Le système de santé français

En 1945 est mis en place un organisme original, inédit, la Sécurité sociale. C'est une avancée sociale majeure. C'est un système de remboursement des soins médicaux s'appuyant sur le principe de l'assurance (initié par Bismarck), obligatoire et organisé par l'Etat. Avant cela, les gens ne se faisaient pas soigner car cela coûtait très cher. Les médicaments et les visites du médecin étaient un luxe que beaucoup ne pouvaient pas se permettre.

L'objectif de ce système était :

- d'améliorer le bien-être de la population;

- de favoriser les externalités positives de la santé.

L'Etat aurait pu embaucher des médecins pour cela, médecins qui seraient alors devenus fonctionnaires. Mais le choix politique a été fait de les laisser travailler dans des conditions incitatives (plus ils travaillent, plus ils gagnent, en les maintenant dans des relations marchandes, on peut maintenir les conditions d'une concurrence entre eux qui pouvait favoriser une émulation qui les incite à rester au sommet en matière de connaissance et d'innovation médicales) et de rembourser les dépenses occasionnées aux patients.

**Schéma : L’organisation de l’assurance maladie en France**

ETAT

Laisse la liberté de soigner

Fixe le prix des soins hospitaliers

Caisse d'assurance maladie

Hôpitaux

Laisse la liberté de consulter

Consultent

Versent CS salariales et patronales

212 700 Médecins en 2007

115 600 médecins libéraux (médecine ambulatoire privée)

97 100 médecins salariés

(Hôpital principalement)

Rembourse les frais médicaux

Consultent et paient

Patients et assurés

**Acteurs privés**

**Acteurs publics**

Donc c'est un système assez complexe dont le financement est public :

- l'Etat …………..les sommes nécessaires au financement des soins de la population;

- l'Etat donne le droit aux ……………. de se ……………. autant qu'ils le veulent auprès de qui ils veulent, qui permet la coexistence d'une médecine ……………(médecins, infirmières libérales, cliniques) et d'une médecine ……………. (Hôpitaux, dispensaires);

**Remarque**: l'Etat laisse le soin aux partenaires sociaux (…………………………….) de gérer la ressource financière qu'il a collectée auprès de ceux que ceux-ci représentent.

Questions d'analyse :

## \* pourquoi l'Etat n'a-t-il pas préféré une régulation étatique au lieu d'une régulation marchande?

En Grande-Bretagne, la protection contre la maladie est organisée sur la base d'un système public universel de production et distribution gratuites de soins. En France, il a été considéré qu'une régulation par le marché permet une plus grande émulation entre les médecins, permet un grand choix de services aux patients qui encouragent le développement des meilleurs services et incite à l'innovation médicale, source de progrès et de gains d'espérance de vie.

## \* pourquoi le caractère obligatoire des cotisations prélevées est-il indispensable?

A l'opposé, le choix a été fait de rendre les cotisations sociales obligatoires car les systèmes privés d'assurance ont besoin de recueillir des informations individuelles sur les risque santé afin de calculer au plus juste la prime à payer par chaque assuré. Cela pose d'abord un problème de solidarité vis-à-vis des personnes en moins bonne santé qui doivent alors payer des primes d'assurance excessives. Seules les personnes en bonne santé auraient pu s'assurer à des tarifs abordables.

Dans les systèmes d'assurance privés, peuvent apparaître des phénomènes de sélection adverse (asymétrie d'information) : Certains individus se savent en mauvaise santé mais savent aussi qu'en le déclarant à l'assureur privé, celui-ci risque d'augmenter le montant de la prime à verser pour être couvert. Ce qui risque de la rendre inaccessible. Ils peuvent alors décider de cacher cette information. De son côté, l'assureur sait que certains individus lui cachent leur véritable état de santé. Il va donc fixer une prime moyenne.

Cependant, ceux qui se savent en bonne santé peuvent alors décider de ne pas s'assurer puisque cette prime est plus élevée que celle à laquelle ils pourraient prétendre. Il ne reste plus que les individus en mauvaise santé, ce qui rend le système d'assurance moins rentable, voire plus rentable du tout. L'assureur peut (et doit) alors renoncer à assurer les individus pour le risque santé. Le marché de l'assurance santé peut même aller jusqu'à disparaître, laissant une grande injustice apparaître.

Un système obligatoire impose la solidarité : entre les jeunes et les vieux, entre les malades et les gens en bonne santé.

