

## À la une : Gouvernance de la protection sociale en France, le diagnostic de 2 chercheurs du Conseil d'Analyse Economique

A travers leur note de janvier 2016, deux chercheurs du conseil d'analyse économique (CAE) nous livrent leur vision sur la gouvernance de notre système de protection sociale. Ses auteurs, Brigitte Dormont et Antoine Bozio, font notamment état du « lent processus qui a abouti à une architecture complexe » et finalement assez opaque. Sans prendre parti, L@ lettre de l'INPC vous en propose une synthèse basée sur les constats et plus particulièrement centrée sur la santé.

### Quelques repères

Par rapport aux autres pays de l'OCDE, la France se distingue par l'importance de ses dépenses de protection sociale (publiques et privées) qui représentent aujourd'hui 31.8% du PIB\* et surtout par la part importante de dépenses publiques en matière de retraite.

Sur les 672 Mds d'euros de dépenses en 2013, le risque vieillesse-survie comptait pour 307 Mds €, soit 45.7% et le risque maladie-maternité-invalidité pour 228 Mds d'€, soit 34%.

Notre pays se singularise aussi par le morcellement institutionnel de son système de protection sociale. En effet, si le centre du système est bien constitué par le régime de la Sécurité sociale, ce dernier d'une part n'a pas l'universalité souhaitée par ses fondateurs et d'autre part ne couvre pas des éléments importants qui relèvent d'autres institutions. Tel est le cas par exemple des complémentaires santé qui suppléent aux interventions de la branche maladie.

### Dépenses de protection sociale : La clarification entre ce qui relève du financement du contributif et du non contributif reste inachevée.

Le modèle, conçu à l'origine pour que soit établi un lien fort entre cotisations et prestations a muté de sorte que l'Etat a pris une part de plus en plus importante à travers le financement de prestations non contributives (prestations en fonction du besoin, sans rapport avec la contribution du bénéficiaire).

En outre, l'augmentation globale du financement de la protection sociale par l'Etat est aussi le fait des politiques d'allègements de cotisations sociales employeurs sur les bas salaires.

Dans ce processus, la création de la CSG, en substituant aux cotisations sociales un prélèvement universel affecté à la protection sociale, a constitué une étape essentielle.

Ainsi, chaque régime reste financé par un mélange d'impôts et de cotisations sociales rendant peu lisibles les prélèvements finançant la protection sociale.

### Assurance obligatoire et complémentaires

#### La couverture du risque santé

Le niveau élevé des dépenses de santé dans la plupart des pays développés s'explique par la volonté de garantir un large accès aux soins. Par ailleurs, leur progression plus rapide que les autres postes de consommation, voire que le revenu national, est plus la conséquence des innovations technologiques en matière médicales que du vieillissement de la population.

En France, les dépenses de santé, sont couvertes à 78% par la sécurité sociale et l'Etat, à 13.5% par les complémentaires et à 8.5% directement par les ménages.

La recherche de la maîtrise des dépenses de santé de la part des pouvoirs publics se traduit prioritairement par une baisse des remboursements. Cette pratique a deux conséquences : la première, de transférer la charge sur les ménages, la seconde de déresponsabiliser les pouvoirs publics en matière de pilotage du système de soins. En effet, leur attention se porte exclusivement sur la part prise en charge par la Sécurité sociale, tracée dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) à laquelle est intégré l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), votée annuellement par le parlement. Or, plus de 20% des dépenses de soins échappent à la LFSS et à l'ONDAM.

### De la confusion générée par la coexistence des assurances obligatoires et complémentaires santé

Bénéficier d'une complémentaire santé est une quasi obligation en France compte tenu de l'importance du ticket modérateur, en particulier pour les soins de ville et tout spécialement en optique et dentaire. D'ailleurs, et avant même la généralisation de la complémentaire santé au 1er janvier dernier pour tous les salariés, seuls 5% de nos citoyens déclaraient ne pas en bénéficier, généralement des personnes à faibles revenus.

De son côté le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a évalué que le 1% des assurés les plus hauts en matière de consommation de soins, ont un « reste à charge » (avant intervention de la complémentaire santé) moyen de l'ordre de 5000€ par an.

Cette situation interroge sur le niveau pertinent de couverture de la sécurité sociale dans un certain nombre de cas, comme les dépenses « catastrophiques ».

Le fait que les organismes complémentaires cumulent une fonction d'assurance complémentaire à la Sécurité sociale et participent, de ce fait, à la couverture du panier de soins solidaire tout en couvrant des frais relevant du supplémentaire (comme le confort à l'hôpital, la médecine alternative et les dépassements d'honoraires) ajoute à cette confusion pour les assurés. Or ces deux fonctions, intimement mêlées dans les contrats, relèvent pourtant de logiques différentes en termes de solidarité. En effet, si la Sécurité sociale assoit ses cotisations sur le revenu de l'assuré, elle ne prend pas en compte son âge ou son état de santé et pratique de fait une solidarité intergénérationnelle.

En rendant obligatoire la complémentaire santé pour les actifs, ce qui conduit à les sortir des contrats complémentaires individuels, on renforce une segmentation pénalisante pour les plus âgés couverts par des contrats individuels.

On ne peut, dans une période qui se doit de mieux prendre en compte les choix collectifs et la recherche de l'efficacité, se satisfaire de voir des principes de solidarité contradictoires appliqués par deux acteurs, assurance de base et complémentaires, concourant pourtant à couvrir les mêmes soins.

<http://www.cae-eco.fr/IMG/pdf/cae-note028.pdf>