

L'assurance maladie en France : Beveridge et Bismarck enfin réconciliés ?

LE FINANCEMENT
DES SYSTÈMES DE SANTÉ

La classification traditionnelle des systèmes de protection sociale renvoie à deux modèles principaux : le modèle dit de l'assurance sociale (ou bismarckien) et le modèle national (ou bévéridgien). Ces deux modèles se caractérisent par deux traits communs : l'universalité de la couverture offerte et, de par le caractère obligatoire de ces deux régimes, le principe d'un financement fondé sur la capacité contributive de l'assuré et non pas sur le niveau de risque estimé. *A contrario*, ces deux modèles se distinguent par l'assiette du financement (concentrée sur les seuls revenus du travail pour le régime de l'assurance sociale et sur l'ensemble des revenus pour le modèle national) et par le régime de gouvernance (gestion par des organismes placés sous tutelle publique pour le modèle d'assurance sociale et gestion par l'Etat pour le modèle national). Au gré de ses évolutions, le régime de protection sociale français (créé en 1945 par ordonnance) s'inscrit de plus en plus dans une logique bévéridgienne, avec un contrôle croissant de l'Etat sur la gestion paritaire instaurée après-guerre.

Par Gérard de POUVOURVILLE*

Pourquoi un tel titre ? Il renvoie à une classification traditionnelle des systèmes de protection sociale et en particulier d'assurance maladie, tels qu'ils se sont développés dans les pays occidentaux entre la fin du XIX^e siècle et la deuxième moitié du XX^e siècle.

LE MODÈLE BISMARCKIEN, OU MODÈLE D'ASSURANCE SOCIALE

Le chancelier Bismarck (1815-1898), ministre-président de Prusse, puis chancelier fédéral de la

Confédération de l'Allemagne du Nord, et enfin premier chancelier d'une Allemagne réunifiée après la guerre de 1870, est connu, certes, pour avoir été l'un des plus redoutables adversaires que la France ait connus, mais aussi pour l'instauration en Allemagne, en 1883, d'une loi rendant obligatoire une couverture d'assurance maladie pour tous les travailleurs de l'industrie. Pour le très conservateur chancelier, cette loi avait pour objectif principal de couper les ouvriers

* (X70) - Professeur titulaire de la Chaire Systèmes de Santé, ESSEC.

du syndicalisme naissant, en confiant à l'État la responsabilité de la mise en œuvre de cette protection d'importance capitale. Finalement, Bismarck va perdre la bataille du contrôle étatique de l'assurance maladie, dont la gouvernance sera confiée aux syndicats ouvriers.

Limitée au départ aux seuls artisans et ouvriers et financée pour partie par les travailleurs eux-mêmes et par leurs employeurs, la généralisation de la couverture à l'ensemble de la population interviendra, comme en France, après la fin de la Seconde Guerre mondiale, sous la République fédérale d'Allemagne (l'ex-Allemagne de l'Ouest). Cependant, il est resté de cette construction historique un modèle d'assurance maladie pluraliste, fondé principalement sur les secteurs d'emplois et comportant deux niveaux : un régime public dit de « caisses obligatoires », qui couvre environ 88 % de la population allemande (la part de la population justifiant d'un revenu inférieur à un seuil fixé par la loi) et un régime privé couvrant les 12 % restant (un régime géré par des caisses indépendantes, auquel peuvent souscrire les Allemands dont les revenus excèdent le seuil de revenu précité). Les caisses relevant du régime obligatoire sont en général gérées par les syndicats professionnels concernés. Le panier des biens et services couvert par les deux régimes repose sur un socle commun ; au-delà de cette offre de base, il peut exister des variations dans les prestations offertes, en particulier pour les caisses dites privées. L'offre d'assurance correspondante s'est avérée très prolifique, puisque le nombre des caisses dépassait le millier il y a encore quinze ans. Depuis, le secteur a connu une restructuration en profondeur, ramenant aujourd'hui le nombre des caisses à environ 300. Les caisses du régime obligatoire sont réunies au sein d'une fédération nationale qui les représente dans la concertation politique, ainsi qu'au sein de fédérations à l'échelon des Länder. Ces unions régionales de caisse sont le principal interlocuteur des professions libérales de santé en matière de négociation des honoraires et autres rémunérations. Par ailleurs, la régulation nationale du système s'opère au sein d'un organisme original : le *Gemeinsame Bundesausschuss* (GBA), un comité fédéral qui est composé des présidents des associations de médecins, des représentants des établissements hospitaliers et de ceux des caisses d'assurance maladie. Le financement reste encore principalement fondé sur des cotisations sociales.

