



Refonder l'assurance-maladie

Les notes du conseil d'analyse économique, n° 12, avril 2014

La France se distingue par la mixité de son système d'assurance-maladie. Deux types d'opérateurs concourent à la couverture des mêmes soins : la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. Une telle organisation entraîne des coûts de gestion élevés et favorise la hausse des prix des soins. La régulation actuelle des complémentaires encourage aussi la sélection des risques, ce qui produit des inégalités dans l'accès à l'assurance et aux soins.

Aujourd'hui, les tickets modérateurs sont couverts par les assurances complémentaires et les exonérations sociales dont bénéficient les contrats collectifs encouragent des couvertures étendues qui alimentent la progression des dépassements d'honoraires, ce qui nuit à l'accès aux soins des individus moins bien couverts. En outre, le foisonnement des contrats d'assurance complémentaire rend l'offre difficilement lisible pour les individus, ce qui entrave les mécanismes concurrentiels. Enfin, les complémentaires n'ont pas les moyens de piloter l'offre de soins.

On peut maîtriser en partie la dépense de soins en agissant du côté des patients pour les dépenses sur lesquelles ils ont une marge de décision. Mais l'essentiel des gains d'efficacité est à attendre de la mise en place des conditions d'une réelle contractualisation avec les offreurs de soins. Ces conditions dépendent *a minima* d'une réforme à court terme de l'organisation de l'assurance-maladie en France, mais c'est une refonte du système qui en définirait véritablement les bases.

Du côté des patients, nous proposons de couvrir à 100 % les soins hospitaliers à l'exception d'un forfait journalier

ramené à 8 euros, et de remplacer le ticket modérateur et les diverses participations financières en place pour les soins ambulatoires par une franchise et un co-paiement. L'ensemble ne doit pas être couvert par les assurances mais doit être plafonné. Il peut être modulé ou supprimé pour les personnes à bas revenu.

Une réforme de court terme de l'assurance respecterait les périmètres d'intervention de la Sécurité sociale et des complémentaires. Il faudrait associer les complémentaires à la contractualisation avec les offreurs de soins et stimuler la concurrence dans ce secteur, par la définition d'un contrat homogène que tout organisme d'assurance complémentaire devrait offrir, et par la suppression des exonérations sociales favorisant les contrats collectifs.

Mais, à terme, il nous semble impératif de mettre fin à ce système mixte d'assurance. Deux scénarios sont possibles : une version publique décentralisée et une version avec des caisses d'assurance en concurrence régulée. Ces deux versions reposent sur un financement identique par cotisations proportionnelles aux revenus et offrent les mêmes garanties de solidarité entre bien-portants et malades et entre hauts et bas revenus. L'enjeu principal n'est pas le choix entre acteurs privés ou publics, mais la qualité de la couverture et l'instauration de mécanismes incitant à l'efficacité des dépenses de soins. Sortir de l'organisation actuelle est un objectif difficile à atteindre, car il bouscule le paysage actuel où sont présents des acteurs à l'assise historique importante. Cependant, le coût du *statu quo* nous semble suffisamment élevé pour inviter le décideur public à s'engager dans cette direction.

Cette note est publiée sous la responsabilité des auteurs et n'engage que ceux-ci.

La dépense de santé est plus élevée en France que dans beaucoup d'autres pays développés alors que les performances du système de santé ne sont pas exceptionnelles, notamment en ce qui concerne les inégalités sociales de santé. Financé par une assurance-maladie universelle offrant des remboursements partiels complétés par des assurances complémentaires, le système français est à la fois source d'inégalités et d'inefficacité.

La politique menée actuellement vise à améliorer la couverture des citoyens par une extension de la couverture complémentaire, sans remettre en cause les acteurs de l'assurance-maladie, ni leur périmètre d'intervention. Le *design* de l'assurance-maladie est pensé indépendamment de la question du pilotage de l'offre de soins.

Notre premier constat est que l'organisation de l'assurance-maladie en France ne permet pas de concrétiser les principes fondateurs de notre système, connus sous le nom de « pacte de 1945 » et résumés par la maxime : « de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins ». En France, la couverture est large mais ne protège pas les individus contre le risque de « restes à charge » très élevés. Dans ce cas, l'accès aux soins implique un coût qui n'est pas proportionné aux moyens financiers de l'individu, ce qui contrevient au principe « de chacun selon ses moyens ». En outre, alors que les inégalités sociales de santé sont particulièrement marquées dans notre pays¹, les ressources émanant de l'assurance-maladie pour les dépenses de ville sont allouées en fonction des dépenses effectives constatées, ce qui ne respecte pas l'idée de prestations servies « à chacun selon ses besoins ».

Notre second constat est que le système français n'est pas viable à moyen terme car il ne comporte aucun mécanisme véritable de pilotage de l'offre de soins. Au contraire, l'organisation de son financement va dans l'autre sens, avec de nombreux mécanismes qui jouent en faveur d'une dépense excessive. Bien couvrir les individus sans maîtriser les prix des soins, c'est à terme condamner le système. Il est vain de chercher à améliorer la couverture sans chercher à maîtriser les dépenses.

Sans aborder la question de la dépendance, qui ne fait pas partie du champ de cette *Note*, nous proposons des pistes à court terme pour améliorer notre système d'assurance-maladie, au sens d'une couverture des soins plus protectrice et d'une meilleure efficacité de la dépense.

Cependant, il est impératif d'envisager une refonte du système. Actuellement, il offre une couverture dite « mixte » car deux financeurs, la Sécurité sociale et les assurances complémentaires, contribuent à la couverture des mêmes soins. Il faut rompre avec ce système mixte pour véritablement gagner en

efficacité de la dépense. Deux scénarios sont envisageables pour sortir de cette mixité : une gestion publique décentralisée ou des assurances plurielles en concurrence régulée.

État des lieux : performances et conception du système français

Tout système d'assurance doit à la fois limiter les risques supportés par l'assuré et le responsabiliser afin qu'il participe au contrôle des dépenses. En effet, un dérapage des dépenses, qu'il soit couvert ou non par l'assurance, est toujours financé *in fine* par les ménages. Dans le cas de la santé, la responsabilisation des assurés trouve ses limites dans les difficultés d'accès aux soins qu'elle peut entraîner : le contrôle des dépenses passe avant tout par une responsabilisation des offreurs de soins, afin qu'ils délivrent des soins appropriés pour un coût modéré. Les performances du système d'assurance-maladie en France sont notablement insuffisantes quant aux deux objectifs de couverture des risques et de maîtrise des dépenses.

Des performances insuffisantes en matière de couverture

Mis en place à partir du programme du Conseil national de la Résistance, notre système de Sécurité sociale est réputé garantir la solidarité sur un mode universel. Les concepteurs du système ont toutefois prévu dès l'origine une couverture incomplète des dépenses de soins, laissant une place aux protections complémentaires facultatives. Officiellement, le ticket modérateur visait à limiter la dépense en faisant payer une partie du coût des soins par le patient. En pratique, il a été pris en charge par les organismes d'assurances complémentaires.

En France, la Sécurité sociale et les assurances complémentaires se partagent la couverture des soins : les dépenses de santé sont couvertes à 76,7 % par la Sécurité sociale et l'État et à 13,7 % par les organismes d'assurances complémentaires. Le reste du financement, soit 9,6 % de la dépense, est payé directement par les ménages. Ce taux moyen de paiement direct est l'un des plus bas d'Europe, mais il recouvre de grandes hétérogénéités, avec des restes à charge très importants pour certains patients.

La branche maladie de la Sécurité sociale est en déficit chronique. Des plans de redressement se sont succédé depuis les années cinquante, associant hausses de prélèvements et baisses de prise en charge, *via* les tickets modérateurs et l'introduction de remboursements, franchises et forfaits. Les

Cette *Note* fait suite aux propositions du CAE pour améliorer l'efficacité du système de santé. Nous remercions Valérie Paris pour son aide précieuse, Jézabel Couppey-Soubeyran et Hélène Paris pour leur soutien, ainsi que les membres du CAE pour les discussions lors de la réunion interne.

