

Janvier 2018

DÉCRYPTAGES

Les fiches outils à destination des élus

ASSURANCE MALADIE : QUEL MODÈLE POUR PROTÉGER L'ENSEMBLE DE LA POPULATION ?

En 2016, l'ensemble des dépenses de santé représentaient 11% du PIB, ce qui plaçait la France dans la moyenne des pays européens les plus développés. Depuis de nombreuses années, ces dépenses tendent à augmenter plus vite que le PIB sous l'effet conjugué du vieillissement de la population, et surtout du progrès technologique. Celui-ci améliore l'état de santé et l'espérance de vie, à un coût croissant. Pour la France, les indicateurs de l'état de santé de la population sont relativement satisfaisants, par comparaison avec les pays les plus avancés de l'OCDE. Néanmoins, pour l'avenir, les sujets de préoccupations concernant l'assurance maladie, sur laquelle nous concentrons notre propos, sont nombreux. En effet, la montée en puissance des assurances complémentaires privées est un facteur d'inégalité dans la couverture maladie de la population, et elle favorise l'inflation des dépenses de santé. D'une manière générale, reporter une part grandissante de l'assurance maladie sur les complémentaires ne résout en rien les problèmes de financement, car finalement ce sont toujours les ménages qui paient sous forme de cotisations, de CSG, ou de primes d'assurance.

éthix

37, rue de La Rochefoucauld - 75009 Paris
Tél. 01 58 53 53 00 - Fax. 01 43 49 08 14
www.ethix.fr - courrier@ethix.fr

L'INTERVENTION DE L'ÉTAT EST NÉCESSAIRE, POURQUOI ? COMMENT ?

Un marché de l'assurance maladie entièrement libre, où chaque individu choisirait de s'assurer ou non à des compagnies privées en situation de concurrence pure, ne pourrait fonctionner, et aboutirait à ne protéger que les personnes en bonne santé, et les plus riches. En effet dans ce cadre, seuls les « bons risques » seraient acceptés par les compagnies d'assurances. Les « mauvais risques », les personnes en mauvaise santé, seraient rejetés, ou soumis à des tarifs prohibitifs. A l'inverse, du côté des utilisateurs, les personnes en bonne santé auraient tendance à ne pas s'assurer.

C'est pourquoi, les États dans la plupart des pays développés, et en premier lieu les pays européens, ont mis en place des régulations pour supprimer ou, à tout le moins, limiter le plus possible les échecs du marché de

l'assurance maladie tels qu'ils sont énoncés ci-dessus. Les deux règles fondamentales qui sont imposées par la loi sont que l'assurance maladie est obligatoire pour tous, et que les assureurs ne doivent pas discriminer entre les risques (pas « d'écémage »). En d'autres termes chacun doit pouvoir s'assurer aux mêmes conditions, quel que soit son état de santé, et son âge. On parvient donc, pour chaque État, à un principe de mutualisation des risques de maladie, et de solidarité entre tous les usagers, quel que soit leur état de santé. Ce principe est de plus justifié par le fait qu'un individu soigné dans le cadre de l'assurance maladie protège sa propre santé, mais aussi celle des autres, en évitant les risques de contagion et d'épidémie.

LES SYSTÈMES D'ASSURANCE MALADIE DANS LES PAYS DE L'OCDE : L'EXEMPLE DE L'ALLEMAGNE, DE LA FRANCE, DU ROYAUME-UNI ET DES ÉTATS-UNIS

En Europe, le financement de l'assurance maladie est très majoritairement public et il existe deux grands modèles d'organisation du financement de l'assurance maladie.

Une gestion qui est centralisée par un organisme national : c'est le cas de la France et du Royaume-Uni, avec néanmoins des différences importantes entre ces deux pays, notamment en matière de financement, qui est budgétaire au Royaume-Uni, et par les cotisations salariales et la CSG en France.

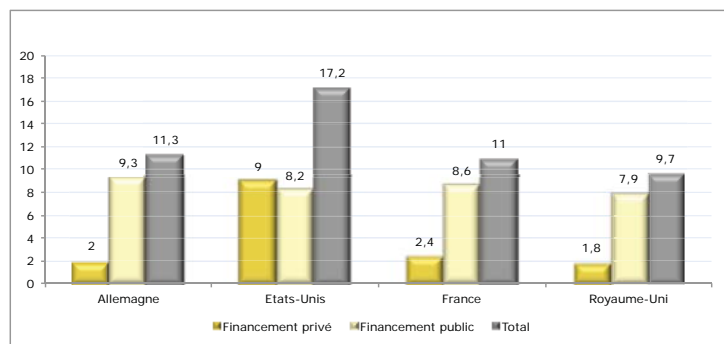
Une gestion plus décentralisée où des caisses d'assurance maladie, dont la gestion est strictement encadrée par la réglementation de l'État, ont en charge la collecte des cotisations et le paiement des prestations. C'est le cas de l'Allemagne où il existe des caisses d'assurance maladie de droit public autonomes qui encaissent les cotisations des travailleurs, et effectuent les remboursements des frais médicaux.

