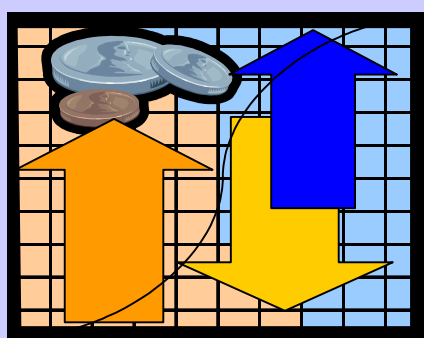




*World Health Organization*  
*Geneva*

EIP/HSF/DP.F.05.1



# **Le financement du système de santé en France:**

## **Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire**

***DISCUSSION PAPER***  
***NUMBER 1 - 2005***

*Department "Health System Financing" (HSF)*  
*Cluster "Evidence and Information for Policy" (EIP)*

Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2004

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit, ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que leurs auteurs.

Ce travail a été effectué sous la supervision de Guy Carrin. L'auteur remercie également les commentaires reçus de David Evans et Jean Perrot.

# **Le financement du système de santé en France:**

## **Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire**

Emilie Sauvignet



*WORLD HEALTH ORGANIZATION*  
*GENEVA*  
*2004*



# Table des matières

<b>INTRODUCTION : ETAT DES LIEUX DES SYSTEMES D'ASSURANCE MALADIE DANS LES PAYS DE L'OCDE, POSITION DE LA FRANCE .....</b>	<b>5</b>
1. APERÇU DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ DES PAYS DE L'OCDE .....	5
<i>Les dépenses de santé par habitant .....</i>	<i>5</i>
<i>Les dépenses de santé par rapport au Produit Intérieur Brut (PIB) .....</i>	<i>6</i>
<i>Les sources de financement des dépenses de santé : .....</i>	<i>7</i>
2. L'ORGANISATION DU FINANCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ .....	10
3. OBJECTIF DE CETTE ÉTUDE .....	12
<b>PARTIE 1 : LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS.....</b>	<b>14</b>
1.1 L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	14
1.1.1. <i>Au niveau national : .....</i>	<i>14</i>
1.1.2. <i>Au niveau régional : .....</i>	<i>16</i>
1.1.3. <i>Au niveau départemental : .....</i>	<i>17</i>
1.2 L'OFFRE DE SOINS .....	19
1.2.1. <i>L'offre hospitalière .....</i>	<i>19</i>
1.2.2. <i>Les professionnels de santé .....</i>	<i>22</i>
1.3 LES AGENTS DE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ .....	24
1.3.1. <i>L'Assurance maladie obligatoire .....</i>	<i>24</i>
1.3.2. <i>Les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) .....</i>	<i>34</i>
1.3.3. <i>Les ménages.....</i>	<i>35</i>
1.3.4. <i>L'Etat .....</i>	<i>36</i>
1.3.5. <i>Evolution de la part de chacun des agents dans le financement de la santé .....</i>	<i>37</i>
<b>PARTIE 2 : ASPECTS ORGANISATIONNELS DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE41</b>	
2.1. LA COLLECTE DES RESSOURCES : .....	41
2.1.1. <i>La couverture de la population.....</i>	<i>41</i>
A) <i>La couverture de la population par l'Assurance maladie obligatoire.....</i>	<i>42</i>
B) <i>La couverture de la population par l'assurance maladie complémentaire.....</i>	<i>45</i>
2.1.2. <i>Le mode de financement de l'Assurance maladie obligatoire .....</i>	<i>50</i>
A) <i>Structure des recettes de la branche maladie du régime général .....</i>	<i>50</i>
B) <i>Le financement du déficit de l'Assurance maladie obligatoire .....</i>	<i>58</i>
C) <i>Quelques faits sur l'équité du financement du système de santé .....</i>	<i>62</i>
2.2. LA MISE EN COMMUN DES RESSOURCES : .....	64
2.2.1. <i>Les différentes caisses du système français d'assurance maladie .....</i>	<i>65</i>
2.2.2. <i>Les compensations financières entre les différents régimes d'assurance maladie .....</i>	<i>66</i>
A) <i>Les compensations bilatérales du risque maladie : .....</i>	<i>66</i>
B) <i>La compensation généralisée du risque maladie : .....</i>	<i>67</i>
2.3. LA STRATÉGIE D'ACHAT DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE : .....	68
2.3.1. <i>Le « périmètre des biens et services remboursables » par l'Assurance maladie obligatoire ...</i>	<i>68</i>
A) <i>Le champ de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire .....</i>	<i>69</i>
B) <i>Le niveau de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire .....</i>	<i>70</i>
2.3.2 <i>Les mécanismes de paiement des prestataires de soins par l'Assurance maladie obligatoire ...</i>	<i>74</i>

B) La rémunération des médecins et personnels de ville.....	75
C) Le financement des hôpitaux par l'Assurance maladie obligatoire.....	75

<b>CONCLUSION :SUGGESTIONS POUR UNE ANALYSE DES PERFORMANCES DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE EN FRANCE.....</b>	<b>81</b>
BIBLIOGRAPHIE.....	87
GLOSSAIRE.....	91
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	95
LISTES DES TABLEAUX, GRAPHIQUES, SCHÉMAS ET ENCADRÉS.....	98
ANNEXES.....	101

## **Introduction :**

### **Etat des lieux des systèmes d'Assurance maladie dans les pays de l'OCDE, position de la France.**

Les dépenses consacrées aux soins de santé en France, et plus généralement dans les pays de l'OCDE, ont fortement augmenté depuis 50 ans. Ce phénomène de hausse des dépenses de santé, à la fois constant et généralisé dans les pays de l'OCDE, pose avec acuité la question du **financement** des systèmes de santé.

Un rapide aperçu des comptes nationaux de ces différents pays permet de mettre en évidence l'importance croissante des dépenses de santé ainsi que la nature du financement de la santé (1). En effet, quelle est la part des ressources privées et publiques dans le financement des systèmes de santé ? Les ressources publiques sont-elles issues de l'impôt ou des cotisations sociales ? Le mécanisme de financement est-il intégré à l'organisation des soins, ou géré par un système d'assurance maladie comme c'est le cas en France (2)? Après un tour d'horizon succinct des systèmes de financement de la santé dans les pays de l'OCDE, l'objectif de cette étude sera justement d'analyser le système d'assurance maladie français d'après le cadre d'analyse de l'OMS (3).

#### *1. Aperçu des comptes nationaux de la santé des pays de l'OCDE :*

##### Les dépenses de santé par habitant

Les dépenses de santé par habitant converties en dollars américains sur la base de parité de pouvoir d'achat (US\$ PPA), peuvent être utilisées pour comparer le niveau global de consommation des services de santé de différents pays à un instant donné.

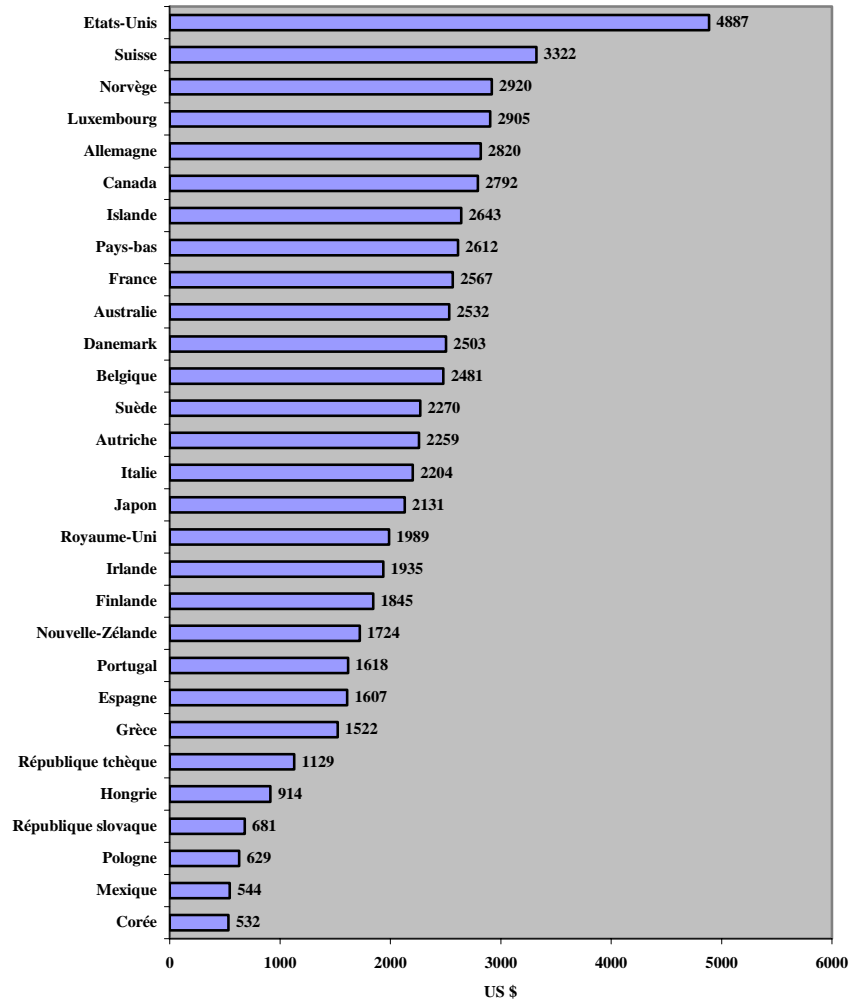
En termes de dépenses totales de santé par habitant, les Etats-Unis se situent très au-dessus des autres pays de l'OCDE : en 2001, ils ont dépensé 4887 US\$ PPA par habitant, soit 2,3 fois plus que la moyenne de l'OCDE qui était de 2086,8 US\$ PPA. A l'autre extrémité de l'échelle, le Mexique, la Pologne, la République slovaque, la Corée et la Hongrie ont dépensé moins de 1000 US\$ PPA au titre de la santé en 2001.

La France se situe quant à elle légèrement au-dessus de la moyenne de l'OCDE avec une dépense de santé par habitant de 2567 US\$ PPA.

Sur l'ensemble des pays de l'OCDE, le taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé réelles est passé d'un taux moyen de 6,2% dans les années 70, à 3,1% dans les années 80, et 3,3% dans les années 90. Bien que la progression des dépenses se soit considérablement ralentie sur les vingt dernières années, les dépenses de santé continuent à augmenter à des taux supérieurs au taux de la croissance économique dans de nombreux pays

de l'OCDE. C'est notamment le cas de l'Allemagne, de la France et de la Suisse.

**Graphique n°1 : Total des dépenses de santé (en US\$) par habitant dans les pays de l'OCDE, 2001.**

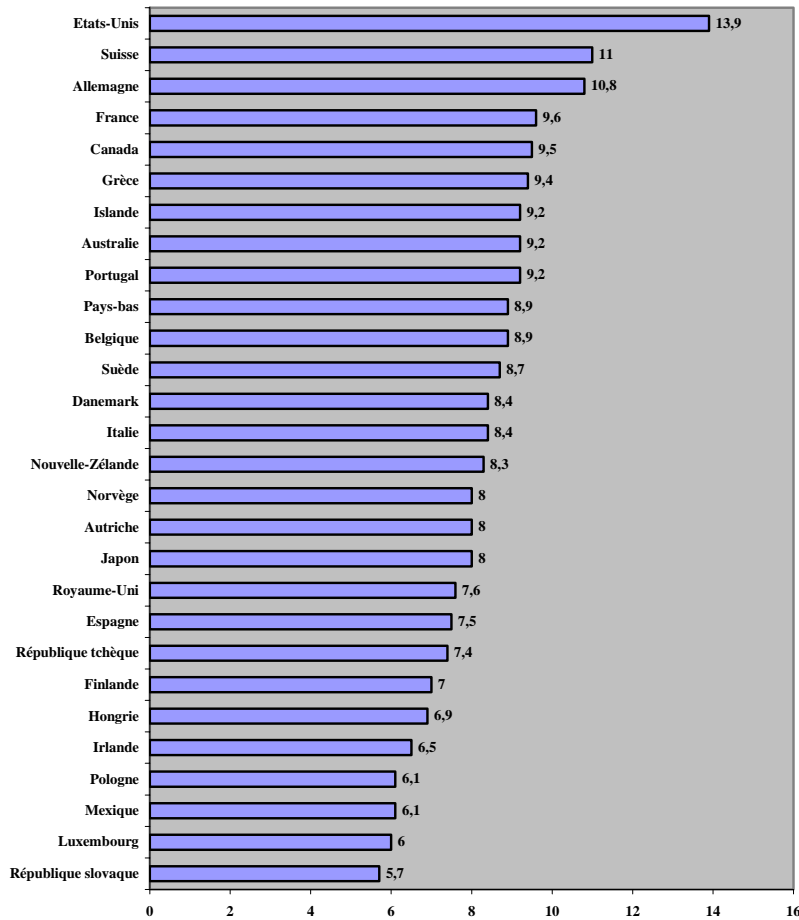


Source des données : Rapport sur la santé dans le monde 2004, OMS.

**Les dépenses de santé par rapport au Produit Intérieur Brut (PIB)**

Les dépenses de santé représentent une part croissante du PIB des pays de l'OCDE. Le ratio dépenses de santé/PIB est passé, dans les pays de l'OCDE, d'une moyenne de 7,3% en 1990 à une moyenne de 8,1% en 2000, pour atteindre 8,3% en 2001. Ce ratio est passé pour la France de 8,6% en 1990 à 9,6% en 2001.

**Graphiques n°2 : Total des dépenses de santé en % du PIB dans les pays de l'OCDE, 2001.**



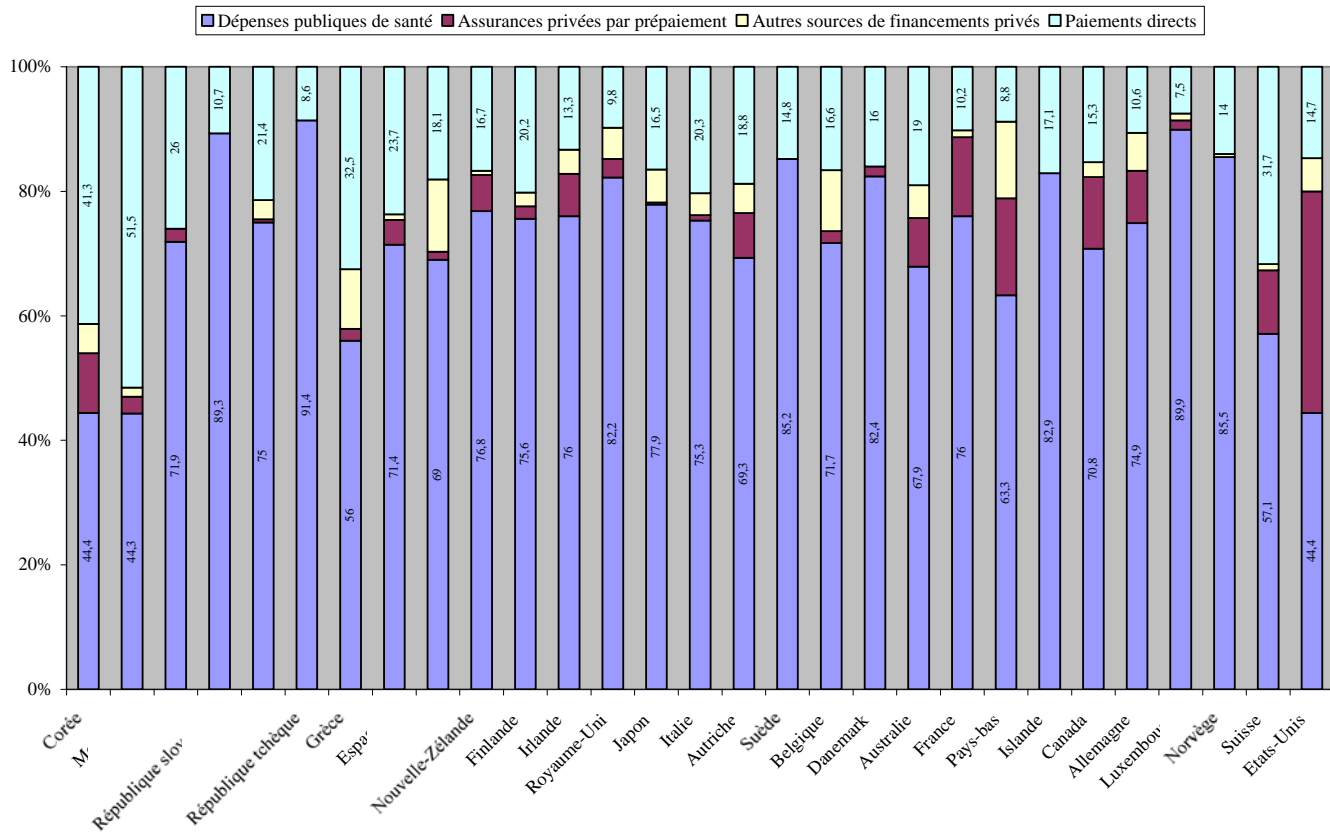
Source des données : Rapport sur la santé dans le monde 2004, OMS.

**Les sources de financement des dépenses de santé :**

Dans tous les pays de l'OCDE les soins de santé sont financés à la fois par des sources privées (assurances privées, paiements directs) et par des sources publiques (administrations publiques, organismes de sécurité sociale).

### **Graphique n°3 : Dépenses de santé par source de financement dans les pays de l'OCDE, 2001.**

Pays classés du plus faible au plus haut niveau de dépenses par habitant



Source des données : Rapport sur la santé dans le monde 2004, OMS

La part des dépenses publique de santé est très variable suivant les pays. Néanmoins, le secteur public reste la principale source de financement des pays de l'OCDE, exception faite de la Corée, des Etats-Unis et du Mexique. La part du secteur public dans les dépenses de santé des pays de l'OCDE a été en moyenne de 72,5% en 2001.

La France se situe légèrement au-dessus de la moyenne de l'OCDE avec 76% de financements publics en 2001. La part des dépenses publiques dans les dépenses de santé a été variable : elle a connu une hausse pendant les années 70, puis une stabilisation dans les années 80, et enfin une légère diminution dans les années 90.

Les dépenses publiques de santé incluent les dépenses des administrations publiques et les dépenses des organismes de sécurité sociale. Leur part respective est variable selon les pays. Ces différences sont illustrées par le tableau 1 ci-dessous.

**Tableau n°1 : Dépenses publiques de santé dans les pays de l'OCDE, 2001.**

	Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	Dont :	
		Administrations publiques	Sécurité sociale
Allemagne	74,9	6,1	68,8
Australie	67,9	67,9	0
Autriche	69,3	26,5	42,8
Belgique	71,7	16,1	55,6
Canada	70,8	69,4	1,4
Corée	44,4	10,1	34,3
Danemark	82,4	82,4	0
Espagne	71,4	64,8	6,6
Etats-unis	44,4	29,8	14,6
Finlande	75,6	59,9	15,7
<b>France</b>	<b>76</b>	<b>2,7</b>	<b>73,3</b>
Grèce	56	36,4	19,6
Hongrie	75	12,6	62,4
Irlande	76	75,2	0,8
Islande	82,9	59,6	23,3
Italie	75,3	75,1	0,2
Japon	77,9	12,8	65,1
Luxembourg	89,9	20,1	69,8
Mexique	44,3	14,8	29,5
Norvège	85,5	85,5	0
Nouvelle-zélande	76,8	76,8	0
Pays-bas	63,3	13,9	59,4
Pologne	71,9	16,7	55,2
Portugal	69	64,3	4,7
République slovaque	89,3	4,4	84,9
République tchèque	91,4	12,7	78,7
Royaume-Uni	82,2	82,2	0
Suède	85,2	85,2	0
Suisse	57,1	16,9	40,2
<b>Moyenne</b>	<b>72,5</b>	<b>41,3</b>	<b>31,2</b>

Source des données : Rapport sur la santé dans le monde 2004, OMS

Alors que les dépenses publiques de santé de certains pays tels que l'Allemagne, la Belgique, ou la France proviennent majoritairement des organismes de sécurité sociale, les dépenses publiques de santé de l'Australie, du Danemark et de la Norvège proviennent exclusivement des administrations publiques.

Ces différences dans la nature du financement public dépendent de l'organisation du financement du système de santé : alors que l'Allemagne, la Belgique et la France se caractérisent par des systèmes d'assurance maladie, l'Australie, le Danemark et la Norvège disposent de services nationaux de santé.

## 2. L'organisation du financement des systèmes de santé

La source du financement public (administrations publiques ou sécurité sociale) varie selon la nature du système de santé. Il peut être de deux types :

- *Les services nationaux de santé*, pour lesquels prédomine le financement par les administrations publiques,
- *Les systèmes d'assurance maladie*, financés par la sécurité sociale.

Ces deux types de système de santé se caractérisent par des conditions d'accès aux prestations, un mode de financement et une organisation spécifiques, tous trois décrits dans le tableau 2 ci-dessous.

**Tableau n°2 : Systèmes nationaux de santé et systèmes d'assurance maladie**

	<b>Systèmes nationaux de santé</b>
<b>Pays</b>	Royaume-Uni, Danemark, Suède, Finlande, Italie, Espagne, Portugal, Grèce, Canada, Australie et Nouvelle-Zélande
<b>Conditions d'accès aux prestations</b>	- Royaume-Uni, Suède, Finlande, Italie : <b>tous les résidents</b> ont droit à l'ensemble des prestations et des services. - Il existe des restrictions plus ou moins nombreuses pour le Danemark, l'Espagne, le Portugal et la Grèce qui tiennent au caractère récent du passage au régime universel.
<b>Financement</b>	Les services nationaux de santé britannique, irlandais et scandinave sont presque entièrement financés par l' <b>impôt</b> . (Au Royaume-Uni et en Irlande, une fraction des cotisations sociales contribue à financer le service national de santé.) Dans les pays du sud de l'Europe, le passage d'un financement par cotisations à un financement fiscal a été imposé par les réformes qui ont mis en place les systèmes nationaux de santé, mais cet objectif n'a pas encore été atteint.
<b>Organisation</b>	Les services nationaux de santé intègrent à la fois l'organisation des soins et leur financement : en Irlande, au Royaume-Uni, au Danemark, en Suède, en Finlande et en Italie, le pouvoir de décision appartient au ministère de la santé, la mise en œuvre relevant des autorités régionales ou locales dont le degré d'autonomie varie. L'Espagne, le Portugal et la Grèce sont ici aussi dans une phase de transition.

	<b>Systèmes d'assurance maladie</b>
<b>Pays</b>	Allemagne, <b>France</b> , Belgique, Luxembourg, Pays-bas, Autriche, Suisse, Israël, Japon.
<b>Conditions d'accès aux prestations</b>	L'accès à la prise en charge des soins par la sécurité sociale est lié à l' <b>activité professionnelle</b> . Les personnes qui ne travaillent pas sont couvertes soit en qualité d' « ayant droit » d'un travailleur assuré, soit par une assurance privée, soit par un mécanisme d'assistance sociale. Toutefois les exceptions à la condition d'activité professionnelle et de paiement de cotisations sont devenues tellement nombreuses, notamment en France, que la généralisation de la protection maladie est pratiquement assurée. Les recettes du budget général sont parfois utilisées pour combler les déficits.
<b>Financement</b>	Les <b>cotisations d'assurance maladie</b> constituent la principale source de financement des caisses, bien que dans plusieurs pays les recettes du budget général soient parfois utilisées pour combler les déficits.

<b>Organisation</b>	Les systèmes d'assurance maladie ne s'occupent que du remboursement des soins aux assurés (ou du paiement direct au système de santé en cas de tiers payant.) Les ministères de la sécurité sociale et/ou de la santé sont responsables de l'organisation générale et du financement. Mais les caisses peuvent disposer d'une certaine autonomie d'organisation pour le service de prestation, voire pour son financement. Les caisses sont organisées sur une base territoriale et sont gérées par des conseils (organisations syndicale et patronale).
---------------------	--

La France se caractérise donc par un système d'assurance maladie, ce qui explique que les fonds publics provenant de la sécurité sociale représente 73% des dépenses totales de santé. L'assurance maladie obligatoire est donc un acteur fondamental du financement du système de santé français.

### **3. Objectif de cette étude**

Cette étude a pour objectif d'analyser l'organisation du financement du système de santé français, et plus précisément de son agent de financement principal : **l'Assurance maladie obligatoire**.

La **partie 1** du présent document permettra de replacer l'Assurance maladie obligatoire dans le cadre global du système de santé français.

La *fonction d'administration générale* du système de santé (se reporter au schéma 1 ci-dessous) y sera discutée, ce qui permettra de situer l'Assurance maladie obligatoire au sein de l'organisation sanitaire générale (**1.1**). Il sera également question de la *fonction de Prestation de services* du système de santé : ce paragraphe introduira les différents prestataires de soins que l'Assurance maladie obligatoire est amenée à financer (**1.2**). Enfin, les différents agents de financement du système de santé seront présentés, ce qui sera l'occasion de discuter de leur part respective dans le financement du système de santé et de souligner l'importance de l'Assurance maladie obligatoire (**1.3**).

La **partie 2** s'attachera de façon approfondie à la *fonction de financement* du système de santé, c'est-à-dire aux différentes sous-fonctions remplies par l'Assurance maladie obligatoire. Définies par l'OMS dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, ces trois sous-fonctions sont la *collecte des revenus*, leur *mise en commun*, et l'*achat* des prestations sanitaires.

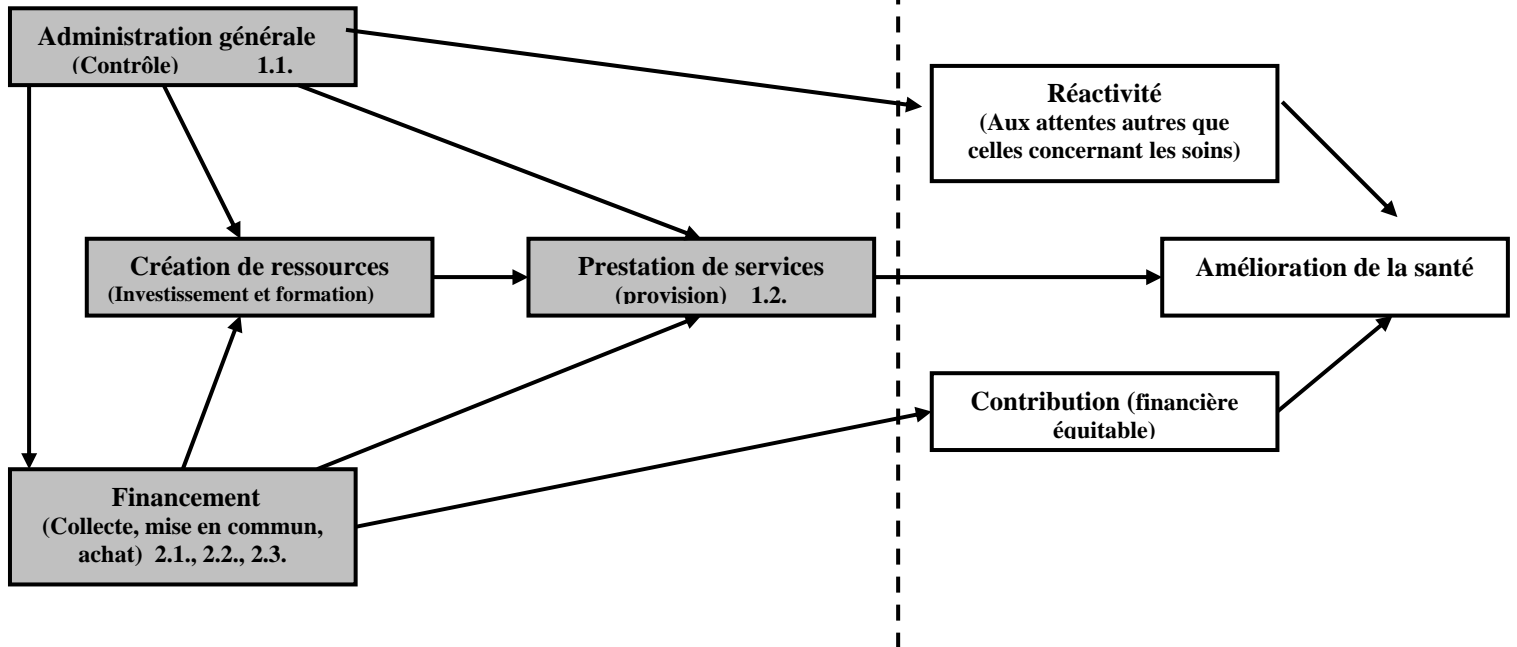
L'analyse de la collecte des revenus par l'Assurance maladie obligatoire permettra de s'interroger sur la part de la population couverte par celle-ci, mais également de déterminer son mode de financement (**2.1**). L'assurance maladie obligatoire joue également un rôle fondamental dans la mise en commun des ressources, action **qui est indissociable de la collecte et** qui consiste à accumuler et à gérer les revenus afin que le risque du paiement des soins de santé soit réparti entre tous les membres du groupe. Il est donc important de déterminer le niveau de fragmentation des caisses de l'Assurance maladie et d'identifier les mécanismes de compensation qui permettent d'instaurer une certaine solidarité entre ces mêmes caisses (**2.2**). Enfin l'Assurance maladie est largement impliquée dans le processus d'achat des prestations de santé au cours duquel les fonds d'une caisse sont versés à des prestataires. Ce paragraphe permettra d'identifier les différentes techniques d'achat qu'elle met en œuvre (**2.3**).

Les développements présentés ci-dessus soulèveront différentes questions, telles que la capacité de l'Assurance maladie à collecter des ressources, à garantir un accès équitable aux soins ou encore à utiliser les ressources disponibles de façon optimale. La conclusion de cette étude sera l'occasion de suggérer un ensemble d'indicateurs visant à mesurer la performance de l'Assurance maladie obligatoire sur ces différentes questions.

## Schéma n°1 : Rapports entre les fonctions et les objectifs d'un système de santé

Fonctions du système

Objectifs du système



Source : Rapport sur la santé dans le monde 2000, OMS.

## Partie 1 : le système de santé français

Le système de santé français se caractérise par une organisation institutionnelle (1.1) au sein de laquelle l'Etat joue un rôle prépondérant. Il fournit une offre de soins (1.2) complète, quoique inégalement répartie sur le territoire. Enfin, il est financé par différents agents (1.3), le principal d'entre eux étant l'Assurance maladie obligatoire.

### 1.1 L'organisation du système de santé

L'Etat remplit un rôle majeur en matière de politique de santé et de régulation du système de soins. Il intervient :

- . Au niveau national par le biais du parlement et du gouvernement (ministères chargés de la santé et des affaires sociales),
- . Au niveau décentralisé (régional et départemental) par le biais des collectivités territoriales.

#### 1.1.1. Au niveau national :

**L'Etat**, en tant que garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population, remplit un rôle prépondérant dans l'administration du système de santé. Au niveau national, il intervient par le biais du parlement, du gouvernement et des agences de santé placées sous sa tutelle.

##### - Le parlement

Depuis 1996, le parlement vote chaque année une *Loi de Financement de la Sécurité Sociale* (LFSS). Cette loi remplit trois fonctions importantes : elle fixe un objectif prévisionnel de dépenses d'Assurance maladie pour l'année suivante (*Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie*, l'ONDAM, se reporter à l'encadré n°10), elle approuve un rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale, et elle comporte des dispositions nouvelles sur les prestations et sur la régulation du système.

##### - Le gouvernement

Le gouvernement intervient par le biais du *ministère chargé de la santé* et du *ministère chargé des affaires sociales*. Selon les différents gouvernements qui se sont succédés, la santé n'a pas systématiquement fait l'objet d'un ministère à part : un ministre délégué ou un secrétaire d'Etat se voit alors confier ce domaine sous l'autorité du ministre chargé des affaires sociales<sup>1</sup>. Depuis le 17 Juin 2002, deux ministères distincts sont en place :

- le Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité,
- le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

Ces deux ministères sont composés de plusieurs directions<sup>2</sup>. Quatre d'entre elles jouent un rôle fondamental dans la régulation du système de santé :

---

<sup>1</sup> Se référer à l'annexe 3.

<sup>2</sup> Se référer aux annexes 4 et 5.

## **Encadré n°1 : Les différentes directions ministérielles impliquées dans le domaine de la santé**

Directions placées sous l'autorité du ministère de la santé :

- La **Direction Générale de la Santé** (DGS)

Placée sous l'autorité du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, elle est chargée de l'élaboration de la politique de santé (objectifs et priorités) et contribue à sa mise en œuvre.

- La **Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins** (DHOS)

Egalement placée sous l'autorité du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, elle est chargée de l'élaboration de la politique de l'offre de soins en fonction des objectifs et des priorités de la politique de santé.

Directions placées sous l'autorité du ministère de la santé et du ministère des affaires sociales :

- La **Direction Générale de l'Action Sociale** (DGAS)

Placée sous l'autorité conjointe du Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, et du Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, elle élabore, coordonne et met en œuvre les politiques d'intervention sociale, médico-sociale et de solidarité (lutte contre les exclusions, aide aux familles et à l'enfance...)

- La **Direction de la Sécurité Sociale** (DSS)

Elle est l'intermédiaire entre le ministère en charge des affaires sociales et les caisses nationales de sécurité sociale (CNAMTS, CANAM, CCMSA<sup>3</sup>.) Elle élabore et met en œuvre la politique relative à la sécurité sociale :

- . elle prépare les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), c'est-à-dire la répartition prévisionnelle des dépenses par secteur de soins et par région), veille à l'exécution de ces lois et assure le suivi financier des différents régimes de sécurité sociale,
- . elle est chargée de la politique de financement des régimes de sécurité sociale (taux des cotisations, etc.)
- . elle assure la tutelle sur les organismes de sécurité sociale.

A partir du cadre fixé par le parlement, le gouvernement assure donc une grande part de la régulation du système de soins. En plus des éléments cités dans l'encadré ci-dessus, on peut également ajouter à son actif la fixation annuelle du nombre d'étudiants en médecine, des taux d'équipement pour les structures de santé, et des normes de sécurité dans les établissements. Enfin il arrête les prix des actes médicaux et des médicaments, sur proposition de commissions *ad hoc* (Se reporter au paragraphe 2.3.1.A.)

### **- Le Haut Comité de Santé Public (HCSP)**

Créé en 1991 et placé auprès du ministre chargé de la santé, le *Haut Comité de la Santé Publique* a pour mission d'apporter des éléments d'orientation et d'aide à la décision sur des problèmes de santé publique ou d'organisation des soins. Il établit régulièrement des bilans de l'état de santé de la population, des analyses globales et prospectives sur des problèmes de santé publique, contribue à la définition des objectifs de santé publique et fait des propositions pour le renforcement des actions de prévention. Il peut également être consulté sur des questions spécifiques concernant l'organisation des soins et constituer dans ce cadre des groupes de travail dont le mandat est d'établir un état de la question et de formuler des propositions. Depuis la réforme de 1996, il établit un rapport annuel à destination de la *Conférence nationale de santé* et du Parlement.

---

<sup>3</sup> Se référer aux encadrés 3, 4, et 5.

## **- Les organismes et agences de santé**

Toujours au niveau national, plusieurs organismes ayant des compétences dans des domaines spécifiques ont été progressivement créés. De formes juridiques variées, ils sont sous la tutelle de l'Etat. Cette tutelle est en règle générale assurée par le ministère en charge de la santé, par le biais de la DGS.

### **Encadré n°2 : Organismes et agences de santé sous la tutelle de l'Etat**

- Parmi les structures de santé publique, on recense le *Haut Comité de Santé Publique* (Date de création : 1991), la *Conférence Nationale de Santé*, le *Comité Français d'Education pour la Santé* (1972), ou encore le *Comité Technique National des Infections nosocomiales* (1992), le *Réseau national de santé public* (1992).

- Les organismes consultatifs dans le domaine sanitaire sont le *Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé* (CCNE, 1983) et le *Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France* (1902).

- Les instituts de recherche et de formation comprennent l'*Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale* (INSERM) ainsi que l'*Ecole Nationale de la Santé Publique* (ENSP).

- Enfin on recense un ensemble d'organismes et d'agences chargés d'une expertise technique en matière de sécurité sanitaire : l'*Agence Française de sécurité Sanitaire des Produits de Santé* (AFSSAPS, 1999), l'*Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments* (AFSSA, 1999), l'*Etablissement Français du Sang* (EFS, 1999), l'*Etablissement Français des Greffes* (EFG, 1994), l'*Institut de Veille Sanitaire* (InVS, 1999), l'*Agence Nationale de Recherche sur le Sida* (ANRS, 1988), l'*Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé* (ANAES, 1996), l'*Agence du Médicament* (1993).

## **- La Conférence Nationale de Santé**

La conférence nationale de santé se réunit annuellement. Elle est chargée de proposer des priorités et des orientations pour la politique de santé et, depuis 2002, d'établir un rapport annuel sur le respect des droits des usagers. Elle s'appuie notamment sur les travaux réalisés par les *Conférences Régionales de Santé*. Elle est composée de représentants des professionnels, des établissements de santé. Les usagers y seront bientôt représentés.

### **1.1.2. Au niveau régional :**

Depuis une dizaine d'années, l'échelon régional joue un rôle croissant dans l'organisation et la gestion du système de soins.

## **- Les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)**

Créées en 1977, les 22 DRASS sont les services régionaux de l'Etat (Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité ; et le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées). Elles sont placées sous l'autorité du préfet de région (représentant direct du premier ministre et de chacun de ses ministres) et dirigées par un Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales chargé de l'application de la politique ministérielle. Les DRASS assurent donc la mise en œuvre des politiques nationales dans le domaine sanitaire, social et médico-social en intervenant plus particulièrement dans trois domaines :

- . la santé publique (élaboration et mise en œuvre d'une politique régionale de santé, gestion du risque sanitaire, questions hospitalières sous l'autorité du directeur de l'ARH)
- . la protection sociale (tutelle administrative et contrôle de l'application de la législation et de la gestion des organismes de la sécurité sociale)
- . la cohésion sociale et le développement social (lutte contre les exclusions).

### **- Les Conférences Régionales de Santé**

Lancées en 1994, elles permettent de conduire un débat public sur la santé au niveau régional. Organisées par les DRASS, elles permettent la participation des services de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie, des établissements sanitaires et sociaux, des professionnels du champ sanitaire et des associations d'usagers. Leur objet est d'analyser l'évolution des besoins de santé, d'établir des priorités de santé, et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population. Ces propositions sont utilisées lors de la *Conférence Nationale de Santé*.

### **- Les Agences Régionales d'hospitalisation (ARH)**

Mises en place suite à l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, les ARH sont des groupements d'intérêt public<sup>4</sup> constitués entre l'Etat et les caisses régionales d'assurance maladie. Placées sous l'autorité directe du ministère chargé des affaires sociales et du ministère chargé de la santé, les agences sont soumises au contrôle de la Cour des comptes et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Chaque agence dispose d'une commission exécutive composée à parts égales des représentants des services déconcentrés de l'Etat et d'agents d'organismes de l'Assurance maladie obligatoire.