L'Allemagne a ainsi donné le *la* pour la mise en place d'un premier modèle de couverture des dépenses d'assurance maladie, le modèle dit d'assurances sociales ou bismarckien. Ce modèle est principalement présent en Europe continentale, et plus particulièrement (ce qui en soi n'est pas surprenant) dans les pays de culture ou d'influence germanique, comme la Suisse, l'Autriche et le Luxembourg.

LE MODÈLE DIT NATIONAL, OU BÉVÉRIDIEN

Economiste et homme politique britannique, Lord Beveridge (1879-1963) est surtout connu pour le *Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services*, qu'il rédigea à la demande du gouvernement britannique en 1942, pendant la Seconde Guerre mondiale. La commande du gouvernement de l'époque visait à préparer la mise en place, dès la fin de la guerre, d'un nouveau système de protection sociale, en remplacement du système parcellaire et défaillant qui existait jusqu'alors. Beveridge est sans doute l'un des théoriciens les plus connus du *Welfare State*. Il préconisa la mise en place d'un système de cotisations obligatoires pour tous les citoyens, afin de couvrir une gamme très large de risques : la maladie, le chômage et la vieillesse. Le rapport Beveridge contenait peu d'indications sur l'organisation et le financement des services de santé. Il a fallu attendre 1948 pour voir, grâce à la nationalisation de tous les établissements de santé, la création du *National Health Service* (NHS), dont le financement est assuré par l'impôt et qui offre des soins gratuits à toute la population. La régulation économique de la médecine de ville se fera, quant à elle, un peu plus tard, avec l'instauration d'un contrat type entre le NHS et les médecins généralistes libéraux (au sens français du terme), représentés par un syndicat unitaire, la *British Medical Association* (BMA). Les médecins généralistes acceptent dès lors d'abandonner le paiement à l'acte et la liberté de fixer leurs honoraires, au profit d'un paiement à la capitation, ce système s'inscrivant dans le cadre plus global d'une politique nationale de revenus également négociée entre les pouvoirs publics et le syndicat professionnel précité. Ce modèle a certes évolué au cours du temps, notamment sous le gouvernement Thatcher, mais ses principes de base restent à peu de choses près les mêmes.

DES MODÈLES CONTRASTÉS

Ces deux modèles présentent deux traits communs importants : l'universalité de la couverture (tout citoyen ou résident légal dans le pays y a accès) et, du fait de son caractère obligatoire, le principe d'un financement fondé sur la capacité contributive de l'assuré et non pas sur le niveau de risque. Ce dernier point les distingue d'un système d'assurance privée relevant du secteur concurrentiel, dans lequel les primes sont calculées en fonction, d'une part, des risques estimés et, d'autre part, du niveau de couverture choisi par l'assuré (tel le système américain en vigueur avant la réforme Obama).

Essayons maintenant d'identifier les grands traits distinguant le modèle bismarckien du modèle bévéridien, en faisant abstraction des particularités que peu-



© AKG-IMAGES

« Le modèle bismarckien et le modèle bévéridgien présentent deux traits communs importants : l'universalité de la couverture (tout citoyen ou résident légal dans le pays y a accès) et, du fait de son caractère obligatoire, le principe d'un financement fondé sur la capacité contributive de l'assuré et non pas sur le niveau de risque. Ce dernier point les distingue d'un système d'assurance privée relevant du secteur concurrentiel ». *Lord William H. Beveridge (1879-1963) en discussion avec l'homme politique allemand Otto Grotewohl (à droite sur la photographie), Berlin, janvier 1947.*

vent présenter l'Allemagne et le Royaume-Uni. Au préalable, on remarquera que le choix de l'un ou de l'autre de ces deux modèles a pour corollaire des modèles également contrastés d'offre de soins, notamment en termes de « propriétés des moyens de production » : les systèmes nationaux (bévéridgiens) se caractérisent en général par une médecine hospitalière publique dominante voire monopolistique, et une offre de soins de ville, sinon publique, du moins sous contrat de service public. Les pays à assurances sociales (bismarckiens) offrent généralement un pluralisme plus important en matière de statuts public et privé, avec dans la majorité des cas une médecine libérale puissante et rémunérée à l'acte.

Le premier trait distinguant les deux modèles est la source et l'assiette du financement de l'assurance maladie.

