



N°6
2023

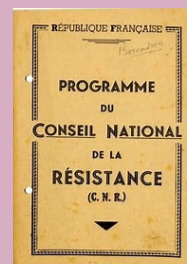
LES FICHES FORMATION

DE LA COORDINATION

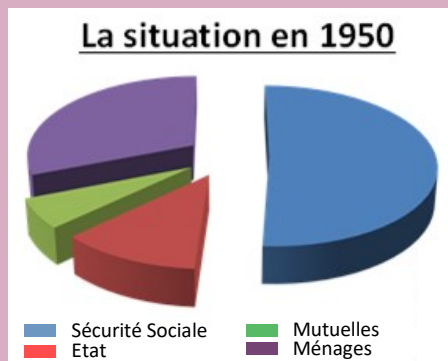
UNE PRIVATISATION RAMPANTE

HISTORIQUE

Le « système de santé public », mis en place par le Conseil national de la Résistance en 1945, est destiné à satisfaire un besoin d'intérêt général. Il repose sur plusieurs principes dont celui d'égalité stricte entre tous les patients, de neutralité, de continuité et enfin d'adaptabilité. Il est financé par la *Sécurité sociale* (donc par des *cotisations* pesant sur les salariés, et donc fondamentalement assises sur le travail, salarié ou non) et non par l'impôt (système anglo-saxon qualifié de « beveridgien »). Il est géré, à l'origine, par des *caisses* (dirigées alors par les représentants des travailleurs) dans un système territorialisé et universel.

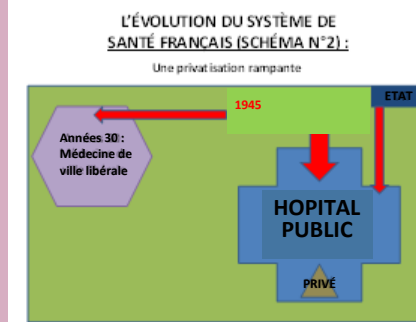


Dans les années 1950, le système de santé français est donc essentiellement financé par les cotisations. On voit clairement, sur le graphique, qu'à cette époque il n'y a pas de financement privé (sinon par les ménages) ni de « marché de la santé ». Néanmoins, les mutuelles constituent alors un possible coin par lequel un financement privé peut s'introduire. Les médecins de ville sont certes aussi des libéraux et les cliniques privées sont déjà nombreuses et les uns et les autres sont de fait financés aussi par la Sécurité sociale.



un **service public** financé par le travail (par le salaire), sans financement d'Etat.

On peut parler, grâce à ce service public de la santé, de l'affirmation d'un droit à la santé pour tous. La couverture maladie s'est, en effet, généralisée au cours des années 1960 et 1970, d'abord parmi les salariés, puis parmi les non-salariés et les inactifs.



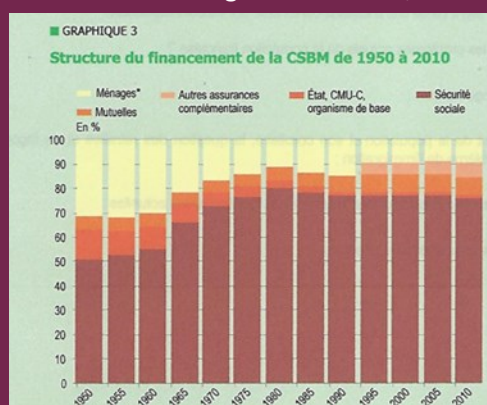
Pourtant comme le montre ce schéma n°2, il y a bien en France un secteur « privé » où la recherche d'un gain financier (on parlera de « retour sur investissement », de production d'une valeur marchande) est la règle première.

Entre 1950 et 1980, la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé est ainsi passée de 50% à 80%. A cette date, la santé est fondamentalement

C'est dans les années 70 que s'opère le **tournant essentiel**. Avec la « crise », les déficits vont servir de justification à des plans de redressement et une limitation des dépenses.

On assiste alors à une accélération d'une privatisation jamais présentée pour telle (rampante). La structure du financement des dépenses de santé s'est, en apparence, relativement peu modifiée au cours de la période actuelle (cf. *graphique 3*) : la part publique (État et sécurité sociale) reste en 2008 à un niveau de 75,5 % (mais connaît une baisse continue), contre 13,7 % pour les organismes complémentaires (en progrès constant) et 9,4 % pour les ménages. Les chiffres de 2019 établissent la part de la Sécurité sociale de nouveau à 78, 2%, les complémentaires à 13,4%, les ménages à 6,9%.

Pour mémoire, la part des financements publics dépassait en 2007 82 % au Luxembourg, au Danemark, en Suède et au Royaume-Uni, était du même ordre qu'en France en Allemagne et en Italie, et se limitait à 59 % en Suisse et à 45 % aux États-Unis.