¹ Cf. Askenazy P., B. Dormont, P.-Y. Geoffard et V. Paris (2013) : « Pour un système de santé plus efficace », *Les Notes du CAE*, n° 8, juillet.

tickets modérateurs instaurés dès la création de l'assurance-maladie ont été fixés à des niveaux assez élevés : 30 % pour une consultation médicale, 20 % des frais d'hospitalisation², etc. Aujourd'hui non plafonnés, ils sont pris en charge par les couvertures complémentaires. De nombreux co-paiements ont été introduits depuis 2004 : les patients doivent payer des « participations forfaitaires » de 1 euro par consultation médicale, analyse de biologie ou d'imagerie et de 18 euros pour les actes dont le tarif remboursable dépasse 120 euros. D'autres co-paiements, appelés « franchises », ont été créés en 2007 : 50 centimes par boîte de médicaments et par acte paramédical et 2 euros par trajet pour les transports sanitaires, avec un plafonnement annuel de 50 euros. Créé en 1983, le forfait hospitalier correspond à une participation des malades aux frais hôteliers. Il est actuellement de 18 euros par jour d'hospitalisation.

La mise en place de ces participations financières s'est accompagnée de dispositifs compensatoires en direction des plus modestes et des plus malades : la CMU-C³ offre depuis 2000 une couverture complémentaire gratuite aux personnes à bas revenus ; les assurés affectés d'une maladie chronique figurant dans la liste des affections de longue durée (ALD) bénéficient d'une prise en charge à 100 % pour les soins liés à cette affection. La combinaison de ces dispositifs aboutit à une couverture moyenne par la Sécurité sociale très hétérogène entre les assurés sociaux, avec un taux de couverture relativement faible pour l'immense majorité des assurés (82,4 %) qui ne bénéficient pas du régime des ALD : en 2010 leur couverture était de seulement 59,7 % (tableau 1).

1. Taux de couverture moyen par la Sécurité sociale pour les consommateurs en 2010, en %

	Non-ALD ^a	ALD ^a	Total
Ensemble des soins	59,7	88,0	75,0
Soins ambulatoires hors optique	56,6	86,0	71,8
Soins ambulatoires y compris optique	51,6	84,0	67,7
Hôpital	88,6	95,1	92,9
Part dans la population des consommateurs	82,4	17,6	100,0

Note : ^a Affection de longue durée.

Source : HCAAM (2012).

L'analyse de la couverture doit tenir compte de la grande concentration des dépenses de soins : chaque année, 50 % des dépenses couvertes par la Sécurité sociale concernent seulement 5 % des assurés. Cette caractéristique découle simplement de la valeur des traitements : leur coût peut dans certains cas atteindre des valeurs extrêmes qui dépassent les capacités financières des ménages les plus fortunés.

L'obligation d'assurance imposée en France, comme dans la plupart des pays développés, permet de partager ces risques extrêmes à l'échelle de la population.

Cependant, les individus peuvent se trouver exposés à des restes à charge⁴ considérables lorsque l'assurance n'offre qu'une couverture partielle sans plafonnement des restes à charge, comme c'est le cas en France (*cf. supra*).

En 2010, le reste à charge moyen pour les personnes ayant « consommé » des soins est de 498 euros, dont 456 euros pour les soins de ville et 41 euros pour les soins hospitaliers. Mais du fait de la concentration des dépenses de soins, ces moyennes représentent mal les risques encourus : pour les soins de ville, 1 % des assurés ont un reste à charge moyen de 4 026 euros ; pour l'hôpital 1 % des assurés ont un reste à charge moyen de 945 euros. Ces sommes résultent de l'application du ticket modérateur, mais aussi du fait que les remboursements de la Sécurité sociale se basent sur des tarifs conventionnels, alors que des dépassements d'honoraires peuvent être demandés par les médecins du secteur 2 et que les prix de certains biens médicaux, notamment pour l'optique, et les prothèses dentaires et auditives, sont très supérieurs aux bases de remboursement de la Sécurité sociale. Plus de la moitié du reste à charge du centile supérieur, soit 2 684 euros, résulte de la « liberté tarifaire » (tableau 2).

2. Dépenses annuelles à la charge des assurés après remboursement par la Sécurité sociale^a, en euros

	Ensemble	Par type de dépense		Par type de tarif	
		Soins de ville	Hôpital	Tarif opposable	Liberté tarifaire
D1	18	18	0	18	0
D5	221	215	6	181	40
D10	2 090	1 812	278	985	1 105
C100 ^b	4 971	4 026	945	2 287	2 684
Ensemble	498	456	41	286	212

Notes : ^a Moyennes par déciles et pour le dernier centile, pour les consommateurs en 2010 ; ^b Sur 2008-2010, la valeur moyenne cumulée du reste à charge des personnes situées dans le dernier centile de consommation est égale à 10 106 euros.

Source : HCAAM (2012).

Ces sommes expliquent en grande partie le renoncement aux soins que l'on peut observer chez les personnes non couvertes par des complémentaires⁵. Les détenteurs de complémentaires sont eux-mêmes couverts de manière très hétérogène : d'un côté, 47 % des contrats ne couvrent pas les dépassements d'honoraires⁶ ; de l'autre, des couvertures trop généreuses sont parfois offertes, surtout dans le cadre des contrats collectifs.

² Ne sont pas soumis à ticket modérateur les accouchements, les personnes en affection longue durée et les séjours comportant un acte chirurgical.

³ Couverture médicale universelle-complémentaire.

⁴ Ici, on appelle « restes à charge » les sommes non couvertes par l'assurance-maladie dans les dépenses donnant droit à remboursement : elles incluent les tickets modérateurs, les participations forfaitaires, les « franchises », le forfait hospitalier et les dépassements au-delà des tarifs opposables.

⁵ 32 % des personnes non couvertes déclarent avoir renoncé à des soins dans l'année, un taux plus de deux fois plus élevé que celui observé chez les détenteurs d'une complémentaire, *cf. Desprès C., P. Dourgnon, R. Fantin et F. Jusot (2011) : « Dépense de santé et accès financier aux services de santé » in Les comptes de la santé 2010, Série Statistiques, DREES, n° 161, pp. 85-96, septembre ; voir aussi HCAAM (2012) : Rapport annuel 2012, p. 24.*

⁶ Garnero M. et V. Le Palud (2013) : « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », *Études et Résultats*, DREES, n° 837, avril.

La complémentaire santé est-elle accessible à tous au-dessus du plafond CMU ? Avant l'extension des complémentaires d'entreprises prévue en application de la loi de 2013 sur la sécurisation de l'emploi, environ 40 % des détenteurs d'une assurance complémentaire en bénéficient déjà grâce à un contrat collectif d'entreprise. Pour les autres, l'accès à la complémentaire est facultatif. Il passe par le paiement d'une prime souvent indépendante du revenu et croissante avec l'âge. Le financement apparaît alors dégressif : en 2006, la part du revenu consacrée à l'achat d'une complémentaire hors employeur était de 2,3 % pour les 10 % des ménages les plus aisés mais il pouvait atteindre 8 % pour les 10 % les plus modestes non éligibles à la CMU-C⁷. Un tel effort pour la seule complémentaire santé peut sembler prohibitif aux ménages modestes et les conduire à renoncer à l'assurance. En moyenne, une faible proportion de la population (4,2 %) n'avait pas d'assurance complémentaire en 2010. Mais cette proportion atteignait 8,5 % chez les 20 % des ménages les plus modestes⁸.

Une conception défectueuse

La France se distingue par la mixité de son système d'assurance : une telle organisation ne se retrouve chez aucun de nos grands partenaires européens⁹. Elle est particulièrement coûteuse car elle entrave la maîtrise des dépenses de santé et implique des coûts de gestion élevés. En outre, la régulation du secteur ne permet pas que la concurrence joue en faveur d'une modération du prix des soins et des primes d'assurances complémentaires.

Le défaut de coordination pour la maîtrise des dépenses

À niveau de couverture donné, un assureur doit chercher à maîtriser les dépenses de soins afin d'être compétitif. Les mécanismes aptes à limiter les coûts sont :

- du côté de la demande de soins, des co-paiements incitant l'assuré à ne pas surconsommer des soins, dans la limite des soins dont la consommation peut être influencée par le comportement du patient ;
- du côté de l'offre, une contractualisation avec les offreurs de soins spécifiant des tarifs et des formes de paiements incitant à la qualité et à l'efficacité des soins délivrés.

En France, la mise en place de tels mécanismes est entravée par le défaut de coordination entre la Sécurité sociale et les organismes complémentaires.

