès 2005, que les assurés souscrivent obligatoirement une assurance complémentaire publique ou privée pour les prothèses dentaires et la perception d'indemnités journalières maladie dont le paiement ne sera plus assuré par l'assurance maladie.

Enfin, l'utilité médicale et la qualité des prestations seraient évaluées par un « **Centre pour la qualité de la médecine** » :

- recommandations de prestations remboursables,
- évaluation de l'utilité et des coûts des médicaments,
- élaboration des lignes directrices et des normes de soins pour des maladies déterminées,
- recommandations pour la reconnaissance des mesures de formation permanente.

Le Royaume-Uni contraint à renforcer la qualité du système

Un système administré par l'État et les collectivités locales

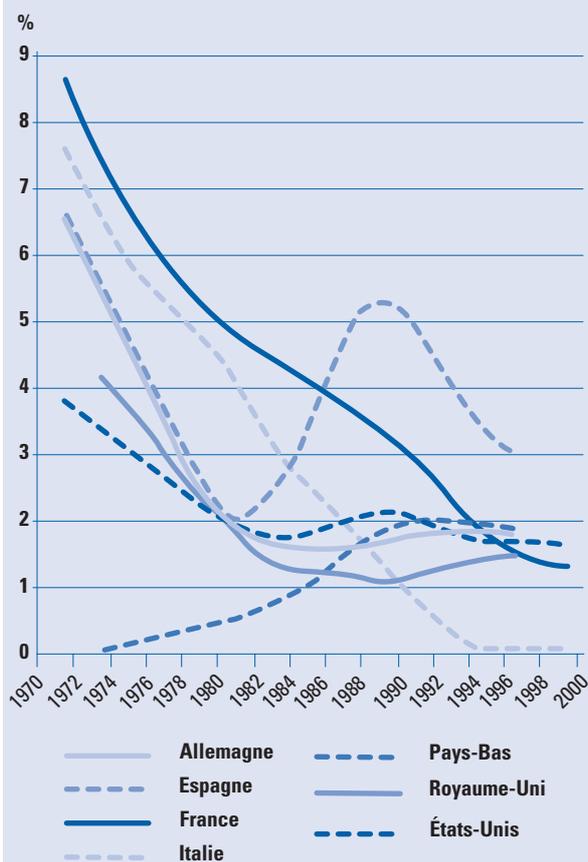
La couverture du risque maladie est universelle, gratuite et uniforme, accordée sur la base d'un critère de résidence.

L'impôt couvre 80 % des dépenses et représente la principale ressource du *National Health Service*, lequel donne accès à des services et non à des remboursements.

Il repose sur l'organisation suivante :

- **l'accès au spécialiste et à l'hôpital est contrôlé par le généraliste** qui a un rôle de « gardien » ; le nomadisme médical ne peut exister dans ces conditions ;
- pour l'hospitalisation, **le patient paye les prestations supplémentaires** qu'il a réclamées (soins non indispensables, séjours en chambre privée, cure, etc.) ;
- en ville, les soins délivrés par les médecins généralistes ou spécialistes sont gratuits ainsi que les kinésithérapeutes et les soins infirmiers à domicile ;
- l'assuré participe aux frais pour les médicaments, les soins dentaires et les soins ophtalmologistes ; il ne peut pas se réassurer auprès d'une compagnie d'assurance privée.

Taux de croissance des dépenses de santé en volume



Source : OCDE, calculs DREES

Dépenses courantes de santé par personne, en US \$ et en parité de pouvoir d'achat

	1998	1999	2000	2001
Allemagne	2446	2539	2703	2729
Autriche	1836	1914	2074	
Belgique	1892	2017	2161	
Danemark	2171	2277	2330	2430
Espagne	1313	1385	1453	1549
France	2047	2158	2332	2503
Irlande	1320	1473	1612	1728
Italie	1688	1778	1943	2083
Pays-Bas	2082	2203	2233	2503
Portugal	1288	1422	1485	1567
Royaume-Uni	1491	1623	1730	1904
Suisse	2866	2990	3077	
Suède	1818	1943	2089	2159

Source : base Éco-Santé, OCDE 2003

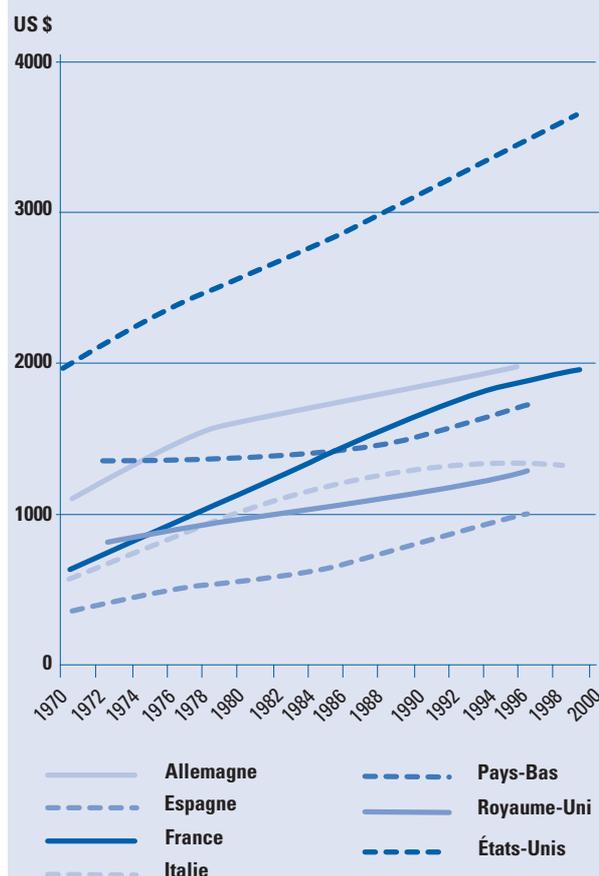
La régulation du système de santé est principalement assurée au niveau du médecin généraliste, qui travaille généralement dans un cabinet de groupe et qui peut se trouver soumis à un budget limitatif pour l'ensemble de ses prescriptions. Par ailleurs, les dépenses hospitalières sont contraintes.

Des améliorations vitales

Vivement critiqué pour ses insuffisances et avec un budget très contraint, le système britannique s'est employé ces dernières années à **améliorer ses modes de gestion et la qualité des soins**. Une augmentation significative des ressources budgétaires, une forte déconcentration des crédits et un renforcement de l'approche par la qualité caractérisent les réformes de ces dernières années.

Dépenses de santé aux prix de 1995 en US \$

(dépenses par habitant corrigées du vieillissement de la population, lissées à l'aide du filtre de Hodrick-Prescott et exprimées en US \$ sur la base de la parité de pouvoir d'achat de 1995)



Source : OCDE, calculs DREES