Par définition, le modèle dit d'assurance sociale s'accompagne d'un financement sur les revenus du travail intervenant en amont de la formation du revenu imposable. Dans ces conditions, le taux de prélèvement est un élément déterminant du coût du travail et joue donc fortement sur la compétitivité d'une économie nationale par rapport aux autres. Par ailleurs, la répartition entre part salariale et part patronale des cotisations sociales, pour reprendre la terminologie française, détermine également la répartition des reve-

nus entre capital et travail. Si, pour financer la croissance des dépenses, on augmente la part patronale sans toucher à la part salariale, on maintient le pouvoir d'achat des employés, mais *a contrario* on diminue le profit des entreprises et donc la rémunération du capital (et inversement). Enfin, l'assiette des cotisations finançant les systèmes d'assurances sociales est uniquement composée des revenus du travail.

Dans un modèle national, le financement par l'impôt intervient après la formation des revenus du travail et du capital, et présente, en principe, une neutralité plus grande, ainsi que la possibilité d'une assiette des prélèvements élargie à l'ensemble des revenus. En règle générale, les modèles nationaux sont plus redistributifs que les modèles dits d'assurance sociale, mais cela peut varier en fonction de la progressivité de l'impôt et des cotisations sociales.

Le deuxième trait distinctif tient à la « gouvernance » politique de chacun des deux modèles. Par construction, le système d'assurance sociale est géré par des organismes indépendants, qui sont néanmoins placés sous tutelle publique et soumis à des contraintes en matière de définition des prestations couvertes et des niveaux de prélèvement. Il y a donc une réelle décentralisation économique, avec, dans le cas de systèmes pluralistes, une possible concurrence entre les opérateurs d'assurance. Cette décentralisation économique

se traduit, entre autres, par la possibilité pour les opérateurs d'assurance de négocier directement avec les offreurs de soins privés les conditions de rémunération de l'activité de ces derniers ainsi que le taux de remboursement des prestations dont bénéficient les assurés. En théorie, il n'est pas possible dans ce modèle de s'assurer d'une régulation macroéconomique du niveau global des dépenses de santé, celui-ci résultant de l'ensemble des négociations entre tous les acteurs. En Allemagne, compte tenu de l'impact des cotisations sociales sur le coût du travail, le gouvernement fédéral est légitime pour tenter de structurer ces négociations. Il peut également jouer sur la définition du panier de base des biens et services remboursés, ainsi que sur les taux de remboursement. En sus de la culture fédérale de l'Allemagne (nourrie par le rejet du centralisme prussien puis nazi), et d'une tradition de concertation patrons-syndicats, un modèle d'assurance sociale induit nécessairement un jeu tripartite Etat/Caisses/Professionnels. Comme nous le verrons dans la suite de cet article, ce jeu existe aussi au plus haut degré dans le système français.

Par contraste, le modèle national donne un pouvoir important à l'Etat national (ou aux régions, dans les pays à système national, mais où existe une forte décentralisation politique, comme en Suède) tant dans la détermination du niveau des ressources allouées aux services de santé que dans la négociation avec les offreurs de soins. En général, les services de santé sont en grande partie publics, avec des professionnels salariés. Lorsque ce n'est pas le cas, l'Etat négocie seul les conditions de rémunération des professionnels. Puisque le financement relève de l'impôt, la maîtrise des dépenses est en théorie plus aisée ; la place des dépenses de santé au sein des dépenses publiques fait l'objet de débats réguliers au sein des instances parlementaires, qui doivent voter les prélèvements fiscaux destinés à la santé, mais également à l'éducation, la sécurité, etc. L'arbitrage par les instances entre les dépenses de santé et celles relatives à d'autres services publics est alors rendu plus explicite au moment du vote des budgets.