Du côté de la demande, si le ticket modérateur est utile, on comprend mal pourquoi une complémentaire et ses clients seraient autorisés à s'entendre sur le dos de la Sécurité sociale pour en annuler les bénéfices incitatifs. Depuis 2006, une disposition fiscale favorise l'offre de contrats dits « responsables », qui ne doivent couvrir ni la participation forfaitaire de 1 euro, ni les « franchises » et les majorations de ticket modérateur qui pénalisent un non-respect du parcours de soins. Mais ces dispositions sont timides en comparaison de l'ampleur des tickets modérateurs qui restent entièrement couverts, et dont on ne comprend pas le rôle, sinon celui d'ouvrir une part de marché aux organismes complémentaires.

Du côté de l'offre de soins, les carences sont encore plus marquées. Dans les systèmes de concurrence régulée entre caisses d'assurances (voir encadré), la maîtrise des coûts passe par une contractualisation avec les offreurs de soins, avec pour les assureurs l'aiguillon constitué par la recherche de compétitivité. En France, les incitations à l'efficacité sont faibles pour les assureurs : la Sécurité sociale est en monopole et l'organisation actuelle des complémentaires dénature la concurrence entre organismes (*cf. infra*).

En tout état de cause, l'organisation en système mixte est un obstacle à une réelle contractualisation. Celle-ci signifierait une action concertée de la Sécurité sociale et de la complémentaire de l'assuré pour négocier avec l'offreur de soins ou mettre en concurrence des offreurs de soins. Ce processus devrait respecter les principes d'une concurrence équitable entre les assureurs complémentaires. En d'autres termes, il faudrait que la Sécurité sociale s'engage avec chaque offreur de soins dans autant de négociations qu'il y a d'assureurs, tout en veillant à respecter l'égalité de traitement entre eux ! Une mission impossible. Actuellement, le peu de contractualisation mise en place émane de la Sécurité sociale, à l'exception de secteurs comme l'optique ou le dentaire, où les faibles taux de remboursement par la Sécurité sociale laissent une place importante aux complémentaires¹⁰. Il faut dire que les organismes complémentaires n'ont pas accès aux données individuelles des assurés, détenues par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Intervenant en aval, elles ne reçoivent que les informations administratives permettant de procéder au remboursement, sans pouvoir agir pour plus d'efficacité.

⁷ Jusot F., C. Perraudin et J. Wittwer (2012) : « L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de famille 2006 », *Économie et Statistique*, n° 450, juin.

⁸ Dougnon P., S. Guillaume et T. Rochereau (2012) : « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », *Les Rapports de l'IRDES*, n° 1886.

⁹ Des assurances supplémentaires existent dans de nombreux pays, mais elles couvrent d'autres soins que ceux du panier de base. La spécificité française c'est que le même soin, par exemple, une consultation, soit remboursé à 70 % par la Sécurité sociale et à 30 % par une complémentaire.

¹⁰ Des réseaux de soins ont été mis en place par les complémentaires pour l'optique et les prothèses dentaires et auditives, voir HCAAM (2013) : « La généralisation de la couverture complémentaire en santé ». Sous couvert d'indépendance professionnelle, les médecins sont hostiles à tout réseau de soins qui serait développé par une complémentaire santé. Le Conseil de l'Ordre et les syndicats de médecins étaient aussi très opposés à tout paiement à la performance, avant que les primes proposées par la CNAMTS en contrepartie de performances mesurées par des indicateurs de la qualité de la pratique emportent un réel succès auprès des médecins. Voir Dormont B. (2013) : « Le paiement à la performance ? : contraire à l'éthique ou au service de la santé publique ? », *Les Tribunes de la Santé*, n° 40, pp. 53-61, mars.

Un système coûteux et subventionné

Le système français d'assurance-maladie est coûteux en frais de gestion, mais aussi en dépenses fiscales pour faire tenir cet édifice complexe et semi-privé dans le moule du pacte de 1945. Pour avoir une idée des ordres de grandeurs, rappelons que les assurances complémentaires ont offert des prestations pour un montant total de 25 milliards d'euros en 2012.

Les frais de gestion sont de l'ordre de 13,4 milliards d'euros, dont 7,2 milliards pour les organismes relevant de la Sécurité sociale (CNAMTS, etc.) et 6,2 milliards pour les organismes complémentaires¹¹. Les sommes sont similaires pour les deux types d'opérateurs, alors qu'ils remboursent respectivement 75,5 et 13,7 % des soins. Sans entrer dans les débats récurrents sur les frais de communication et de marketing dans un cadre concurrentiel, on peut relever que les organismes complémentaires doivent traiter autant de dossiers que la Sécurité sociale, même si pour chaque dossier les sommes concernées sont plus faibles. Surtout, il convient de pointer l'inefficacité d'un système qui cumule les frais de gestion de la Sécurité sociale et des organismes complémentaires.

À cette inefficacité s'ajoute une dépense fiscale considérable. Les pouvoirs publics encouragent depuis longtemps l'accès aux complémentaires santé par des aides sociales et fiscales. Ces aides sont attribuées si le contrat est « responsable » et, pour les contrats collectifs, s'il est obligatoire. Pour l'année 2011, le HCAAM évalue à 5,6 milliards d'euros le montant total des aides publiques à l'acquisition des complémentaires, dont 3,6 milliards pour les aides attribuées aux contrats collectifs obligatoires¹². Ces contrats font l'objet d'une exemption de cotisations sociales pour la participation de l'employeur et, jusqu'en 2013, d'une déductibilité des contributions salariales de l'impôt sur le revenu¹³.

Ces aides publiques créent d'importantes disparités : selon le HCAAM, l'aide annuelle par contrat varie de 15 euros pour les contrats individuels des fonctionnaires à 226 euros pour les contrats collectifs obligatoires et 260 euros pour les contrats Madelin (professions indépendantes), alors que nombre de contrats individuels ne jouissent d'aucune subvention. Cette discrimination de l'aide publique entre contrats individuels et collectifs se joue au détriment des jeunes, des chômeurs et des personnes âgées, qui doivent payer une prime plus élevée pour accéder à une assurance complémentaire. Un argument souvent développé en faveur des contrats collectifs est celui de la mutualisation des risques au niveau de l'entreprise ou de la branche. Or, cette mutualisation laisse

de côté (entre autres) les personnes âgées, qui ont plus de problèmes de santé, effectuant une sélection qui élève le coût des complémentaires auxquelles elles peuvent avoir accès. En clair, cette mutualisation profite aux « *insiders* » et dégrade la situation des autres.

Un système inflationniste

Les subventions reçues encouragent la souscription de contrats collectifs généreux. Les contrats collectifs offrent en moyenne des couvertures beaucoup plus étendues que les contrats individuels. Entre 2006 et 2010, l'écart s'est même creusé en raison de la montée en gamme des contrats collectifs. C'est la prise en charge des dépassements d'honoraires qui a le plus augmenté sur cette période, parallèlement à la progression de ces dépassements¹⁴.

Comment limiter les dépassements et la hausse des prix des soins ? Du côté de l'offre de soins, il importe qu'une offre à tarifs conventionnels soit toujours disponible sur le territoire, pour que les patients aient le choix et que les taux de couverture de la Sécurité sociale soient une réalité. Du côté de la demande, il est irréaliste de penser que l'assuré puisse instaurer un rapport de force pour limiter les dépassements dans son face-à-face avec le médecin, et ce d'autant plus que son information imparfaite sur la qualité des soins le conduit à interpréter des dépassements élevés comme un signe de qualité. Ce n'est pas au patient de réaliser les ajustements ; ceci montre l'intérêt de la contractualisation entre les offreurs de soins et l'assurance-maladie, acteur mieux informé que les patients des questions de qualité et des contraintes des offreurs de soins.

Dans la situation actuelle, caractérisée par une absence de contractualisation, la générosité de la couverture peut encourager les dépassements d'honoraires et les hausses des tarifs des dispositifs médicaux (lunettes, prothèses dentaires, etc.). La couverture des dépassements, en solvabilisant la demande, soutient les tarifs des professionnels et accroît les inégalités entre individus selon leur couverture.

Peu d'incitations à l'efficacité pour les assureurs

Le système de santé en France laisse peu de place à l'évaluation, la comparaison et la concurrence, ce qui n'est pas propice à un service de qualité. La Sécurité sociale a le monopole de l'assurance de base. Un service public peut être offert par une gestion en monopole, si celle-ci est assortie d'une mise en concurrence pour la concession ou d'une évaluation par comparaison des performances, ce qui serait le cas de

¹¹ Cf. DREES, *Comptes de la santé 2012*, p. 173.

