

Thèmes et questionnements	<b>Quel est l'impact des variables économiques sur le financement de la protection sociale ?</b>
Notions de terminale et acquis de première	<p><b>Notions de Terminale :</b> Répartition / Capitalisation, taux de remplacement, ratio de dépendance, incitations pécuniaires, aléa moral, sélection adverse.</p> <p><b>Acquis de première :</b> prélèvements obligatoires, production marchande et non marchande, asymétries d'information, revenus de transfert, solidarité, Etat-providence.</p>

On exposera les principes de base des deux grands types de régimes de retraite (répartition et capitalisation).

La retraite par **répartition** est un mode de financement des retraites fondé sur la solidarité entre générations. Il repose sur le principe d'un transfert de ressources des actifs vers les inactifs. En effet, ce sont les cotisations sociales prélevées sur les revenus des actifs qui servent immédiatement à financer les pensions des retraités. Ce système dépend donc des revenus du travail ou des revenus mixtes (pour les indépendants) puisque ce sont les prélèvements opérés sur les salaires (ou les revenus mixtes) via les cotisations sociales qui financent les retraites. La masse salariale est donc la variable clé dans le cadre de la **répartition**. **Ce système est intergénérationnel, intratemporel, collectif et obligatoire.**

La retraite par capitalisation est un mode de financement qui repose sur une accumulation individuelle d'épargne préalable à la retraite. Les cotisations alimentent un compte d'épargne retraite ou des fonds de pension investis en actifs financiers ou immobiliers. Le rendement de ce système dépend étroitement du taux de rendement des marchés financiers (intérêts, dividendes et plus-values). Lesquels peuvent être très volatiles. Dans le système par capitalisation, les droits à pension sont donc individualisés : une personne verse des cotisations à un organisme financier qui se charge de les faire fructifier sur les marchés financiers. La personne pourra ensuite, ultérieurement, bénéficier de ses revenus capitalisés. L'évolution des revenus du capital est donc le critère essentiel. C'est le rendement de l'épargne placée sur les marchés qui conditionnent les revenus futurs de l'épargnant. **Ce système est intragénérationnel, intertemporel, individuel et facultatif.**

On s'interrogera sur les choix possibles en matière de ressources de ces régimes, de taux de remplacement, de durée de cotisation.

✓ Réflexions sur le système par répartition

Le système par **répartition** s'est progressivement imposé en France dès la fin de la seconde guerre mondiale pour garantir une retraite décente avec solidarité entre les générations : les actifs d'aujourd'hui cotisent une part fixe de leurs revenus du travail pour recevoir demain des pensions financées par les travailleurs de demain. Il comprend deux volets : **Les régimes de base** (régime général ou régimes spéciaux comme ceux des fonctionnaires ou des indépendants). Ils fonctionnent par **répartition**. Le décompte des droits acquis par le cotisant se fait généralement en trimestres. La pension de retraite versée représente un pourcentage du salaire ou du revenu mixte et elle dépend du nombre de trimestres cotisés et du revenu de référence lors du départ à la retraite. **Les régimes de retraite complémentaires obligatoires** reposent également sur le mécanisme de la **répartition**, assorti d'un système de points dont le nombre est fonction de la durée et du montant des cotisations.

Le système français de retraite est donc **financé très largement par des cotisations sociales versées par l'assuré (75%)** et, pour les salariés, par son employeur. Le financement des retraites s'inscrit donc essentiellement dans un cadre professionnel. Les régimes de retraite bénéficient toutefois d'un **certain nombre de ressources d'ordre fiscal et notamment de l'affectation d'une fraction de la CSG (10%)**. Les systèmes de retraite par **répartition** assurent, par définition, une **redistribution horizontale intergénérationnelle** des ressources. En effet, les cotisations prélevées sur les actifs à une période donnée sont redistribuées aux retraités vivant à cette même période. La redistribution peut être mesurée à l'aide du **taux de remplacement**. **Le taux de remplacement désigne le ratio entre le montant de la pension de retraite à la liquidation et le salaire de fin de carrière (il est de l'ordre de 75%).**

Un système de retraite par **répartition** est équilibré chaque année si la masse de ses ressources (masse des prélèvements affectés au financement des retraites) est égale à la masse de ses dépenses (masse des pensions versées). Partant de cette égalité, on peut caractériser l'équilibre du système de retraite par une relation simple :

$$\text{Nombre de cotisants} \times \text{Taux de prélèvement} \times \text{Revenu d'activité moyen} = \text{Nombre de retraités} \times \text{Pension moyenne}$$

La situation financière du système de retraite dépend ainsi de trois facteurs : du rapport entre le nombre de cotisants et du nombre de retraités, du niveau de prélèvement et du niveau des pensions.

