

***D'hier à aujourd'hui : le rôle de la Sécurité sociale dans le
financement des institutions publiques de santé.
L'exemple de la Cnam de l'Eure.***

Stéphane HOLE

Directeur de la Cnam de l'Eure
Secrétaire général du Comité Normand d'Histoire de la
Sécurité sociale
Correcteur associé au concours de l'EN3S
Chargé de cours de droit de la Sécurité sociale à
l'Université de Rouen

Saint-Lô, le 26 novembre 2022



Le siège de la Cnam de l'Eure

- 
- I. Les premières lois sociales constituent un levier pour renforcer la dimension sanitaire des établissements de santé**
 - II. La généralisation de la Sécurité sociale : vers une solvabilisation intégrale de la dépense hospitalière**



Introduction

- Un hébergement social
- 1^{er} établissement de soins pour les soldats
- Une responsabilité de gestion des hospices et hôpitaux confiée aux communes
- Une médecine qui se développe



Ainsi, au début de la IIIe République :

- l'hôpital commence à accueillir des malades dits payants
- passe d'un rôle exclusivement d'assistance à une fonction médicale
- les ressources sont surtout patrimoniales

Dans l'Eure

L'hôpital-hospice de Bourg-Achard :

« sans le grand élan de bienfaisance que connaît l'hôpital dans la seconde moitié du XIXe siècle, il n'aurait pas pu développer sa capacité d'accueil et la qualité de celle-ci. L'hôpital est légataire de nombreuses personnes, il hérite ainsi de terres, de maisons et de rentes. Les revenus de ces donations permettent [...] de lancer [...] une extension des locaux de l'hôpital pour améliorer la prise en charge des malades. »

I. Les premières lois sociales constituent un levier pour renforcer la dimension sanitaire des établissements de santé

A- Un élargissement des modalités de prise en charge

1. *L'élargissement du champ des dépenses d'assistance à la charge de l'Etat : les lois d'assistance*
2. *Les premiers mécanismes collectifs de solidarité relèvent de l'initiative privée*
3. *Les premières lois sociales , un fondement professionnel limité loi du 9 avril 1898*
4. *Les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 sur les assurances sociales*

B- Sur ces fondements, les frais hospitaliers sont pris en charge avec deux catégories de frais :

1. *Les frais de séjour*
2. *Les frais médicaux*



I. Les premières lois sociales constituent un levier pour renforcer la dimension sanitaire des établissements de santé

A- Un élargissement des modalités de prise en charge

1. L'élargissement du champ des dépenses d'assistance à la charge de l'Etat : les lois d'assistance



2. Les premiers mécanismes collectifs de solidarité relèvent de l'initiative privée

- Le « paternalisme patronal »
- Le financement s'opère par des contributions ouvrières et patronales
- Des mutuelles ouvrières souvent sous l'égide des syndicats

3. Les premières lois sociales, un fondement professionnel limité : loi du 9 avril 1898

Le principe de la responsabilité sans faute de l'employeur

Loi de 1905 valide le mécanisme de l'assurance

Les accidentés du travail vont avoir accès aux soins dans des conditions financières améliorées

4. Les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 sur les assurances sociales

- Modèle bismarckien déployé en Alsace-Moselle
- Affiliation obligatoire des salariés du commerce et de l'industrie
- Prestation en nature et en espèces
- Création *a minima* d'une caisse départementale, dite Caisse primaire
- Le financement est assuré par une cotisation
- Caisse de garantie et institution d'un contrôle par le ministère du Travail chargé des assurances sociales

B- Sur ces fondements, les frais hospitaliers sont pris en charge avec deux catégories de frais

1. Les frais de séjour

« Dans des limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique à l'égard des malades admis au tarif le plus bas des malades payants » (loi).

Le principe du prix de journée lancé en 1935 :

- si le malade est assuré social, le coût de ses frais d'hospitalisation sera pris en charge par les caisses d'affiliation comme base de remboursement ; avec néanmoins un reste à charge de 20 %
- si l'assuré est aisé ou qu'il n'est pas concerné par les assurances sociales (artisans, commerçants, profession libérale), il paie lui-même le coût de son hospitalisation
- s'il est trop pauvre, il bénéficiera de l'aide sociale

2. Les frais médicaux

Les médecins ne sont pas salariés mais rémunérés à l'acte.

La fixation des tarifs reste libre, dans le respect des principes posés par la Charte de la Médecine libérale de 1927.

Mais ces tarifs vont être encadrés (ou tentés de l'être) dans le cadre de conventions négociées entre la Caisse et les syndicats de médecins .

Demeure toujours un reste à charge fixé à 15 % pour les deux premières catégories d'assurés et à 20 % pour les autres.

Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 % [...]

En cas de maladie exigeant un traitement spécial, le maximum précité pourra être dépassé conformément aux dispositions du paragraphe 7, alinéa 3, du présent article ».

Les assurés sont répartis en 5 catégories.

La mise en place des mécanismes de protection sociale conduit à élargir l'accès aux soins :

- les militaires et fonctionnaires
- les personnes prises en charge dans le cadre de l'assistance : les enfants, les malades dans le cadre de la loi du 14 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, les vieillards, les infirmes et incurables de la loi du 14 juillet 1905
- les bénéficiaires des premières lois de protection sociale et les accidentés du travail
- les malades payants

=> Ainsi, 2,5 % des malades payent la totalité des frais de séjour (non assurés), 16 % effectuent un paiement partiel (assurances sociales), 81,5 % sont totalement exonérés (assistance médicale gratuite).