¹² Voir Haut-Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM) (2013) : « La généralisation de la couverture complémentaire en santé », avis HCAAM du 18 juillet, consultable sur http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_180713-2.pdf

¹³ La loi de finances pour 2014 supprime la déductibilité des contributions salariales.

¹⁴ Garnero et Le Palud (2013) *op. cit.* et Garnero M. et V. Le Palud (2011) : « Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système », *Point d'information-Assurance-maladie*, mai.

l'organisation en agences régionales (voir *infra*). Aucun mécanisme de ce type n'est en place aujourd'hui¹⁵.

Actuellement, l'organisation du marché de l'assurance complémentaire en France ne protège pas vraiment contre la discrimination selon le risque. En l'absence d'une régulation adaptée, la concurrence en assurance-maladie incite à la sélection des risques : sélectionner des affiliés jeunes et en bonne santé est pour les compagnies un moyen plus simple de gagner en compétitivité que de chercher à contractualiser avec des médecins pour des soins plus efficaces¹⁶.

Certes, la sélection des risques est découragée par la loi Évin de 1989, qui pose le principe d'une garantie viagère pour les assurés. Les augmentations de tarifs doivent être uniformes pour les affiliés d'un même contrat, excluant des hausses individuelles en fonction des consommations de soins observées. Enfin, des dispositions fiscales encouragent les contrats dits « solidaires », sans tarification en fonction de l'état de santé ni questionnaire médical à la souscription.

Mais des stratégies de segmentation des contrats permettent aux compagnies de respecter ces contraintes tout en ajustant leurs tarifs au plus près des dépenses de santé des individus. Des produits toujours plus différenciés sont proposés, contrats modulaires, *low cost*, sur-complémentaires et contrats à options. Cette stratégie permet de définir des groupes d'affiliés avec des niveaux de dépenses homogènes, réalisant *de facto* une sélection des risques et une tarification selon l'état de santé, tout en respectant formellement les contraintes du contrat solidaire.

En France, le marché de l'assurance complémentaire est ainsi caractérisé par la dégradation progressive de la mutualisation des risques entre malades et bien-portants et une esquivance de la pression concurrentielle par la sélection des risques grâce à la segmentation des contrats. La multiplicité des contrats qui en résulte engendre une complexité de l'offre qui devient difficilement lisible pour le consommateur, érigeant un obstacle supplémentaire à une véritable concurrence.

Les évolutions en cours

La politique actuelle vise à faciliter l'accès aux complémentaires santé, sans remettre en cause leur périmètre d'intervention. La

co-couverture par la Sécurité sociale et les complémentaires est entérinée, sans réel pilotage de l'offre et avec l'impossibilité maintenue de créer des réseaux de soins aptes à négocier des tarifs avec les professionnels de santé (à l'exception de secteurs spécifiques comme l'optique et les soins dentaires).

L'extension de l'accès aux complémentaires prend la forme d'une généralisation des contrats de groupe à tous les salariés du privé à l'horizon 2016, prévue dans le cadre de la loi relative à la sécurisation de l'emploi¹⁷ et d'une augmentation des plafonds de ressources donnant accès à la CMU-C et à l'Aide à la complémentaire santé (ACS) qui pourraient bénéficier respectivement à 400 000 et 350 000 nouveaux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

L'extension des contrats de groupe s'accompagne d'une suppression de l'avantage fiscal : dans la loi de finances de 2014, la contribution de l'employeur devra être intégrée au revenu imposable du salarié. En revanche, l'exonération de cotisations sociales demeure pour l'employeur. La différence de traitement entre contrats individuels et collectifs est donc réduite, mais pas annulée.

Plus grave : l'extension des contrats de groupe va concerner entre autres 4 millions de salariés déjà couverts par des contrats individuels. Outre l'effet d'aubaine considérable pour une mesure qui va coûter plusieurs milliards d'euros¹⁸, ceci va dégrader la situation des affiliés à un contrat individuel. En effet, vont sortir de leur périmètre de mutualisation des salariés qui sont en moyenne plus jeunes et en meilleure santé que ceux qui resteront dans le champ des contrats individuels.

Si la suppression de l'avantage fiscal rapproche la situation des « *insiders* » de celle des affiliés à des contrats individuels, la recombinaison des affiliés des contrats individuels et collectifs va détériorer les conditions de mutualisation dans les contrats individuels : on peut prévoir un renchérissement des contrats complémentaires individuels. Les inégalités dans l'étendue des garanties accessibles et les tensions sur les prix des soins vont ainsi perdurer.

En revanche, la loi de financement de la Sécurité sociale prévoit de modifier la définition du contrat responsable pour qu'il ne rembourse plus des dépassements « excessifs » et comporte des garanties minimales suffisantes, afin d'éviter une trop grande segmentation des contrats.

¹⁵ Le régime d'Alsace-Moselle est une assurance complémentaire obligatoire dérogatoire au droit commun français, dont l'extension au niveau national est parfois proposée. Financé par une cotisation de 1,6 % sur la totalité des rémunérations, ce régime a l'avantage de la simplicité et montre qu'un régime obligatoire financé par cotisations est moins coûteux pour les assurés modestes. Mais on n'observe pas de performance spécifique en matière de pilotage de l'offre de soins : par exemple, les dépassements d'honoraires sont particulièrement développés en Alsace. Voir Cour des Comptes (2011) : « Le régime d'assurance-maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle », novembre.

¹⁶ Les complémentaires individuelles sont facultatives et peuvent librement définir les garanties offertes. Dans ce contexte, les complémentaires qui égaliseraient les primes de leurs adhérents risqueraient de perdre leurs affiliés jeunes, réduisant l'étendue de la mutualisation et renchérisant d'autant la prime moyenne. Les complémentaires calculent alors les primes au plus près des dépenses prévues pour chaque individu. La concurrence impose notamment de définir des primes plus élevées pour les personnes âgées. Les primes peuvent ainsi varier du simple au triple entre les jeunes et les seniors.

¹⁷ Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027546648>

¹⁸ Selon l'étude d'impact du projet de loi relatif à la sécurisation de l'emploi, réalisée avant la suppression de l'avantage fiscal, le coût annuel se monterait au moins à 1,5 milliard d'euros pour les finances publiques et 2 milliards pour les entreprises, voir HCAAM (2013) : « La généralisation de la couverture complémentaire en santé ».

Qu'en est-il dans les autres pays européens ?

Au-delà de leur diversité (cf. encadré), les systèmes d'assurance-maladie dans les autres pays européens s'appuient généralement sur une concurrence régulée entre caisses d'assurance, le Royaume-Uni se distinguant par son système étatique où les soins sont prodigués par un service public et financés par l'impôt.

Ces exemples étrangers montrent qu'une solidarité entre malades et bien-portants et un financement des soins selon les moyens de chacun (pacte de 1945) sont possibles avec un système étatique (Royaume-Uni), mais aussi avec une assurance-maladie offerte par des caisses en concurrence. Dans ce dernier cas, le financement peut être plus ou moins solidaire, s'il repose sur des cotisations comme en Allemagne, ou sur des primes comme en Suisse. Pour que la pluralité des assureurs entraîne une meilleure efficacité de la dépense, il faut que les caisses puissent réguler l'offre de soins et que la concurrence soit effective. Dans ce but, un moyen unanimement retenu est la standardisation du contrat, qui permet d'établir une concurrence en prix pour un bien homogène. Enfin, des mécanismes de compensation visent à combattre la sélection des risques. La mise en œuvre de ces systèmes est trop récente pour permettre un bilan éclairé : les débats dans les pays concernés portent sur les perfectionnements à apporter à la compensation pour lutter contre une sélection des risques qui semble toujours présente. Par ailleurs, la contractualisation avec les offreurs de soins tarde à se mettre en place, alors qu'elle est une condition des gains d'efficacité.

La régulation de la demande par des co-paiements (franchises, tickets modérateurs) est en place dans nombre de pays, mais toujours associée à des plafonds protecteurs. Dans ces pays, il est interdit aux assurances de couvrir les co-paiements. La mise en place de co-paiements ne fait pas l'unanimité : l'introduction de franchises a été rejetée au Danemark à cause du risque de sous-médicalisation des personnes à bas revenus, et le système britannique offre un accès gratuit aux soins.