Sources DREES, rétropolation des comptes de la santé— base 2005

UNE PRIVATISATION RAMPANTE (suite)

La part à la charge des **mutuelles** s'est accrue de 5,3 à 6,4 % en 1990 et de 7,7 % à partir de 2000, à la suite notamment du développement des dépassements d'honoraires et des diverses augmentations du ticket modérateur. On voit également monter la part des **complémentaires**.

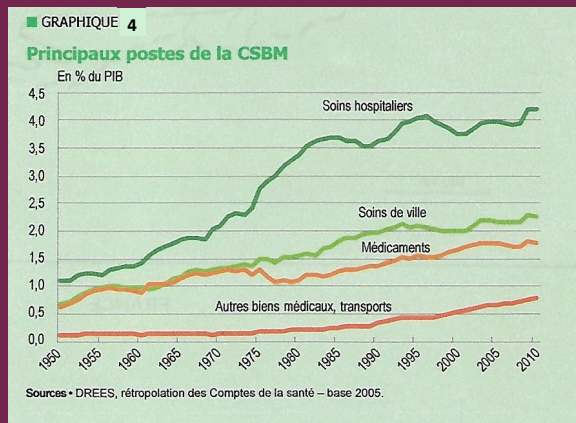
Ces évolutions sont cependant différenciées en fonction des postes de dépenses, traduisant une transformation du rôle de la prise en charge publique : la part de la sécurité sociale dans le financement des soins hospitaliers reste de près de 91 %, mais elle n'est plus que de 65 % pour les soins ambulatoires (contre 73 % en 1985 et 67 % en 2008), et elle se stabilise autour de 65 % pour les médicaments.

OU EN EST-ON AUJOURD'HUI ?

Après deux années de croissance modérée, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) accélère un peu (+2,1% en 2019) pour atteindre 208 milliards d'euros (cf. *graphique n°4*). Cette hausse, sur les derniers 40 ans, est essentiellement due aux soins hospitaliers, devant les soins de ville (qui, eux, augmentent essentiellement par la consommation de soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers, kiné, etc.), alors que la consommation de soins de médecins ralentit).

La France est le deuxième pays de l'UE, après l'Allemagne, où les dépenses de santé au sens international sont les plus élevées (11,3% du PIB), et celui où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement après intervention de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires.

La part des organismes complémentaires atteint quant à elle en moyenne 17 % pour les médicaments et 21 % pour les soins ambulatoires. L'implication croissante des mutuelles est particulièrement manifeste pour ce poste de dépenses. Ces évolutions globales résultent en outre d'un double mouvement : les couvertures à 100 % liées à la prise en charge des affections de longue durée sont en extension continue, concentrant en 2008 plus de 62 % des remboursements du régime général ; tandis que la prise en charge publique se réduit pour les consommations de soins associées aux soins courants, reflétant une concentration de la solidarité collective sur les pathologies les plus lourdes.



PEUT ON ALORS PARLER DE PRIVATISATION ?

La prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire atteint un sommet en 1980, la quasi-totalité de la population bénéficie d'une couverture sociale, MAIS la prise en charge publique régresse depuis (augmentation des produits moins remboursés → autres biens médicaux, dépassements d'honoraires du secteur 2, déremboursements, forfait urgence), **et la part de la prise en charge par la Sécurité sociale s'érode peu à peu, passant de 80% à 75%.**

RECU DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

On voit monter la part des mutuelles et le recul de l'Assurance-maladie obligatoire (l'AMO prend en charge les pathologies les plus lourdes ou chroniques alors que les mutuelles prennent en charge les « petits risques »). La contribution des sociétés d'assurance privées et des institutions de prévoyance s'accroît.

Que couvrent-elles ? Les soins de ville (41%) dont les dentistes (16%), les médicaments (24%), les autres soins médicaux

(optique notamment) et les soins hospitaliers (17%).

Mais cette privatisation passe aussi par d'autres voies, et notamment celles de l'hôpital, particulièrement insidieuse.

Parallèlement à une destruction du service public de santé de proximité (fermeture des deux tiers des maternités depuis 1970, fermeture de 100 000 lits—soit un cinquième de l'ensemble— de services de chirurgie, d'urgences, de laboratoires, mais aussi réduction des postes), on voit se multiplier les établissements privés à la marge et au cœur du système de santé : cliniques privées (et même hôpitaux privés), consultations privées au sein de l'hôpital public, prise de rendez-vous avec des entreprises privées (Doctolib), mais aussi privatisation des laboratoires d'analyse, des Ehpad, des centres de santé, etc. Derrière ces secteurs, on trouve de grands groupes comme Elsan, Ramsay, Orpea ou Korian.



CONCLUSION

La privatisation, rampante, est due à deux politiques autonomes mais complémentaires : la politique de l'État visant à rationner les soins et à diminuer les dépenses de santé et la politique du privé visant à investir dans de grosses structures industrielles du soin.

CONTACT GROUPE FORMATION : Jean Sève jean.seve@orange.fr

Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux
et maternités de proximité <http://coordination-defense-sante.org/>