Elles ont notamment pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers, ainsi que de déterminer le montant des ressources allouées à chaque établissement hospitalier<sup>5</sup>.

### **1.1.3. Au niveau départemental :**

#### **- Les Directions départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)**

Créées en 1964 et placées sous l'autorité du préfet de département, les 96 DDASS sont des services déconcentrés qui mettent en œuvre la politique sanitaire et sociale définie par les pouvoirs publics. Elles interviennent dans quatre domaines particuliers :

- . le contrôle des établissements sanitaires et sociaux, de l'environnement et de l'habitat,
- . la gestion de certaines prestations sociales,
- . la prévention et la promotion de la santé,
- . le conseil, l'information, la coordination des actions.

#### **- Les services d'action sociale et de santé des départements**

Ces services dépendent du conseil général (niveau départemental) et gèrent notamment la protection maternelle et infantile, les vaccinations, la prévention des MST, le dépistage et la surveillance des cancers, l'aide sociale, le service social du département...

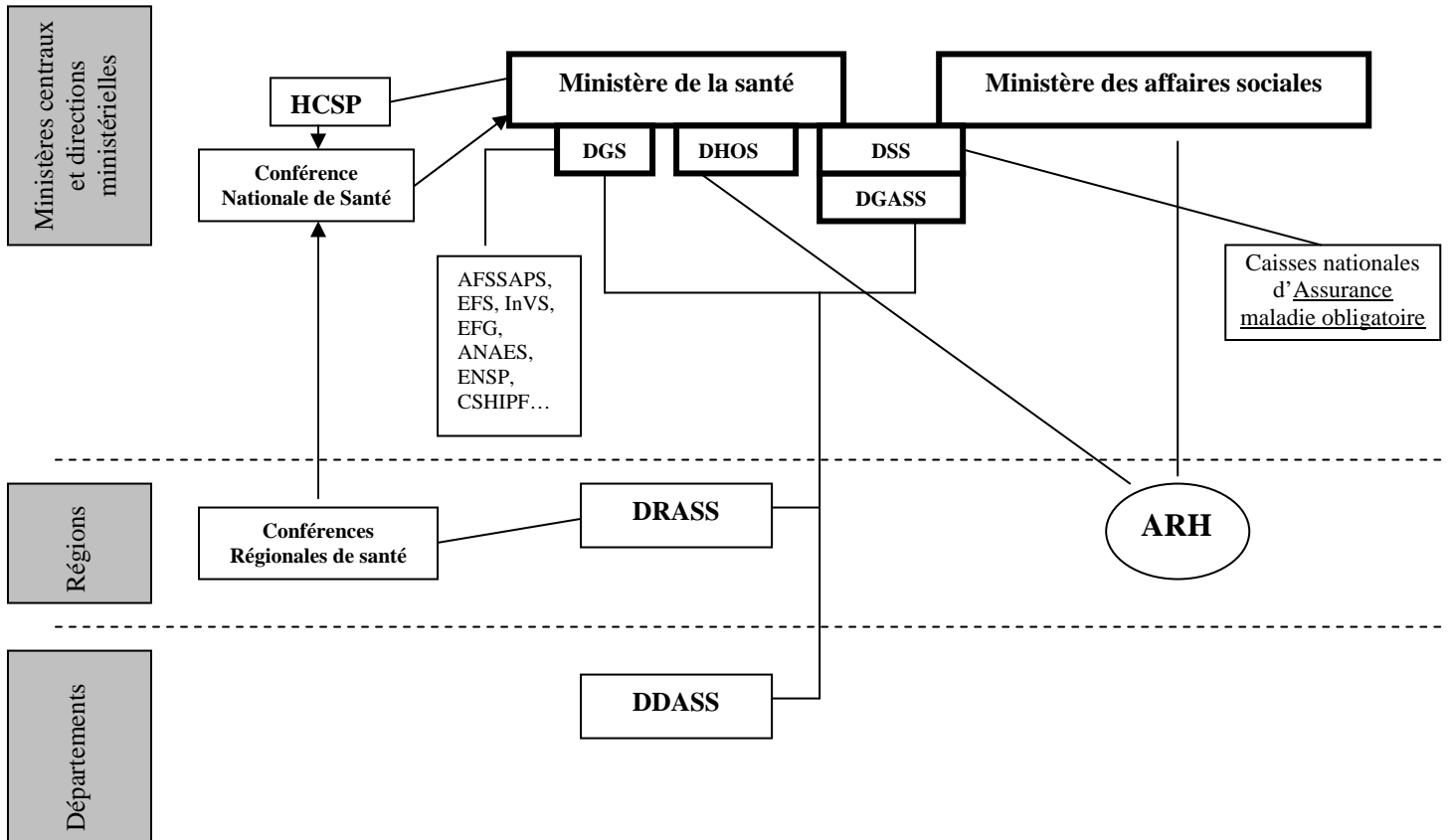
*Omniprésent à tous les échelons territoriaux, l'Etat joue un rôle fondamental dans l'organisation du système de santé. Il dispose en effet de compétences importantes tant au niveau des politiques de santé que dans le pilotage du système de soins. Seules les conventions avec les professionnels de santé en pratique libérale restent du ressort des organismes de l'Assurance maladie obligatoire (Se référer au paragraphe 2.3.2.A).*

---

<sup>4</sup> Groupement d'intérêt public : personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière.

<sup>5</sup> Se référer au paragraphe 2.3.2.B.

**Schéma n° 2 : L'architecture sanitaire au niveau national, régional et départemental**



## **1.2 L'offre de soins**

Les offreurs de soins, soignants et/ou institutions dans lesquelles ils travaillent, se caractérisent par une forte diversité. Nous retiendrons l'offre hospitalière, ainsi que l'offre constituée par les professionnels de santé.

### **1.2.1. L'offre hospitalière**

Avec une densité moyenne de 8,4 lits pour 1000 habitants (dont 4,2 lits pour 1000 habitants dans les services de court séjour en 2001), la France se situe à peu près au niveau de la moyenne européenne (4,1 lits pour 1000 habitants dans les services de court séjour en 2000<sup>6</sup>). Les écarts de densité au niveau régional et départemental sont importants : pour les services de soins de courte durée, les densités départementales varient de 2,5 à 6 lits pour 1000 habitants.

En 2000, le système hospitalier français se composait de 3076 établissements de santé publics et privés et totalisait 475 726 lits d'hospitalisation complète<sup>7</sup> ainsi que 46 095 places d'hospitalisation partielle<sup>8</sup> ou de moins de 24h. Ces établissements présentent des statuts variés :

#### **- Les établissements publics :**

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public. Ils assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'Etat : ils sont effectivement sous la tutelle des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH).

Au nombre de 1010, ils concentrent près des deux tiers des capacités d'hospitalisation complète (65,4%). Un partage d'activité s'est instauré entre les établissements publics qui exploitent la grande majorité des lits de médecine (77,6% des lits) et de psychiatrie (80,6%), alors que les cliniques privées ont essentiellement une vocation chirurgicale (56,5%) et obstétrique (35,5%). Financés par dotation globale annuelle<sup>9</sup>, les établissements publics vont progressivement passer à une tarification à l'activité<sup>10</sup> à compter de Janvier 2004.

On distingue différents types d'hôpitaux publics:

#### **Les centres hospitaliers régionaux et généraux :**

On dénombre 29 centres hospitaliers régionaux (dont 27 sont des Centres Hospitaliers Universitaires, CHU) et 562 centres hospitaliers généraux. Leur mission est d'assurer toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique, ainsi que les soins de suite et de longue durée. Pour les CHU s'ajoutent les missions d'enseignement, la recherche, la prévention et l'éducation sanitaire.

---

<sup>6</sup> Se référer à l'annexe 6.

<sup>7</sup> Hospitalisation durant laquelle le patient est hébergé à l'hôpital.

<sup>8</sup> Elle correspond à plusieurs formes de prise en charge des patients sur une durée très courte : hospitalisation de jour en médecine, soins de suite et de réadaptation, chirurgie et anesthésie ambulatoire

<sup>9</sup> Se référer au paragraphe 2.3.2.B.

<sup>10</sup> Se référer à l'encadré n°13

### Les centres hospitaliers spécialisés :

Dans ces hôpitaux, une ou plusieurs unités de discipline différente ont pour objectif le traitement d'une même pathologie : les maladies mentales dans les hôpitaux psychiatriques, le cancer dans des structures spécifiques.

### Les hôpitaux locaux :

Les 349 hôpitaux locaux assurent les soins médicaux courants. Ils ont un faible niveau de médicalisation et recourent de façon habituelle aux services des médecins généralistes qui y exercent à titre libéral.

### **- Les établissements privés :**

Les 2066 établissements privés sont de trois types :

#### Les établissements privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier (dits PSPH) :

Ces établissements sont admis à participer au service public hospitalier s'ils répondent à des conditions d'organisation et de fonctionnement fixées par décret. Ils sont financés comme les hôpitaux publics par la dotation globale et vont également passer à une tarification à l'activité.

#### Les établissements privés à but non lucratif non PSPH :

Financés par prix de journée jusqu'en 1998, ils ont dû opter depuis pour le budget global ou le mode de financement des cliniques.

#### Les établissements privés à but lucratif :

Ces 1164 établissements représentent 19,7% des capacités en hospitalisation complète. Leur activité est majoritairement orientée vers la chirurgie et l'obstétrique. Financés par le paiement à l'acte pour les praticiens libéraux et par une tarification par prix de journée fixée par l'ARH, les établissements à but lucratif vont graduellement passer à la tarification à l'activité à partir d'octobre 2004.

### **- Centres de soins et dispensaires**

Il existe environ un millier de centres de soins et de dispensaires, dont 90% ont un statut public. Ils dépendent des municipalités, des mutuelles ou des associations. Ils s'adressent principalement aux malades ambulatoires et fournissent des interventions générales ou spécialisées (ex : dispensaire antituberculeux, centre de consultation avancée contre le cancer, centre de médecine sportive...).



## 1.2.2. Les professionnels de santé

Selon la définition choisie, le champ des professionnels de santé peut être plus ou moins large :

- il peut recouvrir les seuls professionnels médicaux et paramédicaux<sup>11</sup> dont le droit d'exercice et les actes sont réglementés, soit 831 558<sup>12</sup> professionnels en France métropolitaine en 2001.
- dans une acception plus large, il recouvre l'ensemble des professions réglementées par le code de la santé publique ainsi que les autres intervenants de la production de services de santé (aides-soignantes, ambulanciers, agents hospitaliers, psychologues...), soit 1 650 000 professionnels en France métropolitaine en 2000.

Ce paragraphe s'attachera plus spécifiquement aux médecins et à quelques unes des autres professions médicales.

### **- Les médecins :**

#### Le profil démographique des médecins :

- Au 1er Janvier 2001, l'Ordre des Médecins recense 196 006 médecins en activité en métropole (soit 3,3 médecins pour 1000 habitants) dont<sup>13</sup> :
  - 56% de libéraux ou mixtes (conjuguant exercice libéral et salarié),
  - 36% de salariés exclusifs dont 70% d'hospitaliers,
  - 1% ayant des activités dont on ne sait si elles sont rémunérées sous forme de salaire ou d'honoraires (industrie pharmaceutique, expertise...)
  - et enfin 7% des médecins ne déclarent pas un cadre d'exercice précis.
- Les médecins se répartissent en deux groupes : 52% de médecins généralistes et 48% de spécialistes.
- Depuis 20 ans leur nombre a augmenté de 75%. La densité médicale est passée de 206 médecins pour 100 000 habitants en 1979 à 335 en 2001. Néanmoins, après une forte croissance des effectifs pendant les années quatre-vingts (+3,8% par an en moyenne), on constate un net ralentissement pendant les années quatre-vingt-dix (+1,6% par an en moyenne). Ce ralentissement est dû au *numerus clausus* instauré à la fin des années soixante-dix visant à réduire de plus de 50% les places offertes en 2<sup>ème</sup> année de médecine.

#### La répartition géographique :

La répartition des médecins selon la région, le département ou encore la commune, est relativement inégale.

- La répartition régionale : la densité régionale moyenne des spécialistes est de 162 pour 100 000 habitants. Elle est plus de 2 fois supérieure dans la région la mieux pourvue (Ile-de-France) que dans la région la moins bien pourvue (Picardie). Pour les médecins généralistes, la densité moyenne est de 173. Elle est 1,5 fois plus élevée dans le Languedoc-Roussillon que dans le Centre.

---

<sup>11</sup> Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs en électroradiologie médicale, audio-prothésistes, opticiens-lunetiers.

<sup>12</sup> DREES, *professions de la santé en 2001* et CREDES, *la démographie médicale française*.

<sup>13</sup> CREDES, *La démographie médicale française : état des lieux*, Questions d'économie de la santé n°44 – Décembre 2001.

- La répartition départementale : la densité des médecins varie de 1 à 4 entre le département le plus faiblement doté (la Mayenne) et le département le mieux doté (Paris).
- Enfin les communes rurales sont dans l'ensemble moins bien dotées que les autres communes, tant en médecins généralistes qu'en spécialistes. De plus, on constate que les médecins privilégient les centres-villes au détriment des périphéries.

#### - Autres professions

**Tableau n°3 : Démographie et répartition géographique des professionnels de santé**

1er Janvier 2003 <sup>14</sup>	Démographie totale	Densité moyenne pour 100 000 habitants en France métropolitaine	Densité régionale la plus faible	Densité régionale la plus élevée
<b>Dentistes</b>	40 648	68	41 (Région Haute-Normandie)	92 (Région PACA <sup>15</sup> )
<b>Infirmiers</b>	423 431	710	498 (Région Centre)	943 (Région PACA)
<b>Masseurs kinésithérapeutes</b>	56 924	95	59 (Région Champagne-Ardenne)	142 (Région PACA)
<b>Pharmaciens</b>	63 909	107	96 (Région Alsace)	136 (Région Limousin)

*La répartition inégale des structures de soins et des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire français pose avec acuité la question de l'égalité d'accès aux soins de l'ensemble de la population.*

<sup>14</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique, DREES, *Les professions de santé au 1er Janvier 2003*, Daniel Sicart, n°52 Mai 2003.

<sup>15</sup> Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

### ***1.3 Les agents de financement du système de santé***

Lorsque l'on parle du financement de la santé, il existe deux angles d'approche distincts mais complémentaires :

- On peut s'intéresser aux **dépenses** du système : il s'agit dans ce cas de déterminer la participation des différents agents (Etat, Assurance maladie obligatoire, organismes complémentaires d'assurance maladie, ménages) au financement des biens et services médicaux consommés. C'est la dimension qui sera traitée dans ce paragraphe (1.3)
- On peut également s'intéresser aux **recettes** du système, autrement dit aux différentes sources de financement des différents acteurs, et notamment du principal d'entre eux : l'Assurance maladie obligatoire. Cette question sera traitée dans le paragraphe 2.1.2.

Quatre agents participent au financement du système de santé :

- l'Assurance maladie obligatoire (**1.3.1**),
- les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) (**1.3.2**),
- les ménages (**1.3.3**),
- et l'Etat, notamment par le biais des collectivités locales (**1.3.4**).

Leur part respective dans le financement du système de santé est très variable (**1.3.5**): c'est l'Assurance maladie obligatoire qui est l'agent principal de financement.

#### **1.3.1. L'Assurance maladie obligatoire**

Afin de comprendre le fonctionnement de l'Assurance maladie obligatoire en France, il est nécessaire de la replacer dans le champ plus général de la sécurité sociale française. (Se référer au schéma n°4 ci-dessous.)

Mise en place en 1946, l'organisation de la sécurité sociale est complexe dans la mesure où elle n'est pas composée d'un régime unique mais de plusieurs régimes<sup>16</sup>. La notion de « régime » de sécurité sociale peut se définir comme étant « *un statut organisant des transferts re-distributifs au sein d'un groupe donné*<sup>17</sup>. » Ces régimes, appelés **régimes légaux** ou **régimes de base**, sont **obligatoires** et assis sur une **base professionnelle**.

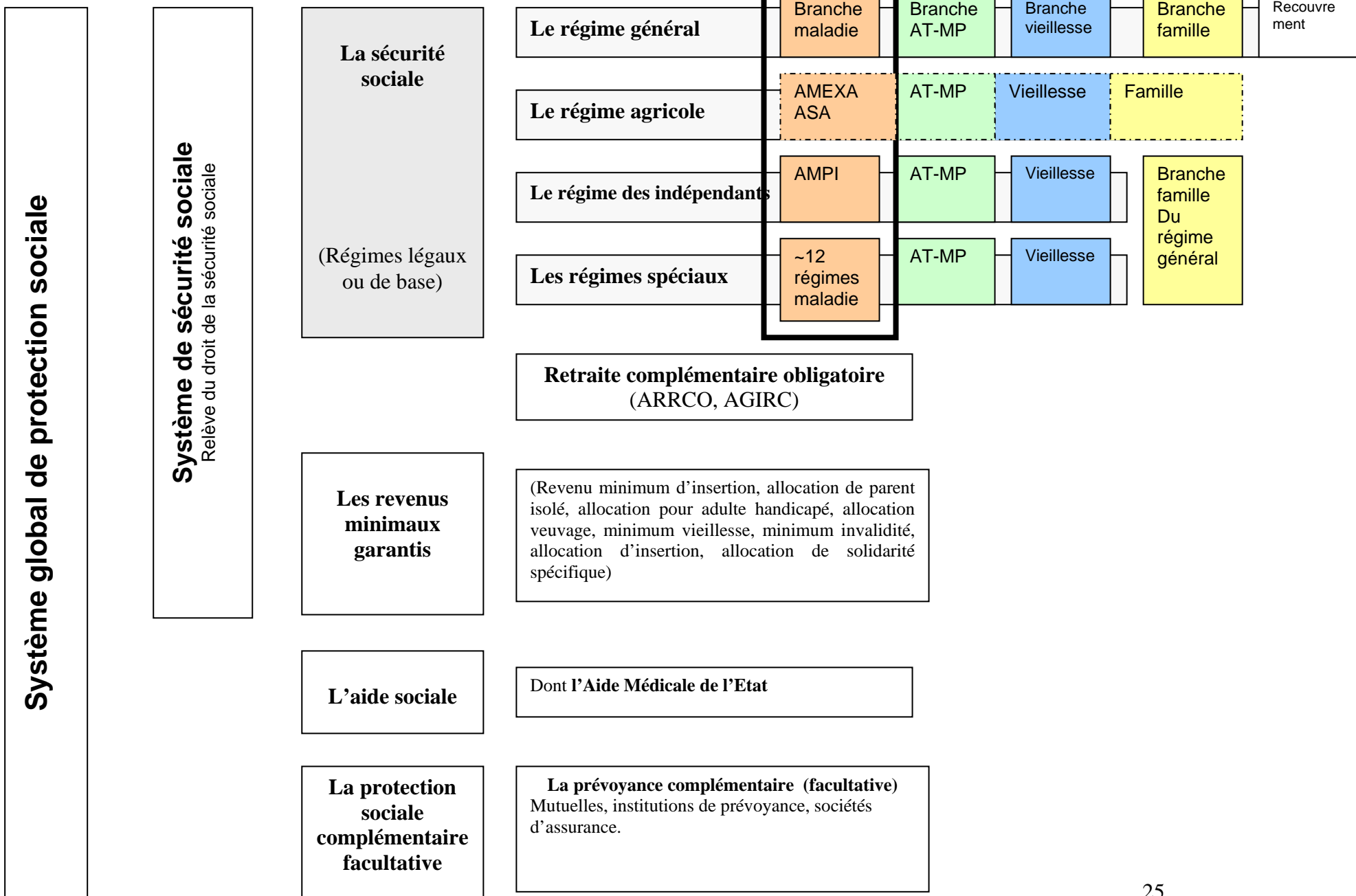
Les trois principaux régimes de base sont **le régime général, le régime agricole** et **le régime des travailleurs indépendants**. A ces trois régimes s'ajoutent une multitude de petits régimes spéciaux.

---

<sup>16</sup> Se référer à l'annexe n°11

<sup>17</sup> *Droit de la sécurité sociale*, J.J. Dupeyroux, 14ème édition p.232.

**Schéma n°4 : Le système de protection sociale français**



Ces différents régimes de base couvrent leurs affiliés contre différents types de risques : le risque maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, veuvage, professionnels et contre les charges familiales. Concernant le risque plus spécifique qu'est le *risque maladie* chaque régime offre une assurance maladie qu'il gère de façon spécifique ainsi que le résume le tableau n°4 ci-dessous :

**Tableau n°4 : Couverture du risque maladie par les différents régimes**

	<b>Le régime général<sup>18</sup></b>	<b>Le régime agricole</b>	<b>Le régime des travailleurs indépendants<sup>19</sup></b>	<b>Régimes spéciaux</b>
<b>Bénéficiaires</b>	Il couvre les salariés de l'industrie, du commerce et des services, ainsi que certaines catégories de travailleurs assimilés à des salariés. <u>Il est aujourd'hui la pièce maîtresse de la protection sociale en France.</u>	Exploitants et salariés agricoles.	Commerçants, industriels et professions libérales.	Le régime des mines, de la Société Nationale des Chemins de fer Français (SNCF..), de la Régie Autonome des Transports Parisiens (RATP), de la Banque de France, de l'Assemblée nationale, du Sénat, des clercs et employés de notaire, des ministres du culte, etc.
<b>% de la population couverte contre le risque maladie par chaque régime</b>	84 % de la population française.	7%	5%	4%
<b>La somme des assurances maladie offertes par chaque régime constitue l'Assurance maladie obligatoire</b>	On distingue la « <i>branche maladie</i> », qui comprend l'assurance maladie, mais également les assurances maternité, invalidité et décès.	Le régime agricole gère l'Assurance <i>Maladie-maternité Invalidité des Exploitants Agricoles</i> (AMEXA), et les <i>Assurances des Salariés Agricoles</i> (ASA) pour les salariés agricoles.	Il existe un régime d'assurance maladie à part entière : le régime d'Assurance <i>Maladie - maternité des Professions Indépendantes</i> (AMPI).	Une douzaine de régimes spéciaux <sup>20</sup> couvrent uniquement contre les risques maladie, maternité, et invalidité.

Les assurances maladie sont généralement associées aux assurances maternité, invalidité et décès. Au sein de chacun des régimes de sécurité sociale, ces quatre types d'assurances sont effectivement gérés par les mêmes organismes et figurent dans un compte commun distinct des comptes des autres risques. Lorsque nous parlerons des assurances maladie offertes par les différents régimes, celles-ci recouvreront donc également, dans certains cas, les assurances maternité, invalidité et décès.

**L'Assurance maladie obligatoire** dans son acception globale (et qui fait l'objet de cette étude) est donc la somme des assurances maladie des différents régimes.

Chacun de ces régimes s'adressent donc à une catégorie de travailleurs spécifiques, gèrent leur assurance maladie grâce à une organisation administrative qui lui est propre (Se référer au schéma n°5), tout en restant sous la tutelle de l'Etat (Se référer au schéma n°6). Les quatre encadrés suivants donnent un aperçu de cette diversité.

<sup>18</sup> Se référer à l'annexe n° 6.

<sup>19</sup> Ou « régime des travailleurs non salariés non agricoles », dit encore régime des « non-non ».

<sup>20</sup> Se reporter au paragraphe 2.2.1. pour une liste exhaustive.

### **Encadré n°3 : La branche maladie du régime général**

Le régime général des travailleurs salariés, créé par une ordonnance du 4 octobre 1945, est le plus important des régimes de sécurité sociale. Plus de 80% de la population française est effectivement concernée par tout ou partie de ses différentes branches.

#### **1. Bénéficiaires et prestations :**

Les bénéficiaires des prestations versées dans le cadre de la branche maladie du régime général ont la qualité **d'assurés sociaux**.

La qualité d'assuré social s'obtient de 2 façons :

- par une affiliation obligatoire liée à l'exercice d'une activité professionnelle salariée.

C'est le cas de l'écrasante majorité des assurés sociaux.

- par une affiliation obligatoire en fonction de la résidence.

C'est le cas des personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle<sup>21</sup> (CMU).

Les conditions d'ouverture des droits aux prestations, la nature des prestations ainsi que les bénéficiaires exactes sont précisés dans l'annexe n° 8.

#### **2. Organisation administrative de la branche maladie :**

L'architecture administrative de la branche maladie est la suivante : elle se compose d'une caisse nationale, de 16 caisses régionales, et de 128 caisses au niveau local.

- **La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés (CNAMTS)**

Organisme de droit public, la CNAMTS gère, à l'échelon national, la branche maladie du régime général de sécurité sociale<sup>22</sup>.

Cette caisse nationale remplit plusieurs rôles :

- elle assure, sur le plan national, le financement des assurances maladie, maternité, invalidité, décès,

- elle coordonne les actions de prévention, sanitaires et sociales, menées par les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses régionales d'assurance maladie,

- elle négocie les conventions avec les syndicats représentatifs des professionnels de santé, conventions soumises ensuite à l'agrément des pouvoirs publics (Se référer au paragraphe 2.3.2.A.)

- elle centralise l'ensemble des opérations des caisses de la branche,

- enfin elle donne un avis sur tous les projets de loi et de règlement concernant les assurances maladie, maternité, invalidité, décès.

- **Les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM)**

Les 16 CRAM sont des établissements de droit privé chargés d'un service public. En dépit de leur appellation, leurs compétences dépassent celles de l'assurance maladie puisqu'elles gèrent en partie l'assurance vieillesse et les accidents du travail.

S'agissant strictement de l'assurance maladie, les CRAM ont un rôle en matière d'hospitalisation (fixation des tarifs, travaux de planification...) lequel s'effectue désormais sous l'égide des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH. Se référer au paragraphe 2.3.2.B) créées par l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la réforme hospitalière.

- **Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et les Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS)**

Organismes de droit privé chargés d'une mission de service public, les 128 CPAM en France métropolitaine et les 4 CGSS dans les départements d'outre-mer sont au cœur du système de remboursement. Elles assurent l'immatriculation des assurés, le traitement des feuilles de soins, et elles déclenchent les remboursements ou les versements des prestations en espèces et en nature des assurances maladie et maternité, ainsi que les pensions d'invalidité.

#### **3. La tutelle (=contrôle a priori) de l'Etat sur les organismes de gestion de l'assurance maladie :**

En tant qu'organismes appelés à assurer une mission de service public mais également étant donné l'importance des fonds redistribués, la CNAMTS et ses caisses régionales et locales sont soumises au contrôle de l'Etat, et plus précisément de deux ministères :

- le ministère chargé de la sécurité sociale et le ministère chargé de la santé : la tutelle est exercée au niveau central par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), et au niveau régional par les Directions Régionales des Affaires Sociales (DRASS).

- le ministère de l'économie et des finances : la direction du budget assure conjointement avec la DSS la tutelle sur les décisions de la CNAMTS.

Cette tutelle consiste en un pouvoir de contrôle sur les personnes, les actes et le budget de la CNAMTS et des caisses locales et régionales. Concernant la tutelle sur les budgets, l'approbation du budget de la CNAMTS s'effectue par le biais d'une *Convention d'Objectifs et de Gestion* (COG) conclue entre la CNAMTS et le ministère chargé de la sécurité sociale, le ministère chargé de la santé et le ministère chargé du budget. Cette convention détermine, pour la branche maladie du régime général de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de gestion et les moyens de fonctionnement dont la branche dispose pour les atteindre. **La gestion du système d'assurance maladie relève donc des caisses, mais dans le cadre d'un contrat par lequel l'Etat fait passer ses objectifs et garantit au gestionnaire les moyens de son action.**

A la tutelle s'ajoute un contrôle a posteriori effectué par la Cour des comptes, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des finances.

<sup>21</sup> Se référer à l'encadré n°8.

<sup>22</sup> Elle gère également la branche accidents du travail. Chacune des deux branches fait l'objet d'une gestion individualisée.

## **Encadré n°4 : L'assurance maladie du régime agricole**

### **Le régime agricole : AMEXA et ASA**

Couvrant près de 10% de la population française, le régime agricole est le deuxième régime français de sécurité sociale. Créé en 1961, ce régime se nomme la **Mutualité Sociale Agricole (MSA)**. Bien que le terme « mutualité » figure dans sa qualification, il ne s'agit pas d'un organisme mutualiste, mais bien d'un régime de sécurité sociale dont l'adhésion est obligatoire.

#### **1. Bénéficiaires et prestations :**

La MSA gère la protection sociale de l'ensemble de la profession agricole, c'est à dire des exploitants agricoles et des salariés agricoles. Ces deux catégories de travailleurs bénéficient cependant d'assurances maladie distinctes au sein du régime agricole :

- les salariés agricoles accèdent aux **Assurances des Salariés Agricoles (ASA)** qui les couvrent contre les risques maladie, maternité, invalidité et décès. Les conditions et les prestations sont alignées sur celles du régime général.
- quant aux exploitants agricoles, ils bénéficient de l'**Assurance Maladie-maternité-invalidité des Exploitants Agricoles (AMEXA)**. Les bénéficiaires sont les personnes qui exercent ou ont exercé une activité professionnelle agricole non salariée ainsi que leurs ayants droit définis comme dans le régime général. Pour les risques maladie et maternité l'AMEXA sert uniquement des prestations en nature, qui sont identiques à celles du régime général.

#### **2. Organisation administrative :**

La MSA repose sur une structure administrative décentralisée, avec au niveau national une Caisse Centrale MSA (CCMSA), et au niveau départemental ou pluri-départemental 78 caisses de la mutualité sociale agricole :

##### **- La CCMSA**

Organisme de droit privé chargé d'une mission de service public, la CCMSA assiste et coordonne l'action des caisses départementales, et assure la compensation des charges. Elle est administrée par le conseil central d'administration de la MSA composé de 23 membres élus pour 5 ans par les délégués des conseils d'administration des caisses départementales, et de deux représentants des familles désignés par l'UNAF (Union nationale des associations familiales).

##### **- Les caisses de mutualité sociale agricole**

A la différence du régime général, il n'existe pas plusieurs branches dans le régime agricole : les 78 caisses de mutualité sociale agricole départementales sont toutes à vocation générale et offrent à leurs assurés un « guichet unique ». Elles encaissent donc les cotisations et versent les prestations pour tous les risques couverts par le régime agricole (maladie, famille, vieillesse, accidents du travail). La MSA n'a cependant pas le monopole de la gestion de l'AMEXA : en effet, l'assuré peut choisir librement son organisme gestionnaire. Il a donc le choix entre la MSA et le **GAMEX**, Groupement des Assureurs Maladie des Exploitants agricoles. Le GAMEX est une association loi de 1901 qui rassemble les sociétés d'assurances (Ex : Axa, Aviva, AGF, Azur, Generali France Assurances, Groupama-GAN, Groupe monceau, MMA...) ayant obtenu l'habilitation pour gérer le régime AMEXA.

#### **3. La tutelle (=contrôle a priori) de l'Etat sur les organismes de gestion de l'assurance maladie :**

La tutelle du régime agricole est assurée au niveau national par le *ministère de l'Agriculture*. Au niveau départemental et régional, c'est le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique agricole qui assure la tutelle. Une convention d'Objectifs et de Gestion est conclue entre la CCMSA et les ministères en charge de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture.

## **Encadré n°5 : L'assurance maladie du régime des travailleurs indépendants**

### **Le régime autonome d'Assurance Maladie-maternité des Professions Indépendantes (AMPI)**

Une loi du 12 juillet 1966 a institué un régime unique pour l'assurance maladie de l'ensemble des travailleurs indépendants (industriels, commerçants, artisans, professions libérales) dénommé **AMPI** (Assurance Maladie, maternité des Professions Indépendantes).

#### **1. Bénéficiaires et prestations :**

Comme pour le régime général, l'assurance maladie-maternité des travailleurs indépendants a un caractère familial puisque le conjoint et les membres de la famille de l'assuré en bénéficient. Les prestations en nature maladie et maternité sont alignées sur celles servies par le régime général depuis Janvier 2000 (LFSS pour 2001 du 23 décembre 2000). En effet, une différence importante a subsisté jusqu'à cette date entre le « gros risque » qui était aligné sur le régime général et le « petit risque » qui n'était remboursé qu'à 50% (contre 70% pour le régime général).

#### **2. Organisation administrative :**

L'organisation administrative du régime d'assurance maladie-maternité des travailleurs indépendants s'organise sur trois niveaux :

##### **- La caisse Nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés (CANAM)**

La CANAM gère le régime au niveau national. Elle est administrée par un conseil composé pour les deux tiers de représentants élus des 31 CMR. S'y ajoutent des membres désignés par l'UNAF (Union nationale des associations familiales) et de personnes qualifiées nommées par arrêté ministériel. La CANAM définit la politique générale du régime, coordonne et contrôle l'action des caisses maladie régionales (CMR) et des organismes conventionnés gestionnaires (OC).

##### **- Les Caisses maladie régionales (CMR)**

Les 31 CMR sont responsables, sous le contrôle de la caisse nationale, de la gestion et de l'animation du régime dans leur circonscription. Elles contrôlent notamment l'action des organismes conventionnés. Le conseil d'administration de chaque caisse doit comprendre 2/3 au moins de représentants des assurés, élus au suffrage direct, auxquels s'ajoutent notamment deux personnes qualifiées nommées par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

##### **- Les organismes conventionnés**

Au nombre de 173, ces organismes, habilités par la CANAM et liés par convention aux CMR, encaissent les cotisations et règlent les prestations. Ils sont librement choisis par les assurés. Ce sont des sociétés mutualistes, ou des sociétés d'assurance.

#### **3. La tutelle (=contrôle a priori) de l'Etat sur les organismes de gestion de l'assurance maladie :**

Les mécanismes de la tutelle exercée conjointement par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget s'inspirent directement de ceux de la tutelle à laquelle sont soumis les organismes du régime général. Une convention d'Objectifs et de Gestion est conclue entre la CANAM et les ministères en charge de la sécurité sociale et de la santé.

## **Encadré n°6 : Les régimes spéciaux d'assurance maladie**

### **Les régimes spéciaux d'assurance maladie**

Les régimes spéciaux sont les régimes des salariés bénéficiant avant 1945 (date de création du régime général) d'une protection sociale organisée et qui se sont opposés à leur fusion dans le régime général. Bien que l'on dénombre entre 120 et 130 régimes spéciaux, un nombre important d'entre eux sont désormais fermés à de nouvelles affiliations et donc en voie d'extinction (essentiellement les régimes d'assurance vieillesse d'Alsace Moselle).

Cependant les régimes spéciaux offrant des prestations au titre des risques maladie, maternité ou invalidité sont beaucoup moins nombreux : on en décompte une douzaine. Parmi eux le régime des mines, le régime de la SNCF. (Société nationale de chemins de fer français), le régime des industries électriques et gazières, le régime de la RATP (Régie autonome des transports parisiens), le régime des marins...

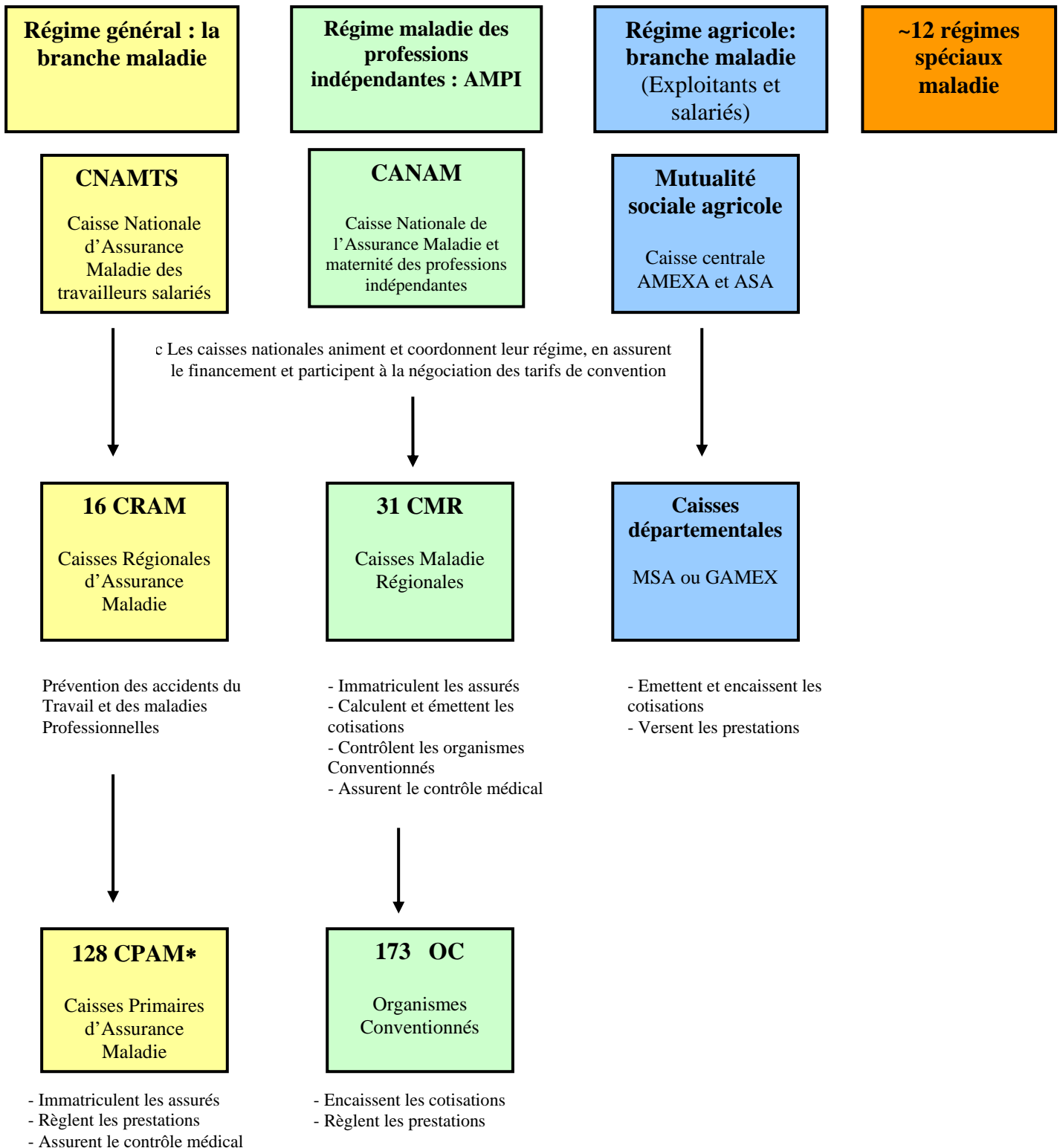
Les prestations en nature sont généralement celles du régime général auxquelles peuvent s'ajouter des prestations complémentaires (meilleur taux de remboursement). Les bénéficiaires de certains de ces régimes doivent également consulter des médecins agréés : le principe du libre choix du médecin subit donc parfois quelques limitations.

En ce qui concerne les prestations en espèces, divers régimes spéciaux continuent de verser leur salaire, pendant une période de temps variable, à leurs bénéficiaires en situation d'inactivité forcée.