Aucun de ces systèmes n'est mixte : un seul type d'opérateur est en place pour le financement des soins, qu'il s'agisse d'un opérateur public pour le Royaume-Uni, ou d'une caisse d'assurance choisie parmi plusieurs dans les autres pays.

En France, les complémentaires couvrent le ticket modérateur. La participation aux dépenses n'est pas plafonnée. Sur le marché des complémentaires, les contrats sont hétérogènes, la tarification au risque, notamment à l'âge, est une pratique courante et aucune compensation des risques ne vient lutter contre la sélection des risques.

¹⁹ Voir Note du CAE, n° 8, op. cit.

²⁰ Geoffard P-Y. (2006) : *La lancinante réforme de l'assurance-maladie*, CEPREMAP, Éditions Rue d'Ulm.

²¹ En théorie, la baisse de la couverture pourrait avoir un effet sur le niveau de dépenses même si le patient n'a pas d'influence directe, au travers de la prise en compte par le médecin, des problèmes que peuvent lui causer un reste à charge trop élevé : ceci peut résulter d'une empathie du médecin pour son patient ou, pour les soins récurrents, du fait que le patient peut vouloir changer de médecin si les décisions de ce dernier conduisent systématiquement à des soins trop coûteux. En pratique, les résultats des expériences contrôlées réalisées aux États-Unis ne rejettent pas l'impact de la récurrence des soins : c'est seulement pour les soins hospitaliers (soins peu fréquents) que la dépense n'est pas sensible au taux de couverture.

Bien couvrir en maîtrisant les coûts : quels mécanismes ?

Le système d'assurance-maladie se fixe pour objectif de bien couvrir les malades en fonction de leurs besoins, sans que les citoyens ne dépensent trop, que ce soit sous la forme de cotisations, de primes, d'impôts ou de paiements directs. La première étape de la maîtrise des coûts est la définition du « panier de soins solidaire », pour lequel on décide d'organiser un financement garantissant une solidarité entre malades et bien-portants et entre hauts et bas revenus¹⁹. La seconde étape consiste à mettre en œuvre des mécanismes favorisant la maîtrise des dépenses pour les soins du panier solidaire, tout en garantissant une couverture protectrice.

Du côté des patients : trouver le bon équilibre entre participation et couverture des besoins

Toute assurance procure une indemnisation monétaire à ses assurés lorsqu'ils sont victimes d'un dommage. Mais la forme définie pour l'indemnisation n'est pas anodine. Quand l'assurance offre un dédommagement sous la forme d'un forfait indépendant du coût encouru par l'assuré, la couverture ne peut pas encourager une inflation des dépenses d'indemnisation. Par exemple, en assurance automobile, une indemnisation pour un pare-brise cassé sous la forme d'un forfait de 400 euros a des propriétés très différentes d'une indemnisation proportionnelle au coût de réparation. Si l'assurance rembourse 95 % du coût de remplacement du pare-brise, elle ne maîtrise pas le coût de réparation du garage et n'incite pas l'assuré à s'adresser au fournisseur le plus efficace.

Certes, l'analogie avec les réparations automobiles a ses limites, mais elle permet de comprendre les problèmes qui se posent en assurance-maladie. L'assureur ne connaît pas le diagnostic mais seulement les soins prescrits et « consommés » ; le patient décide de consulter lorsqu'il a un problème de santé, mais c'est le médecin qui pose le diagnostic et définit les soins nécessaires.

Comme l'état de santé et le niveau de soins requis ne sont pas observés par le financeur, tout mécanisme d'assurance-santé doit choisir entre une couverture complète (100 % du coût des soins), qui favorise l'accès aux soins mais peut conduire à une dépense excessive²⁰ et une couverture moindre, qui cherche à modérer les dépenses du patient en le « responsabilisant » :

- la première question est celle des marges de décision du patient en matière de dépenses de soins. S'il n'a aucune influence, réduire la couverture n'a pas d'effet sur les dépenses et fait seulement baisser les remboursements²¹ ;

Le financement des soins dans d'autres pays européens

Dans la totalité des pays européens, le financement des soins repose sur des principes de solidarité, avec des dispositions très variées pour en garantir l'application.

Au **Royaume-Uni**, les soins sont financés par l'impôt et prodigués par un service public, le *National Health Service* (NHS). L'accès aux soins est universel et gratuit pour les usagers ; seuls les soins optiques, dentaires, et les médicaments font l'objet de modiques participations financières. Même si les comparaisons internationales sont délicates en la matière, les enquêtes montrent que la satisfaction des usagers est élevée, notamment pour la médecine de ville^a. En revanche, les délais sont parfois importants pour accéder aux soins hospitaliers^b. Le système de soins est décentralisé, avec des structures régionales chargées d'évaluer les besoins de santé. La médecine de ville est structurée autour de cabinets de groupe rémunérés pour une part importante en fonction la qualité de la prise en charge et de l'efficacité des soins, selon une liste d'indicateurs tenant compte des caractéristiques de la population locale et des mesures entreprises pour réduire les inégalités de santé. En résumé, la régulation est très active au Royaume-Uni, mais elle passe exclusivement par l'offre de soins sans s'appuyer sur la demande. La manière dont les professionnels s'organisent est ouverte, mais les règles du jeu et les objectifs sont définis par la tutelle et se traduisent par des rémunérations à la performance.

Les performances en matière de qualité des soins pour la médecine de ville, de santé publique et d'inégalités de santé mettent le Royaume-Uni au même niveau que les autres pays, pour un niveau de dépenses très inférieur : en 2011, la dépense de soins ne représentait que 9,3 % du PIB au Royaume-Uni, contre 11,6 % en France et respectivement 11 %, 11,3 % et 11,9 % pour la Suisse, l'Allemagne et les Pays-Bas, les trois autres pays examinés ici. Outre le caractère très « économe » du système anglais, on peut en tirer deux leçons : d'une part, l'assurance-maladie n'est pas la seule organisation envisageable pour garantir l'accès aux soins ; d'autre part, un système de soins peut être piloté exclusivement du côté de l'offre de soins.

La **Suisse** a décidé dès 1911 de permettre aux assurés de choisir entre plusieurs caisses d'assurance-maladie. La loi sur l'assurance-maladie de 1996 a introduit de nombreux éléments de régulation de la concurrence entre caisses, avec notamment l'interdiction de toute tarification au risque.

Encadrer ainsi la prime d'assurance induit deux difficultés : lorsqu'un assuré est plus risqué que la moyenne, l'assureur est incité à ne pas l'admettre, puisqu'il entraînera des dépenses plus élevées que sa prime ; à l'inverse, un assuré en bonne santé peut ne pas vouloir s'assurer, refusant de « payer pour les autres ». Pour résoudre ces problèmes de sélection et d'anti-sélection, la loi instaure un partage du risque maladie à l'échelle de la population en obligeant tout résident à s'assurer, et chaque assureur à satisfaire toute demande de contrat. En outre, un mécanisme de compensation des risques est mis en place, qui décourage la chasse aux bons risques en permettant aux caisses couvrant une population plus risquée de recevoir un financement de la

part de caisses dont les affiliés présentent des caractéristiques plus favorables. Le mécanisme de compensation des risques est fondé sur une prévision de dépenses individuelles de santé basée sur l'âge et le sexe de l'assuré, ainsi que le risque de maladie grave révélé par un séjour hospitalier. Un assureur ne peut améliorer sa situation en cherchant à sélectionner les risques, mais doit s'engager dans la recherche d'une meilleure efficacité des soins.

La forme des contrats et le panier de soins couverts sont définis par la loi fédérale suisse. Fixer un contrat standard institue une concurrence réduite à une concurrence en prix. Par ailleurs, tout assuré fait face à une franchise annuelle dont la valeur varie entre 300 CHF (environ 250 euros) et 2 500 CHF et, au-delà, à un co-paiement représentant 10 % du coût des soins. Mais le reste à charge est plafonné : les soins sont couverts à 100 % une fois qu'il a dépassé 700 CHF dans l'année en sus de la franchise.

En Suisse, comme aux Pays-Bas, il est interdit aux assureurs de proposer des contrats qui couvriraient la franchise et le ticket modérateur. Initialement peu présente, la contractualisation avec les offreurs de soins se développe. Mais la maîtrise de la dépense pèse surtout sur les assurés au travers des franchises.