Plusieurs phénomènes économiques ou démographiques concourent aujourd'hui à un déficit important du régime de

retraite et principalement, le Papy-Boom. A savoir, l'arrivée massive à l'âge de la retraite des premières générations du baby-boom et ce à partir des années 2000 alors même que les générations qui entrent sur le marché du travail sont moins nombreuses. Par conséquent, on observe une dégradation marquée du **ratio de dépendance économique**, à savoir le rapport des retraités (ceux qui perçoivent une pension) aux actifs occupés (ceux qui la financent). En effet, si en France en 1960 il y avait 4 cotisants pour 1 retraité ; en 2010, il y avait 1,8 cotisants pour 1 retraité et selon le COR, en 2050 il y aura 1,2 cotisants pour 1 retraité. Ce déficit prévisionnel du système est aggravé par le ralentissement de la croissance depuis le milieu des années 70 qui entraîne une hausse modérée des recettes (faible hausse des salaires et difficultés à accroître les taux de prélèvements sans remettre en cause la compétitivité des entreprises ou le pouvoir d'achat des salariés) ainsi que la progression forte du chômage et son maintien à des niveaux élevés dans la mesure où les chômeurs indemnisés cotisent moins et ceux qui ne sont pas indemnisés ne cotisent plus.

**D'où la nécessité de la mise en place de plusieurs réformes.** Toute réforme des retraites constitue **une politique structurelle** par excellence car elle modifie de fait durablement le fonctionnement de l'économie à long terme. Dans le cas de la France, et à moins d'envisager de changer totalement le régime pour un système par points ou par capitalisation par exemple, les réformes ne peuvent être que des **réformes dites "paramétriques"** (c'est-à-dire qui joue sur plusieurs paramètres). Ainsi, au fil des années on constate que :

**Les bornes d'âge et les durées d'assurance ont été augmentées, notamment pour faire face à l'allongement de l'espérance de vie.** Plus précisément, face à l'augmentation de l'espérance de vie, les réformes successives se sont inscrites dans une démarche d'allongement de la durée d'activité. Pour ce faire il s'est agi d'**augmenter la durée d'assurance ou de cotisations** requise pour bénéficier d'une retraite à taux plein (passage de 37,5 ans de cotisations à 40 ans puis à 42 ans etc.). Il s'est aussi agi d'instaurer des dispositifs d'incitation au maintien en activité (mécanisme de la décote pour les salariés qui partiraient avant le nombre de trimestres cotisés requis et de la surcote pour les salariés qui au contraire cotiseraient un nombre de trimestres supérieur au nombre requis). De plus, **l'âge légal de départ à la retraite** (âge à partir duquel un individu peut partir à la retraite) **a été reculé** passant de 60 ans à 62 ans. Enfin, désormais la durée de cotisations requise s'accroîtra automatiquement en cas de gain d'espérance de vie à 60 ans selon le principe suivant : 2/3 de durée d'activité supplémentaire et 1/3 de durée de retraite supplémentaire.

**Des mesures significatives ont visé à encourager la poursuite de l'activité professionnelle des travailleurs âgés : réduction de la durée de cotisations pour les salariés ayant commencé très jeune, instauration d'un système de surcote, le cumul emploi retraite est rendu plus flexible etc.**

**Le mode de calcul des pensions a été modifié et ce dans une optique de faire baisser les taux de remplacement.** Plus précisément, avant la réforme de 1993, la revalorisation des pensions de retraites était effectuée sur les prix (l'inflation) mais aussi sur les salaires (dont l'augmentation dépend en grande partie de la croissance économique), mais, après cette date **seule l'évolution des prix a été retenue comme mode de revalorisation**. Dès lors, le pouvoir d'achat des retraités, certes maintenu constant, n'évolue plus comme celui des salariés. De même, la réforme de 1993 a également augmenté de **10 à 25 ans la durée de la période retenue pour déterminer le salaire de référence en ce qui concerne les salariés du privé**. Si bien que le salaire de référence diminue et ainsi le montant de la pension versée.