Comme pour le régime général et le régime des professions indépendantes, les régimes spéciaux sont sous la tutelle du ministère chargé de la sécurité sociale.

Enfin il est nécessaire de préciser que la majorité des régimes spéciaux sont lourdement affectés par une évolution défavorable de leur structure démographique : le nombre des retraités est supérieur à celui des actifs. Ce qui explique qu'ils bénéficient très largement des compensations financières versées par le régime général (Se référer au paragraphe 2.2.2.)

## Schéma n°5 : Organisation administrative des régimes d'assurance maladie obligatoire



\*Auxquelles s'ajoutent les 4 Caisses Générales de Sécurité Sociale dans les départements d'outre mer.  
Remarque : le recouvrement des cotisations dans le régime général est à la charge de l'ACOSS et des URSSAF

La sécurité sociale française apparaît donc comme une organisation éclatée du fait de la multiplicité des régimes qui la composent. L'Assurance maladie obligatoire est de fait également disparate et gérée par des organismes variés, propre à chaque régime.

Néanmoins plusieurs éléments témoignent d'une indéniable tendance à l'unité :

- bien que chaque régime d'assurance maladie dispose d'une gestion propre et décentralisée, ils sont soumis au contrôle de l'Etat, que cette tutelle soit exercée par le ministère de l'agriculture pour les régimes agricoles ou le ministère de la sécurité sociale et de la santé pour l'ensemble des autres régimes,

- les prestations d'assurances maladie et maternité offertes par les différents régimes sont largement calquées sur celles offertes par le régime général,

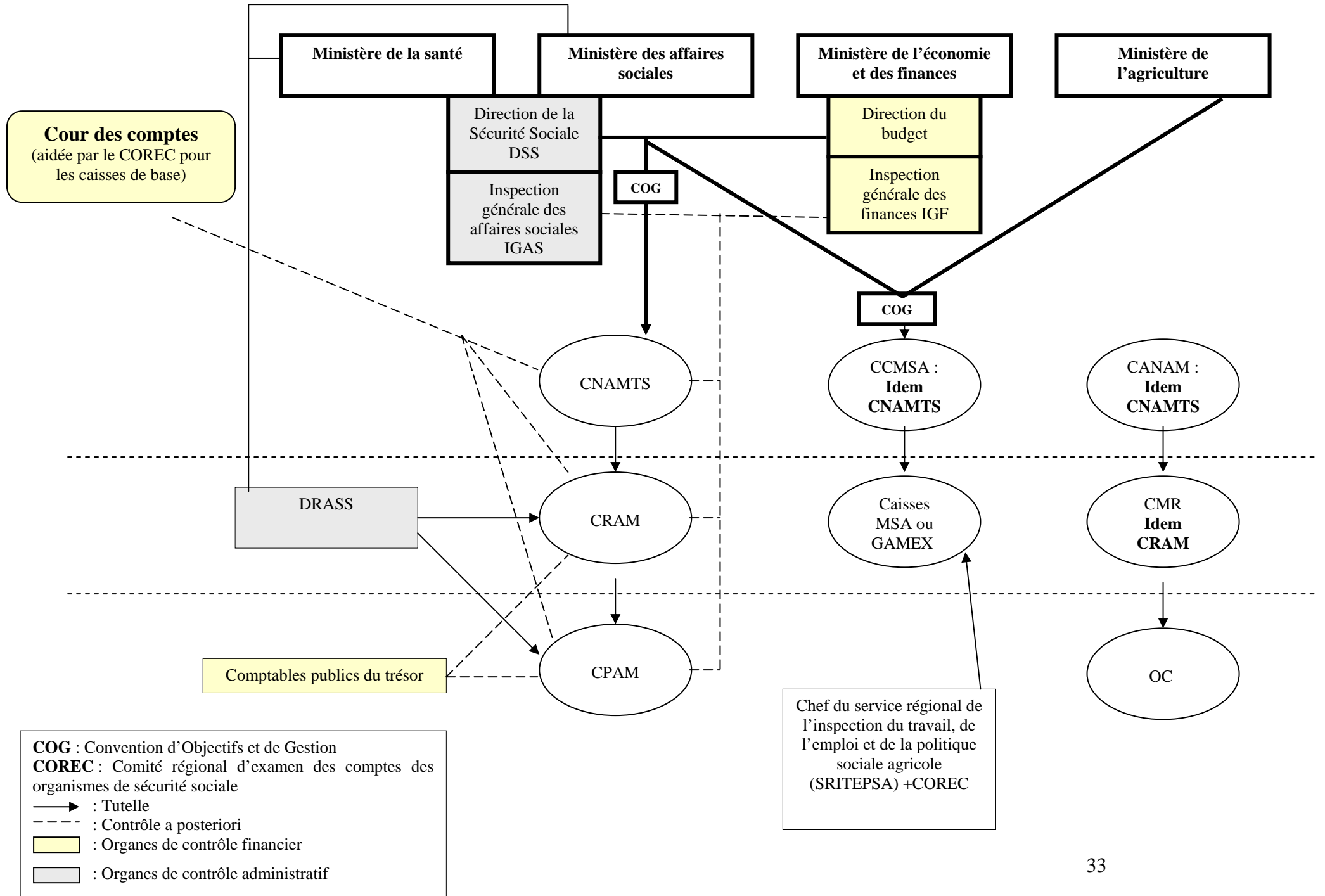
- on remarque également une tendance à l'unité sur le plan administratif avec la création **d'Unions Régionales des Caisses d'Assurances Maladie (URCAM)** par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale. Ces unions rassemblent les caisses des régimes de base d'assurance maladie ayant une représentation territoriale dans la région considérée. Leur conseil d'administration comprend 18 administrateurs membres des CPAM de l'union, et au plus 9 membres représentant les autres régimes d'assurance maladie. Le conseil a pour rôle d'arrêter le programme régional de gestion du risque (qualité du système de soins), oriente et évalue les actions de santé publique conduites au niveau local et régional par les membres de l'URCAM, veille à la mise en œuvre au niveau régional des dispositifs de régulation des soins de ville,

- enfin la tendance à l'unité se traduit également sur le plan financier :

. les mécanismes de compensation financière (se référer au paragraphe 2.2.2.) entre les différents régimes ont réalisé une certaine unité de l'assurance maladie,

. la réforme de 1996 a instauré les « *Lois annuelles de financement de la sécurité sociale* » (LFSS) : celles-ci déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, notamment en fixant, **par branche de risques**, les dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Au delà de la structure en régimes, on retient donc la notion de branches *inter-régimes* : désormais la LFSS fixe l'enveloppe des dépenses d'assurance maladie *tous régimes confondus*.

**Schéma n° 6 : Tutelles et contrôles sur les organismes de gestion de l'Assurance maladie obligatoire**



### **1.3.2. Les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM)**

Bien que la France dispose d'un système d'assurance maladie obligatoire public et universel que nous décrivons dans le paragraphe 2.1.1., la couverture qu'il propose n'est pas complète (Se référer au paragraphe 2.3.1) : en effet, l'Assurance maladie obligatoire ne rembourse pas tous les soins à 100%. Toutefois, le fait que l'Assurance maladie obligatoire n'offre qu'une couverture partielle n'implique pas forcément une participation directe du patient. En effet, celui-ci peut bénéficier d'une autre forme de financement de sa consommation de soins par l'intermédiaire d'une couverture complémentaire privée.

Trois types d'institutions, les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM), offrent des couvertures maladie complémentaires privées :

#### **- Les mutuelles**

Acteur principal de la protection sociale complémentaire, la mutualité occupe une place considérable dans la protection contre le risque maladie.

L'histoire des mutuelles françaises est largement antérieure à la mise en place du système de sécurité sociale en 1945 (Cf. Annexe 11). En effet, les mutuelles apparaissent dès le milieu du 19<sup>ème</sup> siècle, organisant une prévoyance collective volontaire pour quelques entreprises ou activités. Dès 1900, elles sont plus de 13 000 et couvrent 2 millions de personnes. Elles ont ensuite, dès 1930, largement participé à la gestion des Assurances sociales. Malgré leur importance, elles ne se sont pas vues attribuer de rôle dans la gestion du système de sécurité sociale mis en place en 1945. Leur poids historique et le fait qu'elles aient continué à jouer un rôle important sur l'environnement des politiques publiques sont des facteurs qui expliquent le fort taux actuel de couverture par l'assurance privée en France.

Les mutuelles étaient en 2000 au nombre de 1275, regroupées en fédérations, dont la fédération nationale de la mutualité de France (FNMF) et la fédération des mutuelles de France (FMF). Régies par le code de la mutualité, les mutuelles sont des groupements à but non lucratif.

#### **- Les assurances privées**

Régies par le code des assurances, les assurances privées appartiennent principalement à la sphère marchande, ce qui les oppose dans le droit comme dans les faits aux mutuelles et aux institutions de prévoyance. Elles interviennent dans le champ de la protection sociale complémentaire au titre de l'assurance des personnes : opérations de prévoyance (garantie santé, décès, invalidité et chômage) et opérations d'épargne (épargne retraite).

#### **- Les institutions de prévoyance**

Régies par le code de la sécurité sociale ou par le code rural, ces institutions de droit privé à but non lucratif sont gérées paritairement par les syndicats de salariés et les employeurs. La loi du 10 août 1994 a distingué au sein des institutions de prévoyance, encore appelées institutions paritaires, trois catégories dont les missions sont différentes : les institutions de retraite complémentaire, les institutions de retraite supplémentaire, et les institutions de prévoyance.

Une majorité de la population française (91% dont 5% par la CMU complémentaire) possède une assurance maladie complémentaire privée souscrite auprès de l'un de ces trois OCAM.

**Tableau n°5 : Part de la population couverte par les différents OCAM**

	Mutuelles	Assurances privées	Institutions de prévoyance
% de la population couverte hors CMU (CREDES 2002)	47%	20%	15%

La France est d'ailleurs le 3<sup>ème</sup> pays de l'OCDE en ce qui concerne la part des dépenses de santé financée par l'assurance privée, après les Etats-Unis et les Pays-bas.

Contrairement à ce qui se passe dans certains pays, l'assurance privée en France ne permet pas de couper les files d'attente dans le secteur public ou d'avoir accès à des prestations offrant des services « de confort » supplémentaires. L'annexe n°13 résume les différentes fonctions que peut remplir l'assurance privée. En France, l'assurance privée rembourse les co-paiements (Cf. paragraphe 1.3.3. ci-dessous) qui sont laissés à la charge du patient par l'Assurance maladie obligatoire et qui sont souvent importants pour certains soins comme les prothèses dentaires et les lunettes. La participation des OCAM au financement des dépenses de santé est donc très variable selon le type de soins<sup>23</sup>.

Pour plus de 50% des personnes, la couverture complémentaire est souscrite dans le cadre d'un contrat de groupe par le biais de l'entreprise où elles travaillent. Par conséquent les ménages l'acquièrent inégalement, selon des différences statutaires (activité, secteur d'activité, type d'employeur) mais aussi selon leur propension et leur capacité à payer<sup>24</sup>.

### **1.3.3. Les ménages**

Le financement du système de santé est donc assuré par la sécurité sociale, les organismes complémentaires mais également par les malades eux mêmes. On évoquera ici le paiement direct par le malade de tout ou partie des soins, non remboursés par une assurance privée ou publique. Le financement par le malade peut prendre différentes formes :

#### **- Le ticket modérateur :**

Il représente la fraction des dépenses non remboursée par l'Assurance maladie obligatoire et qui reste donc à la charge de l'assuré social. Le principe du ticket modérateur consiste à faire participer l'assuré aux dépenses et à freiner un éventuel abus dans le recours aux soins.

Le taux du ticket modérateur, fixé par décret, varie selon les catégories d'acte : pour la couverture du « petit risque » (dépenses de médecine ambulatoire) le taux du ticket modérateur s'élève communément entre 30 et 40%. En revanche, il ne représente qu'un pourcentage de 20% dans le domaine du « gros risque » (dépenses hospitalières), peu susceptible de générer des abus.

<sup>23</sup> Se référer au paragraphe 2.3.1.B.

<sup>24</sup> Question traitée dans le paragraphe 2.1.1.B.

Cependant il existe un important système d'exonération, principalement quand le coût du traitement est élevé. 10% des assurés bénéficient de ce système d'exonération, dont 8,5% pour affection(s) de longue durée (ALD<sup>25</sup>). Le régime des ALD constitue un enjeu majeur pour l'Assurance maladie dans la mesure où son coût, difficile à établir, est estimé à 11 Md€

#### **- Les dépassements d'honoraires :**

Le dépassement d'honoraire est le supplément par rapport au tarif conventionnel<sup>26</sup> réclamé par certains praticiens à honoraires libres (essentiellement les spécialistes) ainsi que pour les soins de réparation en dentaire et la lunetterie/optique. Ce supplément n'étant pas remboursé par l'Assurance maladie obligatoire, il reste à la charge du patient.

Les dépassements s'élèvent à 6 Md€ Ce sont les ménages les plus aisés, et/ou ceux qui disposent des couvertures complémentaires les plus élevées qui ont le plus recours à des dépassements.

#### **- Le forfait hospitalier :**

Il constitue une participation du patient aux prestations hôtelières de l'hôpital. Il s'agit d'un paiement uniforme payé pour chaque journée d'hospitalisation, sans aucun rapport avec l'intensité des soins. Il est fixé à 13 euros/jour au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

#### **- L'avance des frais :**

Il s'agit de l'avance que fait le malade en versant l'intégralité du montant d'une prestation, avant de demander un éventuel remboursement à l'Assurance maladie obligatoire ou à son assurance complémentaire.

Même remboursée, l'avance des frais peut limiter l'accès aux soins des malades les plus modestes, d'où la mise en place progressive du *tiers payant* : l'Assurance maladie obligatoire, mais également les assureurs maladie complémentaires, payent de plus en plus directement l'établissement ou le professionnel, évitant ainsi à l'assuré de faire l'avance de sa dépense. Il convient de préciser que le taux du *tiers payant* varie selon le type de bien ou de service : le taux est faible pour le recours aux médecins, qui sont la « porte d'entrée » majeure du système de soins.

La participation directe des ménages au financement des soins de santé peut être la source d'inégalités dans l'accès aux soins, notamment pour les personnes ne disposant pas d'assurance maladie complémentaire. Cette question sera traitée dans le paragraphe 2.1.2.C.

### **1.3.4. L'Etat**

L'Etat contribue également au financement du système de santé. Il finance notamment l'Aide Médicale de l'Etat (AME) et une partie de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). L'encadré n°7 précise ces différents éléments.

---

<sup>25</sup> Se reporter à l'annexe 9.

<sup>26</sup> Tarifs conventionnel : c'est le tarif résultant des conventions entre les professionnels de santé et la sécurité sociale. Ce tarif sert de base aux remboursements de la sécurité sociale. Se reporter à l'annexe 17.

### **1.3.5. Evolution de la part de chacun des agents dans le financement de la santé**

Les agents de financement décrits ci-dessus ont des poids très variables dans le financement de la dépense de santé.

Si l'on s'intéresse au volet « dépenses de santé », il convient de déterminer au préalable l'agrégat utilisé : en effet, parle-t-on des dépenses courantes de santé, des dépenses nationales de santé, ou encore des dépenses engagées pour financer la consommation de soins et de biens médicaux ? Le schéma n°6 ci-dessous permet de définir et de visualiser « l'emboîtement » de ces différents agrégats.

Au sein des dépenses nationales de santé qui s'élevaient à 139 milliards d'euros en 2001, 128 milliards d'euros ont été directement affectés à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Celle-ci comprend les soins hospitaliers et en sections médicalisées, les soins ambulatoires, les transports sanitaires et les biens médicaux.

La dépense courante de soins et de biens médicaux est l'agrégat qui rend le mieux compte du taux de prise en charge effectif par l'Assurance maladie obligatoire des soins et biens médicaux réellement consommés, et de la part restant à la charge des ménages.

La structure de financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux est la suivante :

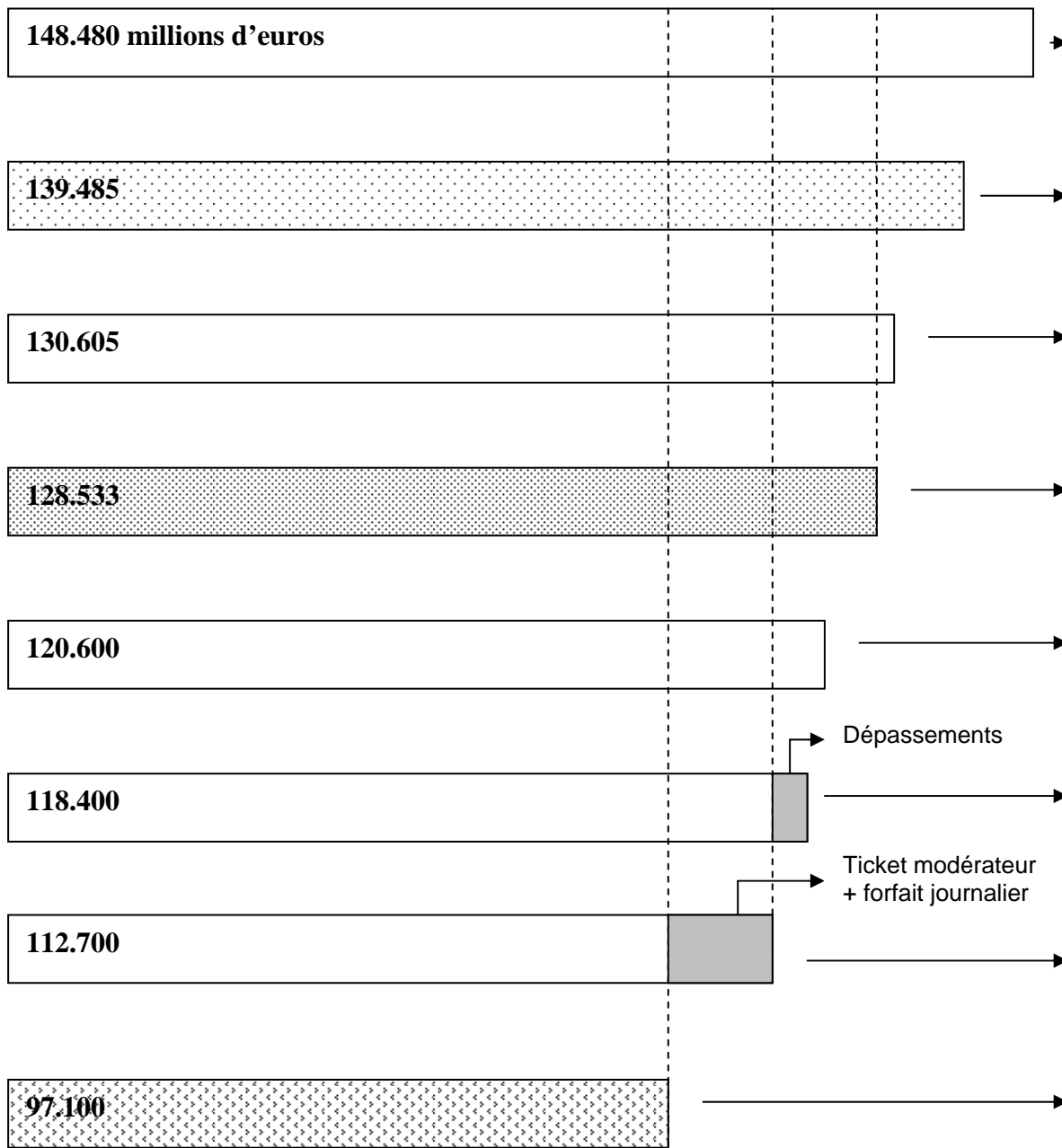
**Tableau n°6 : Structure de financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux en 2002**

Agents de financement	% CSBM
<b>1. Assurance maladie obligatoire</b>	<b>75,7%</b>
<b>2. OCAM</b>	<b>11,7%</b>
2.1 Mutuelles	7,5%
2.2 Sociétés d'assurance	2,7%
2.3 Institutions de prévoyance	2,5%
<b>3. Ménages</b>	<b>10,6%</b>
<b>4. Etat et collectivités locales</b>	<b>1,0%</b>
Total	100%

*Source : Comptes nationaux de la santé 2002, DREES*

- L'Assurance maladie obligatoire est le principal financeur de la CSBM, sa part s'élevant à 75,7% du total en 2002.
- Les OCAM assurent quant à eux 12,7% du financement de la CSBM.
- Les ménages financent 10,6% de la CSBM.
- Enfin l'Etat complète ce financement public à hauteur de 1% de la CSBM.

Schéma n°6 : Définitions et « emboîtement » des différents agrégats des dépenses de santé (2001)



**Dépenses courantes de santé :** C'est la somme des dépenses engagées par la Sécurité sociale, l'Etat, les collectivités locales, les OCAM, et les ménages. A la consommation médicale totale, elle ajoute les indemnités journalières, les subventions reçues, la recherche, l'enseignement et la gestion administrative de la santé.

**Dépenses nationales de santé (OCDE) :** C'est la dépense courante de santé – les indemnités journalières – les dépenses de recherche et de formation médicale + la formation brute de capital fixe du secteur hospitalier public.

**Consommation médicale totale :**  
= CSBM + la médecine préventive.

**Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) :** = les soins hospitaliers et en section médicalisée + les soins ambulatoires + les transports sanitaires et les biens médicaux.

**Dépense remboursable :** elle correspond aux biens et services inscrits aux nomenclatures de l'Assurance maladie et aux soins dispensés à l'hôpital. Elle représente 93,9% de la CSBM.

**Dépense présentée au remboursement :** elle est proche de la dépense remboursable (en sont exclus l'automédication, ou les dépenses d'honoraires ou de prescriptions qui ne font pas l'objet d'envoi de justificatifs aux caisses). Elle représente 92,2% de la CSBM.

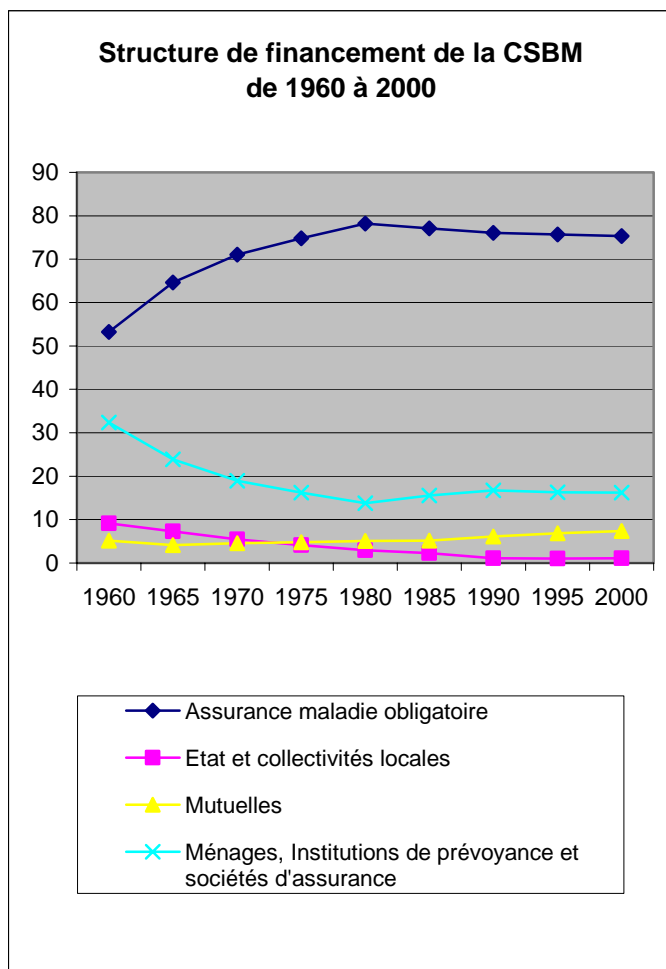
**Dépense reconnue :** elle est égale à la dépense présentée au remboursement dans la limite des tarifs opposables et des nomenclatures réglementaires. Elle représente 87,7% de la CSBM.

**Dépense remboursée :** elle est égale à la dépense reconnue diminuée du ticket modérateur et du forfait journalier. Elle représente 75,7% de la CSBM.

Source : DREES, Comptes de la santé, 2001

La structure de financement de la CSBM a également évolué dans le temps :

**Graphique n°4 : La structure de financement de la CSBM de 1960 à 2000**



Source : Comptes de la santé, DREES

- On constate que l'Assurance maladie obligatoire a vu sa part augmenter de 1960 (53%) jusqu'en 1980 (78%), puis diminuer légèrement pour atteindre 75,7% en 2002. Cette diminution est liée à un double phénomène :

- . La quasi-totalité de la population bénéficie d'une couverture sociale à partir de 1978,
- . Certaines mesures de maîtrise des dépenses de santé (augmentation du ticket modérateur, création du secteur 2, non remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques) ont diminué le taux de prise en charge. Mais parallèlement on note une hausse des exonérations : elles concernent environ 10% des personnes, avec une croissance de 6% par an.

- La part de l'Etat et des collectivités locales a quant à elle nettement diminué, passant de 9% de la CSBM en 1960 à 1% en 2002. Deux éléments expliquent la diminution progressive de l'aide sociale puis de l'aide médicale fournie par l'Etat et les collectivités locales :

- . L'extension et l'amélioration de la couverture par l'Assurance maladie obligatoire,
- . La diminution du nombre de personnes pouvant bénéficier de l'aide sociale entre 1960 et 1980 du fait de l'augmentation de leurs ressources.

- Le graphique met également en évidence une légère hausse de la contribution des mutuelles au cours des vingt dernières années : alors qu'elles finançaient 5% de la CSBM en 1980, elles en finançaient 7,5% en 2002.

- Quant à la part du financement laissé à la charge des ménages, des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance, elle a diminué entre 1960 et 1980 (de 32% à 14%), puis s'est caractérisée par une légère reprise à partir de 1990. Mais cette hausse concerne les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance dont la part est passée de 4,6% en 1995 à 5,2% en 2002, alors que la part des ménages est passée pour les mêmes dates de 11,7% à 10,6%.

Enfin il est nécessaire de souligner que la part de financement de chacun des agents varie selon le type de soins et de biens médicaux. En effet, alors que l'Assurance maladie obligatoire finance 91,5% du secteur hospitalier (2001), elle ne finance que 64 % des soins ambulatoires. Cet aspect sera détaillé dans le paragraphe 2.3.1.B.

*L'Assurance maladie obligatoire, principal agent de financement du système de santé, fera l'objet de la partie 2 de cette étude. Dans la mesure où l'assurance complémentaire est étroitement liée à l'Assurance maladie obligatoire, elle sera également traitée dans certains paragraphes.*

## Partie 2 : Aspects organisationnels de l'Assurance maladie obligatoire

En France, *la fonction de financement* du système de santé est remplie par l'Assurance maladie obligatoire. Elle assure plus précisément trois sous-fonctions interdépendantes du financement développées par l'OMS dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, à savoir :

- **La collecte des contributions**, qui est le moyen par lequel le système reçoit l'argent.
- **La mise en commun des ressources**, qui consiste à accumuler et à gérer les revenus afin qu'le risque du paiement des soins de santé soit réparti entre tous les membres du groupe, et non pas assumé individuellement. Précisons que dans le cas de la France, les activités de collecte et de mise en commun sont réalisées de façon simultanée. Nous les séparons donc en quelque sorte de façon artificielle, en deux paragraphes distincts, pour les besoins de l'étude.
- **Et l'achat**, processus au cours duquel des fonds d'une caisse sont versés à des prestataires afin que ces derniers fournissent une série d'interventions sanitaires.

La réalisation de ces trois sous fonctions fait appelle à des mécanismes organisationnels propres à l'Assurance maladie obligatoire française qui sont détaillés dans les paragraphes suivants.

### 2.1. La collecte des ressources :

La collecte des ressources peut être définie comme le processus par lequel le système de santé reçoit des revenus provenant des ménages, des entreprises, de l'Etat, des OCAM...

Concernant les ménages, il est important de déterminer quelle est la part de la population couverte par l'Assurance maladie. Si un nombre important de personnes est couvert, alors l'accessibilité financière aux soins sera plus importante, et le système sera alimenté par davantage de ressources. (2.1.1.)

Le mode de financement de l'Assurance maladie obligatoire se caractérise par des recettes spécifiques qui influent sur la quantité de ressources disponibles ainsi que sur la nature plus ou moins équitable du financement. (2.1.2.)

#### 2.1.1. La couverture de la population

La couverture de la population française contre le risque maladie est assurée par :

- l'Assurance maladie obligatoire,
- les OCAM qui offrent une assurance maladie complémentaire.

**Tableau n°7 : Caractéristiques de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire**

	<b>Assurance maladie obligatoire</b>	<b>Assurance maladie complémentaire</b>
Affiliation	Obligatoire	Facultative (sauf dans le cadre de conventions collectives : obligatoire)
Couverture	L'ensemble de la population	86% de la population en 2002 <sup>27</sup>
Prestations	Prestations identiques pour toute la population	Différenciées suivant les contrats souscrits
Gestion	Publique	Privée
Financement	Proportionnel au revenu des individus	Forfaitaire, déconnecté du revenu de l'individu (sauf dans les contrats collectifs.)
Part dans le financement	Elle finance <b>75,7%</b> de la dépense courante de soins et de biens médicaux en 2002	Elle finance <b>12,7%</b> de la dépense courante de soins et de biens médicaux en 2002

Si l'assurance maladie obligatoire a graduellement couvert l'ensemble de la population française et permet une réelle égalité dans l'accès aux soins (**A**), l'assurance maladie complémentaire est acquise de façon inégale par les ménages (**B**), selon leur capacité à payer mais aussi selon des différences statutaires (activité, secteur d'activité, type d'employeur.)

#### ***A) La couverture de la population par l'Assurance maladie obligatoire***

La sécurité sociale française telle que nous la connaissons aujourd'hui est le fruit d'une longue évolution : de nombreuses étapes (décrites succinctement dans l'annexe 11) ont été nécessaires pour parvenir à la couverture de la quasi totalité de la population française contre l'ensemble des risques. Idée directrice annoncée dès 1945, l'extension de la sécurité sociale à l'ensemble de la population a effectivement été une préoccupation constante. Le système français de sécurité sociale, qui s'est développé dans un premier temps sur la base des solidarités socioprofessionnelles (le statut de salarié étant la condition d'affiliation), s'est peu à peu généralisé jusqu'à couvrir progressivement l'ensemble de la population contre les risques sociaux.

Dans le domaine de l'assurance maladie cette généralisation s'est réalisée grâce à la création de nouveaux régimes, au rattachement au régime général de catégories de populations de plus en plus nombreuses, à l'attribution d'exonérations aux prestations en nature, et à l'instauration de *l'assurance volontaire* puis de *l'assurance personnelle* pour les personnes ne remplissant pas les conditions d'affiliation. Si la généralisation de la sécurité sociale pour les risques maladie, maternité, invalidité, décès a été constituée en large partie en 1967, elle n'a toutefois connu son aboutissement qu'en janvier 2000, avec l'entrée en vigueur de la *couverture maladie universelle* (CMU). L'encadré n°7 détaille les différentes étapes de l'extension de l'Assurance maladie obligatoire à l'ensemble de la population.

<sup>27</sup> Si l'on prend en compte les bénéficiaires de la CMU-C, les bénéficiaires d'une couverture complémentaire représentent 91% de la population en 2002.

## **Encadré n°7 : La lente extension de la couverture de l'Assurance maladie obligatoire à l'ensemble de la population**

- L'ordonnance du 4 octobre 1945, en instituant le régime général, couvre l'ensemble des salariés du commerce et de l'industrie contre les risques maladie, maternité, invalidité, décès. L'ordonnance admet également la survie de certains régimes spéciaux qui couvrent déjà leurs affiliés contre le risque maladie et éventuellement les risques maternité et invalidité.

- Le régime général s'étend à d'autres catégories de populations ne disposant pas forcément d'une assise professionnelle stable : y sont rattachés les étudiants (1948), les militaires de carrière (1949), les écrivains non salariés (1949), les *invalides, veuves et orphelins de guerre* (1954)...

- La loi du 21 janvier 1961 institue une **assurance maladie-maternité-invalidité** pour les exploitants agricoles (AMEXA). Celle-ci est gérée par la mutualité sociale agricole (MSA).

- La loi du 12 juillet 1966 institue une **assurance maladie-maternité** pour les professions non salariées non agricoles (AMPI). Elle est gérée par la CANAM.

La mise en place de ces deux assurances maladie comble donc de graves lacunes. On constate que l'extension de la couverture contre le risque maladie ne se réalise pas uniquement grâce à l'extension du régime général à d'autres catégories de la population, mais également par la création de régimes distincts. Cette évolution reflète l'hétérogénéité du corps social français : mettant en avant des caractéristiques qui leur étaient propres, le monde agricole et les travailleurs indépendants ont refusé d'être intégrés dans le régime général. L'idée est donc que chaque groupe doit décider, au sein de son propre régime, de l'importance de la couverture dont il souhaite bénéficier en matière d'assurance maladie.

- Dans le cadre de la réforme Jeanneney (Ministre des affaires sociales) en 1967, toute personne non assujettie obligatoirement à un régime peut désormais s'assurer volontairement contre les risques maladie-maternité au sein du régime général. C'est le système de *l'assurance volontaire*. Celle-ci existait depuis 1945 mais était réservée à certaines catégories de personnes.

- La loi du 4 juillet 1975 apporte des assouplissements à la qualité d'ayant droit, et étend l'assurance maladie du régime général à des catégories de personnes n'ayant jamais été affiliées à un régime obligatoire : les jeunes demandeurs d'emploi, jeunes gens libérés du service national, familles de détenus... soit 1,2 millions de personnes supplémentaires. Toutefois la généralisation de l'assurance maladie reste encore incomplète au détriment de certains inactifs.

- C'est la loi du 2 Janvier 1978 qui tentera d'apporter une solution au problème de la population non couverte par l'assurance maladie (environ 3% de la population : chômeurs ; personnes dépourvus d'une assurance maladie en raison d'un changement de situation : étrangers ou nationaux s'installant en France, personnes en fin de période de maintien de droits tels que les divorcés ou séparés, les sortants de prison, les jeunes adultes entrant sur le marché du travail sans droits acquis ; personnes démunies en situation d'exclusion). Elle crée le régime maladie-maternité-invalidité pour les ministres du culte et les membres des congrégations religieuses, ainsi qu'une **assurance personnelle**<sup>28</sup>. Celle-ci se substitue à l'assurance volontaire pour les prestations en nature des risques maladie et maternité. Comme pour l'assurance volontaire, elle est facultative. Cependant elle comporte en plus des dispositions incitant à l'adhésion. Néanmoins les personnes les plus démunies restent en dehors du champ de l'assurance personnelle, faute d'en avoir connaissance ou de faire les démarches administratives nécessaires.

- Mis en place le 1<sup>er</sup> décembre 1988, le dispositif du Revenu Minimum d'Insertion (RMI : destiné aux chômeurs en fin de droits) prévoit l'affiliation systématique de ses titulaires à l'assurance personnelle s'ils ne disposent pas d'une couverture maladie à un autre titre. La loi du 29 juillet 1992 élargit le bénéfice de cette mesure à toutes les personnes admises à **l'aide médicale de l'Etat**<sup>29</sup>.

- Instituée par la loi du 27 juillet 1999, **la couverture maladie universelle** (CMU) est une réforme fondamentale dans le domaine de la santé : elle vient parachever le processus de généralisation de l'Assurance maladie obligatoire annoncé dès 1945. On ne doit cependant pas confondre la « Couverture maladie universelle » qui couvre la population non couverte jusque là par les régimes de base de la sécurité sociale (personnes dépourvues d'une assurance maladie en raison d'un changement de situation, personnes démunies en situation d'exclusion) et la notion d'« Assurance maladie universelle » qui impliquerait la mise en place d'un régime unique d'assurance maladie pour l'ensemble de la population.

Le dispositif de la CMU prévoit non seulement d'affilier l'ensemble de la population à un régime de base d'assurance maladie (celui du régime général), mais également de fournir une protection complémentaire destinée à couvrir les frais non pris en charge par ledit régime. Elle est complétée par l'aide médicale de l'Etat dont le périmètre des publics concernés **change totalement avec la réforme de la CMU** (Se reporter à l'encadré n°8 ci-dessous.)

<sup>28</sup> Soumise à cotisations sauf exception.

<sup>29</sup> L'aide médicale de l'Etat, accordée pour l'essentiel par les départements, faisait partie intégrante de l'aide sociale décentralisée. Jusqu'à la mise en place de la CMU, elle assurait aux résidents en France le droit, pour eux-mêmes et pour les personnes à leur charge, à une aide pour les dépenses de soins. Cette aide prenait en charge les cotisations d'assurance personnelle et tout ou partie des dépenses de soins telles que définies dans le code de la sécurité sociale (dont le ticket modérateur et le forfait journalier). Certains départements assuraient également un remboursement au-delà des tarifs de la sécurité sociale (dont frais dentaires et optiques).

## **Encadré n°8 : La Couverture Maladie Universelle (CMU)**

La CMU comporte donc deux volets :

### **• La CMU de base :**

La CMU prévoit l'affiliation obligatoire au régime général d'assurance maladie de toute personne dépourvue de droits aux prestations en nature sur simple condition de résidence stable et régulière en France (condition détaillée dans l'annexe 12). Le droit à la CMU est donc un droit fondé sur la résidence et non sur le rattachement à une activité professionnelle. L'affilié ne paie pas de cotisations en dessous d'un plafond annuel de ressources de 6849 euros par foyer (le foyer est composé du demandeur et des ayants droit éventuels), fixé au 1<sup>er</sup> octobre 2004. Au delà de ce plafond, la cotisation à payer est égale à 8% du revenu fiscal qui dépasse ce plafond.

Il y avait environ un million de personnes couvertes par l'assurance personnelle au moment de la mise en place de la CMU. Celles-ci ont rejoint les bénéficiaires de la CMU de base dont le nombre s'élevait à 1,5 millions (assurés et ayants droit) en décembre 2002. 96% des bénéficiaires de la CMU ont également droit à la CMU complémentaire.

### **• La CMU complémentaire : la CMU-C**

La CMU complémentaire (CMU-C) est accordée aux personnes remplissant les conditions de résidence en France, et dont les revenus sont inférieurs à un seuil qui varie selon la composition du foyer. Pour une seule personne il est fixé à 6913 euros par an, soit 576,13 euros par mois au 1<sup>er</sup> octobre 2004. On dénombrait 4,5 millions de bénéficiaires de la CMU-C en décembre 2002 (soit 7% de la population), dont près de la moitié sont des anciens bénéficiaires de l'aide médicale accordée par les départements.

Les bénéficiaires de la CMU-C ont droit à une prise en charge intégrale du ticket modérateur et du forfait hospitalier sans limitation de durée ainsi que, dans les limites fixées par arrêté, des dépassements de tarifs pratiqués pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, pour l'optique et certains biens médicaux (audioprothèses, appareillages) dont les prix sont libres.