En **Allemagne**, le choix de la caisse d'assurance a été introduit dans les années quatre-vingt-dix pour 95 % des assurés. Obligation d'assurance, interdiction de la sélection, primes indépendantes de l'âge ou de l'état de santé, standardisation des contrats et compensation des risques : les principes de la concurrence régulée sont appliqués, avec pour le financement des cotisations proportionnelles aux revenus, principe auquel les Allemands sont très attachés. Depuis 2009, les cotisations sont versées à un fonds central qui redistribue les ressources aux caisses en fonction du nombre d'assurés et de leurs caractéristiques. Des primes additionnelles peuvent être demandées par les caisses. Mais elles représentent actuellement une part infime du financement, soit 0,4 %, et le nouveau gouvernement prévoit d'imposer qu'elles soient définies en fonction des revenus. Une participation aux dépenses a été introduite en 2003 pour les assurés : forfait hospitalier, ticket modérateur de 10 % sur les médicaments, etc. Ces participations sont limitées par un plafond annuel qui dépend du revenu.

Aux **Pays-Bas**, la réforme de 2006 a introduit une concurrence régulée et autorisé la mise en place de réseaux de soins. Les assurés sont sujets à une franchise annuelle qui peut varier de 165 à 650 euros, l'ensemble des participations aux dépenses étant plafonné. Le financement du système est à mi-chemin entre les systèmes allemand et suisse, car il repose pour moitié sur des primes et pour moitié sur un fonds de péréquation alimenté par des cotisations sociales. La réforme a entraîné une restructuration du secteur, qui est aujourd'hui assez concentré puisque quatre caisses couvrent 80 % du marché. Curieusement, les dépenses de santé ont explosé depuis 2007 au Pays-Bas, ce qui a conduit certains observateurs à considérer que cela signalait l'incapacité d'un tel système à maîtriser les coûts. En fait, ce dérapage est dû pour partie à une augmentation du périmètre des soins remboursés et pour partie à une vive augmentation des rémunérations des généralistes et des spécialistes sur la période. Ces augmentations n'étaient pas du ressort des caisses d'assurance mais ont été décidées au niveau central.

^a European Commission (2009) : *Special Eurobarometer: Patient Safety and Quality of Healthcare*.

^b Après une réduction jusqu'en 2008, ces délais ont recommencé à augmenter. Voir Limb M. (2013) : « Hospital Waiting Lists in England Reach Five Year High », *British Medical Journal*, n° 347, août.

- la seconde question porte sur le niveau de la participation du malade, dans les cas où il a une influence sur sa dépense. Où situer le curseur ? Il y a un arbitrage à réaliser entre couverture des risques et incitations à limiter la dépense par une participation financière des patients.

Les économistes mesurent l'influence du patient sur la dépense de soins par l'élasticité-prix de la demande, c'est-à-dire la réactivité de la dépense lorsque le prix (ou la couverture) varie de 1 %. Les estimations les plus convaincantes résultent d'une expérience contrôlée réalisée aux États-Unis entre 1974 et 1981, au cours de laquelle différents niveaux de couverture ont été attribués à des groupes d'individus tirés au hasard. Les estimations issues de cette expérience font encore l'objet de publications et de discussions. Il ressort des dernières évaluations qu'on ne peut pas mettre en évidence une influence du taux de couverture du patient sur la consommation des soins hospitaliers. En revanche, la dépense de soins ambulatoires est sensible à la couverture, avec une élasticité dont la valeur reste à discuter²².

Personne ne décide de se faire transplanter un rein pour la seule raison que c'est peu onéreux. L'élasticité nulle de la demande de soins hospitaliers confirme cette intuition. De ce fait, la maîtrise des dépenses de soins hospitaliers ne peut être obtenue par une participation des patients : ils ont vocation à être intégralement pris en charge par l'assurance-maladie. Dans cette perspective, le ticket modérateur de 20 % et les participations forfaitaires associées à un séjour hospitalier sont à la fois inefficaces et non conformes à un objectif de solidarité.

C'est pourquoi nous proposons une couverture à 100 % des soins hospitaliers, dans le respect du panier de soins solidaires et pour les tarifs conventionnels. Pour l'année 2010, le HCAAM a calculé qu'une suppression du ticket modérateur, des participations forfaitaires et du forfait journalier reviendrait à une perte de recettes de 2,6 milliards d'euros²³. La conception actuelle du forfait journalier, qui le porte à 18 euros, est qu'il correspond aux frais d'hébergement. Il semble logique de couvrir ce risque. Nous proposons de limiter le forfait journalier aux dépenses d'alimentation qui auraient de toute façon été à la charge du patient s'il n'avait pas été hospitalisé. Sur la base des coefficients budgétaires de l'alimentation pour les bas revenus et les retraités, on aboutit à une valeur minimale de 8 euros. Sur la base du nombre de journées d'hospitalisation observées en 2010,

cela correspond à une recette de 458 millions d'euros²⁴. Sans anticiper sur la suite de cette *Note*, le manque à gagner induit par cette mesure peut être couvert par l'économie sur le système de santé qui serait obtenue par l'arrêt des subventions aux contrats collectifs.

Les dépenses ambulatoires s'analysent différemment. En mettant de côté les personnes affectées de maladies chroniques, il reste plus de 80 % d'assurés qui connaissent des dépenses de faible ampleur et récurrentes. L'élasticité-prix pour ce type de soins étant non négligeable, faire participer le patient aux dépenses permet de limiter la surconsommation. Cependant, pour réduire le risque de restes à charge excessifs, la participation annuelle doit être plafonnée.

Outre l'effet bénéfique attendu d'une participation du patient, il faut comprendre que, pour des dépenses récurrentes et communes à tous les assurés, il n'est pas très différent de payer cette participation sous la forme d'une cotisation ou d'une franchise. Prenons le cas d'un assuré certain de se rendre une fois par an chez le médecin : pour une consultation de 23 euros, s'il est sous franchise, il devra payer cette somme de sa poche, mais s'il est intégralement couvert sans franchise, l'assurance prendra en charge 23 euros supplémentaires, qu'elle imputera sur la prime ou la cotisation. Dans tous les cas, l'assuré aura payé 23 euros²⁵.

La forme de la participation peut être discutée : il peut s'agir d'un co-paiement affecté d'une forte dégressivité en s'approchant du plafond. Le plafond peut être pluriannuel, se référer à un périmètre large qui inclurait les restes à charge du médico-social (sujet non abordé dans cette *Note*). Les soins préventifs (vaccinations) ou liés aux maternités doivent être exonérés de co-paiement. En tout état de cause, la participation des patients doit être réduite à la sphère de l'ambulatoire.

Proposition 1. Couvrir à 100 % les soins hospitaliers, à l'exception d'un forfait journalier ramené à 8 euros. Pour les soins ambulatoires, remplacer les tickets modérateurs et participations par une franchise annuelle et un co-paiement qui peuvent être fonction du revenu des patients. Franchise et co-paiement ne doivent pas être couverts par des assurances mais doivent être plafonnés.

²² Aron-Dine A., L. Einav et A. Finkelstein (2013) : « The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 27, n° 1, pp. 197-222. Comme les contrats de cette expérience comportaient un plafonnement des restes à charge, en déduire une mesure unique de l'élasticité prix de la demande de soins est délicat : les auteurs trouvent des réductions de dépenses comprises entre 9 et 18 %, lorsque que le taux de co-paiement varie jusqu'à atteindre 25 %, chiffres qu'ils se gardent bien de traduire en termes d'élasticité.

²³ Ces sommes sont actuellement couvertes en grande partie par les assurances complémentaires et donc par les primes des assurés.

²⁴ Ce forfait journalier n'a rien à voir avec une incitation à limiter la durée des séjours. La dépense de soins hospitaliers ne dépend pas de la couverture du patient. Par ailleurs, ce sont les changements dans le système de tarification hospitalière, notamment l'abandon d'un tarif au prix de journée au début des années quatre-vingt, puis l'introduction en 2004 d'un paiement par séjour indépendamment de sa durée, qui ont déclenché puis accéléré la baisse de la durée des séjours, baisse bénéfique pour limiter les coûts, mais aussi pour la qualité des soins car elle limite l'exposition aux maladies nosocomiales.

²⁵ Lorsque les contributions (prime, cotisation) à l'assurance sont fonction du revenu, la couverture intégrale met en œuvre une solidarité entre riches et pauvres, ce que ne fait pas une franchise indépendante du revenu ; mais il est possible de faire dépendre la franchise du revenu de l'assuré.