ENTRE BEVERIDGE ET BISMARCK : LA NAISSANCE DU MODÈLE FRANÇAIS

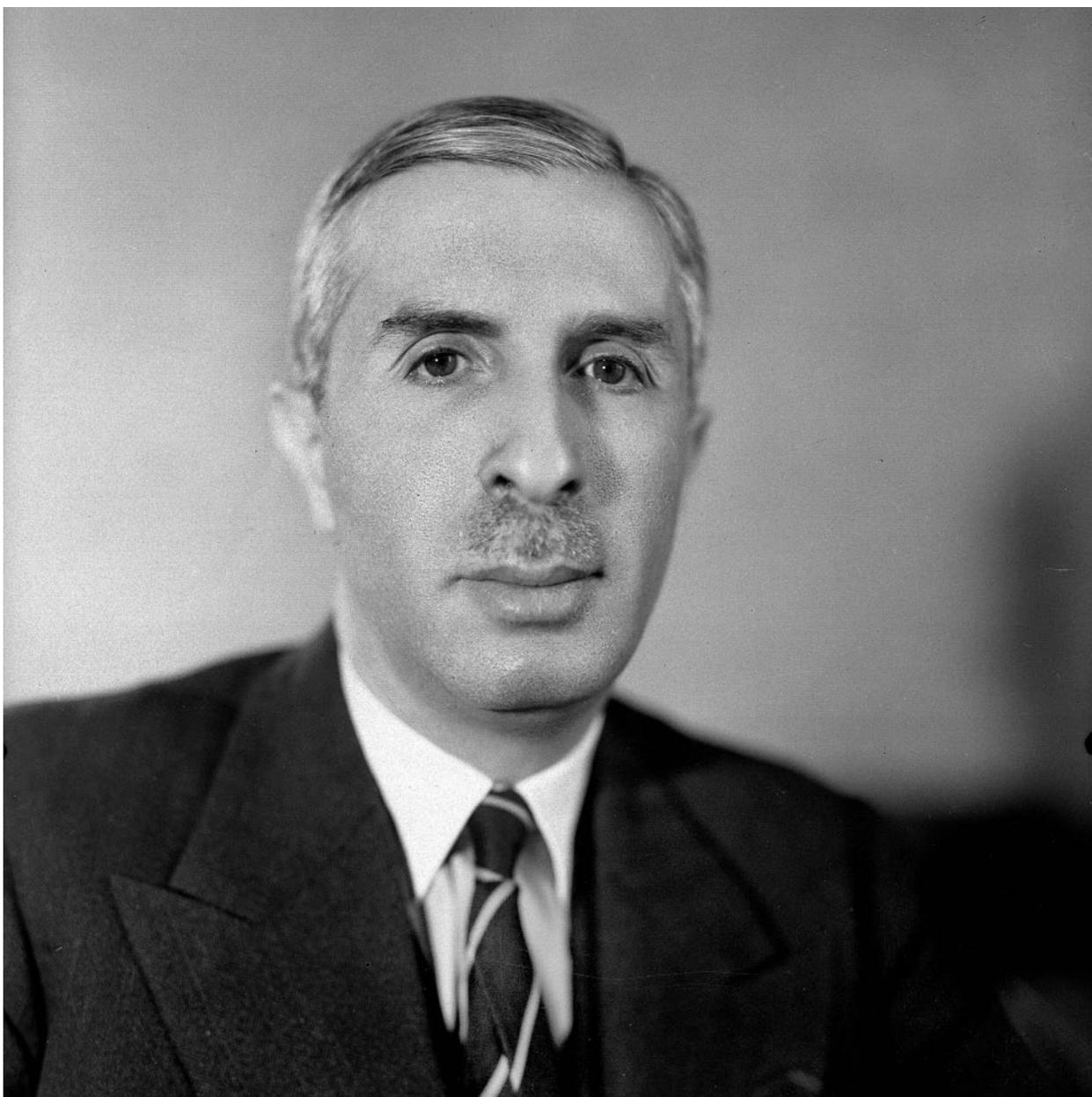
Le système de Sécurité sociale français, tel que nous le connaissons aujourd'hui, a été instauré par ordonnance, en 1945. Là encore, le nom d'une personne est attaché à la création de la protection sociale française moderne : Pierre Laroque (1907-1997).

Haut fonctionnaire, résistant, Pierre Laroque est nommé, en 1944, directeur de la Sécurité sociale par le Général de Gaulle. Il va jouer un rôle déterminant dans l'élaboration des textes fondateurs. Il existait déjà avant-guerre une législation sociale importante, dont les lois d'assurance sociale de 1928 et de 1930. Il est

difficile de positionner par rapport aux modèles bismarckien et bévériidgien le dispositif français en vigueur avant-guerre. Avant l'adoption des premières lois d'assurance sociale, les dépenses de soins étaient couvertes principalement par un secteur mutualiste très dynamique et pluraliste, d'origines syndicale, religieuse, professionnelle et patronale. L'adhésion à ces organismes présentait néanmoins un caractère volontaire et était fondé sur la capacité à payer de l'assuré. Il existait par ailleurs pour les indigents un secteur de l'assistance publique, financé sur fonds publics. Les premières lois d'assurance sociale dite « obligatoire » ont cherché à compléter la couverture dont bénéficiait la population, par l'instauration d'un système de caisses s'adressant à tous les salariés de l'industrie et du commerce qui n'étaient pas couverts par les organismes mutualistes existant à l'époque. Ces caisses étaient publiques, financées par des cotisations des salariés et des employeurs, et elles négociaient directement avec les professionnels de santé les conditions tarifaires applicables à leurs assurés. Dans la période d'avant-guerre, on est certes dans une logique bismarckienne d'assurance sociale, mais avec une liberté de choix laissée aux citoyens quant à leur adhésion.