Le second problème est relatif à la confidentialité des données personnelles. Les progrès réalisés par les nouvelles technologies renvoient à cette possibilité pour l'assureur d'accéder à une information pouvant conduire à exclure des gens ayant un risque santé jugé trop grand.

## \* quel est l'inconvénient majeur de ce système de santé?

Il pousse à la consommation médicale (coalition inflationniste) :

- le patient n'est pas incité à contenir sa dépense ;

- les médecins sont incités à offrir plus de soins, de plus grande qualité mais de plus en plus chers;

- les partenaires sociaux qui gèrent les cotisations sociales n'ont aucun intérêt à contenir la dépense non plus ;

- l'Etat ne contrôle l'offre de soins et leurs prix que dans le cadre hospitalier.

🡺 COALITION INFLATIONNISTE

## \* ce système est-il vraiment égalitaire et universaliste?

Non. Malgré le fait que la France soit célèbre mondialement pour la qualité de son système de soins, on peut dire qu'il existe en France un système à deux vitesses :

- secteur de pointe où les innovations sont très nombreuses et très rentables / graves carences pour quelques maladies courantes;

- les principales inégalités sont spatiales ;

- forte concentration des dépenses : 10% de la population consomment 64% des soins (des dépenses de santé) et 5% de la population en consomment 51 %.

## \* quels sont les facteurs exogènes, démographiques et économiques, qui favorisent l'augmentation des dépenses de santé?

- c'est une consommation qui augmente avec le niveau de revenu (4e loi d'Engel, Inglehart)

- vieillissement démographique par le haut (plus de personnes âgées) et par le bas (baisse du nombre de naissances et du nombre de personnes en bonne santé et actives qui financent). Les personnes âgées de 60 à 80 ans consomment 2 à 2,5 fois plus de soins que les personnes de 40-50 ans

- le système pousse aux progrès technologiques constants

- dimension conjoncturelle : la crise => chômage =>baisse du niveau de santé (on peut considérer cela comme une baisse du capital humain puisque c'est une dimension de la productivité des travailleurs)

## \* quels sont les facteurs endogènes au système de santé : pourquoi la coexistence d'une production principalement PRIVEE de soins avec un financement public amène aussi une croissance constante des dépenses de santé?

- progrès technologiques constants => hausse du coût de la santé

- on laisse les laboratoires développer ce qui est rentable pour eux au risque d'observer un accroissement des inégalités

- le fait d'être mieux assuré peut conduire à prendre plus de risque (**aléa moral *ex ante***) en adoptant moins volontiers de comportements préventifs ou prudents (comportements à risque, hygiène de vie, alimentation, consommation de tabac, insouciance, ...) :

- Une fois le problème de santé déclaré, **l'aléa moral *ex post*** peut aussi apparaître à deux niveaux :

1) l'assuré choisit le médecin sans se préoccuper du prix. Sa santé n'ayant pas de prix, il veut le meilleur, la collectivité paie. Il peut aussi choisir un médecin qui accepte de lui prescrire (pour qu'il soit rembourser) des médicaments non indispensables.

2) ni l'assuré, ni l'Etat ne sont en mesure de juger de la pertinence des choix thérapeutiques faits par le médecin : dans le cas de relations avec un expert où celui-ci est en position d'établir un diagnostic que le demandeur ne peut pas remettre en cause gratuitement 🡺 le médecin peut faire un diagnostic qui induit de nombreux actes médicaux sans que ceux-ci soient forcément indispensables.

La tarification à l'acte renforce cet effet d'aléa moral.

Ainsi, une fois le problème de santé déclaré, l'assuré peut surconsommer les produits de santé au dépens de l'assureur. Cette surconsommation pouvant être le fait de l'assuré mais aussi le fait du médecin.

## \* quelles mesures ont été adoptées pour permettre le financement de ces dépenses croissantes?

- hausse des cotisations sociales au début;

- adoption de la CSG en 1991 qui consiste, à côté des CS qui se maintiennent, à financer une partie des dépenses par l'impôt (=> fiscalisation de la protection sociale);

- développement des couvertures complémentaires mutualistes (dernières négociations des partenaires sociaux);

- augmentation du ticket modérateur (=part de la dépense qui reste à la charge de l'usager);

- arrêt des remboursement de certains médicaments (médicaments de confort) ;

+ régulation de l'offre de soins 🡸 limitation de caractère libéral de la médecine (médecins traitants, dossier médical) et de la liberté des acteurs ;

+ faire diminuer la rente informationnelle du médecin quand il pose le diagnostic et propose des soins 🡺 diminution des asymétries informationnelles.