L'assurance maladie est, par l'intermédiaire des assurés, l'acheteur des soins et des médicaments. Elle ne peut donc se désintéresser des coûts et des tarifs pratiqués par le système de santé (coût de l'hospitalisation,

Contenu des dépenses de santé

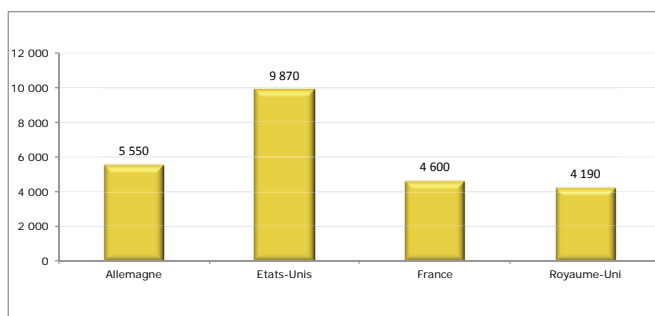
Dans la comptabilité nationale, les dépenses de santé sont la somme de toutes les dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. Elles comprennent la consommation de soins hospitaliers, de soins de ville (cabinets libéraux, laboratoires), les médicaments, les biens médicaux (optique notamment), le transport des malades, les soins de longue durée, les indemnités journalières (maladie, maternité), les dépenses de prévention, les coûts de gestion du système d'assurance maladie.

PART DES DÉPENSES DE SANTÉ DANS LE PIB (EN %) EN 2016



Source : OCDE, *Health at a glance*, 2017, p 133 et 135. Par financement public, il faut entendre le financement par le budget de l'État et des organismes publics de protection sociale, par financement privé : le coût des assurances complémentaires privées et le reste à charge des patients.

DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ PAR HABITANT, EN DOLLARS EN 2016



Source : OCDE, *Health at a glance*, 2017, p 133 et 135

rémunération des médecins). En Europe, quel que soit le système d'assurance, les coûts et les prix pratiqués par le système de santé sont contrôlés ou régulés par l'État. Il s'agit de limiter le coût de l'assurance maladie obligatoire, dont le financement est très majoritairement public. Les financements privés : compagnies d'assurance et mutuelles, ainsi que le reste à charge des patients, ne sont pas négligeables, en particulier en France.

Les États-Unis se distinguent par des dépenses de santé très élevées, prioritairement financées par des compagnies d'assurances privées. Mais la charge financée sur budgets publics (État fédéral et les États fédérés) est également importante. Finalement rapportées à l'ensemble de la population, en 2016, les dépenses totales de santé (tous financements confondus) par habitant étaient deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en France ou au Royaume-Uni.

Naturellement, le montant des dépenses de santé doit être mis en regard des performances de chaque système. Nous avons retenu dans le tableau ci-dessous, certains indicateurs parmi les plus significatifs¹.

TABLEAU 1 : RANG DE CHAQUE PAYS DANS LE CLASSEMENT DE L'OCDE QUI COMPREND 35 PAYS, EN 2015.

	Allemagne	États-Unis	France	Royaume-Uni
Espérance de vie à la naissance des hommes	23	27	15ème	15
Espérance de vie à la naissance des femmes	23	30	3ème	24
Espérance de vie à 65 ans (hommes et femmes)	24	26	2ème	20
Mortalité par maladies cardio-vasculaires	22	24	3ème	21

Source : *Health at a glance*, 2017, p 22. Le tableau se lit de la façon suivante. Pour ce qui est de l'espérance de vie des hommes, le pays qui est classé 1er est celui où l'espérance de vie est la plus élevée, celui qui est placé 35ème est celui où elle est la plus faible. Dans ce classement le Royaume-Uni et la France sont ex-aequo à la 15ème place, l'Allemagne sont 23ème et les États-Unis 27ème.

1. Une batterie complète d'indicateurs de santé publique est fourni par : OCDE, 2017, *Health at a glance*.

Le classement de la France parmi les grands pays de l'OCDE est relativement favorable. Les États-Unis se distinguent par un système de santé particulièrement coûteux et des mauvais résultats en termes de santé publique. Ce pays fournit une très bonne illustration des dérives d'un système d'assurance maladie laissé en bonne partie à la libre entreprise. Avant la réforme introduite par le président Obama (en 2014), l'assurance maladie n'était pas obligatoire, et les compagnies d'assurances privées étaient libres d'accepter ou non les personnes qui voulaient s'assurer. Seules les personnes fortunées étaient correctement couvertes². Néanmoins l'État fournissait des soins gratuits ou quasi-gratuits à certaines personnes démunies, notamment les personnes

de plus de 65 ans. Le résultat est que les mauvais risques n'étant pas couverts par les assurances privées, les finances publiques dépensaient presque autant qu'en France ou en Allemagne pour couvrir les besoins d'une partie limitée de la population (il faut noter que les données pour l'année 2013, juste avant la réforme ne sont pas très différentes de celles de l'année 2016). La réforme Obama, introduite en 2014, a eu pour objectif de rendre l'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents auprès de compagnies qui sont restées privées, moyennant une subvention de l'État fédéral pour les ménages à bas revenu. Le président Trump a supprimé cette obligation d'assurance, en décembre 2017, et le sort de la réforme Obama apparaît incertain.