**Hausse du taux des cotisations sociales et création de nouvelles sources de prélèvements.** Face aux difficultés de financement de la branche vieillesse (notamment dues au vieillissement de la population au ralentissement de la croissance économique et des gains de productivité, ainsi que de la hausse du chômage), le levier des cotisations a été logiquement mobilisé. Ainsi, on observe que depuis les années 60 et à plusieurs reprises les taux de cotisations sociales tant salariales que patronales ont été augmentés. Mais la véritable révolution en ce qui concerne les modalités de financement des retraites a eu lieu en 1991 avec la création de la Contribution Sociale Généralisée. Il s'est alors agi de mettre en place un prélèvement à assiette plus large que les cotisations sociales (qui reposent uniquement sur les revenus du travail salarié), dans la mesure où ce prélèvement porte sur l'ensemble des revenus : les revenus du travail salarié, mais aussi les revenus du capital (loyer, dividendes, plus-value) et également sur certaines prestations sociales comme les pensions de retraites ou les allocations chômage.

### **✓ Réflexions sur le système par capitalisation**

La capitalisation est parfois présentée comme une solution aux difficultés de financement des systèmes par **répartition**. En effet, la retraite par capitalisation a l'avantage d'être provisionnée. Les sommes mises en réserve hier financent les pensions d'aujourd'hui, et celles d'aujourd'hui financeront les pensions de demain. Toutefois, selon les tenants de la retraite par **répartition**, la capitalisation est sensible aux crises financières : schématiquement, si la bourse baisse, ou si l'économie s'effondre (crise, guerre, modification du régime) le capital qui devait payer la retraite disparaît, et la pension avec lui. De plus, la capitalisation est également sensible au rythme de l'inflation qui peut réduire la valeur réelle des capitaux accumulés, lorsque le rendement réel des

placements devient négatif.

On montrera comment la gestion des systèmes de santé est confrontée à la question de l'articulation entre une régulation marchande et une régulation administrée : dans les deux cas se posent des problèmes d'incitation et d'asymétrie d'information (tarification à l'acte ou budget global, liberté d'installation et équité dans l'offre de soin, ticket modérateur, etc.).

Un système de santé, c'est l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but principal est d'améliorer la santé et de fournir à la population la meilleure qualité des soins possibles tout en utilisant au mieux les ressources disponibles. Chaque pays a organisé son propre système de santé. Trois systèmes de prise en charge des soins peuvent servir toutefois de référence : le système bismarckien (Allemagne), le système beveridgien (Grande-Bretagne) et le système libéral (Etats-Unis). Le système français est un système mixte, à dominante bismarckienne dans la mesure où l'assurance maladie est obligatoire, et que son financement repose en grande partie sur les cotisations sociales assises sur une base socioprofessionnelle (*logique d'assurance*). Toutefois, on observe une tendance à la disparition progressive du lien travail statut d'assuré social avec par exemple la création en 2000 de la couverture maladie universelle (*logique universelle*) puis celle de la CMU complémentaire, (*logique d'assistance*). Enfin, depuis 1991, avec l'instauration de la CSG, une partie du financement se fait désormais par l'impôt. De plus, en France le système revêt une logique non marchande mais également une logique marchande. En effet, au niveau de l'offre de soins, celle-ci est à la fois publique (par exemple, les hôpitaux publics) et marchande (la médecine libérale par exemple). De même, au niveau du financement, l'assurance maladie obligatoire est financée principalement par des cotisations sociales, mais elle est complétée par des mutuelles ou des assurances facultatives moyennant le versement de primes (cotisations) par les ménages.

**Le système de santé français connaît actuellement des difficultés dans la mesure où les dépenses de santé progressent à un rythme plus élevé que le niveau de richesses** (croissance économique) si bien que l'assurance maladie connaît des difficultés croissantes d'équilibre budgétaire. L'accroissement des déficits du système de santé et les difficultés de financement de celui-ci sont dus à plusieurs raisons : Un accès de plus en plus généralisé aux soins ; une augmentation des niveaux de vie qui accroît notamment les attentes des ménages en termes de soins ; le vieillissement de la population et enfin l'innovation technologique (car elle est coûteuse, car elle suscite de nouvelles exigences du côté des patients, car elle participe à la hausse de l'espérance de vie).

**Par ailleurs, le système français de santé est confronté à un problème d'aléa moral** : l'**aléa moral** désigne le risque qu'un individu adopte un comportement opportuniste après la conclusion d'un contrat du fait de l'existence d'asymétries d'information (dans la mesure où une des parties à l'échange peut difficilement contrôler que l'autre partie agit conformément à ses engagements).