Le système français étant peu performant en matière d'inégalités sociales de santé, on peut s'opposer à toute participation financière des patients en arguant du fait que ces paiements constituent un obstacle à l'entrée dans le système de soins pour les personnes à bas revenus, dont on sait qu'elles retardent leur premier contact avec les médecins, alors qu'elles ont un niveau de santé plutôt inférieur au reste de la population. C'est cet argument qui a conduit au rejet des co-paiements au Danemark. Mais cela n'impose pas nécessairement de rejeter le principe de participation financière des patients, les franchises pouvant être proportionnelles au revenu²⁶, ou bien réduites pour les personnes à bas revenus.

Du côté de l'offre : le financeur doit pouvoir contractualiser avec les offreurs de soins

La proposition de supprimer le ticket modérateur à l'hôpital doit s'accompagner de mécanismes pour limiter la demande induite à l'hôpital : le dispositif doit être maîtrisé du côté de l'offre. En ambulatoire aussi, les offreurs doivent être responsabilisés sur le niveau des soins consommés et les dépassements d'honoraires.

Les solutions existent du côté des systèmes de paiement et du conventionnement sélectif des médecins et des offreurs de soins en général²⁷ : les agences régionales de santé (ARS) décentralisées, ou bien les assureurs eux-mêmes, doivent être en mesure de contractualiser avec les offreurs de soins. Les contrats doivent spécifier les types de paiement, le niveau des prix, la localisation des médecins, les horaires, le respect de recommandations de bonnes pratiques diffusées par la Haute Autorité de santé et la prise en charge des objectifs de santé publique.

Proposition 2. Les financeurs des soins (ARS décentralisées ou assurances) doivent pouvoir contractualiser avec les offreurs de soins.

Pour l'hôpital, la concurrence par comparaison doit être gérée de façon centralisée pour la fixation des tarifs, au-delà du niveau des ARS ou des assureurs. Il faut rompre avec la pratique actuelle qui consiste à ajuster les tarifs pour piloter l'offre de soins : ceci crée des rentes qui favorisent les comportements de demande induite. Pareillement, introduire un point flottant dans les tarifs pour respecter les contraintes budgétaires développe des incitations délétères à la multiplication des actes. Un instrument ne peut servir qu'un seul objectif : les tarifs doivent être fixés de façon à améliorer l'efficacité dans la délivrance des soins hospitaliers. Le pilotage de l'offre de soins hospitaliers doit être conçu en lien avec les ARS, dans la perspective des parcours de soins, et des subventions spécifiques doivent compenser des surcoûts qui seraient imposés aux établissements pour répondre à des missions de service public.

Réforme du système d'assurance-maladie

Une réforme à la marge de l'organisation de l'assurance-maladie en France respecterait les périmètres d'interventions actuels de la Sécurité sociale et des complémentaires, en corrigeant certaines carences du système. Mais seule une refondation est susceptible de favoriser l'existence d'un système de santé de qualité, accessible à tous et en équilibre budgétaire. Les deux types de réformes ne sont pas incompatibles dans la mesure où la première peut être entreprise tandis que le chantier de la seconde serait ouvert.

Réforme à court terme

L'hétérogénéité des contrats d'assurance complémentaire permet actuellement aux assureurs de développer des stratégies de sélection des risques et rend l'offre peu lisible pour les assurés. La solution est de définir un contrat homogène correspondant à la couverture complémentaire des soins remboursables au tarif conventionnel et de demander aux organismes complémentaires d'afficher leur prix pour cette offre.

Par ailleurs, les subventions accordées aux contrats collectifs n'ont pas de justification économique. Elles introduisent une inégalité entre citoyens dans l'accès à l'assurance complémentaire et favorisent des couvertures trop généreuses qui nourrissent les dépassements d'honoraires. Après la suppression en 2014 de l'exonération fiscale, l'État devrait supprimer l'exemption de cotisations sociales pour la participation de l'employeur, une économie pour la dépense publique qui ne peut qu'améliorer le fonctionnement du secteur²⁸. Les entreprises doivent aussi pouvoir choisir librement leur assurance complémentaire afin de donner aux salariés le choix d'accéder à une complémentaire santé de qualité, à moindre prix : des clauses qui prévoyaient une désignation ou une recommandation par la branche ont heureusement été retirées.

Enfin, pour que les pressions concurrentielles puissent conduire à des gains d'efficacité, il faut donner aux complémentaires les moyens de la contractualisation, et donc rompre avec la situation actuelle, dans laquelle elles se voient présenter *a posteriori* une facture sur laquelle elles manquent d'informations.

Proposition 3. Créer les conditions d'une véritable concurrence dans le secteur des complémentaires en définissant un contrat homogène que tout assureur devra offrir et en supprimant les distorsions liées aux exonérations sociales. Associer les complémentaires à la contractualisation en leur donnant accès aux informations nécessaires.

²⁶ Geoffard P.-Y. et G. de Lagasnerie (2012) : « Réformer le système de remboursement des soins de ville : une analyse par micro-simulation », *Économie et Statistique*, n° 455-456.

²⁷ Cf. Note du CAE, n° 8, *op. cit.*

²⁸ Le forfait social actuellement en place est à un taux modéré de 8 % et ne concerne pas les petites entreprises.

Mais pour urgentes que soient ces dispositions, elles ne peuvent offrir de solution définitive, à cause de la grande complexité qu'aurait toute coordination entre la Sécurité sociale et des complémentaires dans le conventionnement d'offres de soins prenant en charge des clients de multiples complémentaires.

Refondation du système

La dualité Sécurité sociale-complémentaires augmente les coûts de gestion et nuit à un pilotage efficace de l'offre de soins. Elle va de pair avec une régulation inadaptée des complémentaires qui n'empêche pas la sélection des risques, ni d'importantes inégalités dans l'accès à la couverture complémentaire et qui ne protège pas les assurés contre des restes à charge considérables.

Proposition 4. En finir avec un système mixte d'assurance-maladie, en organisant un financement des soins unifié sur un mode public décentralisé ou sous la forme d'une concurrence régulée entre caisses d'assurance.

Deux versions d'un système unifié sont possibles :

- option A : gestion publique avec pilotage décentralisé de l'offre de soins ;
- option B : assureurs en concurrence régulée.

Dans les deux systèmes, un socle commun serait défini pour garantir l'application des principes du pacte de 1945 et encourager l'efficacité de la dépense de soins : il comporterait l'égal accès de tous aux soins du panier de soins solidaire, un financement sur la base de cotisations proportionnelles aux revenus, la suppression du ticket modérateur à l'hôpital, l'introduction éventuelle de participations financières pour la médecine ambulatoire, plafonnées et modulées en fonction du revenu des individus (proposition 1), la contractualisation avec les offreurs de soins et le développement d'un système d'information centralisé sur les performances sanitaires.

Dans l'option publique, le pilotage de l'offre de soins serait confié aux ARS, comme proposé dans la *Note du CAE* n° 8 : ce sont elles qui devraient contractualiser avec les offreurs de soins, en développant des choix stratégiques diversifiés entre régions ou à l'intérieur d'une même région en matière de conventionnement et de systèmes de paiement. Un système d'information centralisé devrait produire et diffuser des indicateurs sur les performances des ARS en matière de santé publique, de qualité des soins et d'accès aux soins, afin d'évaluer leurs choix stratégiques pour l'offre de soins. Les

indicateurs seraient homogènes sur le territoire, afin de permettre une comparaison des ARS.

L'option de la concurrence régulée entre assureurs implique, elle, la définition d'un contrat standard correspondant au panier de soins solidaire, l'interdiction de la sélection des risques, assortie d'un mécanisme de compensation des risques et l'absence de tarification au risque. La contractualisation avec les offreurs de soins serait assumée par les assureurs. Un système d'information centralisé devrait produire et diffuser des indicateurs sur leurs performances en matière de santé publique, de qualité des soins et d'accès aux soins, afin de permettre une comparaison des assureurs et un choix éclairé des citoyens.