Alors que la notion de **sélection adverse** nous a permis de comprendre, appliquée au domaine de la santé, pourquoi notre système de santé est obligatoire et universel, celle d'aléa moral permet de comprendre pourquoi il a été nécessaire d'introduire un ticket modérateur et des franchises ou des jours de carence. Il permet aussi de comprendre pourquoi la liberté d'installation des médecins et la tarification à l'acte pose problème. En effet, totalement libre de profiter de soins gratuits, aucune incitation ou contrainte ne vient limiter cette liberté. De plus, quand les médecins voient leurs revenus augmenter quand ils réalisent plus d'actes médicaux, ils ne sont pas plus incités à limiter les dépenses. Or, le vieillissement démographique et les progrès technologiques, comme l'accroissement des préoccupations relatives à la santé poussent déjà les dépenses à la hausse. Et la réticence de plus en plus grande des contribuables face à un système qui semble engouffrer les ressources financières sans véritable efficacité et dont le risque ultime consisterait à le voir disparaître, remettrait alors en cause toute la solidarité (entre malades et bien-portants, entre jeunes et moins jeunes) dont il est porteur. Il faut donc mettre en place des incitations financières à limiter les dépenses excessives.

A savoir :

- l'organisation du système de santé en France;

- les 3 situations d'asymétries informationnelles qui peuvent se présenter;

**12 sujet(s) ou question(s) correspond(ent) à votre demande.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fichier** | **Libellé du sujet ou de la question** | **Lieu** | **Année** |
| [http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/rtf.gif](http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/fichiers/2013_norm_Pondi_speeco.rtf) | A quelles difficultés est confrontée la protection sociale en France aujourd'hui ? On pourra privilégier l'exemple de la santé. | Pondichéry | 2013 |
| [http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/rtf.gif](http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/fichiers/2013_norm_Autres_speeco.rtf) | Quel est l'impact des variables économiques et démographiques sur le financement de la protection sociale ? | Autres centres étrangers | 2013 |
| [http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/rtf.gif](http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/fichiers/2013_rattr_Metro_speeco01.rtf) | Quel est l'impact des variables démographiques sur le régime de retraite par répartition en France ? | France métropolitaine | 2013 |
| [http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/rtf.gif](http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/fichiers/2013_norm_Caled_speeco.rtf) | Comment les variables démographiques affectent-elles le financement de la protection sociale ? | Nouvelle-Calédonie | 2013 |
| [http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/rtf.gif](http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/fichiers/2013_norm_AmSud_speeco01.rtf) | Quel impact l'aléa moral peut-il avoir sur le financement de la protection sociale ? | Amérique du Sud | 2013 |
| [http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/rtf.gif](http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/fichiers/2014_norm_Metro_speeco.rtf) | Quels sont les principaux problèmes auxquels se heurte le financement de la protection sociale ? | France métropolitaine | 2014 |
| [http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/rtf.gif](http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/fichiers/2014_norm_Asie_speeco01.rtf) | Quels problèmes pose l'aléa moral sur le financement de la protection sociale ? Vous pourrez privilégier le cas de la santé. | Asie | 2014 |
| [http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/rtf.gif](http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/fichiers/2014_norm_Antilles_speeco01.rtf) | À quelles difficultés se heurte le financement de la protection sociale dans le domaine de la santé aujourd'hui en France ? | Antilles-Guyane | 2014 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/rtf.gif](http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/fichiers/2012_norm_Metro_speeco01.rtf) | Vous analyserez l'impact des variables démographiques sur le financement du système des retraites en France. | France métropolitaine | 2012 |
| [http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/rtf.gif](http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/fichiers/2014_norm_AmNord_speeco01.rtf) | Comment peut-on expliquer les difficultés de financement des systèmes de retraite par répartition ? | Amérique du Nord | 2014 |
| [http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/rtf.gif](http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/fichiers/2014_norm_Autres_speeco.rtf) | À quelles difficultés se heurte le financement du système de retraite par répartition ? | Autres centres étrangers | 2014 |
| [http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/rtf.gif](http://www.ses.ac-versailles.fr/bac/fichiers/2013_norm_Antilles_speeco.rtf) | Quels sont les effets des transformations démographiques sur le financement du régime de retraite par répartition ? | Antilles-Guyane | 2013 |