Le projet d'un système universel couvrant l'ensemble des risques sociaux est né en grande partie au sein de la résistance organisée à Londres, notamment au sein du Comité National de la Résistance. Le rapport Beveridge a été une source d'inspiration importante. Mais le projet a été avant tout porté par le besoin d'inventer pour la France un nouveau modèle social et économique. Au sein de l'administration française, Pierre Laroque était porteur d'un projet ambitieux, couvrant tous les risques, universel et garanti par l'Etat, même si son financement reposait sur des cotisations sociales assises sur les revenus du travail. Trois traits importants caractérisaient le système proposé : une caisse unique, une généralisation des bénéfices à tous les français (et pas seulement aux travailleurs salariés) et une gestion par l'Etat. Ce projet initial était clairement bévériidgien. Mais sa mise en débat en a modifié assez profondément la nature, pour le rapprocher finalement d'un modèle plus « bismarckien » (encore qu'il soit assez ironique d'associer le nom d'un chancelier ultraconservateur à ce nouveau régime d'assurance sociale, qui a été considéré par les syndicats ouvriers français comme une conquête sociale majeure !).

La généralisation de ce régime n'a pas été possible à la fois parce que l'économie française de l'après-guerre ne le permettait pas, mais aussi parce que les organismes préexistants propres à certaines catégories socioprofessionnelles n'ont pas souhaité perdre leur autonomie de gestion. Il s'agissait aussi bien des organismes spécifiques aux agriculteurs ou aux travailleurs indépendants, que ceux s'adressant aux employés de grandes entreprises ou d'administrations publiques disposant d'avantages acquis ou ayant acquis une protection particulière dans le cadre des nationalisations :



© Henri Martinie/ROGER-VIOLLET

« Haut fonctionnaire, résistant, Pierre Laroque est nommé, en 1944, directeur de la Sécurité sociale par le Général de Gaulle. Il va jouer un rôle déterminant dans l'élaboration des textes fondateurs ». *Portrait de Pierre Laroque en 1951.*

mineurs, cheminots, électriciens, sans oublier le régime spécial des militaires, etc. La gestion étatique a été combattue et rejetée non seulement par les milieux économiques, hostiles à tout accroissement de l'intervention de l'Etat, mais aussi par les syndicats ouvriers, qui revendiquaient la maîtrise de la gestion de la protection sociale. Les trois risques principaux (maladie, vieillesse et politiques familiales) n'ont pas été réunis au sein d'une même caisse, compte tenu, là encore, de la préexistence de certaines organisations. Beveridge a perdu.

Cette victoire syndicale a été grandement facilitée par la puissance politique du Parti communiste à la Libération et par le discrédit qui frappait les partis politiques traditionnels, accusés d'avoir livré la France aux mains du gouvernement de Vichy.

Les ordonnances de 1945 ont mis en place le régime général de Sécurité sociale que nous connaissons aujourd'hui, un régime couvrant tous les travailleurs salariés. Le financement était assuré par des cotisations salariales et patronales. La gestion des prestations offertes aux patients (remboursement à 80 % des honoraires médicaux) était confiée à un réseau de caisses primaires, organismes de droit privé soumis à de nouvelles règles de droit constituant le Code de la Sécurité Sociale. Les administrateurs de ces organismes de droit privé étaient majoritairement des syndicalistes élus au suffrage universel par les assurés sociaux, les représentants des employeurs étant donc minoritaires. Ces caisses devaient alors négocier avec les professionnels de santé des tarifs opposables permettant de garantir aux assurés un taux de remboursement de 80 %.

LA LENTE MONTÉE EN PUISSANCE DU CONTRÔLE DE L'ÉTAT

Nous tracerons ici à grands traits l'évolution inexorable de la « Sécurité sociale à la française » vers un contrôle de plus en plus étroit de l'Etat sur les organismes créés en 1945. Plusieurs raisons ont poussé à cette montée en puissance de l'Etat, malgré une résistance acharnée des syndicats ouvriers et des syndicats médicaux. Dans cet article, nous nous limiterons à l'assurance maladie.