**Extrait du registre du conseil
d'administration de la
Caisse primaire départementale
des Assurances sociales,
le 10 août 1940**

- Note -

Les registres contenant les proc. verbaux
établis depuis l'origine de la Caisse (juillet
1930) ont été détruits par suite de la guerre
sociale causant aux bombardements aériens
de la ville d'Evreux (guerre 1939/40)

Cependant, les proc. verbaux relatifs à
la période décembre 1936 à décembre 1939
dont les copies étaient entre les mains de
Monsieur Bernier, Président de la Caisse,
ont pu être reconstitués et groupés en une
relature officielle.

Le présent registre contenant deux
cent pages numérotées de 1 à 200 est par
conséquent ouvert à l'occasion du pro-
cès-verbal de la réunion du Conseil d'Ad-
ministration datant du 10 Août 1940.

LE PRÉSIDENT,



[Signature]

(1) y compris celui de la réunion du 20-4-1940.

II. La généralisation de la Sécurité sociale : vers une solvabilisation intégrale de la dépense hospitalière

A- Le plan de 1945

- 1. Un contexte favorable à sa mise en place*
- 2. Une nécessaire adaptation des lois de 1928-1930*
- 3. Les ambitions de l'ordonnance du 4 octobre 1945*
- 4. L'architecture du régime général telle que portée par l'ordonnance du 4 octobre 1945*
- 5. Les adaptations*

B- Le développement de l'hôpital public et l'évolution des mécanismes de facturation

- 1. Les grandes lois hospitalières structurantes*
- 2. La mécanique du prix de journée*
- 3. La dotation globale*
- 4. La tarification à l'activité*

C- Le financement de l'hôpital public par la Sécurité sociale

- 1. Les mécanismes de financement par les cotisations*
- 2. La fiscalisation progressive*
- 3. Les acteurs: le renforcement permanent du rôle de l'Etat*

II- La généralisation de la Sécurité sociale : vers une solvabilisation intégrale de la dépense hospitalière

A- Le plan de 1945

1. *Un contexte favorable à sa mise en place*

Le « rapport Beveridge » esquisse le modèle d'une prévoyance publique couvrant tous les risques de l'existence.

2. *Une nécessaire adaptation des lois de 1928-1930*

Elles ne couvrent qu'une partie des salariés en raison du plafond d'affiliation.

De très nombreux actifs sont exclus du dispositif, dont les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales).

Des prestations offertes relativement faibles : des conditions strictes qui restreignent le bénéfice des prises en charge des dépenses de santé.

3. Les ambitions de l'ordonnance du 4 octobre 1945

L'ordonnance contient les ambitions du plan de Sécurité sociale porté par le ministre du Travail et déployé par Pierre Laroque : *« La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère. »*

4. *L'architecture du régime général telle que portée par l'ordonnance du 4 octobre 1945*

Quatre axes principaux :

1^{er} axe : l'instauration d'une **caisse unique**

Le mode de financement retenu demeure un prélèvement de cotisations ouvrières et patronales sur les revenus du travail, opéré par l'employeur.



2^e axe : la gestion par les assurés eux-mêmes

Les représentants, d'abord désignés, seront élus à partir de 1946, puis l'élection sera finalement abandonnée.

Cette gestion reste tempérée par la tutelle de l'Etat qui s'exerce sur les organismes.

3^e axe : l'amélioration des prestations

Les prestations « maladie » couvrent davantage d'assurés.

Le plafond d'affiliation est supprimé et remplacé par un plafond de cotisations.

Les frais de santé sont remboursés à concurrence de 80 %.

4^e axe : l'extension de la Sécurité sociale à tous les travailleurs (pas seulement salariés) et aux membres de leur famille non-cotisants qui ont le statut d'ayant droit.

5. *Les adaptations*

La généralisation bute sur les corporatismes dès 1946, des adaptations seront nécessaires :

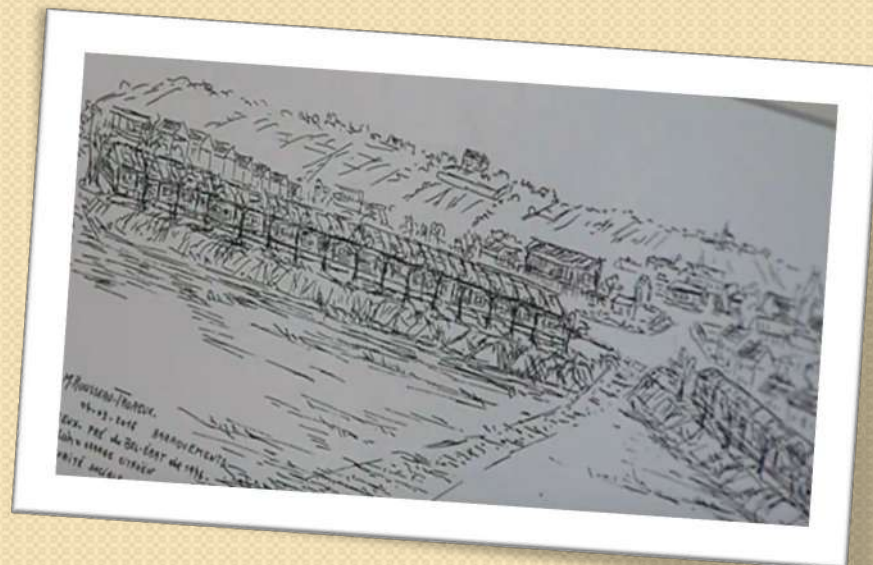
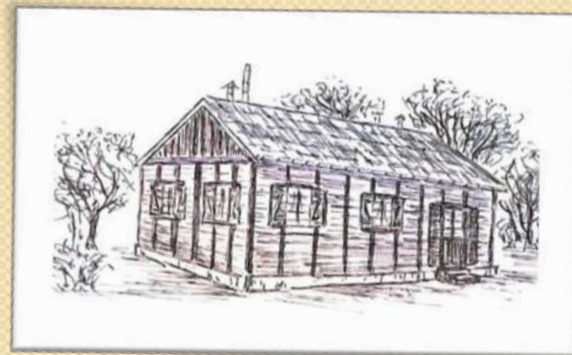
1. La Sécurité sociale crée de nouveaux régimes sur des bases socio-professionnelles et des ajouts de protection
2. Les droits des différents régimes aux prestations en nature et en particulier les frais d'hospitalisation seront progressivement alignés
3. Le processus de déconnexion professionnelle du droit à la Sécurité sociale
4. Enfin, une logique progressive d'intégration au Régime général