La couverture complémentaire peut être souscrite soit auprès d'une caisse d'assurance maladie (CPAM, CMSA...), soit auprès d'une mutuelle ou d'une assurance privée inscrite sur une liste agréée établie par le préfet de chaque département.

Cette formule laisse subsister des inégalités de droit à cause de l'effet de seuil : elle exclue effectivement 2 millions de personnes qui, tout en disposant de plus de 556,5 euros par mois, se situent en dessous du seuil de pauvreté (revenu inférieur à la moitié du revenu médian). Elle risque de décourager les titulaires de revenus *minima* de retravailler au risque de perdre le droit à la CMU-C.

Enfin le dispositif de la CMU est complété par l'**Aide Médicale d'Etat** (AME). Cette aide concerne désormais les ressortissants de nationalité étrangère ne remplissant pas la condition de résidence de la CMU. Il s'agit des étrangers résidant en France ne pouvant être assurés sociaux, soit parce qu'ils n'ont pas acquis une durée de résidence suffisante pour être assurés, soit parce qu'ils ne sont pas ou plus en situation régulière (absence de titre de séjour, perte de la condition de régularité).

Les soins pris en charge sont ceux qui sont reconnus par la sécurité sociale, ainsi que le forfait hospitalier. Les dépenses sont en tiers-payant.

Fin 2002, le nombre de bénéficiaires de l'AME est d'environ 150 000 personnes.

### **• Le financement de la CMU et de la CMU-C**

La CMU a pris la suite de l'assurance personnelle, et donc de ses financements. Les crédits qui étaient attribués aux Conseils généraux (départements) au titre de l'assurance personnelle ont été centralisés au niveau de l'Etat. Quant au fonds de financement de la CMU-C, il est alimenté par une dotation budgétaire de l'Etat (75% en 2003) et par une contribution à laquelle sont soumis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé.

La population couverte par l'Assurance maladie obligatoire a donc connu une forte croissance : elle concernait 75% des résidents français en 1960 et 96% en 1980, et c'est la mise en place de la CMU qui a permis d'atteindre l'objectif de **généralisation** de l'Assurance maladie obligatoire.

L'objectif d'**harmonisation** des prestations en nature<sup>30</sup> servies par les différents régimes en matière d'assurance maladie est également atteint puisqu'ils offrent aujourd'hui<sup>31</sup> pratiquement les mêmes remboursements en ce qui concerne les soins. On peut noter quelques exceptions :

- les régimes spéciaux offrent une exonération du ticket modérateur lorsque leurs affiliés consultent les médecins de caisse,
- les habitants des deux départements d'Alsace et de Moselle bénéficient d'une assurance maladie complémentaire obligatoire gérée par les caisses d'assurance maladie (CPAM, CMSA...). Ils bénéficient notamment de taux de remboursement supérieurs à ceux du régime général, ainsi que l'illustre l'annexe 16.

## *B) La couverture de la population par l'assurance maladie complémentaire*

### 1. La place croissante de l'assurance maladie complémentaire

L'assurance maladie complémentaire a pris une importance croissante dans la Protection Sociale de la population française contre le risque maladie :

- 86% de la population était couverte par une assurance maladie complémentaire en 2002 (hors CMU-C) contre seulement 50% en 1970. L'assurance maladie complémentaire est donc très répandue mais pas généralisée.
- alors que les OCAM finançaient environ 6,5% de la dépense courante de soins et de biens médicaux en 1980, leur part s'élève à 12,7% en 2002.

### 2. Offreurs et marché concurrentiel

Rappelons que les organismes habilités à fournir une assurance maladie complémentaire sont les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance<sup>32</sup>. Ils constituent la protection sociale privée qui offrent notamment des assurances maladie complémentaires. Ces opérateurs privés occupent tout ou partie de la place laissée par le système public, et interviennent de fait de façon « complémentaire ». La place prise par l'Assurance maladie obligatoire conditionne donc la taille du marché potentiel de l'assurance maladie complémentaire, marché qui est un marché concurrentiel.

### 3. Les produits offerts par les OCAM

L'assurance maladie complémentaire prend donc en charge les biens et services médicaux qui sont peu ou pas remboursés par l'Assurance maladie obligatoire, à savoir les soins dentaires et en optique qui représentent environ le quart des dépenses des OCAM, ainsi que les copaiements laissés à la charge des ménages par l'Assurance maladie obligatoire (ticket modérateur, dépassements et forfait hospitalier). Aussi la part des OCAM dans le financement des dépenses de biens et services médicaux est-elle très variable : elle est très faible pour les soins hospitaliers, mais importante pour les médicaments et majoritaire pour le dentaire, l'optique et l'auditif.

---

<sup>30</sup> Concernant les prestations en espèces (indemnités journalières), celles-ci varient selon le type de régime.

<sup>31</sup> La dernière harmonisation en date est relativement récente : c'est la LFSS pour 2001 qui a aligné les prestations en nature du régime des indépendants sur celui du régime général. Le taux de prise en charge pour le « petit risque » (autre que les hospitalisations) est passé de 50% à 70%.

<sup>32</sup> Seules les sociétés d'assurance sont à but lucratif et sont régies par le droit de l'assurance et non le droit de la sécurité sociale.

Les OCAM offrent plusieurs types de contrats. Ceux-ci sont détaillés dans l'encadré n°9 ci-dessous.

### **Encadré n°9 : Les types de contrats offerts par les OCAM**

**- les contrats collectifs dits « obligatoires » :**

Les contrats collectifs sont obtenus par le salarié dans le cadre de l'entreprise. Ces contrats sont facultatifs au regard de la loi, mais ils sont « obligatoires » pour le salarié en application d'une convention collective. Ces contrats présentent des caractéristiques similaires à la couverture maladie de base de la sécurité sociale : ils sont « obligatoires », n'opèrent pas de sélection médicale à l'entrée, proposent les mêmes garanties à l'ensemble des salariés, et le montant des cotisations est proportionnel au revenu. Selon l'enquête *Santé et protection sociale 1998* du CREDES, les contrats collectifs dits « obligatoires » représentent environ 25% des contrats d'assurance maladie complémentaire. Les contrats collectifs sont généralement moins chers que les contrats individuels. Cette différence de tarif s'explique par trois mécanismes :

- . le contrat collectif bénéficie d'un tarif de groupe négocié avec l'organisme gestionnaire en fonction du nombre de salariés.
- . dans les contrats collectifs obligatoires, l'employeur prend en charge une partie des cotisations : cette contribution est négociée au moment de la mise en place du contrat entre l'employeur et les représentants des salariés (syndicats). Elle atteint en général au moins 40% du montant total des cotisations.
- . Enfin les cotisations des salariés sont déduites du salaire net et sont donc non imposables. Quant à l'employeur, il peut déduire sa part de cotisations de son bénéfice déclaré.

La gestion de l'assurance maladie complémentaire est généralement déléguée au comité d'entreprise ou à une entité *ad hoc* (la mutuelle d'entreprise) dans lesquels les élus syndicaux sont impliqués.

**- les contrats facultatifs :**

Les contrats facultatifs peuvent être :

- collectifs (environ 25% des contrats d'assurance maladie complémentaire) : sans offrir les mêmes avantages que les contrats collectifs dits « obligatoires », les contrats collectifs facultatifs, le plus souvent souscrits auprès d'une mutuelle dont le mode de fonctionnement est la péréquation, conduisent à assurer une redistribution entre risques, voire entre niveaux de revenu, sur une base géographique ou professionnelle.
- ou individuels (environ 50%). Ils font l'objet de règles particulières relevant davantage du *droit des assurances*. Ils reposent tout d'abord sur la liberté absolue, pour chaque assuré, de se couvrir ou non contre le risque maladie. Il a de plus la possibilité de choisir le niveau de couverture qu'il souhaite parmi les différents contrats que lui proposent les OCAM. La cotisation à payer dépendra non seulement du niveau de couverture choisi, mais également du risque que l'assuré représente, c'est-à-dire de son état de santé. Enfin les organismes assureurs peuvent refuser d'assurer certaines personnes.

Au vu de ces différents types de contrats, on s'aperçoit que le modèle théorique d'un contrat non obligatoire souscrit à titre privé est loin de représenter la norme sur le marché français de la complémentaire maladie. Celui-ci est effectivement le lieu d'expression de formes de solidarité dans la mesure où la plupart des contrats sont souscrits par des groupes d'individus, et majoritairement auprès d'organismes dont l'organisation est collective et assurent une certaine redistribution (institutions de prévoyance paritaires ou mutuelles.)

**Tableau n°8 : Répartition des contrats de couverture complémentaire selon leur mode d'obtention, 1998**

1998	Mode d'obtention					
	Par l'entreprise, obligatoire	Par l'entreprise, non obligatoire	Initiative de l'assuré	Autre	Inconnu	Ensemble
<b>Mutuelles</b>						
Nb contrat observé	954	1554	2739	104	145	5496
% col. Pondéré	17,4	28,3	50,0	2,0	2,3	100
% ligne pondéré	42,8	65,2	62,0	74,4	47,8	58
<b>Caisse de prévoyance</b>						
Nb contrat observé	602	329	341	16	46	1334
% col. Pondéré	44,6	24,0	26,4	1,5	3,5	100
% ligne pondéré	27,6	13,9	8,2	13,3	18,3	15
<b>Assurance privée</b>						
Nb contrat observé	492	346	1062	13	32	1945
% col. Pondéré	25,9	18,5	53,7	0,7	1,2	100
% ligne pondéré	22,3	14,9	23,3	9,1	8,7	20
<b>Ne sait pas</b>						
Nb contrat observé	159	152	332	7	94	744
% col. Pondéré	24,7	21,3	43,1	0,7	10,2	100
% ligne pondéré	7,3	5,9	6,5	3,2	25,7	7
<b>Ensemble</b>						
Nb contrat observé	2207	2381	4474	140	317	9519
% col. Pondéré	23,6	25,2	46,8	1,6	2,8	100
% ligne pondéré	100	100	100	100	100	100

Source : CREDES-ESPS 1998

Nb : il s'agit de contrats, non de personnes couvertes, or, une même personne peut être couverte par plusieurs contrats et un contrat peut couvrir plusieurs personnes.

Néanmoins des inégalités subsistent en matière de protection complémentaire. En effet, l'étendue des biens et services médicaux pris en charge par la couverture complémentaire diffère en fonction des types de contrats : bien qu'ils prennent presque systématiquement en charge certaines prestations (ticket modérateur et forfait journalier), ils diffèrent sur le taux de couverture des dépassements, les indemnités journalières complémentaires et les prestations prises en charge dans les secteurs optique et dentaire. Cette différence de qualité des contrats se traduit par des coûts d'acquisition qui sont également très variables. Toute la population n'a donc pas accès au même niveau de couverture complémentaire.

#### 4. Inégalités d'accès à l'assurance maladie complémentaire

Une étude<sup>33</sup> du CREDES, basée sur l'enquête *santé, soins et protection sociale* de 1998, souligne une double corrélation :

- Une corrélation entre le niveau de couverture des contrats et le revenu des assurés:

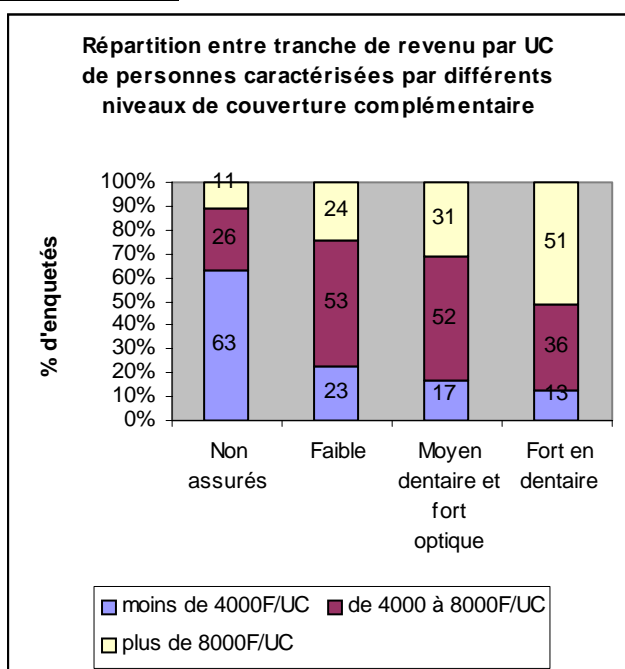
L'analyse des contrats relevés dans l'enquête montre que lorsque les revenus augmentent les contrats souscrits offrent une meilleure prise en charge. Les personnes les plus riches ( plus de 1200 euros par unité de consommation<sup>34</sup>) ne représentent que 11% des non assurés complémentaires, 24% des assurés de la catégorie « faible », mais 31% des assurés des

<sup>33</sup> *La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?* CREDES, 2000.

<sup>34</sup> **Revenu par unité de consommation** : le pouvoir d'achat d'un ménage dépend non seulement de ses ressources disponibles mais aussi de la taille dudit ménage. Le revenu par unité de consommation permet de comparer des ménages de tailles différentes. Pour tenir compte des économies d'échelle, le nombre d'unités de consommation (UC) d'un ménage est inférieur au nombre de membres du ménage. Le nombre d'UC est le nombre de parts entre lesquelles on divise le revenu disponible du ménage pour estimer ce dont dispose chaque individu pour vivre.

contrats intermédiaires, et 51% des assurés de la catégorie fort en dentaire. Inversement les pauvres sont de moins en moins représentés quand on monte dans la hiérarchie des contrats. La catégorie sociale est également corrélée à la qualité des contrats : les personnes appartenant à un ménage de cadres sont les mieux couverts avec seulement 24% de couverture faible ou nulle, les professions intermédiaires présentent 37% de couverture faible ou nulle, les agriculteurs 46% et les ouvriers non qualifiés 59%.

**Graphique n°5 : Niveau de couverture maladie complémentaire en fonction du revenu**

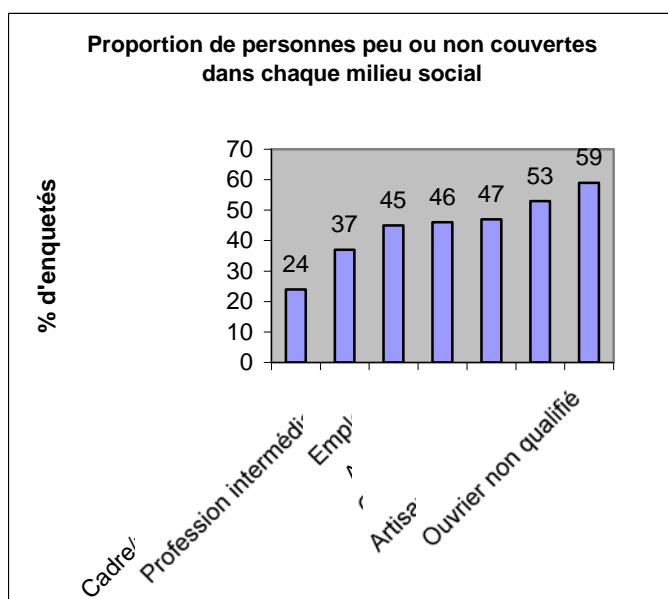


Source : Enquête ESPS 2002, CREDES

- Une corrélation entre le niveau de couverture des contrats et le statut en matière d'emploi

L'accès aux différents types de contrats de la couverture complémentaire dépend fortement du statut en matière d'emploi. Le recours aux contrats collectifs concerne les salariés du secteur privé en Contrat à Durée Indéterminée (CDI), qui ont le choix entre institutions de prévoyance et assurances privées. Les fonctionnaires ont accès aux contrats collectifs par le biais des mutuelles, et les indépendants aux assurances individuelles. Les salariés « précaires » (Contrats à durée déterminée ou craignant de perdre leur emploi) ont nettement moins souvent accès aux contrats collectifs. Enfin les retraités et les chômeurs n'accèdent pas aux contrats collectifs mais souscrivent des contrats individuels, facultatifs, et qui offrent une prise en charge moindre.

**Graphique n°6 : Proportion de personnes peu ou non couvertes dans chaque milieu social**



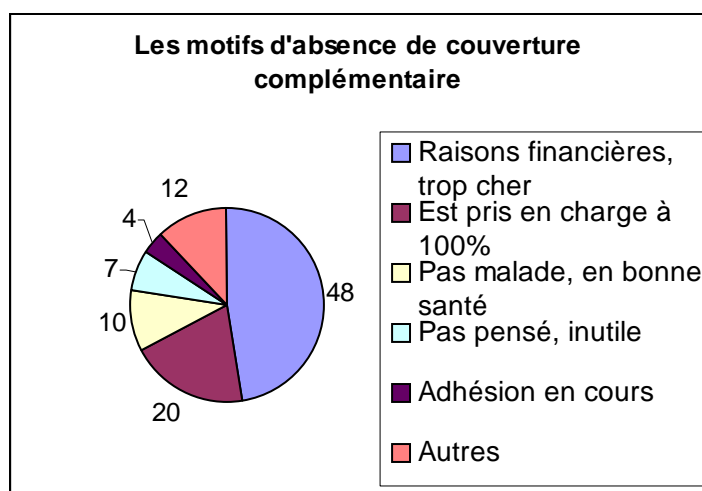
Source : Enquête ESPS 2002, CREDES

**5. Les personnes les moins couvertes**

Malgré l'effet très positif de la CMU, ce sont les individus en situation sociale la plus précaire qui sont les moins bien couverts. 20% des chômeurs n'ont ni couverture complémentaire ni exonération du ticket modérateur contre 6% des actifs occupés. C'est aussi le cas pour 12% des personnes vivant dans des ménages disposant des revenus les plus faibles, contre 3,5% pour les individus disposant des revenus les plus élevés.

Ces personnes en situation précaire sont justement celles qui renoncent le plus souvent à des soins pour motifs financiers (graphique n°8 ci-dessous.)

**Graphique n°7 : Les motifs d'absence de couverture maladie complémentaire**



Source : Enquête ESPS 2002, CREDES.

Si l'Assurance maladie obligatoire couvre la totalité de la population française et offre des prestations identiques à tous les bénéficiaires, ce n'est pas le cas pour l'assurance maladie complémentaire. Il existe en effet des différences importantes dans l'accès et la prise en charge des assurances complémentaires, ces différences étant en partie conditionnées par le revenu et le statut en matière d'emploi.

### **2.1.2. Le mode de financement de l'Assurance maladie obligatoire**

L'Assurance maladie obligatoire est le principal agent de financement de la dépense de soins et de biens médicaux en France :

- elle finançait effectivement 75,7% de la CSBM en 2001, soit 97.000 millions d'euros,
- de plus, sa part dans le financement de la CSBM n'a cessé d'augmenter jusqu'au début des années 80, pour connaître une légère diminution depuis lors.

L'analyse du mode de financement de l'Assurance maladie obligatoire paraît dès lors incontournable et soulève trois interrogations :

- Quelle est la structure des recettes de l'Assurance maladie obligatoire ? **(A)** Ce paragraphe traite plus spécifiquement des recettes de la branche maladie du régime général.
- Ce mode de financement génère t-il des revenus suffisants pour le fonctionnement de l'Assurance maladie obligatoire, et si non comment est financé son déficit ? **(B)**
- Enfin, le mode de financement de l'assurance maladie nous amènera à poser la question de l'accessibilité financière des services de santé. **(C)**

#### ***A) Structure des recettes de la branche maladie du régime général***

Pour des raisons historiques<sup>35</sup>, le mode de financement initial de la sécurité sociale française (et donc de l'Assurance maladie obligatoire) était celui des cotisations sociales.

Or depuis quelques années les ressources de l'Assurance maladie obligatoire se sont progressivement diversifiées :

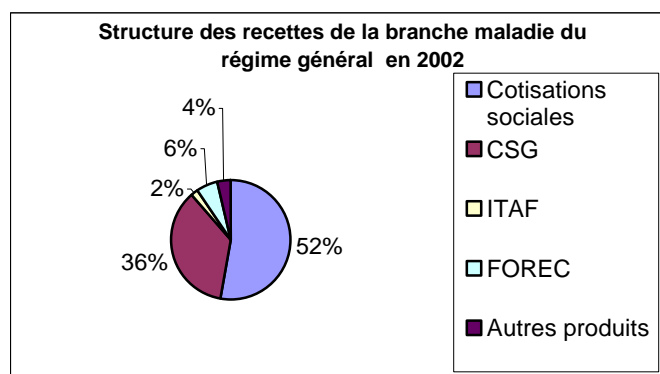
- alors que les cotisations sociales finançaient 95% de la branche maladie du régime général en 1990, elles ne représentent plus que 50% en 2002,
- à l'inverse, la part des impôts et taxes affectées<sup>36</sup> à la branche maladie a nettement augmenté, du fait notamment de la création de la Contribution Sociale Généralisée (CSG).

---

<sup>35</sup> Le système de protection sociale français, financé par les cotisations, est d'inspiration bismarckienne. A l'inverse des systèmes beveridgiens qui sont financés par l'impôt.

<sup>36</sup> A la différence du budget de l'Etat ou l'ensemble des recettes servent à financer indistinctement toutes les dépenses, il n'existe pas de principe d'universalité budgétaire dans le domaine de la sécurité sociale : une ressource est nécessairement affectée à une branche, à un régime ou à un organisme de sécurité sociale.

## **Graphique n°8 : Structure des recettes de la branche maladie du régime général**



Le total des produits nets<sup>37</sup> de la branche maladie du régime général atteint 106 628,7 millions d'euros en 2002.

La structure des recettes se décompose comme suit :

- les cotisations sociales représentent le premier poste des recettes, soit 52% des recettes, **(1)**
- la Contribution Sociale Généralisée (CSG) fournit 36% des recettes, **(2)**
- les transferts reçus, essentiellement issus du *Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de la sécurité sociale* détaillé dans l'annexe 14, restent faibles : 6%,
- les impôts et taxes affectées (ITAF) représentent 2% des recettes du régime,
- enfin les autres ressources, au sein desquelles les contributions publiques de l'Etat, représentent 4%. **(3)**

Des organismes spécifiques sont chargés du recouvrement de ces recettes : l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) et les Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF). **(4)**

### 1. Les cotisations sociales

La branche maladie du régime général est financée à titre principal par les cotisations sociales.

- La cotisation est adaptée à la logique originelle des assurances sociales qui veut que le droit à des prestations sociales soit en relation avec l'exercice d'une activité professionnelle.
- Gage de l'autonomie de la sécurité sociale par rapport au budget de l'Etat, elle fonde la légitimité de la gestion des régimes par les partenaires sociaux.
- On distingue deux types de cotisations : les cotisations salariales et les cotisations patronales. Le partage du coût du financement de la sécurité sociale par l'employé et l'employeur étant un principe essentiel du système de protection social français.

Le calcul des cotisations résulte de la multiplication d'une *assiette* par un *taux*.

#### ***L'assiette des cotisations:***

Les cotisations patronales et salariales pour l'Assurance maladie obligatoire sont assises sur la totalité de la rémunération brute<sup>38</sup> des salariés. Elles sont en effet totalement dé plafonnées<sup>39</sup>

<sup>37</sup> Les produits nets ne prennent pas en compte les reprises de provisions sur prestations, et sont diminués des dotations et ANV sur actifs circulants. Comptes SS sept 2002.

depuis 1984, et proportionnelles au revenu. Certains revenus de remplacement<sup>40</sup> sont également soumis à cotisation mais leur apport est marginal.

**- Les taux appliqués aux cotisations :**

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution des taux appliqués aux cotisations patronales et salariales affectées à l'assurance maladie :

**Tableau n°9 : Evolution des taux des cotisations patronales et salariales**

	01/01/1984	01/07/1987	01/01/1992	01/01/1997	01/01/1998
<b>Cotisations patronales</b>	12,60%	12,60%	12,80%	12,80%	<b>12,80%</b>
<b>Cotisations salariales</b>	5,50%	5,90%	6,80%	5,50%	<b>0,75%</b>

Si le taux des cotisations patronales est resté stable, celui des cotisations salariales a très nettement diminué à partir de 1998. Elles ont été remplacées par un prélèvement de nature fiscale : la Contribution Sociale Généralisée (CSG.) Les taux de cotisation sont fixés par le gouvernement par voie de décret. Le conseil d'administration des caisses nationales donne un avis que le gouvernement n'est pas tenu de suivre.

**2. La contribution sociale généralisée (CSG)**

La CSG représente 36% des recettes de la branche maladie du régime général en 2002. Instituée par la loi de finances pour 1991, la CSG constitue un nouveau type de prélèvement qui rompt avec la logique socio-professionnelle du financement de la sécurité sociale en vigueur jusque là.

---

<sup>38</sup> L'extension de l'assiette des cotisations patronales aux autres éléments de la valeur ajoutée (taxer le facteur travail – salaires – mais également le facteur capital – amortissements –) a été envisagée puis abandonnée, sans pour autant avoir disparu.

<sup>39</sup> L'existence d'un plafond, dont le montant est fixé par décret, consiste à ne pas prendre en compte, dans le calcul de l'assiette des cotisations, la rémunération des salariés au-delà d'une certaine limite.

<sup>40</sup> Retraités, préretraités, chômeurs.

## **Encadré n°10 : Les raisons de l'instauration de la CSG**

L'instauration de la CSG résulte en partie des limites des cotisations sociales en termes de rendement, d'équité et de neutralité par rapport à l'emploi.

- l'effet du chômage et le freinage des salaires ont conduit à un rétrécissement de l'assiette des cotisations, ce qui pose le problème du rendement des cotisations,
- du fait de la diminution de la part des salaires dans la richesse nationale au profit des revenus du capital, se posait la question de l'égalité de traitement entre les citoyens selon l'origine de leurs revenus.
- les cotisations sur les salaires sont jugées néfastes pour l'emploi, une hausse des taux serait donc en désaccord avec la politique de l'emploi.

Ainsi la mise en place d'un impôt spécifique, directement affecté à la sécurité sociale, est apparu comme la seule voie d'élargissement de l'assiette. D'où la création de la CSG en 1991, qui a été élargie à l'assurance maladie à partir de 1997.

Au regard de **critères de redistributivité et de justice sociale**, la CSG constitue un point positif :

- l'assiette de la CSG est plus large que celle des cotisations car elle inclut non seulement les revenus du travail mais également certains revenus de remplacement<sup>41</sup>, et produits du capital.
- De plus, en tant que prélèvement fiscal, la CSG s'applique à d'autres catégories que les seuls salariés.

Cependant la CSG connaît plusieurs limites importantes au regard desdits critères :

- la CSG est proportionnelle et non pas progressive,
- de plus une fraction de son montant (5,10% sur les 7,5%) est déductible de l'assiette de l'impôt sur le revenu, ce qui compte tenu de la progressivité de celui-ci aboutit à rendre cette partie de la CSG dégressive.

### **- La nature juridique de la CSG est ambiguë :**

Selon la jurisprudence du Conseil constitutionnel (CC, 19 déc. 1996), elle fait partie de la catégorie des « impositions de toutes natures » qui regroupe les impôts et les taxes fiscales. La CSG est donc qualifiée « d'impôt » en France, ce qui amène à parler du phénomène de **fiscalisation du financement de la sécurité sociale** en France.

Cependant la Cour de justice des communautés européennes (CJCE, 15 Févr.2000, Commission européenne c/République française) considère que la CSG s'apparente à un prélèvement social dans la mesure où elle est spécifiquement destinée au financement de la sécurité sociale, sans passer par le budget de l'Etat au préalable.

La CSG est donc un prélèvement hybride, qui tient à la fois de la cotisation sociale (affectation) et de l'impôt.

### **- Assiettes et taux de la CSG :**

La CSG a une assiette relativement large dans la mesure où elle se compose en réalité de 4 prélèvements *proportionnels* distincts :

- la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement,
- la CSG sur les revenus du patrimoine,
- la CSG sur les produits de placement,
- et enfin la CSG sur les sommes engagées ou les produits réalisés à l'occasion des jeux.

Le taux de la CSG s'élève à 7,5% (5,25% pour la branche maladie, 1,1% pour la branche famille et 1,15% pour la branche retraite) sur les revenus d'activité, du patrimoine, de placement et des jeux, et à 6,2% sur les revenus de remplacement (dont 3,8% ou 3,95% pour

<sup>41</sup> Indemnités journalières d'assurance maladie, rente d'invalidité, pension de vieillesse.

la branche maladie). Son produit bénéficie également aux régimes autres que le régime général. La part de la CSG affectée à l'Assurance maladie obligatoire (5,25%) a permis la quasi-disparition des cotisations salariales d'assurance maladie dont le taux n'est plus que de 0,75% depuis 1998.

La mise en place de la CSG a modifié en profondeur la structure de financement de la sécurité sociale, en faisant participer les revenus du patrimoine et des placements financiers, ce qui répond à une préoccupation d'équité tout en garantissant à la sécurité sociale des ressources moins dépendantes de l'évolution de la masse salariale.

### 3. Les autres recettes : transferts, ITAF, contributions publiques

- Le *Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de la sécurité sociale* (FOREC), dont la mission consiste à prendre en charge des exonérations de cotisations patronales, est alimenté par la Contribution sociale sur les bénéfices (CSB), la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP), les droits de consommation sur les alcools, les recettes provenant du tabac... Il fournit environ 6% des recettes de la branche maladie du régime générale en 2002. Supprimé à partir de 2004, l'Etat prend en charge les remboursements d'exonérations dont il était chargé.

- Les impôts et taxes affectées (ITAF) au financement de la branche maladie du régime général restent des recettes très minoritaires, même si elles sont en progression ces dernières années. En 2002, la somme des recettes issues des taxes sur les alcools, tabac, auto et médicaments représentaient moins de 2% du total des produits du régime général d'assurance maladie.

- Quant aux contributions publiques, elles représentent moins de 1% du total des produits de la branche maladie du régime général. Il s'agit essentiellement du remboursement par l'Etat, au régime général, des prestations servies au titre de l'invalidité.

### 4. Le recouvrement et la gestion des recettes : le rôle de l'ACOSS et des URSSAF

L'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (**ACOSS**) a été créée par la loi du 31 juillet 1968. Chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des 3 branches du régime général de sécurité sociale, elle est donc placée au cœur du financement de l'Assurance maladie obligatoire. A ce titre, elle exerce un pouvoir de direction et de contrôle sur l'ensemble du réseau des 105 Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (**URSSAF**). Les 4 CGSS de chacun des 4 DOM assurent les compétences des URSSAF.

L'ACOSS et les URSSAF sont notamment chargées de collecter les cotisations et contributions sociales, les taxes affectées...

#### **- Le recouvrement des cotisations :**

Le recouvrement des cotisations incombe en pratique aux entreprises. Elles sont tenues de verser aux organismes de recouvrement (URSSAF) l'ensemble des cotisations de sécurité sociale. Une fois les cotisations et les contributions encaissées par les URSSAF, elles sont remontées vers le compte unique de l'ACOSS à la Caisse des dépôts et consignations. La branche Recouvrement les met alors à disposition de la branche maladie.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Les cotisations redistribuées à la branche accidents du travail, la branche vieillesse et la branche famille suivent également le même circuit.

**- Le recouvrement de la CSG :**

La CSG est recouvrée par les URSSAF pour les revenus d'activité et de remplacement. Quant au recouvrement des revenus du patrimoine et du capital, il est à la charge des services fiscaux. Les sommes recouvrées au titre de la CSG maladie sont ensuite reversées à l'ACOSS qui en répartit le produit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.

L'ACOSS et les URSSAF sont ensuite chargées de redistribuer ces fonds aux caisses de sécurité sociale (maladie, accident du travail, famille, vieillesse), ainsi qu'à d'autres organismes et institutions qui leur ont confié le recouvrement de leurs recettes (caisses d'amortissement de la dette sociale, fonds de solidarité vieillesse...)

## Graphiques n°9 : Structure des recettes des régimes autres que le régime général

### Recettes des ASA

Les recettes nettes de la branche maladie des salariés agricoles s'élèvent en 2002 à 3565,5 millions d'euros.

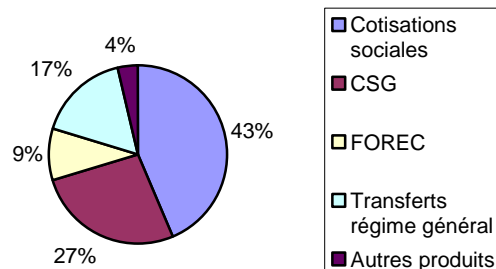
- Les cotisations, dont le taux et l'assiette sont identiques à ceux du régime général, représentent 40% des recettes du régime. Elles sont recouvertes par les caisses départementales MSA ou GAMEX.

- Quant à la part de la CSG, elle s'élève à plus de 25% des produits de la branche.

- Les remboursements d'exonération par l'Etat et le FOREC représentent près de 9% des produits de la branche.

- La branche maladie du régime des salariés agricoles est structurellement déficitaire : elle a été équilibrée en 2002 par un transfert du régime général de 596,4 millions d'euros, soit environ 17% des recettes nettes du régime.

Structures des recettes des ASA en 2002



### Recettes de l'AMEXA

Les recettes nettes de la branche maladie du régime des exploitants agricoles sont de 6369,2 millions d'euros en 2002.

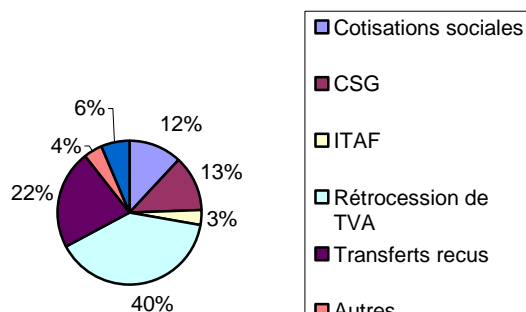
- La part des cotisations est relativement faible puisqu'elles ne représentent qu'environ 12% des recettes nettes de la branche. Le taux de cotisation est de 10,84% dans la limite de 6 fois le plafond annuel de la sécurité social soit 178 272 EUR en 2004. Les cotisations sont recouvertes par les caisses départementales MSA ou GAMEX.

- La CSG (13%), les impôts et taxes affectés (3%) et les rétrocession de TVA (40%) assurent plus de 50% des ressources de la branche.

- Les transferts reçus sont relativement importants puisqu'ils représentent près de 22% des recettes de la branche. Ils sont principalement constitués de la compensation généralisée du risque maladie dont le régime des exploitants agricoles est l'unique bénéficiaire. (Paragraphe 2.2.2.B.)

- Enfin les contributions publiques participent à hauteur d'environ 6% (412,2 millions d'euros en 2002) au financement de la branche. Elles sont principalement composées de la subvention d'équilibre déterminée dans le cadre du vote annuel du Budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA), annexé au projet de loi de finances de l'Etat.

Structure des recettes de l'AMEXA en 2002



### Recettes de l'AMPI

Les recettes nettes de la branche maladie du régime des travailleurs indépendants sont de 5644 millions d'euros pour l'année 2002.

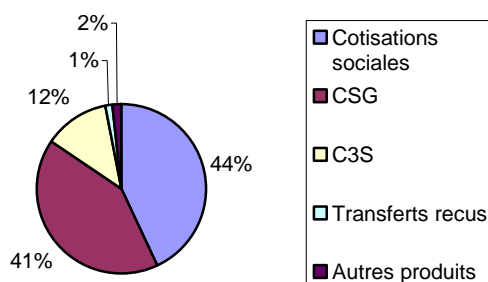
Celles-ci sont issues de trois sources principales :

- les cotisations sociales (44%), dont le taux est de 6,5% jusqu'à un plafond de salaire net annuel de 29 712 euros en 2004, et de 5,90 % pour les revenus annuels nets situés entre 29 712 euros et 148 560 euros. Elles sont recouvertes par les organismes conventionnés.

- la CSG (41%),

- et enfin la Contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) à hauteur de 12% (Se reporter au glossaire).

Structure des recettes de l'AMPI 2002



**Tableau n°10 : Assiette, taux et mode de recouvrement des cotisations maladie et de la CSG dans les différents régimes**

	Cotisations maladie			CSG maladie		
	Assiette	Taux	Recouvrement	Assiette	Taux	Recouvrement
<b>Régime général</b>	Salaire brut <u>déplafonné</u> , (+ quelques revenus de remplacement)	-Cotisations salariales : 0,75% Cotisations patronales : 12,8% <b>Total : 13,55%</b>	URSSAF, puis centralisées par l'ACOSS	95 % du salaire brut <sup>43</sup> + certains avantages non compris dans l'assiette des cotisations (+ Revenus de remplacement)	<b>5,25%</b> pour les 4 CSG, sauf CSG sur revenus de remplacement : 3,95% ou 3,8%	URSSAF (pour la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement) et services fiscaux (pour les trois autres CSG) puis centralisées par l'ACOSS
<b>Salariés agricoles</b>			Caisses MSA, puis centralisées par la caisse centrale MSA			Caisses MSA (pour la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement) et services fiscaux (pour les trois autres CSG) puis centralisées par l'ACOSS
<b>Exploitants agricoles</b>	Salaire net, <u>plafond</u> annuel de 178 272 euros	<b>10,84%</b> (plafond de 178 272 euros/an)	Caisses MSA ou GAMEX, puis centralisées par la Caisse centrale MSA	Salaire net (+ Revenus de remplacement)		Caisses MSA ou GAMEX, puis centralisées par la Caisse centrale MSA
<b>Travailleurs indépendants</b>	Salaire net, <u>plafond</u> annuel de 148 560 euros	- <b>6,5%</b> jusqu'à 28 000 euros/an, - Puis 5,9% entre 29712 et 148 560 euros/an	Organismes conventionnés (dont RAM), puis centralisées par la CANAM			URSSAF (pour la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement) et services fiscaux (pour les trois autres CSG) puis centralisées par l'ACOSS

<sup>43</sup> Abattement forfaitaire de 5% pour frais professionnels afin d'assurer une égalité de traitement avec les non salariés qui acquittent la CSG sur un revenu net.

**Tableau n°11 : Répartition des recettes des différents régimes d'Assurance maladie obligatoire**

	Régime général		Salariés agricoles		Exploitants agricoles		Travailleurs indépendants	
	Millions d'Euros	%	Millions d'Euros	%	Millions d'Euros	%	Millions d'Euros	%
<b>Cotisations</b>	56 340	52,8%	1 550	43,5%	753	11,8%	2 436	43,2%
<b>CSG</b>	38 015	35,7%	955	26,8%	805	12,6%	2 331	41,3%
<b>ITAF</b>	2 145	2%	16	0,4%	206	3,2%	718 <sup>44</sup>	12,7%
<b>Rétro de TVA</b>					2 518	39,5%		
<b>Transferts</b>	6 891	6,5%	936 <sup>45</sup>	26,3%	1 405 <sup>46</sup>	22,1%	76	1,3%
<b>Dont FOREC</b>	6 278		334					
<b>Contributions publiques</b>	432	0,4%	17	0,5%	412	6,5%	0,6	0,01%
<b>Autres</b>	2 806	2,6%	91	2,5%	270	4,3%	82,4	1,5%
<b>Total (produit net)</b>	<b>106 629</b>	<b>100%</b>	<b>3 565</b>	<b>100%</b>	<b>6 369</b>	<b>100%</b>	<b>5 644</b>	<b>100%</b>

Depuis quelques années, la diversification des ressources a contribué, en raison de leur grande instabilité d'affectation, à faire du financement de l'Assurance maladie, et de la sécurité sociale en générale, un système opaque et donc peu lisible.

