

Séminaire du 26 01 2010
Les contraintes économiques
M. Claude Le Pen

La présentation du Pr Le Pen comporte deux idées essentielles :

1. La croissance des dépenses de santé est inéluctable dans une société riche. Il se pose simplement à ce sujet des questions, bonnes ou mauvaises, sur son origine, son éventuel caractère délétère, les moyens d'en limiter les effets...
2. Le financement de cette croissance peut nécessiter d'autres modèles que ceux actuellement en vigueur.

I. L'inéluctable croissance des dépenses de santé :

est généralement observée dans les pays développés. La France n'en est qu'un exemple. La dépense se situe à environ 3% du PIB dans les pays « pauvres » et à 10% (jusqu'à 14% aux USA) du PIB dans les pays « riches ».

Existe-t-il un « bon » taux de croissance de ces dépenses ? Il faut constater que ce « bon » taux est entièrement déterminé par le contexte psycho= politico= social.

Exemples : -- Le vieillissement est certainement un facteur de croissance des dépenses. Non pas en lui-même mais parce que le contexte impose le soin aux personnes âgées.

-- L'assurance maladie est certainement inflationniste mais les dépenses engagées concourent à l'activité économique.

* On observe certainement une médicalisation croissante de la société en raison :

Du déplacement de la frontière entre le « normal » et le « pathologique »

Des soins apportés aux malades « normaux »

De l'intensification de la prise en charge de certaines pathologies ou circonstances (ex. diabète, maternité...)

Du caractère curable de certaines pathologies(AVC, cardiopathies...)

De l'apparition de nouvelles pathologies (SIDA, hépatites...)

De la chronicisation de pathologies autrefois mortelles (cancer...)

* Le résultat permet d'observer :

Un consommateur de soins qui ne choisit pas et ne paye pas

Un prescripteur qui ne consomme pas et ne paye pas

Un organisme financeur qui ne choisit pas et paye.

II . La relation entre soins et santé publique est discutable et discutée :

* Certains (Rousseau, Illich...) contestent aux soins la possibilité d'améliorer la santé publique : la croissance de l'espérance de vie, par exemple, serait bien plus liée à l'amélioration des conditions sanitaires de l'habitat, de la consommation de l'eau... qu'aux progrès médicaux.

* La critique de cette opinion réside dans son domaine d'examen qui relève surtout des maladies infectieuses et de son époque (XIX^e et XX^e siècle)

* Les travaux récents, portant sur les pathologies « modernes » montrent au contraire que les progrès médicaux sont une cause déterminante de l'augmentation de l'espérance de vie.

* Et puis, l'augmentation de la longévité ne serait-elle pas elle-même une source de prospérité (nouveaux consommateurs, nouveaux besoins, création de nouveaux services marchands...)

Selon M. Le Pen, le problème du financement des soins est plus celui de la sécurité sociale que celui des soins.

III. Vers de nouveaux modèles de financement ?

* L'idée générale consisterait à passer d'un modèle de solidarité horizontale (des personnes saines vers les malades) à celui d'une solidarité verticale (des riches vers les pauvres)

* Le mythe de la Sécurité Sociale « 1945 » est largement surfait et imparfait. Depuis, la sécurité sociale s'est universalisée et cette généralisation contribue largement à l'augmentation des dépenses.

* Deux systèmes de financement co-existent à l'heure actuelle :

1. Le système bismarckien (France, Allemagne, Benelux) qui comporte une compensation assurantielle des charges imputables à la maladie. Sa cible est le travailleur et son financement est conjoint (travailleurs / employeurs)

Il est géré par des caisses autonomes et sa redistribution est horizontale (cf ci-dessus).

Sa philosophie est assurantielle et corporatiste

2. Le système bévériidgien (Royaume uni, Italie, Espagne, Scandinavie). Son objectif est l'assistance portée aux malades et la population entière en est la cible. Son financement est par conséquent fiscal et sa gestion étatique. La redistribution est verticale (cf ci-dessus). Sa philosophie repose sur l'assistance et la solidarité.

* Le système français évolue du point de vue formel du système bismarckien vers le système bévériidgien. Le résultat en est un ralentissement de la vitesse de croissance en euros constants.

*Peut-être faudrait-il évoluer vers une

Philosophie bévériidgienne réelle et non plus simplement formelle.

Celle-ci comporterait :

Une santé gratuite et minimale pour tous, financée par l'impôt (« general taxation ») et gérée par l'Etat

L'assurance-maladie impliquerait une réorganisation des soins

Le rationnement économique est inscrit dans la logique du système

Un système plus juste et plus « efficient »

Ou bien vers un bouclier sanitaire (solution préconisée par M. Le Pen)

Principe : remplacement du régime ALD par un plafonnement universel du ticket modérateur en valeur

Proposé d'abord comme alternative aux franchises et reprise ensuite comme une alternative aux ALD

Mécanisme : Taux unique de remboursement sur tous les soins et pour tous les assurés (70% par exemple)

Une prise en charge à 100% de la dépense excédant le plafond mais ce plafond comporterait une innovation : possibilité d'indexer le seuil sur le revenu (plafond plus élevé pour les plus « riches »)

La discussion qui a suivi la présentation de M. Le Pen a

* Montré que certains participants étaient sensibles au mode de distribution riches /pauvres, notamment par le biais de la générosité privée (exemple des établissements à but non lucratifs)

* Posé la question des possibilités d'évolution du système dans le contexte européen.

* Evoqué le rôle du « principe de précaution » comme moteur de la croissance des dépenses.

* Tenté de définir la justice dans la distribution des soins et n'a pu s'approcher plus prêt de l'idéal que de l'évoquer comme « bien commun »

* Contesté le caractère inéluctable de l'augmentation des dépenses de santé notamment en déniait à la santé la valeur suprême qui lui est accordée dans notre société.