1945

Les bombardements de 1940 et 1945 ont détruit le siège des anciennes Assurances sociales. Provisoirement, les bureaux sont installés dans les baraquements du Bel Ebat

Conseil d'administration : 2/3 d'un collège salarié désignés par les syndicats pour 3 ans. 24 administrateurs.

Le nouveau conseil est installé par le directeur régional avec un nouveau directeur et un nouveau président (les prédécesseurs ont été limogés dans le cadre des lois d'épuration).



**Extrait de la prise de parole du Directeur Régional au nom du
ministre du Travail dans le PV de conseil d'administration de 1946**

Ceci dit, Monsieur Chazalon fait un exposé sur les différentes législations se rapportant aux œuvres sociales et démontre que l'idée de grouper ces différentes activités en un seul organisme appelé Sécurité Sociale, ne peut que être profitable, plus particulièrement au monde ouvrier, qui est appelé en même temps à prendre une large place dans la gestion de cet organisme. En terminant, Monsieur le Directeur, nous indique toute l'ampleur de la tâche à accomplir et nous dit aussi que le bon fonctionnement de la Sécurité Sociale dans l'Europe dépendra dans une large mesure de la part de responsabilité que sauront prendre les nouveaux Administrateurs, dans la mise en route du plan de Sécurité Sociale et dans la gestion de la Caisse Emplacement d'Europe.

B- Le développement de l'hôpital public et l'évolution des mécanismes de facturation

1. Les grandes lois hospitalières structurantes

L'Etat engage dès la Seconde Guerre mondiale la *modernisation hospitalière* avec l'appui de la Sécurité sociale en tant que financeur.

L'hôpital est ainsi devenu un lieu de soins de plus en plus médicalisé, dont le cœur est le plateau technique.

La première grande loi hospitalière du 21 décembre 1941

« *Réorganisation des hôpitaux et des hospices civils* »

Le décret du 17 avril 1943 consacre l'ouverture de l'hôpital à l'ensemble des patients.

=> Un corps médical est recruté et rémunéré par les établissements.

Les Ordonnances des 11 et 30 décembre 1958 (R. Debré) :

- le rapprochement et la coordination des activités de l'hôpital et des facultés de médecine (enseignement et recherche)
- la mise en place du plein temps hospitalier

La loi du 31 décembre 1970 crée le service public hospitalier.

Institution de la carte sanitaire qui répond à plusieurs objectifs :

- rationaliser l'offre de soins
- développer une offre de soins équitable
- assurer une complémentarité entre l'offre de soins publics et l'offre de soins privés

Le classement des hôpitaux est revu : hôpitaux ruraux, centres hospitaliers généraux et centres hospitaliers régionaux.

La fixation du montant des honoraires Conseil d'administration, du 11 mai 1949

Les mécanismes de facturation

21 - pour la Commission Administrative
de l'hôpital de Gazy - Hérault
M. Bollonnet Marcel a bureaux, 11 rue
Victor Hugo
Van

Tous le but de permettre aux assurés
sociaux d'obtenir le remboursement légal de
tous les honoraires qui leur sont actuellement
restitués en cas de maladie, le conseil d'Ad-
ministration émet, à l'unanimité, le vœu
suivant :

- Vu les articles 24, 40, 45, 57 de l'Ordonnance
du 19/12/45

- Etendu que nous avons le double devoir,
en tant qu'Administrateur :

- de servir au mieux les intérêts de la
Sécurité Sociale

- de défendre légalement les assurés
sociaux

- Considérant qu'il y a lieu de veiller à
l'équilibre des dépenses et des recettes, tout en
assurant aux assurés le droit aux mal-
leurs soins selon le remboursement prévu par
le législateur dans les textes ci-dessus
rapportés.

- Considérant que les baisses de Sécurité
Sociale ont fait des efforts constants :

- pour l'amélioration des prestations
versées, notamment par la création
de l'assurance "longue maladie"

- pour la fixation de larges honoraires
aux praticiens notamment par le
paiement d'importants honoraires hos-
pitaliers

- Considérant qu'à l'accroissement des dépen-
ses médicales de nos baisses (rapport 1958-1965-59)
n'a pas correspondu un remboursement plus
effectif, mais qu'au contraire, la participation
de l'assuré est de plus en plus importante.