Le thème du financement de l'Assurance maladie soulève également la question du rendement des prélèvements, et notamment des déficits.

### ***B) Le financement du déficit de l'Assurance maladie obligatoire***

Jusqu'en 1975, une croissance économique importante (croissance du PIB brut de 5,6% en moyenne annuelle sur la période 1960/1970, et 3,5% entre 1970 et 1975) a entraîné une progression des salaires nets par tête relativement élevée. De fait, les cotisations sociales ont permis un financement adéquat de la protection sociale française sans que leurs taux ne soient augmentés de façon significative.

A partir des années 1975, la situation se dégrade sensiblement. La croissance du PIB se ralentit (3,1% par an entre 1975 et 1980, et 1,5% entre 1980 et 1985), ainsi que la progression des salaires. Les taux de cotisations sociales sont alors augmentés afin d'assurer le financement et l'équilibre du système de protection sociale.

Parallèlement, un ensemble de réformes ont tenté de réguler les dépenses de santé, notamment par un contrôle de l'offre de soins (carte sanitaire, numerus clausus...), par une régulation de la demande (forfait hospitalier, déremboursement de médicaments...) ou encore par une

<sup>44</sup> Dont 703 millions d'euros proviennent de la CSSS.

<sup>45</sup> FOREC (334) + Transfert d'équilibre technique qui provient du régime général (618).

<sup>46</sup> Compensation Généralisée du risque maladie dont le régime maladie des exploitants agricoles est le seul bénéficiaire.

régulation du financement (politique d'enveloppe globale...), sans empêcher pour autant l'aggravation du déficit de l'assurance maladie (illustré par le graphique 10 ci-dessous).

### **Encadré n°10 : Les différentes techniques de régulation des dépenses de santé**

#### 1. La régulation par la demande :

La méthode consiste à utiliser la participation financière des malades à la fois comme mécanisme régulateur de la demande, mais également comme moyen de lever des fonds supplémentaires pour la santé.

Cette technique de régulation s'est traduite en France par l'accroissement des **tickets modérateurs**, l'instauration du **forfait hospitalier** (le forfait journalier) et **les dépassements d'honoraires du secteur 2**. Ces différents outils, qui ont fondé la plupart des plans de stabilisation jusqu'en 1994, ont eu un effet limité : s'ils ont ralenti à court terme la progression des dépenses de santé, ils n'ont pas eu d'effet durable, puisque jusqu'en 1994 les dépenses de soins ont continué à augmenter plus vite que le PIB, malgré les plans de stabilisation récurrents.

On note également le **déremboursement de nombreux médicaments** ou de procédures de soins n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité.

#### 2. La régulation par le financement :

Les **enveloppes globales de dépenses** (ou enveloppes limitées de dépenses : *cash limit*) ont été progressivement introduites en France à partir des années 1990. Leur objectif est de garantir le respect des grands équilibres, de confronter les dépenses de soins à celles affectées aux autres grandes fonctions collectives, et de lutter contre une expansion illimitée des dépenses de santé. Depuis 1997 (plan Juppé), le parlement français vote une « **Loi de Financement de la Sécurité Sociale** » (LFSS) qui fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires de l'assurance maladie, un **Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)**. L'ONDAM est calculé sur la base des évolutions de dépenses de l'année précédente, des besoins de la population, ainsi que de la croissance de la richesse nationale. Il se compose de plusieurs enveloppes de dépenses déterminées par secteur d'activité médicale (4 enveloppes). Cependant cet ONDAM n'a qu'un rôle indicatif et non véritablement limitatif et contraignant. En effet, l'efficacité supposée de l'ONDAM reposait sur un mécanisme de reversement par les offreurs de soins des excédents de dépenses de l'assurance maladie. Or toutes les procédures de « mise à contribution financière » des médecins qui avaient été prévues pour être appliquées en cas de dépassement des enveloppes de soins de ville ont été successivement annulées ou abandonnées. Pour cette raison notamment, les dépenses d'assurance maladie n'ont cessé de croître en dépassant régulièrement les objectifs votés par le parlement.

#### 3. Le contrôle de l'offre :

Le contrôle de l'offre de soins s'est traduit par plusieurs techniques de régulation :

- la planification :

En France, elle a pris la forme d'une **carte sanitaire** (1972 et 1980) et d'un **numerus clausus** à l'entrée des études de médecine (1971 et 1978) et enfin des **SROS, Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire** (1991, 1994-1998, 1999-2004), expression de la planification régionale des équipements hospitaliers. Bien que la planification soit fondée sur le concept de besoin et sur des indicateurs de moyen (nombre de lits, d'IRM ou de généralistes par million d'habitants), dans la pratique les enjeux économiques et politiques prennent parfois le pas sur les réels besoins de santé publique.

- la répartition de **l'enveloppe par spécialité médicale**

L'ONDAM se divise en trois enveloppes distinctes : une enveloppe pour les dépenses hospitalières, une enveloppe pour les dépenses d'honoraires des professions médicales, et enfin une enveloppe pour les dépenses de médicaments.

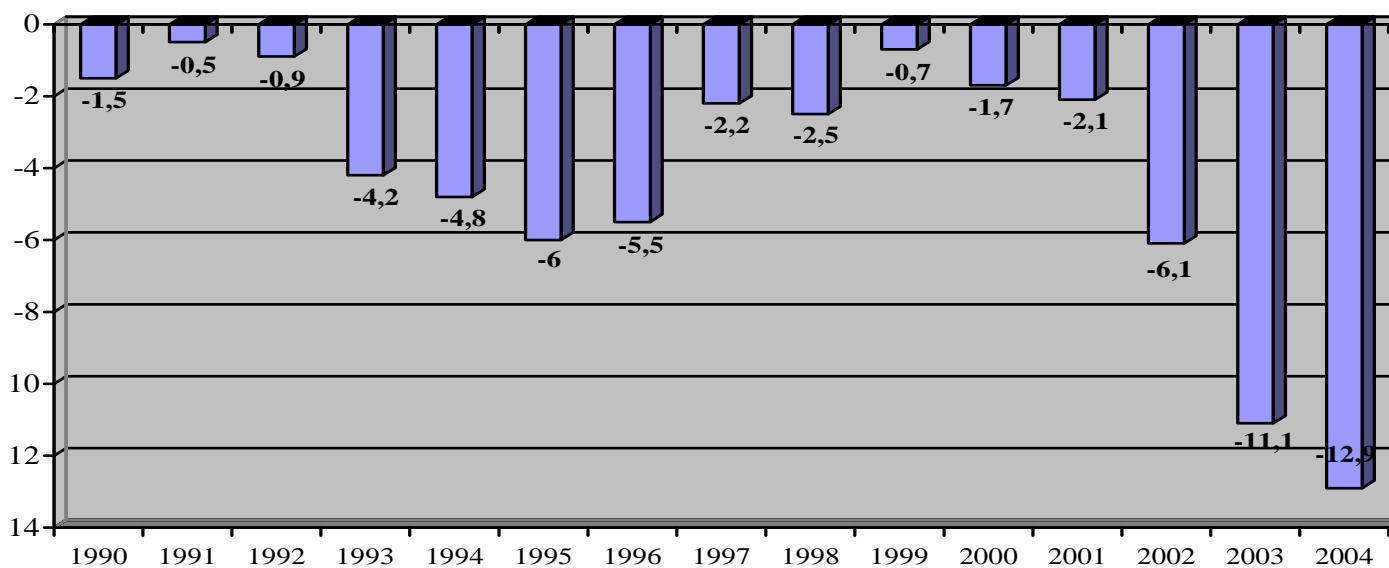
- le **médecin référent** et les **filières de soins** intégrées

La mise en place d'un médecin référent (médecin « sésame » ou *gate keeper*) à l'entrée de la filière de soins incite à la prévention, évite les actes redondants et supprime les incitations financières en faveur d'une médecine spécialisée et curative inutile. Bien que la formule du médecin référent ait été créée par convention en 1997 en France, elle est loin d'être implantée. Quant aux expériences de filières de soins financées par un forfait, elles ne peuvent donner lieu à de véritables filières tant qu'existent des enveloppes fermées pour chaque spécialité médicale (ce qui empêche un redéploiement des moyens à l'intérieur de la filière.)

- la **maîtrise médicalisée** (*managed care*)

Cette gestion des soins consiste à imposer les résultats de l'évaluation scientifique et économique dans la pratique médicale courante qui privilégie alors les soins les plus efficaces et/ou les moins coûteux. Cette idée se traduit en France par l'existence des RMO (références médicales opposables) introduites par les lois de 1993 et 1996.

**Graphique n°10 : Solde de la branche maladie sur la période 1990/2004 en milliards d'euros (valeur nominale)**



Source des données : Comptes de la sécurité sociale, 2004.

**Nous ne considérons que le régime général dans la mesure où les assurances maladie des autres régimes tendent à l'équilibre du fait des compensations<sup>47</sup> versées par le régime général ainsi que par les autres branches au sein de ces régimes.**

### 1. Quel a été le financement du déficit au cours des dix dernières années ?

L'ACOSS dispose d'un compte unique de disponibilités courantes ouvert à la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Ce compte enregistre pour chacune des branches du régime général, en recettes, les cotisations et autres contributions et, en dépenses, les prestations réglées par les organismes.

Si les ressources internes au régime général ne suffisent pas pour couvrir les dépenses, celui-ci peut faire appel à diverses solutions classiques ; mais plus récemment d'autres solutions sont apparues pour faire face à des déficits plus durables. Ces différentes solutions sont détaillées dans l'encadré n°11 ci-dessous.

### 2. Le déficit de 2001, 2002 et 2003

Le déficit de la CNAMTS pour 2001 est de 2,1 Md€, pour 2002 de 6,1 Md€ et pour 2003 de 11,1 Md€. Les prévisions projettent un déficit de 12,9 Md€ pour 2004.

Cette aggravation du déficit découle d'un effet de ciseaux entre des dépenses toujours très dynamiques, et la moindre progression des recettes.

<sup>47</sup> Question traitée dans le paragraphe 2.2.2.

- en effet, les dépenses maladie du régime général ont augmenté de +7,2% en 2002 après +6% en 2001,
- à l'inverse, les recettes assises sur la masse salariale, progressent environ deux fois moins vite que les dépenses. La croissance des ressources de la CNAM qui était de 6,6% en 2001 est tombée à 2,1% en 2002.

L'origine du déficit de l'assurance maladie est d'ordre conjoncturel (et non structurel). Le ralentissement de la croissance économique explique la faible progression des recettes de l'assurance maladie qui ne suffisent pas au financement des dépenses. Celles-ci, sans connaître une hausse importante, se maintiennent à un taux de croissance supérieur à celui des dépenses.

Les solutions classiques :

- **les prêts de la CDC**

Lorsque le régime général est en déficit, la CDC peut consentir deux types d'avances : des *avances normales* dans un plafond de 3 Md€ susceptibles d'intervenir pendant 4 périodes de 3 semaines chacune par trimestre civil (intérêts au taux du marché monétaire majoré d'un demi point) ; et des *avances exceptionnelles* dans la limite du même plafond, mais en dehors des périodes prévues (intérêts au taux du marché monétaire majoré d'un point).

- **les avances du Trésor**

Lorsque les avances de la CDC ne suffisent pas, des avances du Trésor (intérêts au taux du marché monétaire majoré d'un point) peuvent être accordées par décision du ministre de l'économie.

Les prêts de la CDC ainsi que les avances du Trésor permettent au régime général de couvrir ses « besoins de trésorerie », c'est-à-dire des déficits momentanés résultant de la non coïncidence en cours d'année des rythmes d'encaissement des recettes et de décaissement des dépenses. Mais l'aggravation brutale du déficit du régime général en 1993 et sa permanence depuis lors ont exigé de nouvelles mesures. En effet, il ne s'agit plus de répondre à des besoins d'ajustement de trésorerie infra-annuel, mais de couvrir un déficit de financement.

Les solutions spécifiques :

- **l'apurement des déficits cumulés** (toutes branches<sup>48</sup>)

Fin octobre 1993, la CDC accorde un prêt de 17 Md€ à l'ACOSS, en sus des avances conventionnelles. La dette de l'ACOSS à l'égard de la CDC est transférée à l'Etat. Un Fond de Solidarité Vieillesse (**FSV**) est créé : l'une de ses missions était de rembourser à l'Etat les 17 Md€ sur une période de 15 ans. Les ressources du FSV sont essentiellement constituées par l'affectation de 1,3 point de CSG.

- **La création de la CADES et de la CRDS**

Bien que le déficit du régime général ait été comblé à la fin de l'année 1994, il s'élève à nouveau à 18 Md€ à la fin de l'année 1995. Un prêt de la CDC de 21 Md€ est accordé à l'ACOSS. Une *Caisse d'amortissement de la dette sociale* (**CADES**<sup>49</sup>) est créée afin de se substituer à l'ACOSS pour rembourser le prêt de 21 Md€ accordé par la CDC, mais également au FSV pour rembourser le 1<sup>er</sup> prêt de 17 Md€. En 1998, 13,5 Md€ supplémentaires (déficits des années 1996 à 1998) sont confiés à la CADES, soit un total de **51 Md€**

Pour assurer ces remboursements, la CADES émet des emprunts à moyen ou long terme sur les marchés financiers internationaux. Les emprunts ainsi souscrits seront remboursés par le produit de la *Contribution au remboursement de la dette sociale* (**CRDS**). Impôt pour le conseil constitutionnel, cotisation sociale pour la CJCE, la CRDS a une assiette légèrement plus large que celle de la CSG. Son taux est de 0,5%, et elle est recouvrée et contrôlée comme la CSG.

La CADES apparaît donc comme une véritable caisse de refinancement des déficits sociaux courants (cas unique au monde), dont le déficit de l'Assurance maladie obligatoire. Elle a pour effet de reporter sur les générations futures les dépenses actuelles des régimes de sécurité sociale.

## **Encadré n°11 : Les solutions de financement du déficit de l'Assurance maladie obligatoire**

### 3. Les mesures financières de la réforme de l'Assurance maladie d'Août 2004

Le plan d'économie décidé par la réforme de 2004 s'articulera autour de 3 volets :

- un volet destiné à rationaliser et à améliorer la cohérence de l'offre de soins.

Ce volet comprend notamment le déploiement de l'ensemble des outils de la maîtrise médicalisée (dossier médical personnel, coordination des soins autour du médecin traitant, le respect des référentiels de bonne pratique), le développement du médicament générique, la modernisation de la gestion hospitalière (notamment la technique d'achat à l'hôpital, T2A), le renforcement du contrôle des arrêts de travail...

- un volet reposant sur la participation des usagers.

La participation des usagers se traduira par le versement d'un euro par consultation, et par la revalorisation du forfait hospitalier d'un euro pendant 3 ans.

- un volet instaurant des recettes nouvelles.

Ce dernier volet comprend 3 mesures :

- La CSG appliquées aux retraités imposables (50% des retraités), qui est inférieure de 1,3 point de celle imposée aux salariés, sera relevée de 0,4 point. Le taux de la CSG sur le produit des jeux sera augmenté de 2 points. Pour les salariés, l'assiette de la CSG passera de 95% à 97% du salaire brut. Enfin le taux de cotisation sur les revenus de remplacement passera de 6,2% à 6,6%
- Les entreprises seront appelées à contribuer à la résorption du déficit par la création d'une contribution additionnelle à la C3S, qui sera perçue au taux de 0,03% du chiffre d'affaire à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005.
- Enfin, l'Etat reversera une partie des droits du tabac à la CNAMTS.

Enfin, la charge de financement de la dette de l'Assurance maladie sera transférée à la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES). Elle sera amenée à prendre en charge les déficits des exercices 2004, 2005 et 2006 et ce, dans la limite de 15 milliards d'euros au total. L'existence de la CADES sera donc prolongée jusqu'à extinction de la dette.

### *C) Quelques faits sur l'équité du financement du système de santé*

Poser la question de l'accessibilité financière des services de santé amène à considérer l'équité du mode de financement de la dépense de soins et de biens médicaux. Le financement de la dépense de soins et de biens médicaux étant assuré par l'Assurance maladie obligatoire, les OCAM, les ménages et l'Etat, se posent trois questions :

- le mode de financement de l'Assurance maladie est-il équitable ? (1)
- le mode d'accès et de financement à/d'une assurance maladie complémentaire est-il équitable ? (2)
- est ce que les copaiements à la charge des ménages sont répartis équitablement au sein de la population ? (3)

## 1. Equité du mode de financement de l'Assurance maladie obligatoire

Les cotisations maladie et la CSG sont les deux principales sources de financement de l'Assurance maladie obligatoire.

Au regard de critères de redistributivité et de justice sociale, ces deux sources de financement présentent plusieurs points favorables :

- elles sont toutes deux proportionnelles aux revenus, d'où une certaine équité dans la contribution,
- elles s'appliquent à des salaires dé plafonnés (sauf pour les exploitants agricoles et les travailleurs indépendants : un plafond maximal est fixé),
- l'assiette de la CSG inclut également certains produits du capital,
- enfin il existe un important système d'exonération auquel s'ajoute la CMU.

Elles connaissent cependant toutes deux plusieurs limites au regard desdits critères :

- les cotisations et la CSG sont proportionnelles et non pas progressives,
- une fraction du montant de la CSG (5,10% sur les 7,5%) est déductible de l'impôt sur le revenu, ce qui compte tenu de la progressivité de celui-ci aboutit à rendre cette partie de la CSG dégressive.

## 2. Equité du mode de financement de l'assurance maladie complémentaire

Le paragraphe 2.1.1. met clairement en évidence les inégalités d'accès et de financement d'une assurance maladie complémentaire.

Si le financement des contrats de groupe est relativement équitable puisque la contribution des contractants est proportionnelle à leur revenu, ce n'est en revanche pas le cas des contrats individuels. En effet, les personnes dont le statut professionnel ne permet pas d'accéder à un contrat de groupe, se voient dans le nécessité de souscrire un contrat individuel dont la prime est actuarielle : le montant payé par l'individu n'est pas proportionnel à son revenu mais au risque qu'il représente, c'est-à-dire à son état de santé. Ce qui explique que la barrière financière représente 48% des motifs d'absence de couverture maladie complémentaire, et concerne essentiellement les individus en situation précaire (chômeurs, faibles revenus). Le taux de renoncement aux soins est d'ailleurs beaucoup plus élevé pour les personnes sans couverture maladie complémentaire (26%) que pour celles en disposant (14%) (Auvray, Dusmenil, Le Fur, 2001). Ces éléments ont pour conséquence une utilisation des services ambulatoires significativement plus importante par les personnes couvertes par une assurance maladie complémentaire que par celles n'en disposant pas

Bien que le financement d'une couverture maladie complémentaire soit dégressif, il n'en reste pas moins un prépaiement, nettement préférable à un paiement direct. En effet, le prépaiement permet non seulement de faciliter l'accès aux soins, mais également de répartir le risque financier, notamment dans le cas des contrats de groupe. Si l'on considère la part du prépaiement public constitué par l'Assurance maladie obligatoire (75,7%) et l'Etat (1%), auquel on ajoute le prépaiement privé issu des OCAM (12,7%), on constate que la CSBM est financée à hauteur de **89,4%** par prépaiement. Seulement 10,6% de la CSBM est donc financé directement par les ménages.

### 3. Les copaiements à la charge des ménages sont-ils répartis équitablement au sein de la population ?

Une étude (*Aligon, Grignon, 1999, in Couffinhal, Paris, 2003*), effectuée avant l'introduction de la CMU et de la CMU-C estime le montant réel à la charge des utilisateurs dans un échantillon de salariés couverts par la CNAMTS. Les résultats obtenus montrent que 11% des personnes les plus modestes (salaire mensuel en dessous de 458 euros par unité de consommation) utilisent plus de 13% de leur budget mensuel pour les copaiements. Cependant, en moyenne, les paiements directs effectués par les personnes les plus pauvres sont beaucoup plus faibles que ceux effectués par la population totale. Ceci indique une dépense de santé moins importante des ménages les plus modestes, ce qui peut s'expliquer en partie par une forte proportion de pauvres qui ne consomment aucun soin pendant l'année.

L'introduction de la CMU et de la CMU-C a néanmoins permis à une majorité de personnes sans couverture de base ou de couverture complémentaire d'accéder gratuitement à des soins, permettant ainsi une certaine équité dans l'accès aux soins.

Le financement de l'Assurance maladie obligatoire diffère selon les régimes et donne lieu à des compensations financières entre régimes : ce sera l'objet du paragraphe 2.2. Néanmoins, le financement de l'Assurance maladie en général, repose principalement sur les cotisations (qui étaient la source de financement quasi exclusive jusqu'en 1996) et sur la CSG. La constitution de fonds extrabudgétaires tels que le FOREC et la création de multiples impositions (dont la CSG, les taxes sur les tabacs...) amènent respectivement à parler de débudgétisation et de fiscalisation du financement de l'Assurance maladie, financement qui n'en devient que plus opaque et plus complexe.

Malgré la mise en place de multiples techniques de régulation des dépenses de santé, l'Assurance maladie obligatoire connaît un déficit récurrent depuis une quinzaine d'années. Les mesures adoptées par la réforme de 2004, alliant la rationalisation des dépenses à la mise en place de nouvelles recettes, ne règle pas totalement la question du déficit qui reste reporté sur les générations futures par l'intermédiaire de la CADES.

#### **2.2. La mise en commun des ressources :**

Si les systèmes de couverture universelle mettent en place de puissants systèmes de prépaiement, ils réalisent également la mise en commun des ressources qui est le principal mode de répartition des risques entre les assurés. (Rappelons que dans le cas de la France, les activités de collecte et de mise en commun des ressources sont effectuées de façon simultanée. Nous les séparons cependant en deux paragraphes distincts pour les besoins de l'étude). La mise en commun des ressources permet effectivement une péréquation des contributions des membres du groupe, quel que soit le risque financier associé à leur utilisation de services.

Néanmoins cette mise en commun des ressources peut être limitée par une trop grande fragmentation des caisses : les caisses trop petites, en fonction du segment de population auxquelles elles sont associées, peuvent avoir des difficultés à collecter un montant de contributions suffisant pour financer le paquet de soins, ce qui posera des restrictions en termes d'accessibilité.

L'existence de plusieurs caisses comme c'est le cas en France (2.2.1.) n'est cependant pas systématiquement synonyme de fragmentation dans la mesure où des mécanismes d'égalisation des risques sont mis en place (2.2.2.). Ceux-ci consistent à instaurer une solidarité entre les caisses visant à transférer les surplus de certaines caisses à celles étant déficitaires. Ce système de compensation financière se réalise entre les différents régimes par un système de compensations bilatérales ou de compensations généralisées.

### **2.2.1. Les différentes caisses du système français d'assurance maladie**

Ainsi que nous l'avons souligné dans un paragraphe précédent, l'Assurance maladie obligatoire est composée de 3 régimes principaux et d'une douzaine de petits régimes spéciaux, dont le nombre de bénéficiaires respectifs est extrêmement variable. Chacun de ces régimes dispose de ses propres organismes de gestion, généralement de plusieurs caisses locales et d'une caisse centrale au niveau national, sauf pour certains petits régimes spéciaux qui ne disposent que d'une seule caisse centrale.

On recense donc les caisses suivantes :

- la caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) du régime Général,
- la caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs indépendants (CANAM) du régime des travailleurs indépendants,
- la caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) du régime agricole,
- un ensemble de petites caisses gérées par les régimes spéciaux ou autonomes (Sénat et Assemblée nationale) assurant la protection de leurs membres contre le risque maladie.

- Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines (CANSSM)
- Caisse de Coordination aux Assurances Sociales de la RATP (CCAS 'RATP')
- Caisse de Prévoyance du Personnel Titulaire du Port de Bordeaux
- Caisse de Prévoyance et de Retraite de la SNCF... (CPR 'SNCF...')
- Caisse de Prévoyance Maladie de la Banque de France (CPM 'BDF')
- Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires (CRPCEN)
- Etablissement National des Invalides de la Marine (ENIM)
- Régime Spécial d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris (RSAMAV 'CCIP')
- Caisse Autonome de Sécurité Sociale du Sénat (Code Grand Régime 15).
- Caisse Autonome de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale (Code Grand Régime 14)
- Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS) : le régime militaire de sécurité sociale ayant été intégré financièrement au régime général le 1<sup>er</sup> Janvier 1997, la caisse militaire gère en fait le régime général. Ce n'est donc pas un régime spécial mais une organisation spécifique.
- La caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC) : le régime d'assurance maladie des cultes a également été financièrement intégré au régime général le 30 Juillet 1987. La CAVIMAC est donc une organisation spécifique gérant le régime général.

**Tableau n°12 : Nombre de bénéficiaires des assurances maladie de chaque régime en 2002.**

Régimes	Nombre de bénéficiaires : total et total en %	
CNAM	48 450 860	83,7%
CANAM	2 969 777	5,1%
Exploitants agricoles	2 158 825	3,7%
Salariés agricoles	1 940 361	3,4%
CNMSS	989 989	1,7%
SNCF...	646 600	1,1%
CANSSM	272 241	0,5%
ENIM	159 451	0,3%
RATP	102 677	0,2%
CRPCEN	99 508	0,2%
CAVIMAC	42 110	0,1%
Banque de France	43 822	0,1%
CCIP	8 263	0,0%
Port autonome de Bordeaux	736	0,0%
<b>Total</b>	<b>57 885 220</b>	<b>100%</b>

Source : Comptes de la sécurité sociale, septembre 2003

### **2.2.2. Les compensations financières entre les différents régimes d'assurance maladie**

L'existence de compensations financières entre certains régimes de sécurité sociale résulte de la loi du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale.

Les compensations visent à remédier aux disparités démographiques entre les régimes : en effet, les structures démographiques (rapport actifs/inactifs, ou cotisants/prestataires) de certains régimes se sont nettement détériorées du fait d'importants déplacements de la population active entre secteurs socioprofessionnels : c'est essentiellement le cas des régimes spéciaux (mines, SNCF.....) et du régime agricole qui se vident de leurs actifs, « au profit » du régime général.

Deux types de compensations financières pour le risque maladie ont été organisés entre les régimes : les compensations bilatérales (A) et la compensation généralisée. (B)

#### **A) Les compensations bilatérales du risque maladie :**

Les compensations bilatérales sont des transferts entre le régime général et six régimes<sup>50</sup> spéciaux pour les prestations en nature d'assurance maladie-maternité. Le mode de calcul de ces compensations consiste à estimer ce que seraient les soldes financiers de ces régimes spéciaux s'ils appliquaient les même taux de cotisation et de remboursement que le régime général (les régimes spéciaux appliquent généralement des taux de cotisation et de remboursement plus intéressants pour l'assuré que ceux offerts par le régime général). Si le

solde ainsi dégagé est positif, il est reversé au régime général, à l'inverse si le solde est négatif c'est le régime général qui versera la compensation au régime spécial concerné.

Ce mécanisme correspond à une intégration financière partielle de ces six régimes spéciaux dans le régime général<sup>51</sup>.

**Tableau n°13 : Les transferts de compensations bilatérales pour 2001, en millions d'euros.**

	Compensations bilatérales
Régime général	1433,1
CANSSM	-837,8
SNCF...	-592,8
ENIM	-87,7
CRPCEN	51,9
Banque de France	27,5
RATP	5,8

Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, sept. 2003.

Le régime général est le principal financeur de cette compensation puisque sa contribution représente, en 2001, environ 94,5% des transferts effectués au titre des compensations bilatérales. Les régimes bénéficiaires des compensations bilatérales sont essentiellement les régimes des mines, de la SNCF et celui des marins.

#### ***B) La compensation généralisée du risque maladie :***

Elle se distingue d'une intégration financière car elle n'a pas pour objet de financer le solde d'un régime, mais seulement de lui apporter une aide pour compenser un déséquilibre démographique (de nombreux régimes spéciaux couvrent davantage de retraités que d'actifs). Elle s'effectue entre les régimes de salariés pris dans leur ensemble et les régimes de non salariés.

Pour son calcul, on imagine un régime fictif qui verserait à chacun de ses bénéficiaires la prestation de référence la plus basse servie en maladie. On détermine ensuite une cotisation moyenne par actif permettant l'équilibre de tous les régimes confondus : dans ces conditions de fonctionnement, les régimes excédentaires seront débiteurs à la compensation, et les régimes déficitaires, créanciers.

**Tableau n°14 : Les transferts de compensation généralisée maladie pour 2001, en millions d'euros**

	Compensation généralisées maladie
Régime général	617,0
Salariés agricoles	19,9
Fonctionnaires militaires	9,6
CNSSM	0,7
SNCF	6,4
RATP	1,6
ENIM	0,7
CRPCEN	1,4
Banque de France	0,6
<u>BAPSA</u>	<u>- 1295,9</u>
CANAM	637,8

Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, sept. 2003.

L'unique bénéficiaire de ce transfert est le régime des exploitants agricoles (par le biais du BAPSA).

En 2001, la compensation généralisée du risque maladie est financée à 97% par deux régimes : le régime général et le régime des non salariés, non agricoles (CANAM).

Ce système de compensations financières se réalise donc entre les différents régimes, mais également au sein de chaque régime :

- les caisses centrales (l'ACOSS dans le cas du régime général, la CANAM et la CCMSA) sont chargées de compenser les opérations d'assurance entre les caisses locales,
- de plus, un système de transferts des recettes entre les branches de chaque régime permet d'atteindre l'équilibre comptable. C'est notamment le cas pour le régime des travailleurs indépendants et le régime agricole dont le solde comptable n'a de sens que toutes branches confondues. Dans le cas du régime général, le transfert des excédents des branches famille et accident du travail pour compenser le déficit de la branche maladie n'ont plus cours depuis 2002 dans la mesure où ces deux branches ne dégagent plus de soldes excédentaires.

### **2.3. La stratégie d'achat de l'Assurance maladie obligatoire :**

Dans le système français, la fonction d'achat est remplie par l'assuré : celui-ci choisit son prestataire, fait l'avance de frais (sauf tiers-payant et hospitalisation), et est ensuite remboursé par sa caisse d'assurance maladie.

- Nous allons voir que l'Assurance maladie et l'Etat fixent quant à eux les « conditions de l'achat » (la définition du panier de soins pris en charge, la fixation des tarifs) (2.3.1.)

- Nous détaillerons ensuite les modes de paiement des différents prestataires de soins, certains d'entre eux se rapprochant d'un achat plus stratégique (2.3.2.).

#### **2.3.1. Le « périmètre des biens et services remboursables » par l'Assurance maladie obligatoire**

Les dépenses de l'Assurance maladie se répartissent en 84,9% de remboursements de dépenses de soins, et 15,1% de prestations en espèces. Les premières représentent la prise en

charge, le plus souvent partielle, des dépenses de consommation de soins et sont versées, soit aux assurés, soit aux prestataires dans le cas du tiers payant. Les prestations en espèces sont des indemnités journalières versées aux assurés pendant une maternité, une maladie ou suite à un accident. Alors que l'Assurance maladie couvre l'ensemble de la population pour un large éventail de biens et de services médicaux (A), elle ne finance globalement que les trois quarts des dépenses totales de consommation médicale (B).

Les montants remboursés par l'Assurance maladie obligatoire sont calculés pour chaque bien ou service en appliquant un taux de couverture (en pourcentage) à un tarif négocié. En général, le patient règle le prestataire et est remboursé ensuite, partiellement ou totalement, par l'Assurance maladie. Cette règle ne s'applique pas en cas d'hospitalisation, et de moins en moins dans certains secteurs (pharmacie, biologie). Elle ne s'applique pas non plus aux bénéficiaires de la CMU.

### *A) Le champ de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire*

Déterminer le champ de la prise en charge équivaut à définir un « panier de biens et services<sup>52</sup> » remboursable.

Le panier de biens et services, en tant qu'ensemble de prestations auxquelles tout citoyen peut avoir droit en toutes circonstances, apparaît comme l'élément fondateur de la qualité et de l'accessibilité d'un système de soins. Il constitue également un enjeu majeur pour tous les professionnels de santé, et conditionne le partage du champ du remboursement entre l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires.

Pour toutes ces raisons, les critères permettant de déterminer le contenu du panier de biens et services apparaissent comme fondamentaux.

En France, la participation de l'Assurance maladie obligatoire au financement des dépenses de santé est très variable selon le type de soins : si les dépenses hospitalières sont prises en charge à plus de 90% par l'Assurance maladie, à l'inverse les prothèses dentaires, les lunettes et les prothèses auditives sont soit exclues du remboursement, soit prises en charge à des tarifs de responsabilité négligeables. On raisonne donc dans une logique de « panier de biens et services » selon laquelle il est décidé de couvrir de façon solidaire certains risques liés à la santé et pas d'autres. Il serait donc souhaitable qu'un tel choix repose sur une légitimité forte, scientifique ou démocratique. Or ce « panier de soins » n'est défini que de façon implicite dans le système français dans la mesure où la décision d'inclure ou d'exclure un soin ou un service du champ du remboursement ne repose pas sur des critères précis. Aussi une réflexion est-elle engagée pour définir un panier de biens et services explicite dont le contenu serait défini selon des critères précis, tels que la sécurité de l'acte ou du produit, son efficacité, son utilité<sup>53</sup> ou encore son efficience<sup>54</sup>, mais également pour mettre en place des instances et des procédures adaptées.

Pour être admis au remboursement, les biens et services de santé doivent être inscrits sur des listes. Cette inscription permet de fixer le prix auquel sera vendu le bien ou exécuté l'acte, prix qui servira de base au remboursement. On distingue notamment 4 grandes listes et nomenclatures :

## **Encadré n°12 : Listes et nomenclatures des actes et biens médicaux**

- **La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)** en secteur libéral, et le **Catalogue Des Actes Médicaux (CDAM)** en secteur hospitalier vont tous deux être remplacés par la **Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)** en 2004. La CCAM est une liste d'actes codés, commune aux secteurs public et privé. Elle est destinée à décrire plus précisément chaque acte technique des différentes spécialités médicales, et notamment leur coût afin de servir de base tarifaire à une juste rémunération de l'acte en secteur libéral et à l'allocation des ressources aux établissements.

- **La nomenclature des actes de biologie médicale (NABM).**

Les tarifs applicables aux analyses, examens et frais accessoires sont issus d'un accord annuel réunissant la CNAMTS (et au moins une autre caisse nationale), l'Etat, et des syndicats des directeurs de laboratoires d'analyse médicale.

- **La liste des spécialités remboursables pour les médicaments.**

Les médicaments ne sont remboursés par l'Assurance maladie obligatoire que s'ils figurent sur cette liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale, après avis de la commission de la transparence. Les prix des médicaments admis sur la liste des spécialités remboursables sont fixés par convention entre le Comité économique des produits de santé<sup>55</sup> (CEPS) et le laboratoire concerné, et à défaut, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie.

- **La liste des produits et prestations pour les dispositifs médicaux.**

Le secteur des dispositifs médicaux a fait l'objet d'une vaste réforme intervenue en 2001. La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2000 a remplacé le Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires (TIPS) par la Liste des Produits et Prestations (LPP). Cette liste comprend des tarifs de responsabilité fixés par arrêté interministériel (santé, sécurité sociale et économie) après avis du Comité Economique des Produits de Santé (CEPS). Le gouvernement peut également fixer un prix de vente opposable sur proposition du CEPS.

Bien que la décision d'inscription ministérielle d'un acte ou produit sur une liste soit précédée d'une procédure d'avis<sup>56</sup>, la décision de prise en charge appartient toujours au gouvernement (ministre de la santé et ministre de la sécurité sociale).

Quant aux soins dispensés dans les établissements, leur prise en charge découle de « l'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux », qui est en principe octroyée en même temps que l'autorisation de fonctionnement. Cette autorisation émane de la commission exécutive de l'ARH pour les établissements de santé, et du préfet de département pour les établissements médicaux sociaux.

Les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier échappent cependant largement à la règle du « périmètre de biens et services remboursables ». En effet, dans la mesure où ceux-ci sont financés par dotation globale, la réalisation d'un acte hors nomenclature ou l'utilisation d'un médicament hors liste sera prise en charge comme les autres. Néanmoins le passage du financement par dotation globale à la tarification à l'activité devrait permettre un contrôle plus étroit des prestations remboursables.

L'inscription d'un bien ou d'un produit dans le périmètre du remboursement est l'occasion de fixer son prix d'échange. Cette fixation administrative du prix d'échange est le principe d'opposabilité tarifaire<sup>57</sup>. Le choix d'un tarif opposable aux professionnels sert de base aux remboursements de l'Assurance maladie obligatoire. Il garantit ainsi un certain taux de prise en charge par la collectivité.

### ***B) Le niveau de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire***

Le niveau de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire est fixé par le gouvernement. Il existe donc un taux réglementaire de prise en charge pour chaque type de

soin. Cependant, compte tenu des cas d'exemption du ticket modérateur, le taux réel de prise en charge est beaucoup plus élevé. Cette différence est illustrée pour la CNAMTS par le tableau n°15 ci-dessous.

**Tableau 15 : Les taux de prise en charge des dépenses de soins par la CNAMTS (1999-2000)**

	Taux de prise en charge théorique <sup>a</sup> en %	Taux réel de prise en charge <sup>b</sup> en %
Services de médecins	70	81
Soins dentaires	70	73
Auxiliaires médicaux	60	92
Laboratoires	60	77
Médicaments	35, 65, 100	73
Hospitalisation	80	–

Source : CNAMTS, Comptes de la Santé (DREES).

a : Valeur réglementaire.

b : Taux réel de prise en charge compte tenu de la fréquence des cas d'exonération du ticket modérateur (Régime général). Ce calcul n'est pas possible pour les soins hospitaliers.

Le niveau de prise en charge varie en fonction du type de soins et de biens médicaux : d'après le tableau n°16, l'Assurance maladie assure en effet 91,6% de la dépense en soins hospitaliers et en sections médicalisées, 64,2% des soins ambulatoires et seulement 58,5% de la dépense en biens médicaux.