Il existe un aléa moral du côté de la demande. En effet, le fait que les individus soient couverts par l'assurance maladie et les complémentaires peut modifier leur comportement. Plus précisément, se sachant couverts ils peuvent adopter des comportements risqués en réduisant par exemple les actes de médecine préventive ou en ayant davantage de conduites à risque. De même, le fait d'être assuré génère une surconsommation médicale liée au fait que les dépenses sont remboursées. L'assuré est donc peu voire insensible au prix. **Du côté de la demande on assiste à un aléa moral qui conduit à un accroissement des dépenses et à une allocation non optimale des ressources puisque des services de santé sont inutilement produits.**

Il existe également un aléa moral du côté de l'offre. En effet, le médecin est à la fois offreur et prescripteur : son diagnostic est supposé objectif, mais sa rémunération dépend de ce diagnostic et augmente le volume des prescriptions. Le médecin peut alors être tenté de prescrire plus de soins, non dans l'intérêt du patient, mais afin de maximiser son propre revenu. On parle alors de **demande induite**. Cette demande induite est d'autant plus forte que d'une part le médecin détient un avantage informationnel sur son patient (celui-ci n'est pas en mesure de savoir si le traitement proposé est absolument nécessaire ou non) ; et que, d'autre part la couverture assurantielle des patients les rend insensibles aux prix. De plus, si l'assurance modifie le comportement des assurés, la **solvabilisation de la demande** qu'elle entraîne a aussi un impact sur la structure de l'offre. En effet, dans la mesure où l'assurance maladie, garantit la prise en charge de soins médicaux, elle offre une forme de « revenus garantis » aux industriels de la santé. Dès lors, dans la mesure où ces derniers font face à une demande peu élastique au prix ils peuvent être incités à mettre en œuvre davantage d'innovations technologiques qu'ils ne le feraient dans une situation normale de marché. Au final, compte tenu de la solvabilisation de la demande toute technologie qui améliore la qualité des soins est adoptée indépendamment de son coût. **Du côté de l'offre l'aléa moral conduit également à un accroissement des dépenses et à une allocation non optimale des ressources puisque des services de santé inutiles sont produits et que l'on assiste à une « sur-innovation » pas toujours nécessaire.**

### Les mesures possibles pour mieux réguler le système de santé

La mise en place d'incitations pécuniaires incitatives pour limiter le phénomène d'aléa moral du côté de la demande : des participations financières des patients peuvent être mises en place pour les responsabiliser et freiner la surconsommation de soins ou les comportements à risques : ticket modérateur, franchise, instauration de forfait, déremboursement de certains médicaments. On peut

également citer au-delà des **incitations pécuniaires**, le contrôle par l'assurance maladie du nombre d'actes des médecins et de leur niveau de prescriptions de soins et d'arrêts maladie.

La réforme de la tarification hospitalière pour limiter le phénomène d'aléa moral du côté de l'offre : Au lieu de recevoir annuellement une Dotation Financière Globale les hôpitaux sont désormais rémunérés au nombre d'actes effectués. Ce schéma de paiement instaure un prix fixe pour la rémunération des soins dispensés dans le cadre du traitement de chaque pathologie. Or, le principe de ce type de tarification (de manière à fixer un prix pour chaque acte) consiste à placer les établissements dans une situation de concurrence fictive dans la mesure où la rémunération des soins dispensés résulte de l'application d'un tarif fixé à partir de la moyenne des coûts observés. Dès lors, les établissements ont tout intérêt à mettre en œuvre toutes les mesures possibles pour réduire leurs coûts de manière à ce que leur recette (prix de l'acte versé par l'assurance maladie) soit supérieure au coût de production. De plus, si l'ensemble des établissements sont dans la même optique, le coût moyen baisse et le système gagne en efficacité : on parvient à une allocation optimale des ressources.