- Considérant l'opposition de principe man-
ifestée par le Corps Médical à toute signature
de convention avec la Sécurité Sociale,
seul moyen de garantie pour les assurés

- Considérant que la réciprocité de dépenses
existante entre la Sécurité Sociale et le Corps
Médical aurait dû amener une compen-
sation mutuelle et que des intérêts par-
ticuliers ne sauraient faire échec à la
loi

- Considérant que l'assujettissement progres-
sif de la population au régime de Sécurité
Sociale fait preuve de sa nécessité et de son
efficacité contre l'adversité,

Le Conseil d'Administration émet
le vœu :

- que soient fixés, à ce jour, des honoraires
médiocres, raisonnables,

- que les honoraires dus pour nos assurés
soient réglés directement par les baisses en
"tiers payants"

Le recours aux fonds d'action sociale

Conseil d'administration, du 11 octobre 1947

En outre, la Direction, en accord avec le Service
de la Santé, a procédé à une première étude des questions d'hygiène qui touchent
surtout l'habitat, à la Commission d'action sociale et de
solidarité pour la Santé et l'Administration : réinstallation des familles
du 11 Georges Lemaître, réinstallation des familles de la rue de la République
à l'Hôpital Psychiatrique de la rue de la République, réinstallation des familles de la rue de la République
dans la partie de l'annexe et subvention à la Société de la rue de la République pour
l'achat de la partie de la rue de la République.
En ce qui concerne la subvention à la Société de la rue de la République,
le Service de la Santé a décidé qu'à la Commission Régionale
de la Santé et l'Administration, il a été décidé de la subvention à la Société de la rue de la République.
demande que tout les Directeurs des Services de la Santé et l'Administration
soient à tout les Administrateurs.
Le 11 octobre 1947. Charles Lemaître - après expertise de la Société de la rue de la République

2. *La mécanique du prix de journée*

La détermination du prix de journée est encadrée par les décrets de 1958, 59, 60, 62 et 64.

Le prix de journée correspond à la division de l'ensemble des dépenses prévisionnelles par le nombre de journées d'hospitalisation prévu (calculé à partir de la moyenne des trois dernières années).

3. La dotation globale

La loi du 19/01/1983 et le décret du 11 août 1983 instituent le système de dotation globale de financement : une enveloppe annuelle de recettes est allouée *a priori* pour chaque hôpital avec l'objectif de ne pas dépasser le plafond alloué.

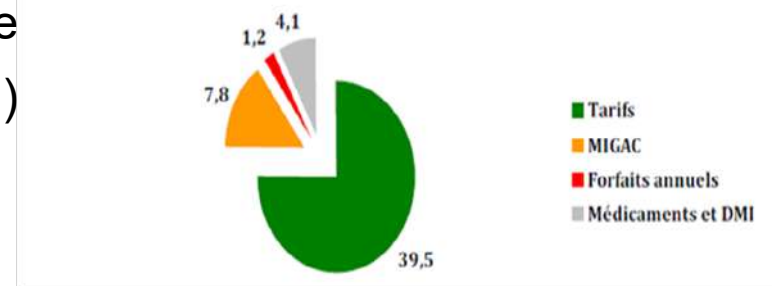
4. La tarification à l'activité

Harmoniser le mode de financement du secteur public (et privé) afin d'ajuster les ressources des établissements de santé à leur activité.

=> Un mécanisme de financement qui doit refléter le coût de l'acte médical sur la base d'une cotation partagée de la valeur de ces actes. L'objectif est d'accroître l'efficacité et d'améliorer la qualité des soins.

Les modalités de financement s'articulent en 5 catégories :

- Le paiement au séjour (GHS - Groupe Homogène de Séjours - et certaines autres prestations de soins)
- Le paiement en sus des GHS de produits de santé (certains médicaments et dispositifs médicaux)
- L'attribution de forfaits annuels et de
- Les missions d'intérêt général (MIG)
- L'aide à la contractualisation (AC)



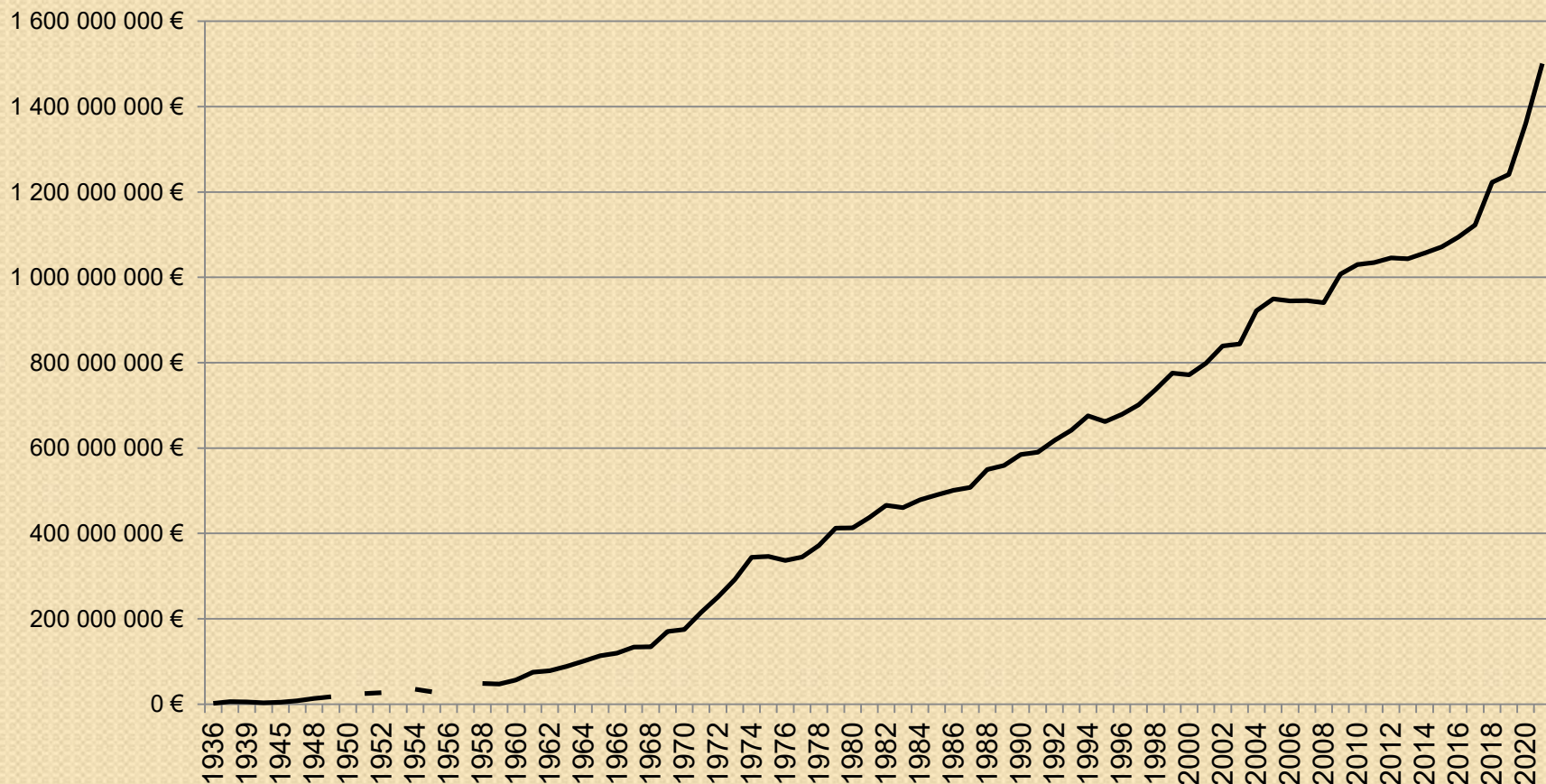
Dépenses de 2010 de l'assurance maladie sous objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé tarifiés à l'activité (en Mds €)