**Tableau n°16 : La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et les remboursements par l'Assurance maladie obligatoire**

Année 2001	CSBM en millions d'euros	Montant remboursé par l'Assurance maladie obligatoire en millions d'euros et en %	
Hôpitaux publiques	45 332	42 128	92,9%
Hôpitaux privés	10 772	9 092	84,4%
Sections médicalisées	1 972	1 972	100%
<b>Sous total soins hospitaliers et en sections médicalisées</b>	<b>58 077</b>	<b>53 193</b>	<b>91,6%</b>
Médecins	15 833	11 255	71,1%
Auxiliaires	6 866	5 459	79,5%
Dentistes	7 114	2 503	35,2%
Laboratoires d'analyses	3 031	2 228	73,5%
Etablissements thermaux	884	218	24,6%
<b>Sous total soins ambulatoires</b>	<b>33 728</b>	<b>21 664</b>	<b>64,2%</b>
Transports des malades	2 046	1 933	94,5%
<b>Sous total prestataires de soins</b>	<b>93 851</b>	<b>76 790</b>	<b>81,8%</b>
Officines pharmaceutiques	27 297	17 142	62,8%
Optique	3 587	152	4,2%
Prothèses	1 851	1 250	67,5%
<b>Sous total biens médicaux</b>	<b>34 682</b>	<b>20 282</b>	<b>58,5%</b>
<b>CSBM</b>	<b>128 533</b>	<b>97 072</b>	<b>75,5%</b>

Source : Comptes nationaux de la santé, 2001, in Rapport du Haut Conseil sur l'avenir de l'Assurance maladie, 2004.

### 1. La prise en charge des soins hospitaliers et en sections médicalisées<sup>58</sup>:

Les soins hospitaliers et en sections médicalisées est le poste de dépenses de santé le mieux pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire : celle-ci finance en effet 91,6% de la dépense en soins hospitaliers et en sections médicalisées. Le graphique n°12 souligne d'ailleurs que la part de l'Assurance maladie pour ce poste de dépenses a été croissante depuis 1960, et se caractérise par une stagnation sur la décennie 90.

La part non prise en charge par l'Assurance maladie est constituée par le ticket modérateur qui est de 20%, et du forfait hospitalier qui s'élève à 13 euros par jour. Certaines personnes sont cependant dispensées du forfait hospitalier, et certains actes sont exonérés du ticket modérateur (Annexe n°10). Néanmoins, le ticket modérateur moyen pour un séjour hospitalier s'élève à 100 euros : ce sont notamment les cours séjours sans acte supérieur à K50 qui sont susceptibles d'entraîner un ticket modérateur important<sup>59</sup>.

### 2. La prise en charge des soins ambulatoires :

L'Assurance maladie obligatoire rembourse 64,2% des soins ambulatoires<sup>60</sup> en 2001, soit une nette diminution depuis 1980, date à laquelle la part de l'Assurance maladie s'élevait à 72%.

La part non remboursée par l'Assurance maladie se compose du ticket modérateur qui est de 30% pour les honoraires des praticiens et 60% pour les auxiliaires médicaux, des dépassements<sup>61</sup> et des dépenses non remboursables (médicaments ou soins non inscrits sur les listes). Si dans l'ensemble les soins ambulatoires sont remboursés à hauteur de 61,2% par l'Assurance maladie, on constate d'importants écarts suivant les types de soins :

- Le remboursement des dépenses de consultation de médecin s'élève à 71,1%, taux de remboursement qui figure parmi les plus élevés de la catégorie des soins ambulatoires. Une étude du CREDES précise néanmoins que les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire déboursent<sup>62</sup> 2,3 fois moins qu'une personne en disposant, autrement dit le ticket modérateur est dans certains cas à l'origine du renoncement aux soins.

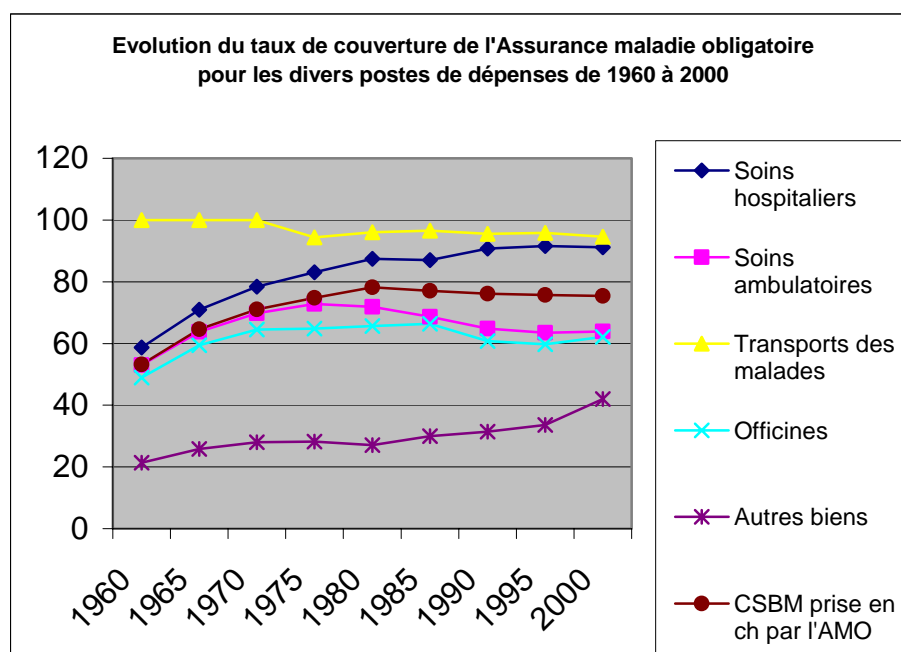
- Ce sont les dépenses liées aux soins dentaires qui sont les moins bien remboursées, puisque seulement 1/3 de la dépense est remboursée par l'Assurance maladie obligatoire. Si les soins conservateurs (carie, détartrage...) sont pris en charge à 70% par l'Assurance maladie, les prothèses dentaires ne sont prises en charge qu'à 20%. L'importance de la charge financière (ticket modérateur et dépassements pratiquement généralisés pour les prothèses) explique que les personnes sans couverture complémentaire ont nettement moins souvent recours aux dentistes que les autres (3% en un mois contre 6%<sup>63</sup>).

### 3. La prise en charge des biens médicaux :

Les biens médicaux, qui recouvrent notamment les médicaments, l'optique, les prothèses et les « petits matériels et pansements », sont remboursés à hauteur de 58,5% par l'Assurance maladie obligatoire.

Comme pour les soins ambulatoires, on relève d'importantes disparités selon les types de biens médicaux : si 63% des dépenses de médicaments sont prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire, les dépenses d'optique ne le sont qu'à hauteur de 4,2%, et les appareils auditifs à 14,3%

## **Graphique n°11 : Evolution du taux de couverture de l'Assurance maladie obligatoire**



Source : Les comptes de la santé de 1960 à 2001, DREES, 2003

## **Tableau n°17: Part de chaque agent dans le financement des divers postes de dépenses de santé, 2002**

	Total	Hôpitaux	Médicaments	Médecins	Biens médicaux	Soins dentaires
<b>% des dépenses totales</b>	100%	45%	21%	12%	6%	6%
<b>Par source de paiement</b>						
<b>Public<sup>64</sup></b>	76,4%	92%	65,5%	71,8%	44,8%	34,8%
<b>OCAM</b>	12,4%	4,2%	17,6%	20,2%	25,4%	35,2%
<b>Ménages</b>	11,1%	3,7%	17,1%	8%	29,8%	30%
<b>Total</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Comptes nationaux de la santé et Eco-santé (2003) in *Private health insurance in France*, Buchmueller T., Couffinhal A.

Bien que le niveau de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire soit très élevé pour les hospitalisations, certains soins ont un niveau de prise en charge très faible. Les OCAM apparaissent donc comme des acteurs fondamentaux du financement de certains soins : bien que « complémentaires », ils financent près de 20% des dépenses en médicaments, consultations et biens médicaux (Tableau n°16 ci-dessous). Etant donné que les OCAM occupent de fait le segment de financement non pris en charge par le système public, il paraît donc indispensable que ce dernier facilite une certaine équité dans l'accès à la couverture complémentaire.

### **2.3.2 Les mécanismes de paiement des prestataires de soins par l'Assurance maladie obligatoire**

La façon dont les prestataires de soins sont rémunérés par l'Assurance maladie influe à la fois sur la qualité des soins mais également sur leur coût : le mode de rémunération du prestataire conditionne effectivement sa capacité à fournir les services de santé adéquats ainsi que sa capacité à maîtriser les coûts de son activité. Nous allons voir que le mode de rémunération des médecins, personnel de ville, et des structures hospitalières est encadré par l'**ONDAM** et repose essentiellement sur une **logique contractuelle**.

#### ***A) L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)***

Chaque année, le parlement vote la Loi de finances de la Sécurité Sociale (LFSS). Celle-ci fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, *l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie*, dit ONDAM. Il s'agit d'un plafond de dépenses, exprimé en montant. Une fois l'objectif global fixé, le gouvernement le décompose en quatre enveloppes déterminées par secteur d'activité médicale : les soins de ville (honoraires de tous les praticiens exerçant dans un cadre libéral), l'hospitalisation publique, les cliniques (hors honoraires des médecins inclus dans le premier poste), et le secteur médico-social.

Mis en place par le « plan Juppé » en 1996, l'ONDAM s'inscrivait dans une optique de maîtrise médicalisée des dépenses de soins : l'objectif était en effet que ces différentes enveloppes de dépenses soient **limitatives**. A cette fin, le législateur avait mis en place deux mécanismes :

- afin que les établissements de soins financés par l'Assurance maladie obligatoire respectent leurs « enveloppes », des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) ont été placées sous l'autorité directe de représentants du gouvernement qui ont la responsabilité d'attribuer les budgets et de suivre leur emploi,
- pour les dépenses générées par la médecine de ville, le législateur avait prévu de conférer aux régimes de sécurité sociale le droit d'exiger des praticiens libéraux le remboursement des dépenses excédant l'enveloppe fixée par le gouvernement.

L'efficacité supposée du dispositif reposait donc sur ce mécanisme de reversement par les offreurs de soins des excédents de dépenses. Or ces mécanismes ont été successivement annulés par les différentes juridictions ou abandonnés du fait de leur inefficacité. Pour cette raison notamment, les dépenses effectives de l'Assurance maladie obligatoire ont toujours excédé les plafonds votés (exception faite de l'année 1997). Par conséquent, la méthode de fixation de l'ONDAM a changé depuis 2000 : le taux d'évolution n'est plus fixé en fonction de l'objectif de l'année précédente mais en fonction des dépenses réellement constatées. L'ONDAM a donc aujourd'hui un rôle indicatif et non pas limitatif.

La crédibilité du système est donc fortement entamée dans la mesure où les régulations financières des différents secteurs ne permettent pas d'assurer le respect de l'objectif et où des enveloppes financières supplémentaires sont allouées en cours d'année à la suite de mouvements sociaux.

## ***B) La rémunération des médecins et personnels de ville***

Le secteur ambulatoire en France se caractérise par :

- le libre choix du docteur par le malade (même si le médecin référent tend à s'imposer peu à peu), mais également la possibilité de consulter un médecin autant de fois qu'il le désire,
- le paiement direct, par le patient, du médecin ou de tout autre professionnel de santé (exerçant principalement dans le secteur libéral): ceux ci sont rémunérés sous la forme du **paiement à l'acte** (fee-for-service). Le patient fait donc l'avance des frais, puis est partiellement remboursé par sa caisse d'assurance maladie. Cependant il existe des exceptions de plus en plus fréquentes à ce principe :

- 2/3 des médicaments sont directement payés au pharmacien par l'Assurance maladie (système du tiers payant),
- les bénéficiaires de la CMU n'ont pas à faire l'avance des frais,
- enfin les soins hospitaliers sont directement payés par l'Assurance maladie.

Si la CCAM classe et détermine la valeur de chaque acte médical, ce sont les conventions qui fixent les tarifs conventionnels que les professionnels de santé sont tenus de respecter, et qui servent de base au remboursement de l'Assurance maladie obligatoire. La fixation des tarifs n'est donc pas libre. L'assurance maladie ne pourrait en effet s'engager à rembourser des honoraires qui seraient fixés en toute liberté par les praticiens sans encourager une hausse illimitée de ces honoraires. Les **conventions** des différentes professions de santé contribuent donc à la maîtrise des dépenses du secteur ambulatoire. Il faut cependant noter des exceptions, en particulier pour les médecins titulaires d'un droit permanent à dépassement et ceux qui ont opté pour un secteur à honoraires différents (secteur 2) en abandonnant certains avantages sociaux et fiscaux des médecins conventionnés.

Les conventions nationales font généralement l'objet de négociations longues et difficiles (ainsi que l'illustre l'annexe 17) entre les parties signataires, à savoir :

- l'Assurance maladie obligatoire. L'accord conventionnel doit être signé par la CNAMTS et par l'une au moins des caisses nationales des deux autres principaux régimes : MSA ou CANAM.
  - les organisations professionnelles représentatives de chaque catégorie de praticiens.
- Les conventions doivent ensuite être approuvées par les ministres de tutelle.

## ***C) Le financement des hôpitaux par l'Assurance maladie obligatoire***

Rappelons que le secteur hospitalier est financé à plus de 91% par l'Assurance maladie obligatoire qui lui consacre près de 55% de ses ressources, soit 53 000 millions d'euros en 2001. Le mode de paiement des hôpitaux est différent selon leur statut :

### 1. Le mode de paiement des hôpitaux publics

Jusqu'en 1983, les hôpitaux publics étaient financés par **prix de journée**. L'hôpital recevait un prix fixe (per diem) par journée et par malade. Le prix de la journée était fixé par la tutelle (préfet de département). Ce système de financement rétrospectif présente un risque d'inflation des dépenses dans la mesure où les hôpitaux sont tentés d'allonger les séjours et de multiplier les lits afin d'obtenir un budget plus important.

La loi du 19 Janvier 1983 a introduit un nouveau système de financement pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier (dits PSPH) : la **dotation globale** (cash limits). Le mécanisme d'allocation de la dotation globale par l'Assurance maladie obligatoire est le suivant :

- La dotation globale hospitalière est l'une des quatre enveloppes arrêtées par le gouvernement dans le cadre de l'ONDAM.
- Cette enveloppe est répartie en dotations régionales, l'objectif étant de réduire progressivement les inégalités de ressources entre régions et établissements. Les dotations régionales sont calculées en fonction des besoins de santé de la population, d'un indicateur de performance moyenne des établissements, des orientations fixées par les SROS et des priorités de santé publique.
- La dotation globale annuelle de chaque établissement financé par l'Assurance maladie obligatoire est ensuite fixée par le directeur de chaque **Agence régionale d'hospitalisation**<sup>65</sup> (ARH). Le calcul de la dotation globale de chaque établissement est fonction de la comparaison des coûts des différents établissements (à partir des points ISA : Indicateurs Synthétiques d'Activité), et des engagements fixés dans les **contrats pluriannuel d'objectifs et de moyens**. Ces derniers, également signés par le directeur de l'ARH et l'établissement, sont la pièce maîtresse du financement des établissements sous dotation globale : ils fixent les objectifs de l'établissement ainsi que les moyens que l'ARH s'engage à affecter.
- La dotation globale est versée mensuellement à chaque établissement par une caisse d'assurance maladie unique appelée « **caisse pivot** ».

Si la dotation globale concourt à une meilleure maîtrise de la gestion hospitalière, elle est restée longtemps déconnectée de l'activité réelle de l'établissement : l'évolution des dépenses de chaque hôpital était soumise à des taux directeurs uniformes, les établissements dynamiques se trouvant ainsi pénalisés. Depuis quelques années, les ARH utilisent donc le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information<sup>66</sup> (PMSI) pour évaluer l'activité réelle de l'hôpital et ainsi adapter la dotation globale.

En théorie, les hôpitaux ne peuvent pas dépasser le budget qui leur a été alloué. Ils ne peuvent donc être déficitaires que si les recettes (autres que la dotation globale) sont inférieures aux prévisions. Toutefois, dans la pratique, un directeur d'hôpital peut, pour respecter son budget, reporter des paiements d'une année sur l'autre, au risque d'aggraver, sur le long terme, ses difficultés financières. L'ARH peut être alors amenée à lui accorder un budget supplémentaire.

## 2. Le mode de paiement des cliniques privées

La rémunération des établissements à but lucratif comporte deux composantes :

- d'une part, des **prix de journée** couvrant les frais d'hébergement, de soins infirmiers et de nursing, les frais de pharmacie et de petit matériel ;
- d'autre part, une rémunération pour l'environnement technique, directement liée à l'importance des actes diagnostics et thérapeutiques réalisés.

Le financement par l'assurance maladie des établissements privés hors P.S.P.H. ne comprend pas les honoraires médicaux dans la mesure où les médecins exercent à titre libéral dans les cliniques et sont directement rétribués par les patients (paiement à l'acte), ou par l'intermédiaire des OCAM. Il ne s'agit donc que des dépenses de fonctionnement et de personnel, à l'exclusion des médecins et autres praticiens libéraux.

Les prix unitaires (pour les prix de journée ou la rémunération des actes techniques) varient selon les établissements et les régions, même si il y a une tendance à l'harmonisation depuis 1992. Ils sont fixés de la manière suivante :

- Chaque année, depuis 1992, l'enveloppe budgétaire de l'assurance maladie destinée aux cliniques privées est fixée sous la forme d'un « **Objectif quantifié National** », dit OQN, dans le cadre de l'ONDAM. Cet objectif a été, jusqu'en 1999, négocié de manière tripartite entre l'Etat, l'Assurance maladie et les représentants des cliniques. Depuis 2000 les négociations ont lieu entre l'Etat (ministre de la santé et ministre de la sécurité sociale) et les organisations de cliniques.
- L'accord national fixe, sur la base de cette enveloppe, l'évolution moyenne nationale des tarifs, l'évolution moyenne dans chaque région (l'OQN est réparti en Objectifs quantifiés régionaux) ainsi que les fourchettes de taux au sein de la région.
- Un accord entre les ARH et les organisations représentatives des cliniques fixe les critères à retenir pour fixer les tarifs. Ces critères tiennent compte des priorités régionales, des objectifs de la planification hospitalière et de l'activité des établissements.
- Les tarifs de chaque clinique sont ensuite fixés par un accord entre les ARH et chaque clinique et figurent dans un avenant aux contrats d'objectifs et de moyens. Ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les cliniques privées et les ARH remplacent les conventions établies jusqu'alors entre les cliniques et les CRAM. Mais le système de financement reste celui des tarifications à la journée et à l'acte réalisé, l'ensemble étant encadré par les OQN.
- Alors que les versements de l'Assurance maladie obligatoire aux cliniques privées provenaient de chacun des régimes dont relevaient les patients admis pendant l'année, la LFSS pour 2000 a modifié les circuits de financement des cliniques. Elle a posé le principe du versement par une caisse unique des sommes dues par les régimes obligatoires : une « caisse centralisatrice des paiements » qui jouerait un rôle proche de celui des caisses pivot traditionnelles.

Le respect des objectifs est assuré *a posteriori* par la modification des tarifs (à la hausse ou à la baisse selon les résultats constatés).

**Tableau n°18 : modalités de financement des établissements hospitaliers par l'Assurance maladie**

	<b>Etablissement publics et privés PSPH</b>	<b>Etablissement privés à but lucratif</b>
<b>Enveloppe arrêtée dans le cadre de l'ONDAM par le gouvernement et votée par le parlement</b>	Dotation globale	Objectif quantifié national (OQN)
<b>Qui répartit les enveloppes entre les établissements ?</b>	La dotation globale nationale est décomposée en dotations régionales, réparties ensuite par les <b>Agences régionales d'hospitalisation (ARH)</b> entre les établissements.	Dans les limites fixées par la région, l' <b>ARH</b> module les tarifs de chaque clinique dans un avenant annuel aux contrats d'objectifs et de moyens.
<b>Critères de répartition</b>	Les dotations régionales sont calculées en fonction des besoins de santé de la population, d'un indicateur de performance moyenne des établissements, des orientations fixées par les SROS et des priorités de santé publique.	Accord entre les ARH et les organisations représentatives des cliniques pour fixer les critères à retenir pour fixer les tarifs. Ces critères tiennent compte des priorités régionales, des objectifs de la planification hospitalière et de l'activité des établissements.
<b>Document officiel</b>	<b>Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens</b> , signé par le directeur de l'ARH et l'établissement	Les tarifs des établissements font l'objet d'un accord entre l'ARH et chaque clinique et figurent dans un avenant aux <b>contrats d'objectifs et de moyens</b>
<b>Qui verse les sommes dues par l'Assurance maladie ?</b>	Caisse pivot	Caisse centralisatrice des paiements
<b>Modalité de calcul des montants versés par l'Assurance maladie</b>	Versements mensuels	Païement de prestations facturées à la journée ou à l'acte

Le calcul des versements de l'Assurance maladie aux différents types d'hôpitaux ne reposent ni dans un cas ni dans l'autre sur une véritable analyse des coûts, même si la mise en place des ARH et de la régionalisation des enveloppes hospitalières a permis de conduire une politique d'allocation des ressources qui tient davantage compte de l'activité des établissements et corrige ainsi progressivement les inégalités de dotation depuis 1996.

### 3. La mise en place progressive d'une tarification à l'activité (T2A)

Cette situation a conduit à expérimenter un nouveau mode de financement : la tarification fondée sur l'activité des établissements. Ce mode de tarification est détaillé dans l'encadré n°13 ci-dessous.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, la mise en place progressive de la T2A d'ici 2010 se substitue à la phase d'expérimentation. Elle concerne tout d'abord les établissements publics et privés PSPH, puis les établissements privés non PSPH à partir du 1<sup>er</sup> Octobre 2004. La T2A ne porte dans un premier temps que sur les services de médecine, obstétrique et chirurgie, et ne concerne que 10% des budgets hospitaliers. La généralisation de ce nouveau mode de financement des établissements hospitaliers est prévue sur huit ans.

## **Encadré n°13 : Le principe de la tarification à l'activité (T2A)**

La loi du 27 juillet 1999 a lancé, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000 et durant cinq ans, l'expérimentation de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics et privés basés sur la **tarification à l'activité**. L'idée générale de ce nouveau mode de tarification est de procéder à un financement mixte :

- les missions de soins seront financées directement en fonction de la nature et du volume de l'activité réalisée par les établissements,

- les missions d'intérêt général demeureront financées par dotation.

La T2A met en œuvre **cinq** grandes modalités de financement :

- Trois modalités générales de financement directement liées à l'activité réalisée :

**1** – La source principale de financement réside dans le paiement d'un tarif par séjour. La base de la facturation sera le Groupe Homogène de Séjour (GHS). Le principe consiste à regrouper en Groupes homogènes de séjour les actes ou les séjours relatifs aux mêmes pathologies, chaque pathologie se voyant appliquer un tarif national. C'est le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) qui, grâce à une analyse des coûts, servira de support à la fixation des tarifs.

**2** - Le paiement d'un tarif par prestation pour les activités non décrites dans les GHS : activité de consultation et actes externes, urgences, prélèvement d'organes, hospitalisation à domicile.

**3** - Le paiement de certains consommables en sus des tarifs de prestation : si les médicaments et dispositifs médicaux ont vocation à être inclus dans le tarif des GHS, un certain nombre de médicaments très onéreux (ex : certaines molécules de chimiothérapie) seront facturables en supplément des GHS.

- Une modalité particulière de financement mixte :

**4** - Cette modalité de financement correspond, pour certaines activités de soins, à un montant de ressources annuelles fixe mais déterminé en fonction de l'activité réalisée : versement d'un forfait annuel pour financer les coûts fixes d'une activité (urgences, coordination des prélèvements d'organes.)

Les montants des forfaits annuels dont bénéficient les établissements seront versés par les caisses pivots pour les établissements publics et privés PSPH, et par les caisses centralisatrices des paiements pour les établissements privés non PSPH.

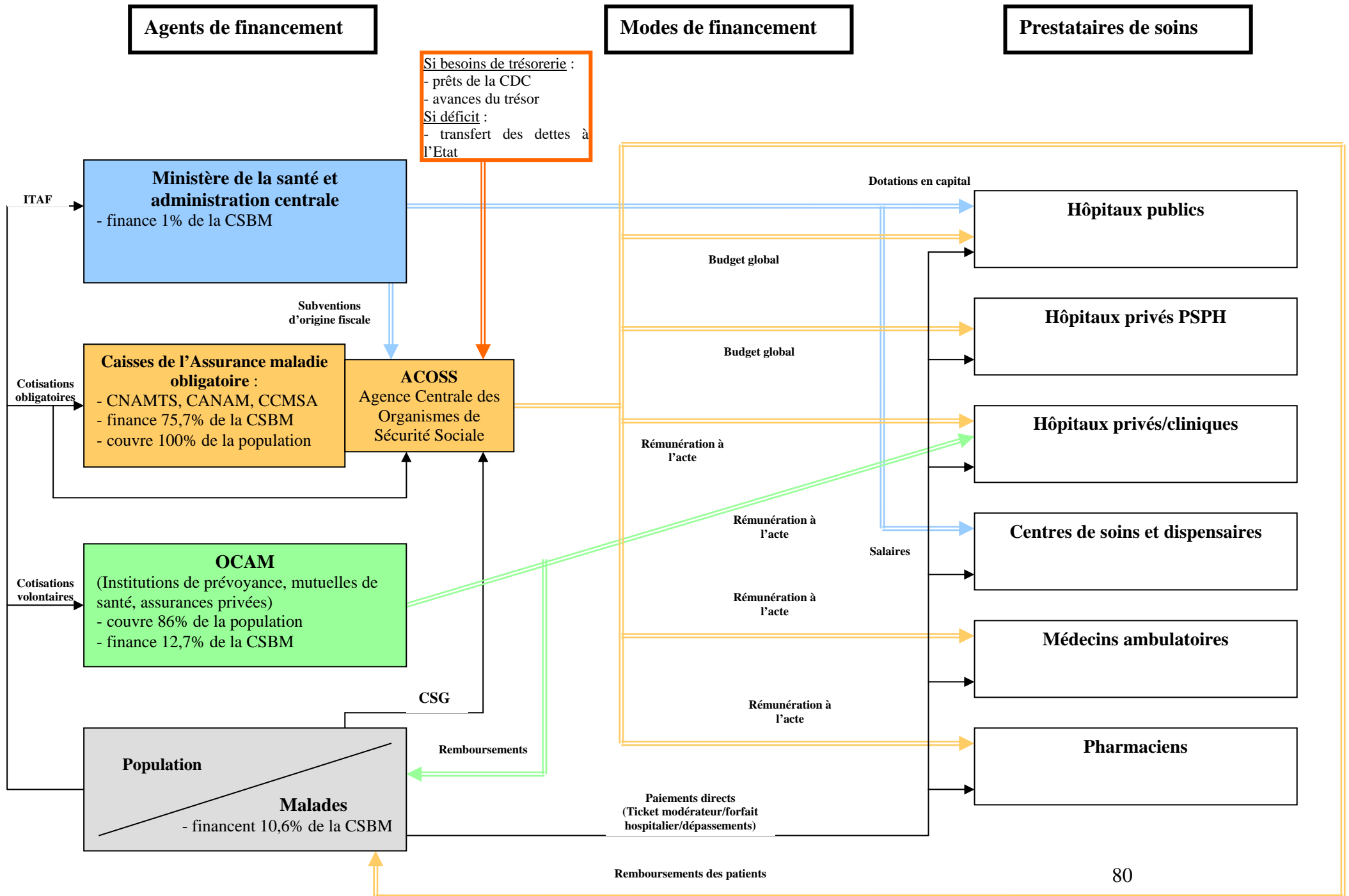
- Une modalité de financement non fondée sur une tarification à l'activité, mais sur des dotations :

**5** - Le versement d'une enveloppe de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) : recherche, enseignement, innovation, accompagnement des contrats d'objectifs et de moyens...

Les ressources attribuées au titre des MIGAC seront allouées contractuellement par les ARH aux établissements.

L'achat de soins de santé auprès des prestataires est effectué par l'assuré. L'Assurance maladie française se contente de payer les factures à leur réception et participe, avec l'Etat, à la fixation des « conditions de l'achat ». Si elle ne joue aucun rôle dans le financement des structures hospitalières et dans la politique du médicament qui sont de la compétence exclusive de l'Etat, elle contribue en revanche à la fixation des honoraires des professions de santé, mais pas en toute indépendance puisque les conventions doivent être approuvées par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

**Schéma n° 8 : Circuits de financement du système de santé français**



## **Conclusion :**

### **Suggestions pour une analyse des performances de l'Assurance maladie obligatoire en France**

Ainsi que l'a souligné la présente étude, le système de santé français est un système mixte qui emprunte des éléments à différents systèmes d'organisation :

- la gestion du système est mixte (Etat et Assurance maladie obligatoire) et les institutions nombreuses,
- l'offre de soins est mixte, avec une coexistence du secteur public et du secteur privé,
- le mode de financement associe étroitement une assurance publique et une assurance complémentaire qui interviennent conjointement sur les mêmes populations, les mêmes prestations et les mêmes prestataires,
- enfin, il se situe entre un système bismarckien (régime d'Assurance maladie fortement encadré par l'Etat, financement par les cotisations, paiement à l'acte pour la médecine de ville et à la journée pour les cliniques privées) et un système beveridgien (financement pas l'impôt : CSG, hôpitaux publics placés sous la tutelle de l'Etat : étroitement planifiés et financés par un budget global, mise en place de la CMU offrant une assurance maladie de base à tous les résidents, accroissement du rôle du parlement qui vote la Loi de Financement de la Sécurité Sociale.)

Ce système mixte et pluraliste a connu différentes réformes au cours de la dernière décennie. Celles-ci ont porté sur la sécurité et la qualité des soins, l'efficacité et la légitimité du mode de gestion, l'équité du système, et de façon plus récurrente sur la maîtrise des dépenses.

Dernièrement, c'est l'Assurance maladie obligatoire qui, confronté à un important déficit, a fait l'objet d'une réforme (13 août 2004.) Acteur principal du financement du système de santé, il paraît intéressant de s'interroger sur les performances de l'Assurance maladie obligatoire. En effet, permet-elle de générer suffisamment de revenus ? Facilite-t-elle un accès équitable aux services de santé ? Fait-elle une utilisation optimale des ressources qui lui sont confiées ?

Afin de répondre à ces questions, nous proposons différents indicateurs pouvant faciliter la mesure de la performance de l'Assurance maladie obligatoire (et de l'Assurance complémentaire qui lui est indissociable) en matière de collecte des revenus, de mise en commun des ressources et de stratégie d'achat, soit les 3 sous-fonctions de financement que nous avons développées dans cette étude. Ces indicateurs sont présentés dans le tableau n° 19 ci-dessous puis discutés.

**Tableau n°19 : Proposition d'indicateurs pour mesurer la performance de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire en France**

		Eléments-clefs	Objectifs	Indicateurs	Résultats-France 2002
<b>Financement du système de santé</b>	<b>A) Collecte des ressources</b>	<b>Couverture de la population</b>	Génération de ressources + accessibilité financière des services de santé	<b>1</b> - % de la population couverte par l'Assurance maladie obligatoire ? <b>2</b> - % de la population couverte par l'assurance maladie complémentaire ? <b>3</b> - % des personnes qui souscrivent à des contrats d'Assurance maladie complémentaire qui offrent des niveaux de remboursements faibles?	<b>1</b> - 100% <b>2</b> - 91% dont 5% par la CMU-C <b>3</b> - 32% (en 1998)
		<b>Mode de financement</b>	Génération de ressources	<b>4</b> - L'Assurance maladie obligatoire connaît-elle un déficit ? <b>(5</b> - Quel est le taux moyen des prélèvements obligatoires affectés au système de santé par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE ?)	<b>4</b> - Déficit important
			Equité du financement	<b>6</b> - L'assiette des cotisations et de la CSG est-elle déplafonnée? Ces prélèvements sont-ils proportionnels ? Toutes les sources de revenus sont-elles taxées ? <b>7</b> - Ratio de prépaiement ? % du financement public ? <b>8</b> - Quel est le mode de financement de l'Assurance complémentaire ? L'accès à une couverture complémentaire privée est-il équitablement réparti dans la population ? % de la population sans couverture complémentaire pour motifs financiers ? <b>9</b> - Importance des exonérations ? Mécanisme de prise en charge des plus démunis ?	<b>6</b> - Les assiettes sont déplafonnées et les prélèvements proportionnels. L'assiette des cotisations patronales ne comprend pas les revenus issus du capital. <b>7</b> - Prépaiement : 89,4% de la CSBM. Financement public : 76,7% de la CSBM. <b>8</b> - Financement proportionnel ou actuariel selon le contrat souscrit. Accès inégal. 48%. <b>9</b> - 10% des assurés sont exonérés, CMU pour les plus démunis
	<b>B) Mise en commun des ressources</b>	<b>Niveau de fragmentation</b>	Accessibilité financière	<b>10</b> - Y a-t-il plusieurs caisses ? Si oui, existe-t-il un mécanisme de compensation financière ?	<b>10</b> - Il existe une quinzaine de régimes, mais mécanisme de compensation financière très important
	<b>C) Stratégie d'achat</b>	<b>Panier de biens et services</b>	Accessibilité financière	<b>11</b> - Le champ de la prise en charge et le niveau de la prise en charge sont-ils identiques pour toute la population ?	<b>11</b> - Oui pour l'AMO, non pour l'AMC
			Utilisation optimale des ressources	<b>12</b> - Existe-t-il des critères précis de sélection des soins et biens médicaux pris en charge ?	<b>12</b> - Pas de panier de soins, mais Références Médicales opposables (RMO)
		<b>Mécanismes de paiement des prestataires</b>	Utilisation optimale des ressources	<b>13</b> - L'Assurance maladie obligatoire est-elle un acheteur actif ou passif ? <b>14</b> - Quels sont les mécanismes de paiements actuels ?	<b>13</b> - Passif : elle détermine les « conditions de l'achat ». Cependant, éléments d'un achat stratégique : médecin référent, T2A, médicaments génériques. <b>14</b> - Variés
			<b>Efficiences administrative</b>	<b>15</b> - Coûts administratifs en % des dépenses totales	<b>15</b> - 4,2% pour la CNAMTS

## **A. La performance en matière de collecte des revenus**

### **- La couverture de la population :**

Le pourcentage de la population couverte par le système d'assurance maladie est un élément important, non seulement pour favoriser une meilleure accessibilité financière à l'ensemble de la population, mais également pour générer suffisamment de ressources pour financer le système de santé.

1. Dans le cas de la France, le taux de couverture par l'Assurance maladie obligatoire est de **100%** depuis la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU), taux maximal en termes de performance. Or si l'Assurance maladie obligatoire française couvre 100% de la population, elle ne prend pas les soins en charge à 100% (excepté cas d'exonération). C'est l'assurance maladie complémentaire qui prend en charge une partie des copaiements laissés à la charge des ménages par l'Assurance maladie obligatoire.

2. Le taux de couverture par l'assurance maladie complémentaire est de **91%** (dont 5% par la CMU-C). Ce taux reste relativement bon en termes de performance. Il est cependant à relativiser dans la mesure où les 91% de la population disposant d'une couverture complémentaire ne bénéficient pas du même niveau de couverture (variable selon les contrats souscrits).

3. On peut donc se demander quelle est la part de la population qui bénéficie de contrats complémentaires qui offrent des niveaux de remboursement faibles. Selon une étude du CREDES (Bocagnano, Couffinhal, Dumesnil, Grignon), **32%** de la population ne bénéficie que de contrats faibles en 1998, c'est-à-dire qui offrent des niveaux de remboursement faibles en optique et faibles en dentaire. Ce résultat est plutôt mauvais en termes de performance.

### **- Le mode de financement**

Le mode de financement de l'Assurance maladie obligatoire (et de l'assurance maladie complémentaire dans le cas de la France) doit pouvoir générer des ressources suffisantes pour financer le système de soins, et doit permettre d'améliorer l'accessibilité financière des services de santé.

4. Il n'est pas évident de déterminer dans quelle mesure le mode de financement de l'Assurance maladie obligatoire en France permet de prélever suffisamment de ressources pour financer le système de santé. Il serait possible de consulter les comptes de l'ACOSS et de constater si ceux-ci sont équilibrés ou déficitaires. Depuis quelques années, l'Assurance maladie obligatoire fait effectivement face à un déficit important. La dette de l'ACOSS est alors transférée à l'Etat. Il faudrait déterminer un seuil de déficit acceptable, que l'on pourrait par exemple définir en fonction du déficit moyen des caisses d'assurance maladie d'autres pays de l'OCDE. Cet indicateur serait cependant à manier avec prudence dans la mesure où il peut indiquer à la fois une insuffisance des ressources mais également une mauvaise utilisation des ressources disponibles.

5. Nous pouvons également suggérer de comparer le niveau moyen des prélèvements obligatoires destinés au financement public de la santé en France avec celui des pays de l'OCDE. Ces moyennes seraient à pondérer en fonction de la part du financement public dans chacun des systèmes de santé.

6. Plusieurs éléments vont dans le sens d'une certaine équité dans le financement de l'Assurance maladie obligatoire : les cotisations sociales et la CSG sont proportionnelles au revenu et leur assiette est déplafonnée (dans le cas où l'assiette aurait été plafonnée, ces prélèvements obligatoires auraient été régressifs). En revanche, une partie de la CSG est

déductible de l'assiette de l'impôt sur le revenu (5,10 sur les 7,5) ce qui, compte tenu de la progressivité de celui-ci, rend cette partie de la CSG dégressive. Enfin, si la CSG a une assiette plus large que les cotisations salariales et permettent de taxer les revenus du capital, ce n'est pas le cas des cotisations patronales dont l'assiette se limite aux revenus du travail et n'inclut pas les revenus du capital. D'après les indicateurs choisis, le mode de financement de l'assurance maladie obligatoire paraît performant en termes d'équité, même si des améliorations peuvent être apportées.

7. Le paiement direct restreint l'accès aux soins aux seules personnes qui ont les moyens de payer. Aussi, dans un souci d'équité, le niveau de prépaiement doit être le plus élevé possible. Dans le système de santé français, 89,8% du total des dépenses de santé sont prépayés, soit un peu plus que la moyenne des pays de l'OCDE (81,1%). Enfin, 76% du total des dépenses de santé sont des fonds publics, contre 72,3% pour la moyenne des pays de l'OCDE.

8. Le mode de financement de l'assurance complémentaire privée conditionne également l'accès aux soins. Celle-ci est volontaire et financée par des contrats de groupes (contribution proportionnelle au revenu) et par des contrats individuels (prime actuarielle déconnectée du revenu). Une étude du CREDES souligne que l'accès à tel ou tel type de contrat dépend en partie des revenus et du statut en matière d'emploi, ce qui explique des inégalités de couverture selon les catégories socioprofessionnelles. De plus, 48% des personnes sans couverture complémentaire le sont pour des raisons financières. Ces différents éléments ne font pas de l'assurance complémentaire une organisation favorisant l'équité.

9. Il existe également de nombreux cas d'exonération du ticket modérateur et du forfait hospitalier : 10% des assurés bénéficient effectivement d'exonérations. Depuis 2000, le système de la CMU et de la CMU-C fournit une couverture maladie aux personnes les plus démunies. Ces mesures vont dans le sens d'une certaine équité dans l'accès aux soins.