### **Des mesures qui peuvent s'avérer inefficaces et/ou poser d'autres problèmes**

Certaines solutions envisagées pour réguler la demande peuvent rencontrer des limites et être à l'origine de nouveaux problèmes : L'accroissement du reste à charge vis-à-vis des utilisateurs afin de diminuer les dépenses et de lutter contre le phénomène d'**aléa moral** peut être à l'origine d'effets pervers comme la mise en place d'une politique de santé à deux vitesses entre des patients qui vont pouvoir continuer à se soigner et d'autres qui vont devoir renoncer aux soins (Par ailleurs, l'efficacité de ce type de mécanisme suppose que les assurés aient la capacité de juger de la « valeur » ou de l'opportunité réelle de leur consommation de soins. Or, tel n'est pas le cas du fait de l'asymétrie d'informations existante entre le médecin et son patient). De plus, l'iniquité des mesures risque de s'accroître si certains ménages sont exclus totalement ou partiellement des assurances complémentaires qu'ils doivent désormais souscrire afin de diminuer le reste à charge. Or, à ce niveau la régulation marchande peut s'avérer impossible car le phénomène de **sélection adverse** menace l'existence même du marché ! En effet, un des problèmes majeurs auquel doit faire face le marché de l'assurance maladie est que les caractéristiques individuelles des acheteurs affectent drastiquement les coûts de production du bien vendu (en l'occurrence le contrat d'assurance) et que ces caractéristiques ne sont pas observables par l'assureur. Ce phénomène conduit à des dysfonctionnements importants qui ont trait à la **sélection adverse** : une personne qui sait avoir une probabilité élevée d'être malade aura plus intérêt à souscrire un contrat d'assurance généreux qu'une personne qui se sait en bonne santé. La population assurée présentant alors un niveau de risque plus élevé que celui de la population générale, l'assureur va devoir augmenter les primes, ce qui peut entraîner un retrait du marché des risques les plus faibles (parmi les personnes qui avaient choisi de s'assurer au départ). La population assurée voit alors son niveau de risque moyen augmenter, donc les primes demandées par les assureurs vont aussi augmenter, et les risques les plus faibles parmi la population assurée, trouvant le montant des primes trop élevé par rapport à leur propre niveau de risque, vont se désengager, et ainsi de suite. Dans ce cadre, un contrat d'assurance privé est inefficace, voire instable. Certains auteurs montrent alors que l'introduction de **contrats différenciés** permet d'atteindre un « équilibre de second rang » offrant une couverture complète aux risques élevés et une couverture partielle pour les risques les plus élevés. C'est l'écrémage par les risques. Enfin, faute de ressources suffisantes certains ménages peuvent ne pas être en mesure de souscrire à une complémentaire santé. Pour certains ménages les plus pauvres, le montant de la complémentaire santé exigée par les assurances privées peut s'avérer trop élevé. Dans ce cas, les ménages peuvent décider de ne pas se couvrir. Ce qui risque de les amener à renoncer de fait à certains soins ou services de santé faute d'une couverture suffisante. Aussi, le recours à des mécanismes qui visent à accroître le reste à charge pour les assurés suppose *a minima* un « nouvel » encadrement par l'État et renvoie implicitement à la question de son rôle et aux modalités de son intervention au titre de l'équité et de l'efficacité. Il a pu s'agir alors de mettre en place la couverture maladie complémentaire pour les ménages disposant des revenus les plus faibles ou d'instaurer la prise en charge partielle de la complémentaire santé par l'employeur.

### Certaines solutions envisagées pour réguler l'offre peuvent rencontrer des limites et être à l'origine de nouveaux problèmes :

La T2A peut être à l'origine d'un **aléa moral** (demande induite) et d'une réduction de la qualité des soins. Dans la mesure où la T2A instaure le paiement à l'acte, il faut également pouvoir éviter que les hôpitaux induisent eux-mêmes la demande pour certains types de soins « profitables » et produisent *in fine* une part de soins « inutiles ». De plus, la T2A fournit, de fait, des incitations directes à réduire le coût des séjours. Or, toute la question réside dans la légitimité de ces réductions de coût. S'il est possible, et souhaitable, d'y parvenir par le biais d'un fonctionnement plus efficient, une autre stratégie possible consiste à réduire les soins fournis aux patients, ce qui peut représenter une manière « d'économiser » aux dépens de la qualité. Une deuxième stratégie de réduction de la qualité des soins peut consister, pour les établissements de santé, à identifier à l'avance (avant l'admission) les patients pour lesquels les coûts générés par le séjour seront bien pris en compte au sein du tarif et éventuellement décourager l'admission des autres patients moins « rentables » (phénomènes d'aversion au risque et de sélection des patients). Cela résulte de la variation des prises en charge spécifiques des patients et donc de l'hétérogénéité des coûts réels derrière un même tarif.

Le principe de la capitation pour la médecine libérale peut également entraîner une baisse de la qualité des soins et l'exclusion des assurés les « moins rentables ».