POUR LA FRANCE, LE DILEMME : ASSURANCE MALADIE PUBLIQUE / ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES PRIVÉES

Même si les résultats globaux du modèle français apparaissent très honorables parmi les pays développés, les préoccupations importantes, qui apparaissent dans plusieurs rapports officiels³, concernent les inégalités dans la couverture des usagers, et les perspectives de financement de l'assurance maladie.

1. En 2015, le total des dépenses (y compris ALD : Affectation de longue durée) s'élevait à 262 milliards d'euros⁴. Elles étaient couvertes pour 80,7% par le système de sécurité sociale, 13% par les assurances complémentaires de santé privées, et 6,3% restaient à la charge des ménages (soit un reste à charge moyen annuel de 550 euros par ménage). Mais ces moyennes cachaient de fortes disparités. En effet, si les affectations de longue durée étaient remboursées à 100% par le système de sécurité sociale, l'ensemble des soins hors

ALD n'était couvert qu'à 60%, et les taux étaient très inférieurs pour les soins dentaires par exemple.

2. De plus, ces mêmes rapports officiels critiquent le recours de plus en plus important aux assurances complémentaires privées. En effet, reporter le financement de l'assurance maladie sur celles-ci n'allège en rien la charge financière qui pèse sur les ménages, bien au contraire. C'est bien la totalité des dépenses de santé qu'il faut maîtriser, et pas seulement les prélèvements obligatoires. De ce point de vue, il faut noter que les coûts de gestion des complémentaires s'élevaient à 6,9 milliards en 2015, et à 8,2 milliards pour l'assurance maladie publique, soit respectivement 46 % et 54% du total, alors que l'assurance publique gérait un volume de remboursement six fois supérieur aux premières. Une différence qui s'explique en partie par le fait que

2. Il existait de multiples contrats d'assurance qui protégeaient les personnes très inégalement, suivant leur niveau de revenu, contre le risque de maladie.

3. Askenazy Ph., Dormont B., Geoffard P.Y, Paris V. (2013), *Pour un système de santé plus efficace*, note du CAE n.8, Juillet. Dormont B., Geoffard P.Y., Tirole J. (2014), *Refonder l'assurance-maladie*, note du CAE n. 12, avril. Ces deux rapports sont disponibles sur www.cae-eco.fr

4. DREES (2016), *Les Comptes nationaux de la santé en 2015*, disponible sur drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/

les complémentaires sont très hétérogènes, et traitent de nombreux petits dossiers (absence d'économie d'échelle). De plus les frais commerciaux pour la promotion et la vente de leurs contrats sont élevés⁵.

Le système des complémentaires santé est en outre considéré comme inégalitaire et inflationniste. L'obligation faite aux entreprises privées d'assurer tous leurs salariés est assortie d'avantage fiscaux et sociaux dont ne bénéficient pas les non-salariés (travailleurs indépendants, personnes âgées, chômeurs...). Pour les personnes les mieux couvertes par ces complémentaires, la générosité de la couverture peut encourager les dépassements d'honoraires et les hausses des tarifs des dispositifs médicaux. De plus le remboursement partiel ou total du ticket modérateur du secteur public par certaines complémentaires rend inopérant un dispositif qui a pour objectif de responsabiliser les patients.

A court terme, ces rapports préconisent de réglementer davantage le marché des assurances complémentaires.

Ces dernières ne pourraient que proposer un petit nombre de contrats-types, plus lisibles pour les assurés, permettant une meilleure information des consommateurs, et une véritable concurrence par les prix. A long terme, ils proposent d'instaurer un panier de soins et de médicaments solidaire unique, qui ne serait remboursé que par le système public, avec un taux de remboursement proche de 100%, et néanmoins un faible ticket modérateur. Les assurances privées ne seraient plus complémentaires, mais « supplémentaires », se reportant exclusivement sur les soins et les médicaments de confort, non remboursés par le système public.

La difficulté du remède proposé est d'opérer la distinction entre le panier unique et solidaire de soins et de médicaments, considéré comme nécessaire à l'ensemble de la population d'une part, et les médicaments et soins de confort d'autre part. C'est une difficulté technique, mais aussi politique, car il est à craindre que le panier unique ne soit vidé progressivement d'une partie de sa substance.

*Dominique REDOR - Professeur Émérite à l'université de Paris-Est
domredor@free.fr*

5. DREES (2016), *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties*, disponible sur drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/