Pour l'assuré ou ses ayants droit :

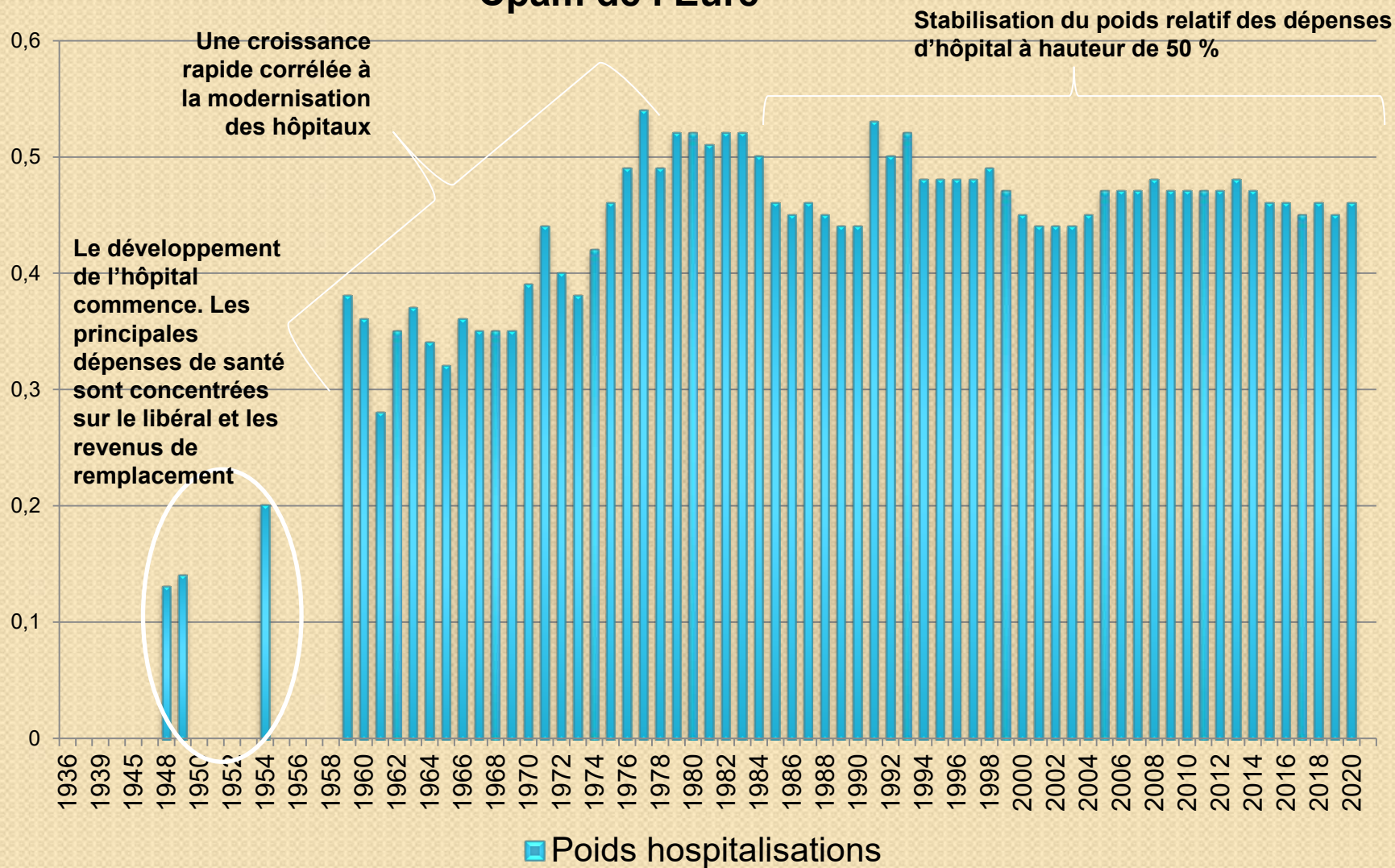
- un modèle libéral qui permet le libre choix du médecin et de son établissement hospitalier avec un accès direct
- le tiers-payant s'applique pour les dépenses d'hospitalisation à hauteur de 80 %
- une prise en charge à 100 % des coûts d'hospitalisation : la femme enceinte hospitalisée pendant les 4 derniers mois de grossesse, les assurés pris en charge au titre d'une Affection de Longue Durée et les salariés pris en charge au titre des Accidents du travail et maladies professionnelles