Ces deux systèmes sont très proches du point de vue de l'application de la solidarité, d'un accès aux soins sans barrières financières et de la protection contre le risque de dépenses excessives. Ils auraient le même financement par cotisations assises sur les revenus²⁹, un financement qui serait bien plus proche des principes du « pacte de 1945 » que le système actuel, où l'accès aux complémentaires passe souvent par le paiement d'une prime indépendante du revenu. Dans les deux cas, l'État devrait assumer des fonctions cruciales pour la définition du panier de soins solidaire (*cf. Note du CAE*, n° 8), la production de systèmes d'information et l'amélioration de la qualité des soins. Il serait responsable de l'allocation des ressources issues des cotisations aux ARS (option A) ou aux assureurs (option B) en fonction des besoins des populations dont ils ont la charge. Il présiderait à la péréquation régionale associée à une liberté de circulation entre régions dans l'option publique, ou mettrait en œuvre la compensation des risques dans la concurrence régulée. Il veillerait, enfin, au bon fonctionnement du système, et serait particulièrement vigilant à la possibilité de rationnements dans l'option publique, à la localisation des médecins et au développement éventuel d'une sélection des risques dans la concurrence régulée.

La Haute Autorité de santé (HAS), entité indépendante, aurait également un rôle crucial à jouer dans la production d'indicateurs de qualité des soins, de recommandations de bonne pratique, mais aussi dans la production d'évaluations médico-économiques permettant de prioriser les soins pour la constitution raisonnée du panier de soins solidaire.

Une des difficultés dans l'option publique tient aux incitations à mettre en place pour que les ARS aient intérêt à promouvoir l'efficacité de l'offre de soins. Les équipes de direction des ARS devraient être sensibilisées, par des incitations monétaires ou de carrière, à contrôler les coûts et la qualité des soins. Les directeurs et membres des équipes de direction devraient être aussi à l'abri des pressions. Pour protéger la sphère publique des groupes de pression et des échéances électorales, des autorités indépendantes ont été créées dans

²⁹ Même dans l'option B, l'assuré ne paie pas directement de prime à l'assureur de son choix.

d'autres secteurs (on peut penser à la politique monétaire, à la régulation des industries de réseau, au contrôle prudentiel et financier et, évidemment, à la justice). Pour l'organisation des soins, il faudrait doter la Haute Autorité de santé d'un véritable pouvoir de régulation décliné au niveau régional.

Dans l'option de concurrence régulée, la difficulté réside dans la performance de la compensation des risques pour décourager véritablement la sélection des risques. L'expérience des autres pays montre que la concurrence entre caisses crée une incitation très puissante à sélectionner les risques. Des discussions continues existent dans ces pays pour améliorer la formule permettant de prédire les coûts des soins associés aux caractéristiques des individus.

Enfin, qu'en est-il de la capacité des ARS ou des assureurs à contractualiser avec les offreurs de soins ? Dans l'option publique, le monopole octroyé aux ARS leur donne *a priori* un pouvoir de négociation considérable. Cependant, la pratique de ce pouvoir requiert la capacité d'exercer une menace crédible d'enlever de la liste de remboursement un hôpital ou un médecin avec des tarifs trop élevés (ou délivrant des soins de qualité insuffisante), privant l'offreur de soin de la quasi-totalité de son activité. L'activation de cette « arme nucléaire » ne va pas de soi, en particulier face à d'éventuelles pressions politiques pour lesquelles l'autorité de régulation devra jouer le rôle de bouclier. Ce problème est peut-être moins aigu dans l'option de la concurrence régulée, où les offreurs de soins interagiraient avec plusieurs caisses privées, à condition que ces derniers ne proposent pas de contrats d'exclusivité aux assureurs. Autrement, ces derniers perdraient en autorité dans le pilotage de l'offre de soins s'ils doivent se concurrencer pour attirer des médecins dans leurs réseaux. Dans tous les cas, la transparence et la publicité sur les tarifs et la qualité des offreurs de soins sont essentielles à la régulation du système.

Sortir de la mixité de la couverture maladie est un objectif difficile à atteindre car il bouscule le paysage actuel où sont présents des acteurs publics et privés à l'assise historique importante. Cependant, le coût du *statu quo* nous semble suffisamment élevé pour inviter le décideur public à s'engager dans cette direction. ●

Pour en savoir plus

La Note du CAE n° 8 fait plusieurs propositions pour améliorer l'efficacité du système de santé, plutôt que d'abaisser périodiquement le taux de remboursement

 conseil d'analyse économique

Philippe Askenazy*, Brigitte Dormont*, Pierre-Yves Geoffroy* et Valérie Paris*

Pour un système de santé plus efficace

Les notes du conseil d'analyse économique, n° 8, Juillet 2013

Avec une dépense de santé plus élevée que dans nombre de pays développés, les performances françaises en matière de santé sont plutôt bonnes, mais avec des inégalités sociales de santé particulièrement marquées. L'objet de cette Note est de proposer des directions pour améliorer l'efficacité du système de santé dans son ensemble. Trois voies de réforme sont proposées.

En premier lieu, contrairement à la logique actuelle qui consiste à limiter la dépense de la Sécurité sociale par une réduction des taux de remboursement, il convient de définir un « panier de soins solidaire » ayant vocation à être accessible à tous sans barrières financières. Ce panier regrouperait l'ensemble des produits de santé et des actes curatifs ou préventifs, pratiqués en médecine ambulatoire ou à l'hôpital, qui bénéficieraient d'une couverture pour des indications clairement identifiées. Son périmètre serait défini et actualisé de façon systématique et transparente sur la base d'un classement des traitements disponibles selon leurs gains respectifs rapportés à leurs coûts. Les traitements extérieurs à ce panier n'auraient pas vocation à être pris en charge, même partiellement, par la collectivité.

En deuxième lieu, afin d'allouer la dépense en fonction des besoins et d'améliorer l'efficacité des parcours de soins, il conviendrait de doter les agences régionales de santé (ARS) d'une enveloppe financière globale, basée sur les

besoins estimés des populations dont elles ont la charge. Les ARS auraient la faculté de répartir au mieux cette enveloppe entre la médecine ambulatoire, l'hôpital et le médico-social. Elles auraient aussi la maîtrise des conventions et des modalités de rémunérations des professionnels de santé. Mettre les ARS au centre des dispositifs de pilotage permettrait de mieux adapter l'offre de soins aux besoins de chaque région et d'optimiser les moyens sur l'ensemble des modes d'intervention.

Troisièmement, il est urgent de favoriser la montée en puissance des systèmes d'information en santé. Un investissement décisif est nécessaire pour convaincre les acteurs du système de santé, et notamment les assurés sociaux, de développer le dossier médical personnel. Il est en effet crucial que tous les professionnels de santé produisent et partagent des données de santé, de manière sécurisée pour le patient, afin de coordonner les soins et de limiter les examens superflus. Une information à caractère public doit également être produite et diffusée sur la qualité des soins dispensés par les établissements hospitaliers, les maisons de santé et les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) afin de favoriser la concurrence en qualité et de promouvoir l'égalité dans l'accès à des soins de qualité. Enfin, des indicateurs comparables sur les performances des régions en matière de santé publique, d'inégalités sociales de santé et d'accès aux soins doivent être produits et diffusés largement.

Cette note est publiée sous la responsabilité des auteurs et n'a guère qu'un caractère

* CNRS et CEPREMAP, membres du CAE ; * Université Paris Dauphine, membres du CAE ; * Ecole d'économie de Paris, CNRS, EHESS ; * OCDE.

Tous les travaux du Conseil d'analyse économique sont librement téléchargeables sur le site du CAE :

www.cae-eco.fr

 conseil d'analyse économique

Le Conseil d'analyse économique, créé auprès du Premier ministre, a pour mission d'éclairer, par la confrontation des points de vue et des analyses de ses membres, les choix du Gouvernement en matière économique.

Présidente déléguée Agnès Bénassy-Quéré

Secrétaire générale Hélène Paris

Conseillers scientifiques

Jean Beuve, Clément Carbonnier, Jézabel Couppéy-Soubeyran, Manon Domingues Dos Santos, Cyriac Guillaumin

Membres Philippe Askenazy, Agnès Bénassy-Quéré, Antoine Bozio, Pierre Cahuc, Brigitte Dormont, Lionel Fontagné, Cecilia García-Peñalosa, Philippe Martin, Guillaume Plantin, David Thesmar, Jean Tirole, Alain Trannoy, Étienne Wasmer, Guntram Wolff

Correspondants Patrick Artus, Laurence Boone, Jacques Cailloux

Les Notes du Conseil d'analyse économique
ISSN 2270-2385

Directrice de la publication Agnès Bénassy-Quéré
Rédactrice en chef Hélène Paris
Réalisation Christine Carl

Contact Presse Christine Carl
christine.carl@cae-eco.fr Tél. : 01 42 75 77 47