## **B. La performance en matière de mise en commun des ressources**

### **- Le niveau de fragmentation des caisses**

10. Il existe une quinzaine de régimes d'assurance maladie obligatoire en France. Les caisses des trois principaux régimes sont la CNAMTS, la CANAM et la CCMSA. Malgré cette fragmentation des caisses, un important système de solidarité est instauré entre elles. La compensation bilatérale et la compensation généralisée permettent de transférer les surplus de certaines caisses aux caisses déficitaires. Ces compensations financières entre les régimes contribuent à une certaine équité dans l'accès aux soins.

## **C. La performance en matière de stratégie d'achat**

### **- La définition du panier de biens et services**

11. Le panier de biens et services de santé auxquels l'Assurance maladie obligatoire donne droit doit être le plus complet possible, tout en tenant compte des ressources disponibles. Ce panier de soins est constitué de l'ensemble des prestations auxquelles tout citoyen peut avoir droit. L'Assurance maladie obligatoire française fournit justement un panier de soins identique à l'ensemble de la population. En revanche, les assurances complémentaires financent des prestations qui sont fonction de la qualité du contrat souscrit.

Le champ et le niveau de la prise en charge sont donc inéquitables dans le domaine de la complémentaire, particulièrement avec les contrats individuels.

**12.** Dans une optique d'efficacité dans l'utilisation des ressources, on peut se demander si les biens et services de santé pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire sont choisis en fonction de critères scientifique et économique précis, tels que la sécurité, l'efficacité, l'utilité et l'efficacité de l'acte. Le financeur se comporte dès lors en acheteur avisé, recherchant le meilleur rapport coût-efficacité-qualité des actions en faveur de la santé. Dans le cas de la France, la réponse est négative : la sélection des biens et services pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire ne repose pas sur des critères précis. En revanche, il existe un mécanisme visant à accroître l'efficacité et la qualité des soins. C'est le système des Références Médicales Opposables (RMO) qui identifie les pratiques médicales jugées dangereuses ou inutiles par les différentes professions de santé. Les RMO se présentent donc comme un processus d'élimination des gaspillages plus que d'optimisation.

#### - **Les mécanismes de paiement des prestataires**

**13.** L'Assurance maladie obligatoire peut jouer un rôle d'acheteur actif ou passif. Dans le cas français, l'achat incombe à l'assuré, l'assurance maladie se contentant de fixer, avec l'Etat, les conditions de l'achat (notamment la fixation des tarifs des professionnels de santé du secteur ambulatoire, la politique du médicament et le financement des structures hospitalières étant strictement du ressort de l'Etat). Néanmoins, le système d'assurance maladie français se dirige peu à peu vers un paiement plus stratégique, notamment grâce à l'instauration de la T2A, à la mise en place du médecin référent, et à la promotion des médicaments génériques.

**14.** La régulation par le financement est l'une des différentes techniques utilisées pour maîtriser les dépenses de santé. Il est donc important de se questionner sur le mode de financement utilisé lorsque l'on se situe dans une optique de gestion optimale des ressources. On ne peut pas affirmer de façon catégorique que tel mode de financement est meilleur qu'un autre : chacun d'entre eux comporte effectivement ses forces et ses faiblesses. En revanche, on peut cependant constater que le mode de financement des hôpitaux français évolue vers un mode de rémunération qui tient d'avantage compte de l'activité de l'établissement. Les établissements publics étaient financés par le système du prix de journée qui présentait un risque d'inflation des dépenses (les hôpitaux étant tentés d'allonger les séjours et de multiplier les lits). Puis s'est mis en place le système de la dotation globale. Soumis à des taux directeurs uniformes, ces budgets étaient déconnectés de l'activité des établissements et donc facteurs d'immobilisme. Un nouveau mode de tarification tenant compte de l'activité des établissements (la T2A) se met graduellement en place depuis 2004.

#### - **L'efficacité administrative**

**15.** Les coûts administratifs de l'Assurance maladie sont le résultat de la gestion, de la régulation et de la collecte des fonds. Ces coûts administratifs ne doivent pas être trop élevés afin de permettre une allocation maximale des fonds au système de santé. La moyenne des coûts administratifs pour une sélection de systèmes d'assurance maladie déjà bien implantés est de 4,2%<sup>67</sup>, avec une fourchette allant de 2% pour le Japon à 6,6% pour la Suisse. Si l'on considère les charges de gestion courante en 2002 de la principale caisse d'assurance maladie

française, la CNAM, celles-ci représentent précisément 4,2% des charges totales supportées par la branche.

## **Bibliographie**

### **Général :**

Auvray L., Doussin A., Le Fur P. (2003). *Santé, soins et protection sociale en 2002*. Paris : CREDES. Bulletin d'information en économie de la santé n°78.

Auvray, Dusmenil, Le Fur (2001). *Santé, soins et protection sociale en 2002, Rapport et Annexes*, CREDES, Paris.

Batifoulier P., Touzé V. (2000). *La protection sociale*. Les topos, ed. Dunod, Paris.

Carrin G., James C. (2003). *Social health insurance as a pathway to universal coverage: key design features in the transition period*. Genève, OMS.

Dupeyroux J.J., Borgetto M., Lafore R., Ruellan R. (2001, 14<sup>ème</sup> édition). *Droit de la sécurité sociale*. Paris, ed. Dalloz.

Huteau G. (2001). *Sécurité sociale et politiques sociales*. 3<sup>ème</sup> édition. Edition Armand Colin.

Majnoni d'Intignano B. (2001). *Economie de la santé*. Paris, Presses universitaires de France.

Matt J.L. (2001). *La sécurité sociale : organisation et financement*. Paris, coll. Systèmes, Finances publiques.

OMS (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*. Genève, OMS.

Viossat L.C. (1997). *La sécurité sociale. La documentation française, les notices : la protection sociale en France*.

### **Systèmes de santé et de protection sociale européens :**

European Observatory on Health Care Systems (2001). *Health care system in eight countries: trends and challenges*. London, The London School of Economics and Political Science.

Missoc, Système mutuel d'information sur la protection sociale (2001). *La protection sociale dans les Etats membres de l'UE et de l'espace économique européen*. Commission européenne, direction générale de l'emploi et des affaires sociales.

Mossiallos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (2002). *Funding health care : options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series.

OCDE (2003). *Panorama de la santé. Les indicateurs de l'OCDE 2003*. Paris.

Saltman R.B., Busse R., Figueras J. (forthcoming). *Understanding Social Health Insurance systems : a comparative review of western Europe*. European Observatory on Health Care Systems.

### **Système de santé français :**

Abenhaim L., Penaud P., D'Autume C., Slonimsky A., Dab W., (2000). Les missions de la direction générale de la santé. *Santé publique 2000*, vol. 12, n°3, pp. 393-403.

Boisguérin B. (2004). Les bénéficiaires de la CMU au 30 juin 2003. *DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats*, n°287.

Couffinhal A, Mousquès J., (2001). *La démographie médicale française, état des lieux*. Paris : CREDES. Bulletin d'information en économie de la santé n°44.

Couffinhal A. (2001). *The French Health Care System : a brief overview*. Presentation prepared for the Permanent Working Group of European Junior Doctors. Paris : CREDES.

Haut comité de la santé publique (2000). *Le panier de biens et services de santé*. Rapport présenté à la Conférence nationale de santé 2000.

Imai Y., Jacobzone S., Lenain P. (2000). *The changing health system in France*. OECD, Economics department working paper n°269.

Mesafta N. (1999). Le système hospitalier privé avant et après les ordonnances du 24 avril 1996. *Santé publique 1999*, vol. 11, n°1, pp. 49-55.

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (2003). *La tarification à l'activité : modèle d'allocation des ressources et modalités de mise en œuvre*. Document d'information.

Paris V., Polton D., Sandier S., (2003). Recent development in France. *Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems*, vol.5, n°2, pp 5-6.

Sandier S., Paris V., Polton D. (2004). *Système de santé en transition*. France. European Observatory on Health Care Systems.

Sicard D. (2003). *Les professions de santé au 1er Janvier 2003*. Document de travail, Série Statistiques, DREES.

### **Financement du système de santé français :**

Caussat L., Fenina A., Geffroy Y. (2003). Quarante années de dépenses de santé, une rétopolation des comptes de la santé de 1960 à 2001. *DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats*, n°243.

Caussat L., Fenina A., Geffroy Y. (2003). Les comptes de la santé de 1960 à 2001. *DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Série statistiques. Document de travail n°54.*

Comptes de la sécurité sociale. (sept. 2003). Commission des comptes de la sécurité sociale.

Couffinhal A., Paris V. (2003). *Cost Sharing in France*. Working Paper. Paris, CREDES.

Bechtel J., Horusitzky P., Loisy C. (2003). Les comptes de la protection sociale en 2002. *DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats, n°265.*

Fenina A., Geffroy Y. (2003). Les comptes de la santé en 2002. *DREES, Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats, n°246.*

Fenina A., Geffroy Y. (2003). Comptes nationaux de la santé 2002. *DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.*

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (janv. 2004). *Rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.*

Lancry J.P. (1995). Le financement de la santé en France. *Revue d'économie financière n°34.*

Lois de financement de la sécurité sociale. 2004.

Pellet R. (2004). Les lois de financement de la sécurité sociale. Cours dispensé à l'université de Lille II et IEP de Paris.

Pichet E. (2003). *L'irrésistible apothéose de la CADES et...de la CRDS*. Cahiers de recherche, CEREFI (Centre d'études et de Recherche en Economie Finance et Immobilier). Bordeaux.

### **La protection sociale complémentaire en France :**

Bocognano A., Couffinhal A., Dumesnil S., Grignon M. (2000). *La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?* Paris : CREDES. Bulletin d'information en économie de la santé n°32.

Couffinhal A., Perronin M. (2004). *Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement*. Paris : CREDES. Bulletin d'information en économie de la santé n°80.

Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Buchmueller T.C., Couffinhal A. (2004). *Private Health Insurance in France*. OECD Health Working Paper n°12.

## **Sites Internet :**

- [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [www.canam.fr](http://www.canam.fr)
- [www.cnesss.fr](http://www.cnesss.fr)
- [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/missoc/missoc\\_info\\_fr.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/missoc_info_fr.htm)
- [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)
- [www.issa.int](http://www.issa.int)
- [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)
- [www.msa.fr](http://www.msa.fr)
- [www.mutualite.com](http://www.mutualite.com)
- [www.oecd.org/eco/eco](http://www.oecd.org/eco/eco)
- [www.protectionsocialefrancaise.org](http://www.protectionsocialefrancaise.org)
- [www.ramgamex.tm.fr](http://www.ramgamex.tm.fr)
- [www.regimesspeciaux.fr](http://www.regimesspeciaux.fr)
- [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr)
- [www.service-public.gouv.fr](http://www.service-public.gouv.fr)
- [www.vie-publique.fr](http://www.vie-publique.fr)

## Glossaire

**Actuariel** : terme issu du vocabulaire de l'assurance qui qualifie un paiement qui est égal à l'espérance de dommage de l'individu (probabilité de subir ce dommage multiplié par le montant du dommage). La prime actuarielle reflète parfaitement le risque (maladie) de l'individu.

**Affection de longue durée** : un malade peut être exonéré du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD) dans les cas suivants : s'il présente l'une des affections figurant sur une liste de 30 maladies, les critères médicaux définissant ces maladies ayant été précisés par le Haut Comité Médical de la Sécurité sociale ; s'il est atteint d'une forme évolutive et invalidante d'une affection caractérisée ne figurant pas sur la liste précédente. On dira alors que le malade est exonéré en HL (Hors Liste) ; s'il est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état invalidant global. On dira alors que le malade est exonéré en ALD32.

**Aide médicale** : L'aide médicale de l'Etat, accordée pour l'essentiel par les départements, faisait partie intégrante de l'aide sociale décentralisée. Jusqu'à la mise en place de la CMU, elle assurait aux résidents en France le droit, pour eux-mêmes et pour les personnes à leur charge, à une aide pour les dépenses de soins. Cette aide prenait en charge les cotisations d'assurance personnelle et tout ou partie des dépenses de soins telles que définies dans le code de la sécurité sociale (dont le ticket modérateur et le forfait journalier). Certains départements assuraient également un remboursement au-delà des tarifs de la sécurité sociale (dont frais dentaires et optiques). Suite à la mise en place de la CMU, cette aide concerne désormais les étrangers ne remplissant pas la condition de résidence de la CMU. Il s'agit des étrangers résidents en France ne pouvant être assurés sociaux, soit parce qu'ils n'ont pas acquis une durée de résidence suffisante pour être assurés, soit parce qu'ils ne sont pas ou plus en situation régulière (absence de titre de séjour, perte de la condition de régularité). Les soins pris en charge sont ceux qui sont reconnus par la sécurité sociale, ainsi que le forfait hospitalier. Les dépenses sont en tiers-payant. Fin 2002, le nombre de bénéficiaires de l'AME est d'environ 150 000 personnes.

**Assurance** : société commerciale à but lucratif recevant des primes de sa clientèle et versant en contrepartie, dans le domaine de la santé, des compléments aux remboursements effectués par les régimes obligatoires d'Assurance maladie ou par d'autres couvertures complémentaires.

**Contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)** : Instaurée en 1970, la C3S finance la branche maladie mais également la branche vieillesse du régime des travailleurs indépendants. Son taux a été porté de 0,10% à 0,13% en 1995. Elle s'applique aux sociétés dont le chiffre d'affaires hors taxes est au moins de 760.000 euros, et depuis 1996 aux établissements de crédit, aux entreprises d'assurance, aux groupements d'intérêt économiques et à la plupart des sociétés coopératives. Elle est recouvrée par la Caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (ORGANIC) qui est en charge des risques vieillesse, invalidité et décès des industriels et des commerçants

**Copaiement** : partie de la dépense non prise en charge par un assureur (qu'il soit public ou privé) l'occasion de l'acquisition d'un bien ou service médical (franchise, ticket modérateur).  
Remarque : on ne parle pas de copaiement quand l'assureur ne reconnaît pas la dépense et ne prend rien en charge.

**Couverture complémentaire (maladie)** : contrat proposant aux bénéficiaires, moyennant le paiement d'une contribution, le remboursement ou l'avance de frais engagés pour se soigner et non pris en charge par le régime de base.

**Dépassement de tarif** : différence entre les honoraires exigés par un membre d'une profession de santé et le tarif de responsabilité du régime obligatoire, ou par un texte légal ou réglementaire. (La grande majorité des médecins conventionnés exerce en secteur 1 (85 % des médecins généralistes et 63 % des médecins spécialistes). Leurs tarifs sont fixés par une convention passée avec l'Assurance Maladie. Ce sont des tarifs officiels qui ne peuvent être dépassés, sauf dans de rares cas. A l'inverse, les médecins exerçant en secteur 2, dit à « honoraires libres », fixent eux-mêmes leurs tarifs. L'écart entre le prix payé et le tarif officiel n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Il reste la charge du malade ou peut être remboursé par une assurance complémentaire (mutuelle, assurance santé).

**Dépense Courante de Santé** : elle mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé. Elle regroupe l'ensemble des paiements intervenus au cours d'une année au titre de la santé et comprend 4 sous-ensembles : la dépense pour les malades, la dépense en faveur du système de soins, la dépense de prévention, la dépense de gestion générale de la santé.

**Dépense reconnue** : synonyme de tarif de responsabilité.

**Exonération du ticket modérateur** : les personnes exonérées du ticket modérateur ont leurs dépenses intégralement prises en charge par l'Assurance maladie, dans les limites des tarifs de responsabilité du régime obligatoire. Cette prise en charge peut être relative à l'ensemble des soins ou aux seuls soins liés à la maladie exonérante.

**Institution de prévoyance** : organisme régi par le code de la Sécurité sociale, à but non lucratif, géré paritairement par les entreprises et les salariés adhérents et pouvant remplir les fonctions d'Organisme Complémentaire d'Assurance Maladie.

**Mutuelle** : les mutuelles sont des groupements à but non lucratif qui mènent dans l'intérêt de leurs membres et de leur famille des actions de prévoyance collective, de solidarité et d'entraide. Elles sont régies par le code de la Mutualité. Les membres de ces groupes adhèrent, sans obligation, en acquittant des cotisations qui leur ouvrent droit à des prestations et à l'accès à différents services. Dans le domaine de la santé, les mutuelles interviennent principalement pour assurer une fonction d'OCAM.

**Organisme Complémentaire d'Assurance Maladie** : institution proposant une prise en charge de la part des dépenses de santé non couvertes par la Sécurité sociale. Ce terme regroupe : les compagnies d'assurance (voir ce terme) les mutuelles (idem) et les institutions de prévoyance (idem).

**Profession catégorie socioprofessionnelle (PCS)** : le code PCS résulte de la combinaison de plusieurs critères : profession individuelle (métier), secteur d'activité, statut juridique (salarié,

travailleur indépendant, employeur), qualification et place dans la hiérarchie (pour les salariés), importance de l'entreprise (nombre de salariés) pour les chefs d'entreprise. Dans l'enquête SPS, les retraités sont classés à leur ancienne profession.

**Protection sociale** : héritière des assurances sociales d'entre deux guerres, la protection sociale réunit des assurances obligatoires contre les risques de baisse du bien être liés au chômage et à l'insertion professionnelle, à la maladie, à l'invalidité, à la maternité, aux accidents du travail, à la vieillesse, et à la présence d'enfants. Ces risques sont dits « sociaux », soit parce qu'ils résultent de phénomènes économiques d'ensemble comme le chômage ou l'impossibilité de gagner sa vie aux âges élevés, soit parce qu'ils sont trop prévisibles pour être correctement assurés par les assurances classiques (maladie, maternité, présence d'enfants), soit enfin parce que l'établissement des responsabilités est trop coûteux (accidents du travail).

Tous les mécanismes de protection sociale se distinguent par un certain degré d'obligation d'adhérer et l'application d'un principe de péréquation des risques, appelée aussi répartition. En ce sens, ils s'opposent à l'assurance, qui vise à séparer des classes de risques d'espérances mathématiques différentes. Le degré de coercition peut conduire à l'universalité, on parle alors de protection sociale obligatoire, ou se manifester seulement à l'intérieur d'une population restreinte, par statut d'emploi, par secteur d'activité, ou encore par entreprise ; on parle alors de protection sociale complémentaire. Le cas le plus limite est constitué par les OCAM à base volontaire et géographique, qui ne sont attachés à la protection sociale que par leur fonctionnement en péréquation des risques. Les mécanismes de protection sociale se distinguent aussi, en théorie du moins, des mécanismes purs de solidarité, comme les revenus minimum ou les aides au logement. Dans la pratique, cependant, les comptes de la protection sociale incluent les prestations versées aux ménages au titre du RMI et des aides personnelles au logement. En 1999, les prestations de protection sociale représentaient 2 552 milliards de francs, soit 29 % du produit intérieur brut (Abramovici et de la Gorce, 2000).

**Revenu par unité de consommation** : le pouvoir d'achat d'un ménage dépend non seulement de ses ressources disponibles mais aussi de la taille dudit ménage. Le revenu par unité de consommation permet de comparer des ménages de tailles différentes. Pour tenir compte des économies d'échelle, le nombre d'unités de consommation (UC) d'un ménage est inférieur au nombre de membres du ménage. Le nombre d'UC est le nombre de parts entre lesquelles on divise le revenu disponible du ménage pour estimer ce dont dispose chaque individu pour vivre.

**Tarif d'autorité** Tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par les professionnels non conventionnés avec la Sécurité Sociale.

**Tarif de convention** : la Sécurité sociale négocie avec les prestataires de soins les tarifs d'un certain nombre de biens et services. Ce tarif dit de convention sert de base au calcul du remboursement de la Sécurité sociale et, dans un certain nombre de cas il est égal aux prix des services. Ce tarif est dit "**opposable**" car le professionnel de santé conventionné en secteur 1 ne peut percevoir plus dans le cadre du contrat qu'il a signé.

**Tarif de responsabilité** : le tarif de responsabilité est le montant qui sert de base au calcul du remboursement de la Sécurité sociale. Il est souvent négocié (on parle alors de tarif de convention) mais il peut être aussi fixé unilatéralement par la Sécurité sociale. Le taux du ticket modérateur s'applique sur ce tarif.

**Ticket modérateur** : pourcentage d'un tarif ou d'un prix laissé à la charge de la personne protégée. Actuellement pour les séances de médecin, le ticket modérateur de l'Assurance maladie est de 30 % du tarif conventionnel.

**Tiers payant** : système évitant à l'assuré de faire l'avance des frais et lui permettant de déboursier uniquement le ticket modérateur. Le tiers payant peut être étendu à certaines couvertures complémentaires. En cas de tiers payant, la Sécurité sociale paie directement au médecin, dentiste, pharmacien, etc., la somme à sa charge, laissant au patient le soin de payer le reste (ticket modérateur, dépassement). En cas d'accord entre la couverture complémentaire et le producteur, le tiers payant peut être étendu, pour tout ou partie, à ces sommes (ticket modérateur, dépassement).

## Liste des abréviations

ACOSS : Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale  
AGIRC : Régime de retraite complémentaire des cadres  
ALD : Affections Longue Durée  
AME : Aide Médicale d'Etat  
AMEXA : Assurance Maladie-maternité-invalidité des Exploitants agricoles  
AMPI : Régime d'Assurance Maladie-maternité des Professions Indépendantes  
ARRCO : Régime de retraite complémentaire des salariés  
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation  
ASA : Assurances des Salariés Agricoles  
AT-MP : Branche Accidents du Travail et Maladies Professionnelles du régime général  
BAPSA : Budget Annexe des Prestations Sociales Agricoles  
C3S : Contribution Sociale de Solidarité des Sociétés  
CADES : Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale  
CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie-maternité des travailleurs indépendants  
CANSSM : Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines  
CAVIMAC : Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes  
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux  
CCIP : Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris  
CCMSA : Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole  
CDC : Caisse des Dépôts et Consignations  
CEPS : Comité Economique des Produits de Santé  
CGSS : Caisses Générales de Sécurité Sociale  
CMR : Caisse Maladie Régionale  
CMU : Couverture Maladie Universelle  
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire  
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
COG : Convention d'Objectifs et de Gestion  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CRDS : Contribution au remboursement de la Dette Sociale  
CRPCEN : Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires  
CSB : Contribution Sociale sur les Bénéfices  
CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux  
CSG : Contribution Sociale Généralisée  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale  
DGS : Direction Générale de la Santé  
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
DRASS : Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
DSS : Direction de la Sécurité Sociale  
ENIM : Etablissement National des Invalides de la Marine  
FMF : Fédération des Mutuelles de France  
FNMF : Fédération Nationale de la Mutualité de France  
FOREC : Fond de financement de la Réforme des Cotisations patronales de sécurité sociale  
FSV : Fond de Solidarité Vieillesse  
GAMEX : Groupement des Assureurs Maladie des Exploitants agricoles  
GHS : Groupe Homogène de Séjour  
ITAF : Impôts et Taxes Affectés  
LFSS : Lois de Financement de la Sécurité Sociale  
MSA : Mutualité Sociale Agricole  
OC : Organismes Conventionnés  
OCAM : Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie  
OCDE : Organisation de la Coopération et du Développement Economiques  
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie  
OQN : Objectif Quantifié National  
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
PSPH : Participation au Service Public Hospitalier  
RAM : Réunion des Assureurs Maladie  
RATP : Régie Autonome des Transports Parisiens  
RMO : Références Médicales Opposables  
SNCF : Société Nationale des Chemins de fer Français  
SROS : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire

T2A : Tarification à l'Activité

TGAP : Taxe Générale sur les Activités Polluantes

URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

URSSAF : Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

UNAF : Union Nationale des Association Familiales

## Listes des tableaux, graphiques, schémas et encadrés

### **Graphiques :**

Graphique n°1 : Dépenses totales de santé par habitant, 2001, USD PPA

Graphiques n°2 : Dépenses de santé en % du PIB, 2001

Graphique n°3 : Dépenses de santé par source de financement, 2000

Graphique n°4 : Structure de financement de la CSBM de 1960 à 2000

Graphique n°5 : Niveau de la couverture maladie complémentaire en fonction du revenu

Graphique n°6 : Proportion de personnes peu ou non couvertes dans chaque milieu social

Graphique n°7 : Motifs d'absence de couverture maladie complémentaire

Graphique n°8 : Structure des recettes de la branche maladie du régime général

Graphiques n°9 : Structure des recettes des régimes autres que le régime général

Graphique n°10 : Solde de la branche maladie du régime général sur la période 1990/2004

Graphique n°11 : Evolution du taux de couverture de l'Assurance maladie obligatoire

### **Tableaux :**

Tableau n°1 : Dépenses publiques de santé dans les pays de l'OCDE

Tableau n°2 : Systèmes nationaux de santé et systèmes d'assurance maladie

Tableau n°3 : Démographie et répartition géographique des professionnels de santé

Tableau n°4 : Couverture du risque maladie par les différents régimes

Tableau n°5 : Part de la population couverte par les différents OCAM

Tableau n°6 : Structure de financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux

Tableau n°7 : Caractéristiques de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire

Tableau n°8 : Répartition des contrats de couverture complémentaire selon leur mode d'obtention

Tableau n°9 : Evolution des taux des cotisations patronales et salariales

Tableau n°10 : Assiette, taux et mode de recouvrement des cotisations maladie et de la CSG dans les différents régimes

Tableau n°11 : Répartition des recettes des différents régimes d'Assurance maladie obligatoire

Tableau n°12 : Nombre de bénéficiaires des différents régimes d'assurance maladie

Tableau n°13 : Transferts de compensations bilatérales pour 2001

Tableau n°14 : Les transferts de compensation généralisée maladie pour 2001, en millions d'euros

Tableau n°15 : Les taux de prise en charge de la CNAMTS

Tableau n°16 : Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et les remboursements par l'assurance maladie obligatoire

Tableau n°17 : Part de chaque agent dans le financement des divers postes de dépenses de santé

Tableau n°18 : Modalités de financement des établissements hospitaliers

Tableau n°19 : Proposition d'indicateurs pour mesurer la performance de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire en France

### **Encadrés :**

Encadré n°1 : Les différentes directions ministérielles impliquées dans le domaine de la santé

Encadré n°2 : Organismes et agences de santé sous la tutelle de l'Etat

Encadré n°3 : La branche maladie du régime général

Encadré n°4 : L'assurance maladie du régime agricole

Encadré n°5 : L'assurance maladie du régime des travailleurs indépendants

Encadré n°6 : Les régimes spéciaux d'assurance maladie

Encadré n°7 : La lente extension de la couverture de l'Assurance maladie obligatoire à l'ensemble de la population

Encadré n°8 : La Couverture Maladie Universelle (CMU)

Encadré n°9 : Les types de contrats offerts par les OCAM

Encadré n°10 : Les différentes techniques de régulation des dépenses de santé

Encadré n°11 : Les solutions de financement du déficit de l'Assurance maladie obligatoire

Encadré n°12 : Listes et nomenclatures des actes et biens médicaux

Encadré n°13 : Le principe de la tarification à l'activité (T2A)

### **Schémas :**

Schéma n°1 : Rapports entre les fonctions et les objectifs d'un système de santé

Schéma n°2 : L'architecture sanitaire au niveau national, régional et départemental

Schéma n°3 : Les différents types d'établissements de santé

Schéma n°4 : Le système de protection sociale français

Schéma n°5 : Organisation administrative des régimes d'assurance maladie obligatoire

Schéma n°6 : Tutelles et contrôles sur les organismes de gestion de l'Assurance maladie obligatoire

Schéma n°7 : Définitions et « emboîtements » des différents agrégats des dépenses de santé

Schéma n°8 : Circuits de financement du système de santé français

## **Annexes**

**ANNEXE 1** : Les dépenses de santé dans les pays de l'OCDE

**ANNEXE 2** : La protection sociale dans les Etats membres de l'UE et de l'espace économique européen

**ANNEXE 3** : Les ministères sociaux (santé et affaires sociales) de 1906 à nos jours

**ANNEXE 4** : Organigramme du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

**ANNEXE 5** : Organigramme du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité

**ANNEXE 6** : Nombre de lits d'hôpitaux pour 1000 habitants en Europe

**ANNEXE 7** : Le régime général de sécurité sociale

**ANNEXE 8** : Conditions d'ouverture des droits, bénéficiaires et prestations de la branche maladie du régime général

**ANNEXE 9** : La liste des 30 Affections de Longue Durée (ALD 30)

**ANNEXE 10** : Cas d'exonération du ticket modérateur et du forfait hospitalier

**ANNEXE 11** : Rapide historique de la protection sociale en France

**ANNEXE 12** : Conditions de résidence stable

**ANNEXE 13** : Les différents types de fonctions que peut remplir une couverture complémentaire dans différents pays

**ANNEXE 14** : Exonérations des cotisations patronales

**ANNEXE 15** : 25 ans de plans et de réformes du système de santé français

**ANNEXE 16** : Les taux de remboursement

**ANNEXE 17** : Historique des conventions de médecins

## ANNEXE 1 : Les dépenses de santé dans les pays de l'OCDE

	Dépenses totales de santé par habitant, 2001	Dépenses de santé en % du PIB, 2001	Dépenses publiques de santé 2001		
			En % des dépenses totales de santé	Dont administrations publiques	Dont sécurité sociale
Allemagne	2820	10,8	74,9	6,1	68,8
Australie	2532	9,2	67,9	67,9	0
Autriche	2259	8	69,3	26,5	42,8
Belgique	2481	8,9	71,7	16,1	55,6
Canada	2792	9,5	70,8	69,4	1,4
Corée	532	6	44,4	10,1	34,3
Danemark	2503	8,4	82,4	82,4	0
Espagne	1607	7,5	71,4	64,8	6,6
Etats-Unis	4887	13,9	44,4	29,8	14,6
Finlande	1845	7	75,6	59,9	15,7
<b>France</b>	<b>2567</b>	<b>9,6</b>	<b>76</b>	<b>2,7</b>	<b>73,3</b>
Grèce	1522	<b>9,4</b>	56	36,4	19,6
Hongrie	914	6,9	75	12,6	62,4
Irlande	1935	6,5	76	75,2	0,8
Islande	2643	9,2	82,9	59,6	23,3
Italie	2204	8,4	75,3	75,1	0,2
Japon	2131	8	77,9	12,8	65,1
Luxembourg	2905	6	89,9	20,1	69,8
Mexique	544	6,1	44,3	14,8	29,5
Norvège	2920	8	85,5	85,5	0
Nouvelle-Zélande	1724	8,3	76,8	76,8	0
Pays-bas	2612	8,9	63,3	13,9	59,4
Pologne	629	6,1	71,9	16,7	55,2
Portugal	1618	9,2	69	64,3	4,7
République slovaque	681	5,7	89,3	4,4	84,9
République tchèque	1129	7,4	91,4	12,7	78,7
Royaume-uni	1989	7,6	82,2	82,2	0
Suède	2270	8,7	85,2	85,2	0
Suisse	3322	11	57,1	16,9	40,2
<b>Moyenne</b>	<b>2086,8</b>	<b>8,3</b>	<b>72,5</b>	<b>41,3</b>	<b>31,2</b>

Source : Rapport Mondial sur la Santé dans le Monde 2004, OMS.

## ANNEXE 2 : La protection sociale dans les Etats membres de l'UE et de l'espace économique européen

	Législation en vigueur	Principe de base	Principe du financement maladie maternité, soins de santé	Médecins	Hôpitaux
Belgique	Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités 1994, loi sur les hôpitaux 1987, loi 1969.	Système d'assurance sociale obligatoire pour salariés et assimilés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cotisation globale</li> <li>- Subvention globale de l'Etat,</li> <li>- Financement alternatif (TVA) en fonction des besoins</li> <li>- Autres contributions spécifiques (cotisation sur les primes d'assurance automobile, cotisation sur les primes d'assurance hospitalisation, redevance et cotisations dues par les firmes pharmaceutiques, retenues sur les pensions)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rémunération : tarifs des honoraires fixés par convention conclues entre organismes assureurs et organisation de médecins, ou à défaut fixés d'autorité.</li> <li>- Choix du médecin : libre.</li> <li>- Paiement du médecin : avance des honoraires par l'assuré, remboursement au tarif conventionné ou d'autorité.</li> <li>- Participation du patient : au maximum 25% pour les soins de médecine générale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tarifs fixés par convention ou à défaut par les pouvoirs publics</li> <li>- Participation du patient : remboursement intégral, + participation de l'assuré de 12 euros par jour.</li> </ul>
Danemark	Assurance publique de santé : loi de 1971, hôpitaux : loi de 1974.	Système de protection universelle financé par l'impôt pour toute la population (principe de résidence.)	Impôt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rémunération : honoraires convenus entre l'organisation des médecins et l'assurance publique de santé.</li> <li>- Choix du médecin : libre.</li> <li>- Paiement du médecin : payé par l'assurance publique.</li> <li>- Participation du patient : aucune participation ou participation suivant la catégorie de soins.</li> </ul>	<p>Hôpitaux publics : tarifs fixés par les Autorités Régionales de Santé (ARS).</p> <p>Etablissements hospitaliers privés (EHP): possibilité de conventions entre les ARS et quelques EHP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation du patient : aucune participation dans les hôpitaux publics et privés agréés, le patient supporte l'ensemble des frais dans les établissements privés non agréés.</li> </ul>
Allemagne	Code social : loi de 1988, loi sur la réforme 2000 de l'assurance	Système d'assurance sociale obligatoire pour salariés et assimilés, avec des	Cotisation (13,54%, avec plafond).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rémunération : rétribution globale de « l'association des médecins de caisse », qui répartit ensuite la rémunération entre les médecins sous contrat.</li> </ul>	<p>Les caisses maladie paient pour leurs patients, aux hôpitaux agréés, sur la base de tarifs négociés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation du patient : hospitalisation gratuite sauf une</li> </ul>

	maladie, 1999.	cotisations basées sur les revenus.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choix du médecin : libre.</li> <li>- Paiement du médecin : par l'Association des médecins des caisses.</li> <li>- Participation du patient : aucune participation pour les traitements conventionnels, 15% pour les autres.</li> </ul>	participation de 9 euros par jour.
Grèce	Loi de 1951	Système d'assurance sociale obligatoire pour salariés et assimilés.	Cotisation (11,45%).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choix du médecin : imposé.</li> <li>- Paiement du médecin : par l'institution d'assurance.</li> <li>- Participation du patient : aucune participation.</li> </ul>	Aucun frais pour les assurés.
Espagne	Loi générale sur la sécurité sociale, loi générale sur la santé.	Service de santé public pour les salariés et assimilés et les membres de la famille.	Impôt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rémunération : les médecins généralistes et spécialistes extra-hospitaliers sont en principe rémunérés sur une base forfaitaire compte tenu du nombre d'assurés inscrits chez eux. Les médecins des hôpitaux perçoivent en principe des traitements mensuels.</li> <li>- Choix du médecin : libre.</li> <li>- Participation du patient : aucune participation.</li> </ul>	Hospitalisation gratuite.
France	Code de la sécurité sociale 1993.	Système d'assurance sociale obligatoire à affiliation prioritairement professionnelle et subsidiairement sur critère de résidence.	Cotisation (13,55%) et impôts Contributions spécifiques (- Contribution sociale généralisée (5,25%), cotisation sur retraite complémentaire et préretraites, cotisation sur primes d'assurance automobile, taxes sur boissons alcooliques, taxes sur les publicités pharmaceutiques.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rémunération : tarifs des honoraires fixés soit par une convention nationale, soit par arrêtés interministériels. Possibilité de dépassement des tarifs pour les médecins exerçant en « secteur 2 ».</li> <li>- Choix du médecin : libre.</li> <li>- Paiement du médecin : avance par l'assuré des honoraires, remboursement sur la base du tarif conventionnel ou d'autorité.</li> <li>- Participation du patient : 20%, 25% ou 30%.</li> </ul>	<p>Hôpitaux publics : tarifs fixés par les pouvoirs publics.</p> <p>Etablissements privés : tarifs fixés par discipline, dans les contrats conclus entre les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et les établissements de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation du patient : 10% des frais + un forfait hospitalier journalier de 13 euros.</li> </ul>
Irlande	Loi sur les services de santé, 1970.	Service de santé public pour toute la population (principe de résidence) financé		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rémunération : honoraires annuels <i>per capita</i>, suivant le barème des honoraires fixé en accord avec l'Association Irlandaise des Médecins.</li> <li>- Choix du médecin : libre.</li> </ul>	Pas de participation, ou 33 euros par nuit, selon le degré d'éligibilité.

		par l'impôt.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paiement du médecin : par l'autorité locale de la santé ou par l'assuré.</li> <li>- Participation du patient : participation dans le cas où le patient choisit un traitement privé.</li> </ul>	
Islande	Loi sur la santé publique : 1990, loi sur la sécurité sociale : 1993.	Service de santé public pour toute la population (principe de résidence) financé par l'impôt.	Impôt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rémunération : médecins généralistes : honoraires par acte. Médecins en hôpitaux : salariés.</li> <li>- Choix du médecin : libre.</li> <li>- Paiement du médecin : une partie des coûts est à la charge du patient, le reste est payé par l'Institut national de sécurité sociale.</li> <li>- Participation du patient : entre 9 euros et 14 euros par visite chez un généraliste.</li> </ul>	Pas de participation.
Italie	Loi de 1978 instituant le Service National de Santé.	Service de santé financé par des cotisations pour toute la population (principe de résidence.)	Cotisations (Ouvrier : 2,88% payé par l'employeur. Employés : 0,66 ou 0,44% payés par l'employeur.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rémunération : médecins de famille : montant forfaitaire per capita. Médecins en hôpitaux : salaire mensuel variable fixé par le gouvernement en fonction de la catégorie professionnelle.</li> <li>- Choix du médecin : libre.</li> <li>- Paiement du médecin : il reçoit par la région un montant forfaitaire per capita.</li> <li>- Participation du patient : jusqu'à 36 euros par prescription d'analyse et visite chez le médecin.</li> </ul>	Barème de tarification suivant les prestations fournies. Pas de participation.
Luxembourg	Code des assurances sociales : 1992.	Système d'assurance sociale obligatoire pour la population active.	Cotisations (5,2% avec plafond) et interventions de l'Etat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rémunération : honoraires suivant conventions collectives. Rémunération à l'acte.</li> <li>- Choix du médecin : libre.</li> <li>- Paiement du médecin : avance des honoraires par l'assuré, puis remboursement par les caisses.</li> <li>- Participation du patient : 20% pour la 1<sup>ère</sup> visite, puis 5% pour les visites suivantes.</li> </ul>	Budget arrêté séparément pour chaque hôpital sur la base de son activité prévisible. Participation du patient : 9,30 euros par jour.
Pays-Bas	Loi sur	Tout personne	Cotisations (8,10% avec	- Rémunération : règlement direct des	Hôpitaux publics : taux fixés par

	l'assurance maladie : 1964, loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles : 1967.	répondant aux conditions fixées par la loi est automatiquement assurée et doit cotiser. Il existe une assurance générale pour tous les résidents contre les risques graves.	plafond.)	honoraires par la caisse. - Choix du médecin : libre. - Paiement du médecin : paiement direct par la caisse d'assurance maladie. - Participation du patient : pas de participation sauf dépenses médicales exceptionnelles.	les pouvoirs publics. - Participation du patient : pas de participation pour les chambres de la classe inférieure.
Norvège	Loi sur l'assurance nationale : 1997, loi sur les services de santé des communes : 1982.	Service de santé public pour toute la population (principe de résidence) principalement financé par l'impôt, sous la responsabilité municipale ou régionale.	Impôt et cotisations (3% pour les assurés.)	- Rémunération : les tarifs des honoraires sont négociés entre le gouvernement et l'ordre des médecins. - Choix du médecin : libre. - Participation du patient : plafond de 175 euros par an. 13 euros pour une visite chez un spécialiste.	Pas de participation.
Autriche	Loi générale sur les assurances sociales : 1955, loi fédérale sur les hôpitaux : 1956.	Système d'assurance sociale obligatoire pour salariés et assimilés.	Cotisations (entre 6,5% et 7,6% avec plafond), interventions de l'Etat et autres sources.	- Rémunération fixée par les conventions générales passées entre les ordres régionaux des médecins et les organismes assureurs (forfait par tête, par épisode de maladie, par acte médical ou combinaison). - Choix du médecin : libre. - Paiement du médecin : par l'organisme assureur. - Participation du patient : 3,63 euros pour chaque feuille de maladie ou de soins dentaires. 20% pour une visite chez un psychologue ou un psychothérapeute.	Participation maximale de 7,27 euros par jour.
Portugal	Plusieurs lois et décret-loi.	Service de santé public financé par l'impôt pour toute la population	Impôt.	- Rémunération : médecins fonctionnaires : rémunération mensuelle variable fixée par le gouvernement en fonction de la	Aucune participation aux frais en salle commune.