Dépenses de la Cpm de 1936 à 2021 (en € constants 2022)

Données (non consolidées) issues des PV de conseils d'administration



Poids des dépenses hospitalières dans les dépenses de la Cnam de l'Eure



C- Le financement de l'hôpital public par la Sécurité sociale

1. Les mécanismes de financement par les cotisations

Les règles de financement sont posées depuis 1930. Une cotisation assise sur les salaires acquittée pour partie par les salariés et pour partie par les employeurs.

De 1945 à 1967

Une augmentation des cotisations sociales et en particulier des cotisations employeurs, tandis que les cotisations salariales progressent très faiblement.

Une parenthèse cependant entre 1951 et 1961.

Puis l'augmentation des cotisations reprend.

- par la croissance (>5 % PIB)
- le plein emploi
- l'inflation

Mais les besoins de financement ne sont pas suffisamment compensés par l'augmentation des cotisations, ce qui génère un déficit des Assurance sociales.

- ⇒ la CNSS compense les déficits de l'Assurance maladie avec les excédents des Allocations familiales
- ⇒ les ordonnances en 1967 : objectif de créer les conditions d'un équilibre durable des dépenses, notamment de l'Assurance maladie en confiant à la nouvelle branche des pouvoirs importants pour équilibrer ses comptes désormais séparés.



1967

Le siège de la Cnam, rue de l'Horloge

Réaction du représentant de la CGT au Conseil d'administration de la Cnam de l'Eure suite aux ordonnances de 1967

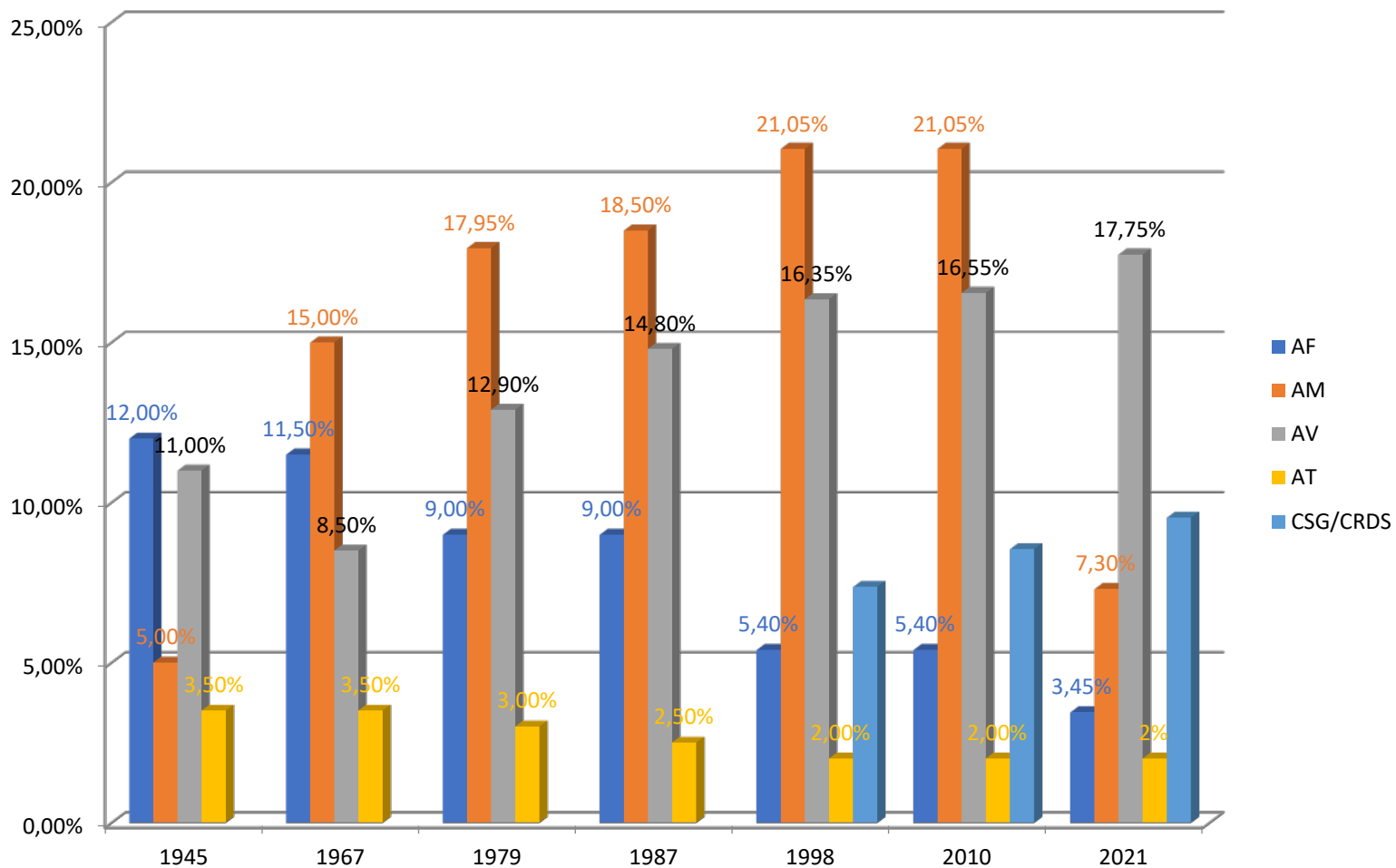
« Il ne peut pas être question que la CGT prenne son parti d'une telle réforme, dont elle condamne toutes les dispositions. Nous avons engagé la lutte et nous la poursuivrons jusqu'à l'abrogation pure et simple de l'ensemble de ces textes. »

1968 à 1990

- Les cotisations employeurs se stabilisent tandis que les cotisations salariales augmentent sensiblement.
- Les transferts de points de cotisation entre les branches AF et maladie continuent.
- La cotisation d'assurance maladie est totalement dé plafonnée.