En premier lieu, la création d'une centaine d'organismes décentralisés gérés par des représentants élus des syndicats ouvriers a ouvert la porte à une confusion entre les services rendus aux assurés et l'appropriation par certains syndicats d'une partie de la rente générée par les recettes de l'assurance maladie, avec des abus, notamment en matière de recrutement et de favoritisme à l'embauche. La faible présence des employeurs n'a pas permis d'empêcher ces abus ; se sont alors instaurées des coalitions contre nature entre les représentants du patronat et ceux de syndicats modérés minoritaires pour contrer la mainmise de syndicats majoritaires (dont la CGT), conduisant ainsi à un blocage du fonctionnement des caisses. Depuis 1945, le contrôle de l'Etat s'est renforcé progressivement avec la mise sous tutelle des organismes sociaux : création de caisses nationales en 1967 et instauration d'une gestion paritaire des caisses primaires s'accompagnant d'une disparition progressive de l'élection au suffrage universel des membres des conseils d'administration des dites caisses. Les dernières élections se sont déroulées en 1983, dans l'enthousiasme de l'arrivée de la gauche au pouvoir...

En deuxième lieu, les gouvernements successifs ne pouvaient rester indifférents à l'importance des sommes gérées et à l'augmentation progressive des dépenses de santé, sous l'effet de la solvabilisation de la demande, mais aussi de l'instauration d'un service public hospitalier moderne. Dans les faits, les caisses primaires fonctionnaient davantage comme des guichets de remboursement que comme des organismes disposant de marges de manœuvre importantes en matière de définition des risques couverts. L'Etat fixait et fixe toujours les taux des cotisations sociales, les risques couverts et les taux de remboursement. Le thème des déficits sociaux va être de plus en plus présent dans l'agenda politique au fur et à mesure du développement de l'offre de soins. Il en est de même

du thème de la compétitivité de la main-d'œuvre française mise à mal par le poids des charges sociales.

En troisième lieu, le système ne pouvait fonctionner que si les organismes d'assurance maladie pouvaient obtenir des médecins libéraux qu'ils renoncent à leur liberté tarifaire en acceptant des tarifs opposables, permettant un remboursement effectif à hauteur de 80 %. Or, de 1945 à 1960, l'histoire de l'assurance maladie est émaillée des luttes entre organismes centraux d'assurance maladie et syndicats médicaux. Il a fallu l'intervention de l'Etat (en l'occurrence sous la première présidence du Général de Gaulle) pour voir jetées les premières bases de la politique conventionnelle telle que nous la connaissons aujourd'hui. Cette première brèche dans le face-à-face entre médecins et assurance maladie a depuis été suivie de multiples interventions de l'Etat, notamment pour trancher les conflits portant sur les modes de rémunération. L'Etat est de plus en plus l'interlocuteur principal des professionnels de santé, au grand dam de certaines de leurs organisations syndicales, qui y voient une menace de la disparition progressive de leurs libertés fondamentales d'exercice. Enfin, les inconvénients d'un financement des dépenses de santé (et sociales) assis exclusivement sur les salaires sont devenus d'importance majeure, et ce aussi bien pour les gouvernements de gauche que pour ceux de droite : une dépendance trop forte des recettes vis-à-vis de l'évolution de la masse salariale privée, un poids des charges sociales trop lourd dans un contexte de concurrence internationale exacerbée, l'injustice du système et, enfin, l'insuffisance de l'assiette de financement pour couvrir des dépenses allant croissant sous l'effet du progrès technique et de l'augmentation de l'offre de soins. L'instauration en 1989 de la Contribution Sociale Généralisée, impôt appelé à terme à se substituer pour une grande part aux cotisations, constitue aussi une étape symbolique forte, qui sera suivie, en 1995, de l'instauration du vote par le Parlement de la Loi de financement de la Sécurité sociale. La démocratie sociale a vécu, vive la démocratie sanitaire.

S'il faut donner une nouvelle preuve de la mainmise de l'Etat sur notre système de santé, nous évoquerons la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire qui, votée en juillet 2009, s'est traduite par la mise en place des Agences Régionales de Santé, organismes publics régulateurs tout puissants de l'activité des services de santé, et concrétisant la subordination des organismes d'assurance maladie locaux à l'autorité de l'Etat.

Bismarck et Beveridge réconciliés ? En vérité, Beveridge a gagné.