		(principe de résidence.)		catégorie professionnelle. Médecins agréés : montant par acte médical. - Choix du médecin : libre. - Paiement du médecin : pas d'honoraires à payer (service national de santé). - Participation du patient : ticket modérateur variable fixé par le gouvernement.	
Finlande	Loi sur les soins médicaux : 1972, loi sur l'assurance maladie : 1963.	Service de santé public financé par l'impôt pour toute la population, fourni par les municipalités. Des services privés complètent les services publics.	Financés par les autorités locales, l'Etat paye une subvention générale aux autorités.	- Rémunération : médecins en hôpitaux : payés par les municipalités. Médecins privés : honoraires par acte. - Choix du médecin : libre pour les médecins privés, limité pour les médecins en hôpitaux publics et centres de santé. - Participation du patient : en centre de santé : montant annuel maximum de 20 euros, médecins privés : 40% + dépassement.	Participation de 23 euros par jour pour les traitements en établissement hospitalier, + un forfait hospitalier de 25 euros par jour si l'hospitalisation excède 3 jours.
Suède	Loi sur l'assurance sociale générale : 1962.	Service de santé public financé par l'impôt pour toute la population (principe de résidence) à compétence régionale.	Financés par les autorités régionales.	- Rémunération : médecins en structure publique : salariés. Médecins privés : honoraires négociés entre l'association de médecins et les autorités régionales. - Choix du médecin : libre. - Paiement du médecin : participation du patient aux frais. - Participation du patient : entre 11 et 16 euros par visite de médecin.	Participation maximum de 9 euros par jour.
Royaume-Uni	Loi sur le service national de santé, 1977.	Service de santé public financé par l'impôt pour toute la population (principe de résidence).	Financé par l'Etat et dans une moindre mesure par les cotisations.	- Choix du médecin : libre. - Participation du patient : pas d'honoraires à payer dans le cadre des prestations du Service National de Santé.	Aucune participation.

Source : Missoc, *Système mutuel d'information sur la protection sociale (2001)*.

## **ANNEXE 3 : Les ministères sociaux (santé et affaires sociales) de 1906 à nos jours.**

### **AVERTISSEMENT AUX LECTEURS**

Ce document est une trame historique des ministères sociaux (Santé et Affaires sociales). Ce n'est pas un historique exhaustif de tous les ministères sociaux depuis 1906 (la période de la guerre 1939-1944, notamment, n'est pas mentionnée). Le ministère du travail n'est cité que lorsqu'il prend en compte les domaines santé et social (y compris la population et les droits des femmes). Les ministères délégués et les secrétaires d'état dans les domaines santé et social ne sont détaillés qu'à partir de 1983, au moment où la santé devient un secrétariat d'état auprès du Ministère de la Solidarité Nationale, après avoir été un ministère pendant deux ans.

<p>1906 : <b>Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale</b></p> <p>1920 : Deux ministères</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociale</b></li><li>• <b>Ministère du Travail</b> (pour les retraites)</li></ul> <p>1924 : <b>Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociale</b></p> <p>1930 : Deux ministères</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ministère de la Santé Publique</b></li><li>• <b>Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale</b> <i>Le ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale deviendra à partir de 1934, le ministère du Travail et conserve des prérogatives dans le domaine de la protection sociale.</i></li></ul> <p>1945 : Deux ministères</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ministère de la Population</b></li><li>• <b>Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale</b></li></ul> <p>1946 : Deux ministères</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ministère de la Santé publique et de la Population</b></li><li>• <b>Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale</b></li></ul> <p>1956 : <b>Ministère des Affaires Sociales</b> avec</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• un Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et à la Population</li><li>• un Secrétariat d'Etat au Travail et à la Sécurité Sociale</li></ul> <p>1957 Deux ministères</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ministère de la Santé Publique et de la Population</b></li><li>• <b>Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale</b></li></ul> <p>1966 : <b>Ministère des Affaires Sociales</b> <i>Ce ministère réunit</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>le Ministère de la Santé Publique et de la Population et</i></li><li>• <i>le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale</i></li></ul> <p>1969 : Deux ministères</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale</b> <i>Le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale existera dans ses attributions jusqu'en 1981, mais il prendra plusieurs fois des intitulés différents : Ministère de la Santé Publique, Ministère de la Santé, Ministère de la Santé et de la Famille.</i></li><li>• <b>Ministère du Travail de l'Emploi et de la Population</b> <i>Le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Population prendra lui aussi plusieurs fois des intitulés différents : Ministère des Affaires Sociales, Ministère du Travail, Ministère du Travail et de la Participation, avec pour ces deux derniers ministères un Secrétaire d'Etat aux Travailleurs Manuels</i></li></ul>
--

*et Immigrés, prenant en compte les problèmes de population.*

1981 : Deux ministères

- **Ministère de la Santé**
- **Ministère de la Solidarité Nationale**

1982 : Deux ministères

- **Ministère de la Santé**
- **Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale**

1983 : **Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale** avec

- un Secrétariat d'Etat à la Santé
- un Secrétariat d'Etat à la Famille, à la Population et aux Travailleurs immigrés
- un Secrétariat d'Etat aux Personnes Agées
- un Secrétariat d'Etat aux Rapatriés

1984 : **Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale** avec

- un Secrétariat d'Etat à la Santé
- un Secrétariat d'Etat aux Retraités et aux Personnes Agées
- un Secrétariat d'Etat aux Rapatriés

1986 : **Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi** avec

- un Ministère délégué à la Santé et à la Famille
- un Secrétariat d'Etat à la Sécurité Sociale

Mai 1988 : **Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi** avec

- un Ministère délégué à la Santé et à la Protection Sociale
- un Ministère délégué à la Famille, aux Droits de la Femme, de la Solidarité et des Rapatriés

Juin 1988 : **Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale** avec

- un Ministère délégué aux Personnes Agées
- un Secrétariat d'Etat à la Famille
- un Secrétariat chargé des Handicapés et des Accidentés de la Vie

1990 : **Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité** avec

- un Ministère délégué à la Santé
- un Secrétariat d'Etat à la Famille et aux Personnes Agées
- un Secrétariat d'Etat aux Handicapés et aux Accidentés de la Vie

1991 : Deux ministères

- **Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration** avec
  - un Ministère délégué à la Santé
  - un Secrétariat d'Etat à la Famille, aux Personnes Agées et aux Rapatriés
  - un Secrétariat d'Etat aux Handicapés et aux Accidentés de la Vie
  - un Secrétariat d'Etat aux Affaires Sociales et à l'Intégration
- **Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle** avec
  - un Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes et à la Vie Quotidienne

1992 : Trois ministères

- **Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration** avec
  - un Secrétariat d'Etat à la Famille, aux Personnes Agées et aux Rapatriés
  - un Secrétariat d'Etat aux Handicapés
  - un Secrétariat d'Etat à l'Intégration
- **Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire**
- **Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle**  
*(ayant autorité sur les droits des femmes)*

1993 : **Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville** avec

- un Ministère délégué à la Santé

18 mai 1995 : Trois Ministères

- **Ministère de la Santé Publique et de l'Assurance Maladie**
- **Ministère de la Solidarité entre les Générations**
- **Ministère de l'Intégration et de la Lutte contre l'Exclusion** avec :
  - un Secrétariat d'Etat aux Quartiers en Difficultés

7 novembre 1995 : Deux ministères

- **Ministère du Travail et des Affaires Sociales** avec :
  - un Ministère délégué pour l'Emploi (*pour les droits des femmes*)
  - un Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale
- **Ministère de l'Aménagement du Territoire, de la Ville et de l'Intégration** avec
  - un Ministère délégué à la Ville et à l'Intégration

4 juin 1997 : **Ministère de l'Emploi et de la Solidarité** avec

- un Ministère délégué à la Ville (*à partir du 30 mars 1998*)
- un Secrétariat d'Etat à la Santé (*devient Secrétariat à la Santé et à l'Action Sociale, en 1998*)
- un Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes et à la Formation Professionnelle (*en 1998*)

27 mars 2000 : **Ministère de l'Emploi et de la Solidarité** avec

- un Ministère délégué à la Famille et à l'Enfance (*Ministère délégué à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées, à partir du 27 mars 2001*)
- un Ministère délégué à la Ville
- un Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés (*se transforme le 6 février 2001 en un Ministère délégué à la Santé et en un Secrétariat d'Etat aux Personnes Agées et aux Personnes Handicapées*)
- un Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes et de la Formation professionnelle
- un Secrétariat d'Etat à l'Economie Solidaire
- un Secrétariat d'Etat aux Personnes Agées (*à partir du 27 mars 2001*)

17 juin 2002 : Deux ministères

- **Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité** avec :
  - un Ministère délégué à la Ville et à la Rénovation sociale
  - un Ministère délégué à la Parité et à l'Egalité Professionnelle
  - un Secrétariat d'Etat à la Lutte contre la Précarité et l'Exclusion
  - un Secrétariat d'Etat aux Personnes Agées
- **Ministères de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées** avec :
  - un Ministère délégué à la Famille
  - un Secrétariat d'Etat aux Personnes Handicapées

Source : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

## **ANNEXE 4 : Organigramme du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées**

Décret n°2002-896 du 15 mai 2002 relatif aux attributions du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

<b>Directions et services du ministère</b>
➤ Direction Générale de la santé (DGS)
➤ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)
Délégation interministérielle à la famille (DIF)
Délégation interministérielle aux personnes handicapées (DIPH)
<b>Directions et services <u>communs</u> avec le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité</b>
Inspection générale des affaires sociales (IGAS)
➤ Direction générale de l'action sociale (DGAS)
➤ Direction de la sécurité sociale (DSS)
Direction de l'administration générale, du personnel et du budget (DAGPB)
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI)
Service de l'information et de la communication (SICOM)
<b>Direction commune avec le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie et Le ministère de l'écologie et du développement durable</b>
Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection (DGSNR)
<b>Services mis à disposition par le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité</b>
Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP)
Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)
Services des droits des femmes et de l'égalité (SDFE)

## ANNEXE 5 : Organigramme du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité

Décret n°2002-976 du 12 juillet 2002 relatif aux attributions du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

<b>Directions et services du ministère</b>
Direction des relations du travail (DRT)
Direction de l'administration générale et de la modernisation des services (DAGEMO)
Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES)
Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP)*
Délégation interministérielle à la lutte contre le travail illégal (DILTI)
Direction de la population et des migrations (DPM)
Délégation interministérielle à l'innovation sociale et à l'économie sociale (DIES)
Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain (DIV)
Service des droits des femmes et de l'égalité (SDFE)*
Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)*
<b>Directions et services <u>communs</u> avec le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées</b>
Inspection générale des affaires sociales (IGAS)
➤ Direction générale de l'action sociale (DGAS)
➤ Direction de la sécurité sociale (DSS)
Direction de l'administration générale, du personnel et du budget (DAGPB)
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI)
Service de l'information et de la communication (SICOM)

\* Unités mises à disposition auprès du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

**ANNEXE 6: Nombre de lits hospitaliers pour 1000 habitants en Europe, dans les services de courts séjours (dernière année disponible).**

Allemagne (2000)	6,4
Autriche (2000)	6,2
Belgique (2001)	5,8
Luxembourg (2001)	5,6
<b>France (2000)</b>	<b>4,2</b>
<u>Moyenne européenne (2000)</u>	4,1
Italie (2000)	4
Grèce (1999)	4
Suisse (2000)	3,8
Islande (1996)	3,7
Malte (2001)	3,5
Danemark (1999)	3,3
Portugal (1998)	3,3
Norvège (2001)	3,1
Pays-Bas (2001)	3,1
Irlande (2001)	3
Espagne (1997)	3
Andorre (2001)	2,5
Suède (2000)	2,4
Royaume-Uni (1998)	2,4
Finlande	2,4
Israël (2001)	2,2
Turquie (2001)	2,1

*Source : Base de données européennes de la santé pour tous, in Sandier S., Paris V., Polton D.*

## ANNEXE 7 : Le régime général de sécurité sociale

	<b>Recouvrement</b>	<b>Branche maladie + branche AT-MP*</b>	<b>Branche retraite</b>	<b>Branche famille</b>
<b>Niveau national</b>	<b>ACOSS</b> Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale	<b>CNAMTS</b> Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés	<b>CNAV</b> Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse	<b>CNAF</b> Caisse Nationale d'Allocation Familiale
<b>Niveau régional</b>		<b>22 URCAM</b> Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie	<b>16 CRAM</b> Caisses Régionales d'Assurance Maladie	
<b>Niveau local</b>	<b>105 URSSAF**</b> Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales	<b>129 CPAM**</b> Caisses Primaires d'Assurance Maladie		<b>125 CAF</b> Caisses d'Allocations Familiales

\* Branche AT-MP : branche des Accidents du Travail et des Maladies Professionnels.

\*\* Auxquelles s'ajoutent les 4 Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer.

## ANNEXE 8 : Conditions d'ouverture des droits, bénéficiaires et prestations de la branche maladie du régime général

	Conditions d'ouverture des droits aux prestations	Les bénéficiaires	Les prestations versées
<b>Risque maladie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'y a pas de condition d'<i>immatriculation</i> pour les prestations en nature, en revanche 12 mois d'<i>immatriculation</i> sont exigés pour les prestations en espèces au delà de 6 mois.</li> <li>- L'octroi des prestations est subordonné à une <i>certaine durée d'emploi</i> ou à un <i>montant minimum de cotisations</i>.</li> </ul>	<p>Les prestations en nature de l'assurance maladie ont un caractère familial dans la mesure où elles concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'assuré,</li> <li>- son conjoint,</li> <li>- les enfants à la charge de l'assuré,</li> <li>- et éventuellement d'autres membres de la famille de l'assuré.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Les prestations en espèces : les indemnités journalières.</b> Lorsque l'assuré social malade ou accidenté se trouve dans l'incapacité physique de travailler, sa caisse primaire d'assurance maladie lui verse un <i>substitut</i> de son salaire sous forme d'<i>indemnités journalières</i>.</li> <li>- <b>Les prestations en nature.</b> Elles assurent le remboursement<sup>68</sup>, total ou partiel, de certains frais médicaux engagés par l'assuré pour lui-même et pour certains proches à l'occasion d'une maladie ou d'un accident non professionnel.</li> </ul>
<b>Risque maternité</b>	<p>La femme enceinte doit répondre à des conditions de salariat avant la date du congé prénatal similaires à celles du risque maladie. Pour les prestations en espèces, une condition supplémentaire d'<i>immatriculation</i> s'ajoute : l'assurée doit être immatriculée depuis au moins 10 mois avant la date présumée de l'accouchement.</p>	<p>Les prestations en nature de l'assurance maternité sont destinées à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la femme qui a personnellement la qualité d'assuré social,</li> <li>- l'épouse légitime d'un assuré social,</li> <li>- la personne liée à l'assuré social par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)</li> <li>- les filles à la charge d'un assuré.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Les prestations en espèces : les indemnités journalières.</b> Elles sont destinées à compenser la perte de salaire pendant le congé de maternité, et ne sont dues qu'à la salariée assurée sociale.</li> <li>- <b>Les prestations en nature.</b> Elles concernent les frais liés à l'accouchement ainsi que les frais médicaux antérieurs à celui-ci.</li> </ul>
<b>Risque invalidité</b>	<p>L'assuré doit être atteint d'une réduction de 2/3 de ses capacités à travailler, être âgé de moins de 60 ans, avoir été assuré au moins pendant les 12 derniers mois et justifier d'un certain nombre d'heures de travail salarié ou d'avoir payé un certain montant de cotisations.</p>	<p>Les prestations de l'assurance invalidité sont destinées à l'assuré social souffrant d'une incapacité permanente (dont l'origine est autre qu'un accident du travail ou une maladie professionnelle) qui réduit de façon importante sa capacité de travail.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La pension invalidité.</li> <li>- Eventuellement l'allocation supplémentaire du Fonds Spécial Invalidité (SFI).</li> </ul>
<b>Risque décès</b>	<p>La personne décédée devait, moins de trois mois avant son décès exercer une activité salariée, percevoir des allocations de chômage, être titulaire d'une pension invalidité.</p>	<p>Le versement du capital décès est effectué en priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge de l'assuré.</p>	<p>L'assurance décès garantit à certains ayants droit de l'assuré social qui décède un « capital décès » égal à 90 fois son gain journalier.</p>

## ANNEXE 9 : La liste des 30 Affections de Longue Durée (ALD 30)

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- bilharziose compliquée,
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- hypertension artérielle sévère ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- lèpre ;
- maladie de Parkinson ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
- psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- sclérose en plaques ;
- scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- spondylarthrite ankylosante grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

## ANNEXE 10 : Cas d'exonération du ticket modérateur et du forfait hospitalier

### **Exonérations du ticket modérateur :**

#### 1- L'exonération liée à la nature des actes et des traitements :

Ils s'agit de :

- tout acte ou série d'actes affectés à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) d'un coefficient global égal ou supérieur à K50 ;
- des traitements ou des thérapeutiques onéreux, tels que :
  - . l'hospitalisation d'une durée supérieure à 30 jours, à compter du 31<sup>ème</sup> jour ;
  - . les soins dispensés aux nouveau-nés hospitalisés au cours des 30 premiers jours suivant le jour de la naissance ;
  - . la fourniture de produits d'origine humaine ;
  - . le diagnostic et le traitement de la stérilité.

#### 2 - L'exonération liée à la durée et au coût du traitement :

C'est le principal motif d'exonération (7 cas sur 10). Il concerne :

- les assurés reconnus atteints de l'une des 30 affections de longue durée (ALD) dont la liste est fixée par décret.
- les assurés reconnus atteints d'une affection absente de la liste précitée, mais nécessitant un traitement prolongé et coûteux (la 31<sup>ème</sup> maladie) ou de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant et évolutif (la 32<sup>ème</sup> maladie.)

#### 3 - L'exonération liée à la situation de l'assuré ou du bénéficiaire :

Elle concerne les titulaires d'une pension invalidité ou d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, les titulaires d'une pension de réversion (part de la retraite du conjoint) atteints d'une incapacité permanente entre 55 et 60 ans, les titulaires d'une rente d'accident du travail correspondant à un taux d'incapacité d'au moins 66% ainsi que leurs ayants droit, les pensionnés de guerre, les enfants handicapés.

### **Exonérations du forfait hospitalier :**

- victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles,
- femmes enceintes (à compter du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse),
- enfants hospitalisés dans leur premier mois de naissance,
- pensionnés de guerre avec un taux d'invalidité supérieur à 85 % (art. 115),
- bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle,
- malades admis en hospitalisation incomplète (hospitalisation de jour).

## ANNEXE 11 : Rapide historique de la protection sociale en France

- Dès le moyen âge, des formes variées de solidarité existaient : il faut citer les organisations religieuses agissant au nom de la charité chrétienne, mais également les corporations et le compagnonnage organisant une certaine solidarité entre les habitants d'une même localité ou entre professionnels d'un même métier.

- Au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle apparaissent les premières *sociétés de secours mutuels*, prolongeant les efforts de solidarité des anciens groupements de compagnons : ancêtres de nos mutuelles actuelles, elles organisaient une prévoyance collective volontaire pour quelques entreprises ou activités.

Parallèlement à ce système de libre prévoyance, un système d'assistance publique offre un ensemble d'aides sociales : la loi du 15 juillet 1893 institue notamment *l'aide médicale gratuite*.

Les organismes mutualistes, basés sur le volontariat, ainsi que les aides sociales n'ont cependant bénéficié qu'à une part limitée de la population. Aussi, dès le début du 20<sup>ème</sup> siècle, apparaissent des tentatives en faveur de l'assurance obligatoire de certains risques sociaux.

- Il faut attendre les lois de 1928 et 1930 pour assister à la naissance en France des premières *assurances sociales*, qui ont été en partie gérées par les mutuelles. Les assurances sociales se distinguent de l'assurance ordinaire sur trois points fondamentaux :

- . l'affiliation est **obligatoire** pour tous les membres des catégories bénéficiaires,
- . la contribution n'est pas calculée en fonction de la valeur de la chose assurée et de l'aléa : les cotisations sont **proportionnelles** aux salaires des affiliés,
- . concernant la répartition des charges, les cotisations sont versées à parts égales par le salarié et par l'employeur.

Les bénéficiaires des assurances sociales sont les salariés de l'industrie et du commerce dont les salaires sont inférieurs à un certain montant. Ils sont couverts par cinq assurances sociales contre les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès. C'est donc la première fois qu'une part importante des salariés est couverte légalement et obligatoirement contre ces différents risques.

- L'ordonnance du 4 octobre 1945 promulgue le plan français de sécurité sociale et crée le *régime général*. Elle affirme plusieurs principes fondamentaux dont *la généralisation de la sécurité sociale à toute la population*. En effet, bien que l'organisation de la sécurité sociale soit initialement réservée à tous les salariés du commerce et de l'industrie, elle doit, à terme, être **généralisée à l'ensemble de la population**. Ce régime général est financé par les cotisations des salariés et des employeurs. Il doit assurer une protection contre les risques envisagés par les assurances sociales (maladie, maternité, invalidité, décès) et contre les risques professionnels.

## ANNEXE 12 : Conditions de résidence stable

### Conditions de résidence stable :

Pour bénéficier de la CMU de base, vous devez résider en France (France métropolitaine ou département d'outre-mer) de façon stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois, sauf cas dans lesquels cette condition est réputée remplie.

#### Cas dans lesquels la condition de stabilité de résidence est réputée remplie :

- étudiants, élèves ou stagiaires dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique ;
- bénéficiaires de prestations familiales (allocation pour jeune enfant, allocations familiales, complément familial, allocation d'éducation spéciale, allocation de soutien familial, allocation de rentrée scolaire, allocation de parent isolé, allocation parentale d'éducation, allocation d'adoption) ;
- bénéficiaires d'une aide à l'emploi pour la garde des jeunes enfants (aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée ou allocation de garde d'enfant à domicile) ;
- bénéficiaires d'une allocation aux personnes âgées (allocation aux vieux travailleurs salariés ou non salariés, allocations aux mères de famille, allocation spéciale vieillesse versée par le Fonds solidarité vieillesse ou invalidité versée par le Fonds spécial d'invalidité) ;
- bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance, de l'allocation compensatrice pour tierce personne, de l'allocation différentielle ;
- bénéficiaires d'une allocation de logement ou de l'aide personnalisée au logement ;
- bénéficiaires d'une des prestations d'aide sociale ;
- bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI) ;
- demandeurs d'asile, y compris de l'asile territorial, demandeurs du statut de réfugié, personnes admises au titre de l'asile ou reconnues réfugiées.

#### Formalités

Vous pouvez justifier de votre résidence stable en France par tout moyen : 3 quittances mensuelles successives de loyer, 2 factures successives d'électricité, de gaz ou de téléphone, signature d'un bail avec un propriétaire datant de plus de 3 mois, certificat d'immatriculation d'un véhicule de plus de 3 mois.

#### Personnes sans domicile fixe

Les personnes sans domicile fixe, ou celles qui vivent en habitat mobile ou très précaire, doivent élire domicile auprès d'un Centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'une association agréée. Une attestation de domiciliation leur sera remise.

Cette procédure de domiciliation est gratuite.

#### Français expatriés de retour en France depuis moins de 3 mois

- ceux qui sont adhérents à la Caisse des français de l'étranger (CFE) bénéficient du maintien de leurs droits pendant les 3 mois suivant leur retour en France ; à l'issue de cette période, ils pourront bénéficier de la CMU de base ;
- ceux qui ne sont pas adhérents à la Caisse des français de l'étranger (CFE) peuvent bénéficier de la CMU de base dès leur retour en France, sur simple déclaration d'intention de résider en France pendant au moins 3 mois.

#### Personnes de nationalité étrangère résidant en France depuis moins de 3 mois et en situation régulière

Elles peuvent demander à bénéficier de l'Aide médicale de l'Etat (AME) à titre transitoire.

#### **Condition de résidence régulière**

Les personnes de nationalité étrangère, hors Espace économique européen (EEE), doivent en outre justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France au moyen de leur carte de séjour.

## **ANNEXE 13 : Les différents types de fonctions que peut remplir une couverture complémentaire**

« Si la couverture facultative est presque toujours complémentaire d'un régime obligatoire, elle recouvre des réalités très différentes et peut remplir quatre types de fonctions : (...)

1. Elle peut constituer la seule source de couverture contre le risque maladie. C'est ce qu'on appelle en France la « couverture au premier franc ». Cela existe surtout aux Etats-Unis, où la majeure partie de la population n'a d'autre recours, pour se garantir contre le risque d'avoir à faire face à des dépenses de santé, que de souscrire un contrat auprès d'une assurance facultative.

2. La couverture facultative peut financer des risques ou des biens qui ne sont pas couverts par l'assurance publique. Ce cas de figure se trouve dans nombre de pays dont le système est construit selon une logique de « panier de biens », certains biens étant exclus de la prise en charge publique (Belgique, Israël, Suisse, Pays-Bas, Allemagne...).

3. Elle peut re-financer des copaiements publics. En France, la complémentaire remplit évidemment cette fonction, puisque qu'elle couvre tickets modérateurs et dépassements. La couverture facultative remplit une fonction similaire au Danemark, mais aussi aux Etats-Unis dans le système MEDICARE (assurance publique des Américains âgés de plus de 65 ans qui impose des copaiements particulièrement élevés). Notons que la différence entre ces trois fonctions peut être décrite en termes de degré plus que de nature. Considérons une situation dans laquelle la couverture facultative rembourse les copaiements publics ; plus la couverture publique est faible, plus on se rapproche du cas de figure 2 (pas de couverture publique de certains services), voire de la configuration 1 (aucune couverture publique) si l'ensemble des biens et services de santé est concerné. Il s'agit pourtant toujours de couvrir le risque de devoir faire face à des dépenses de santé qui ne sont pas couvertes par le système public.

4. Le dernier cas est d'une nature un peu différente : la couverture facultative peut financer l'accès à une qualité supérieure. Ceci concerne essentiellement les pays de type NHS dans lesquels l'État garantit un accès à la quasi-totalité des soins dans un système public. Les individus se couvrent pour, en cas de nécessité, avoir accès à des biens et services de meilleure qualité. Il s'agit toujours d'assurance, mais on ne peut pas considérer que la motivation première de l'individu est de se protéger contre le risque de devoir s'acquitter du prix des soins (auxquels il a théoriquement accès moyennant un confort moindre ou un délai d'attente plus élevé). La couverture facultative, dans ce cas, joue plutôt le rôle d'une option de sortie du système public. »

*Source : Bocognano A., Couffinhal A., Dumesnil S., Grignon M. (2000).*

## ANNEXE 14 : Les exonérations de cotisations patronales

Depuis la fin des années 80, de nombreux dispositifs d'exonération totale ou partielle des cotisations patronales se sont succédés. L'objectif de ces dispositifs consiste à réduire les charges sociales pesant sur les entreprises pour favoriser l'emploi, et plus particulièrement celui des salariés les moins qualifiés. Si certaines de ces exonérations ont été prises en charge par le budget de l'Etat ou par des impositions affectées, d'autres n'ont pas été compensées.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a créé un Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), dont la mission consiste à prendre en charge des exonérations de cotisations patronales, notamment celles liées à la réduction du temps de travail<sup>69</sup>. Il est géré en dehors du budget de l'Etat et de la sécurité sociale (débudgétisation). Ce fonds est alimenté par la Contribution sociale sur les bénéfiques (CSB), la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP), la taxe sur les véhicules des sociétés, les droits de consommation sur les alcools, les recettes provenant du tabac, une subvention de l'Etat...

Le gouvernement a considéré que la création du FOREC constituait une réponse au souci d'élargissement de l'assiette des cotisations patronales : il en est résulté un financement de plus en plus diversifié et opaque. On remarque également que les exonérations de cotisations patronales ont été financées par les taxes sur les tabacs et alcool, donc en partie supportées par les citoyens assujettis à ces prélèvements.

La suppression du FOREC à partir de 2004 et la prise en charge par l'Etat des remboursements d'exonération précédemment à la charge de cet organisme vont provoquer un doublement de la masse des contributions publiques<sup>70</sup> dès 2005. La prise en charge des cotisations deviendra au sein des contributions publiques le principal poste de dépenses (plus de 62% du total), avec 20 milliards d'euros en 2004.

## ANNEXE 15 : 25 ans de plans et de réformes du système de santé français

Plan Durafour 1975	Déplafonnement de la base des cotisations salariales Baisse de la TVA sur les médicaments
Plan Barre 1976	Baisse du remboursement de certains médicaments Hausse du ticket modérateur
Plan Veil 1977-1978	Hausse des cotisations Baisse du remboursement de certains médicaments
Plan Barrot 1979	Contribution exceptionnelle des pharmaciens Ajout d'une 26 <sup>ème</sup> maladie à la liste d'exonération
Plan Bérégovoy 1982-1983	Taxes spéciales affectées Création du forfait hospitalier Baisse du remboursement de certains médicaments
1984	Prélèvements exceptionnels Budget global hospitalier
Plan Séguin 1986-1987	Limitation du champ de l'exonération Révision de la liste des maladies exonérantes Déremboursement des vitamines Relèvement du forfait journalier
1990-1991	Hausse de la taxe sur la publicité pharmaceutique Déremboursement des anti-asthéniques et des fortifiants Instauration de la CSG
Plan Bianco 1991	Hausse des cotisations salariales Hausse du forfait hospitalier Déremboursement de médicaments
1992-1993	Début de la maîtrise médicalisée Dossier du malade Accords de régulation « prix-volume »
Plan Veil	Augmentation générale du ticket modérateur de 5% Hausse du forfait hospitalier Hausse de la CSG
Plan Juppé 1995-1996	Hausse de la CSG et création de la CRDS Mise en place de la régionalisation (ARH, URCAM...) Transfert au parlement du vote du budget de la santé (LFFS, ONDAM) Mise en place des RMO
1997-1998	Création des agences de sécurité sanitaire Transfert d'une partie des cotisations sociales sur la CSG Convention créant le médecin référent Déremboursement de certains médicaments
1999-2000	Création de la CMU Baisse du tarif de certaines professions médicales

Source : Majnoni d'Intignano B. (2001).

## ANNEXE 16 : Les taux de remboursement par l'assurance maladie obligatoire

Taux de remboursement des actes et des soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie	Cas général	Régime d'Alsace-Moselle (1)	Bénéficiaires du FSI ou du FSV (2)
<b>Honoraires</b>			
Honoraires des praticiens : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes (3)	70 %	90 %	80 %
Honoraires des auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues (3)	60 %	90 %	80 %
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Actes en B (actes de biologie)	60 %	90 %	80 %
Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	70 %	90 %	80 %
Prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70 %	90 %	80 %
Prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire non médecins, les auxiliaires médicaux, les auxiliaires de laboratoire non infirmiers	60 %	90 %	80 %
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	100 %	100 %	100 %
<b>Médicaments</b>			
Médicaments à vignette blanche	65 %	90 %	65 %
Médicaments à vignette bleue	35 %	90 %	35 %
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	100 %	100 %	100 %
Préparations magistrales et produits de la pharmacopée	65 %	90 %	65 %
<b>Autres frais médicaux</b>			
Optique	65 %	90 %	80 %
Prothèses auditives	65 %	90 %	80 %
Pansements, accessoires, petit appareillage	65 %	90 %	80 %
Orthopédie	65 %	90 %	80 %
Grand appareillage (orthèse, prothèse, véhicule pour handicapé physique)	100 %	100 %	100 %
Produits d'origine humaine (sang, lait, sperme)	100 %	100 %	100 %
<b>Frais de transport</b>	65 %	100 %	100 %
<b>Cure thermale libre</b>			
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires)	70 %	90 %	80 %
Frais d'hydrothérapie, frais d'hébergement, frais de transport	65 %	90 %	80 %
<b>Cure thermale avec hospitalisation</b>	80 %	100 %	100 %
<b>Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)</b>			
Frais d'hospitalisation (4)	80 %	100 %	100 %
Transfert d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier, sauf maison de retraite ou de convalescence	100 %	100 %	100 %

- (1) Ces taux de remboursement sont applicables aux personnes qui sont affiliées au régime local d'Alsace-Moselle.
- (2) Ces taux de remboursement sont applicables aux personnes qui bénéficient de l'allocation supplémentaire du Fonds spécial d'invalidité ou du Fonds spécial vieillesse.
- (3) Ces taux de remboursement sont applicables aux soins dispensés : au cabinet du praticien ou de l'auxiliaire médical ; au domicile du malade ; dans un dispensaire, un centre de soins ou en consultation externe à l'hôpital.
- (4) Les frais d'hospitalisation comprennent les frais de séjour, les frais de salle d'opération, les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, les frais d'analyses et d'examens de laboratoire relatifs aux soins dispensés pendant le séjour dans l'établissement hospitalier.

*Source : www.ameli.fr*

## ANNEXE 17 : Historique des conventions de médecins

**1930 – 1945** : Absence de convention. Les médecins ont toute latitude pour fixer leurs honoraires.

**1945 – 1960** : La naissance de la sécurité sociale s'accompagne de la mise en place d'un système de conventions départementales. Ce système se conclut par un échec pour deux raisons :

- Tous les départements n'étaient pas conventionnés. Or dans les départements non conventionnés, les tarifs dits d'autorité fixés par arrêté ministériel à un taux dérisoire n'ont pas été respectés par les praticiens.
- Dans les départements conventionnés, chaque médecin était autorisé à pratiquer des dépassements en invoquant sa propre notoriété.

**1960 – 1971** : Le décret du 12 Mai 1960 conserve le système des conventions départementales conclues entre les syndicats représentatifs des praticiens ou d'auxiliaires médicaux et les caisses de sécurité sociale. Il met en place les réaménagements suivants :

- les conventions doivent respecter toutes les clauses d'une convention type,
- les tarifs conventionnels doivent respecter les plafonds fixés par arrêté interministériel,
- en l'absence d'une convention applicable, les praticiens sont invités à adhérer individuellement à une convention type,
- pour rendre le conventionnement plus séduisant, un régime d'assurance maladie et vieillesse propre aux praticiens conventionnés est instauré. Celui-ci est financé en grande partie par les caisses d'assurance maladie,
- enfin le « droit permanent à dépassement », qui remplace l'expression de « notoriété », est réservé aux praticiens inscrits sur une liste dressée par une commission paritaire départementale.

**Loi du 3/07/1971** : Adoption du principe d'une convention nationale négociée librement entre les régimes d'assurance maladie et les syndicats médicaux, sans référence à une convention type élaborée par le gouvernement.

**1971 – 1975** : 1<sup>ère</sup> convention nationale

**1976 – 1980** : 2<sup>ème</sup> convention nationale

**1980 – 1985** : 3<sup>ème</sup> convention nationale.

Celle-ci comporte une innovation importante puisqu'elle institue deux secteurs conventionnels.

- Le « secteur 1 » inclut les médecins qui s'engagent à respecter les tarifs établis par la convention. Ils bénéficient d'avantages sociaux en partie financés par les caisses.
- Le « secteur 2 » comprend les médecins qui désirent rester dans le secteur conventionnel, sans être liés par des obligations tarifaires. Ils perdent donc les avantages sociaux prévus par la convention, et sont autorisés à effectuer des dépassements d'honoraires « avec tact et mesure ».

La convention de 1980 a donc banalisé le dépassement

**1985 – 1989** : 4<sup>ème</sup> convention nationale

**1990 – 1992** : 5<sup>ème</sup> convention nationale. L'un des enjeux majeurs de cette convention a été de rééquilibrer les secteurs 1 et 2. En effet, à compter de la décennie 80, plus du quart des médecins ont décidé d'adhérer au secteur 2. Or dans les zones géographiques où les médecins de secteur 1 sont faiblement présents, l'accès au système de soins peut être réduit pour les assurés à revenus modestes. Les médecins de secteur 1 se sont vus accorder des avantages supplémentaires, et l'accès au secteur 2 a été fortement restreint.

**1993 – 1997** : 6<sup>ème</sup> convention nationale. Celle-ci contient différentes mesures destinées à promouvoir la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé :

- la fixation d'objectifs quantifiés nationaux (OQN) portant pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes sur leurs honoraires et leurs prescriptions.
- l'établissement de normes de qualité : les références médicales opposables (RMO) à chaque médecin, qui sont des règles de bonnes pratiques médicales. Elles visent à réduire les soins et prescriptions inutiles.
- Enfin la mise en place d'outils permettant d'améliorer la connaissance des pratiques médicales : le codage des actes, des prescriptions et des pathologies, la responsabilisation de l'assuré (carnet médical).

**1997** : Négociation de 2 conventions nationales, une pour les 60 000 généralistes, et l'autre pour les 50 000 spécialistes. Les deux conventions précisent les conditions de mise en œuvre des dispositions issues de l'ordonnance du 24 avril 1996 (Plan Juppé) :

- dans le cadre de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie), le secteur ambulatoire se voit définir une enveloppe globale de dépenses. Concernant les médecins, celle-ci concerne leurs honoraires et leurs prescriptions. En cas de dépassement de l'objectif de dépenses médicales, un mécanisme de reversement à l'assurance maladie par les médecins est mis en place. (Mécanismes qui ont ensuite été annulés.)
- les références médicales opposables sont généralisées à l'ensemble de l'activité des médecins. En cas de non respect de ces RMO, des sanctions financières sont également prévues (mais ont été annulées en 1999.)
- L'informatisation des cabinets médicaux + carnet de santé.