Depuis 1990

- Des crises d'importance majeure se succèdent (1993, 2007, 2019, crise actuelle).
- Les techniques médicales et les innovations médicamenteuses, souvent onéreuses, continuent de se déployer.
- Une politique de réduction du coût du travail sur les bas salaires et ensuite sur les salaires moyens par une réduction des cotisations dues par les employeurs.



Evolution des taux de cotisations et contributions finançant la Sécurité sociale de 1945 à nos jours.

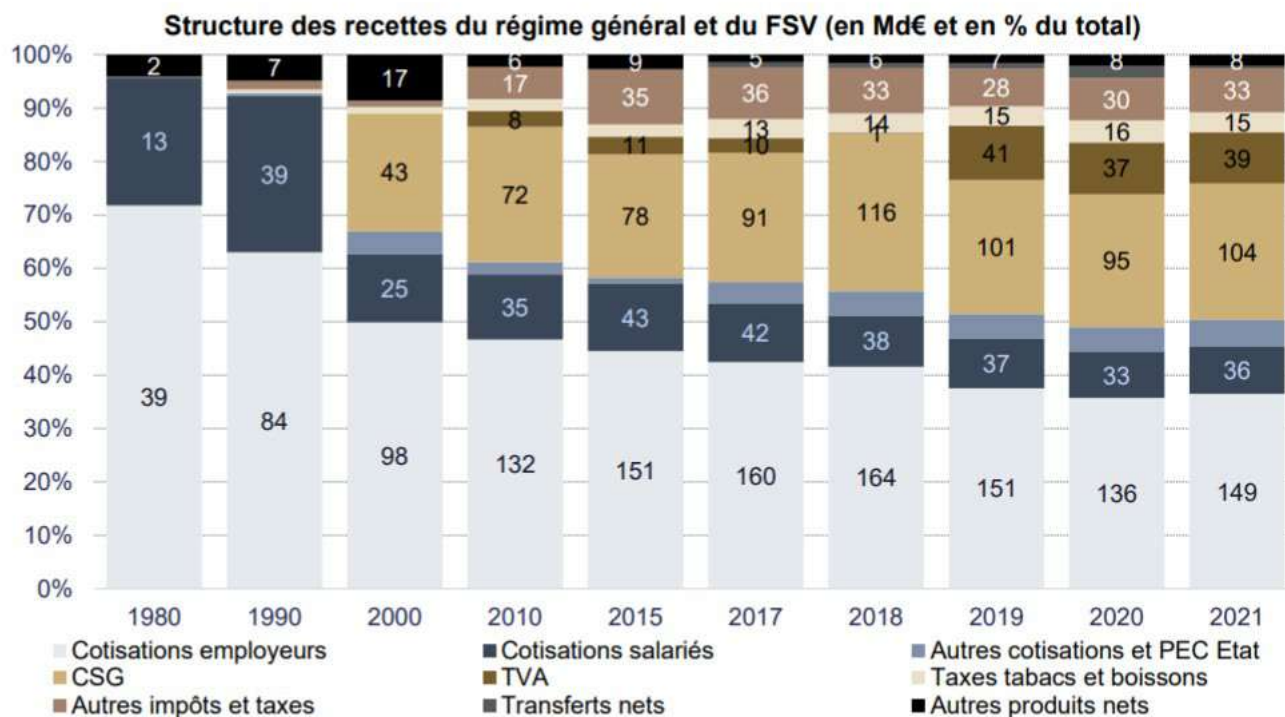
2. La fiscalisation progressive

Années 80, des taxes sont affectées au financement de la Sécurité sociale.

1991 création de la CSG : modification profonde et durable du financement avec comme principes :

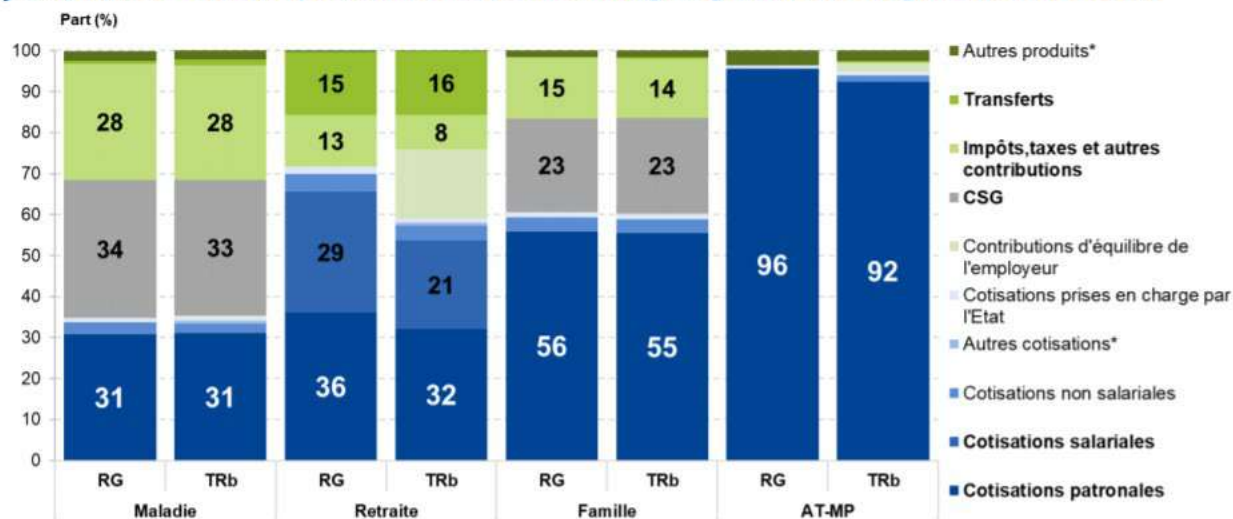
- Assiette très large (travail, remplacement, capital, jeux)
- Caractère fiscal (imposition de toute nature)
- Affectée au financement de la protection sociale (assurance maladie, des prestations familiales, du fonds de solidarité vieillesse et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et l'AC).

Le schéma montre que la part du financement par cotisation s'est amenuisée depuis les années 90, années où les cotisations représentaient plus de 90 % du financement. La césure se produit en 1991 avec la CSG et le mouvement va progressivement se consolider et se traduire par un poids de cotisation à peine supérieur à 50 %.



La répartition du poids de l'imposition par risque montre qu'il s'opère principalement au bénéfice de l'assurance maladie. Le transfert de la cotisation salariale « maladie » vers la CSG en 2021 conforte cette orientation (ne reste plus que la cotisation employeurs à 7,5 %).

Graphique 2 • Structure par branche des recettes du régime général et des régimes de base en 2019



RG : Régime général; TRb : Tous régimes de base

Sources : Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale pour les données du régime général ; Annexe C au PLFSS pour 2019 pour les données portant sur l'ensemble des régimes de base.

* Cf. précisions méthodologiques



Les déficits perdurent car les dépenses restent plus dynamiques que les ressources.

Création, par l'ordonnance 96-50 du 24 janvier 1996, de la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES), chargée d'amortir la dette sociale en la finançant par l'emprunt sur le marché international des capitaux.

205,3 milliards d'euros de dette sociale amortie et refinancée sur un total de 320,5 milliards d'euros repris depuis la création de la CADES. Il reste 115 milliards d'€ à amortir.

La CRDS a renforcé le caractère fiscal du dispositif car cette contribution répond aux mêmes critères d'assiette que la CSG. Elle a un taux de 0,5 % reposant sur une assiette élargie comme la CSG (revenu du travail, de remplacement, de capitaux, de jeux).

3. Les acteurs : le renforcement permanent du rôle de l'Etat

Mais l'Etat s'oppose à donner trop de prérogatives à la Sécurité sociale qui aurait abouti à constituer un pouvoir concurrent :

- le ministère se méfie des représentants des assurés dans les caisses
- au début, la Sécurité sociale est sous la tutelle du ministère du Travail, le ministère de la Santé se montre hostile à renforcer la prééminence de celle-ci

=> Un caractère paradoxal : principal financeur de l'hôpital public (90 % des ressources), la Sécurité sociale n'exerce qu'un rôle mineur dans la gestion de la dépense ; son rôle s'est progressivement cantonné au règlement des factures et à leur simple contrôle de conformité.

A l'occasion des différentes réformes opérées, l'Etat va renforcer sa prééminence dans l'organisation et la gestion des soins hospitaliers.

Au niveau national

Parlement : le rôle de voter la Loi de Financement de la Sécurité Sociale, consacré par une réforme constitutionnelle

- En matière de santé, la politique de maîtrise des dépenses se traduit par la fixation d'un objectif de dépense, sur lequel le parlement délibère : l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) .
- Le financement des établissements fait l'objet d'une dotation globale limitative déterminée en fonction de l'objectif national des dépenses fixé par les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (ONDAM).

=> Cette réforme marque un recul du modèle de démocratie sociale au profit d'une démocratie politique car les prérogatives nouvelles du Parlement s'accompagnent d'une moindre responsabilité des partenaires sociaux.

Au niveau local

- Les ARH sont créées avec pour objectif de mettre un terme à la confusion des missions et des activités des hôpitaux de leur territoire en développant une politique régionale de santé, englobant la médecine de ville et le médico-social.
- Le processus de prise en main de l'organisation des soins se conforte avec la transformation des ARH en ARS, administration d'Etat qui sont chargées en région de coordonner l'ensemble des soins et avec l'assurance maladie de maîtriser la dynamique d'évolution des dépenses.

Conclusion

Pour conclure, je citerai les propos de M. Daniel Moinard, directeur général honoraire de CHU lors de la remise des insignes de Chevalier dans l'ordre national du Mérite à M. Marec, « *L'hôpital public aujourd'hui n'existerait pas sans la Sécurité sociale.* »

La prise en charge par la Sécurité sociale sur toute la période a accompagné le développement de l'hôpital public sur l'ensemble des champs : excellence technique, formation, qualité, tout en permettant de concilier liberté de choix et accès généralisé du patient.

Cela s'est traduit notamment par une évolution du financement à base uniquement professionnelle (cotisation) vers un financement à assiette élargie de nature fiscale.

Un renforcement du pilotage par l'Etat au détriment de l'ambition de 1945 de créer une démocratie sociale qui confiait aux partenaires sociaux la gestion de la Sécurité sociale mais cohérent avec l'élargissement de l'accès aux soins à tous.