

L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ?

« Les opinions exprimées dans cet article sont celles des auteurs et non celles de l'OCDE ou de ses pays membres. Les auteurs assument l'entière responsabilité d'éventuelles erreurs ».

Par **Valérie PARIS**, (OCDE), administrateur et **Dominique POLTON**, conseillère auprès du Directeur de la CNAMTS



Valérie PARIS est économiste et travaille depuis 2005 au sein de la division santé de l'OCDE. Elle a contribué à divers projets portant sur les caractéristiques et les performances des systèmes de santé et les politiques pharmaceutiques. Auparavant, elle était chercheuse à l'Institut de Recherche et d'Information en Économie de la santé (IRDES). Elle est titulaire d'un DESS d'économie et statistiques (Université Paris 1, 1990).



Dominique POLTON, économiste, est Conseillère auprès du Directeur général de la CNAMTS depuis 2014, après avoir été Directrice de la stratégie des études et des statistiques pendant 8 ans au sein du même organisme. Elle fut également Directrice de l'IRDES pendant 8 ans. Elle est l'auteure, en 2014, de « la santé pour tous ? » aux éditions La documentation française, ouvrage primé par le prix EN3S 2015 dans la catégorie « pédagogie ».

L'analyse comparative des dépenses de santé menée par l'OCDE depuis de nombreuses années montre que coexistent dans tous les pays, à des degrés divers, des financements publics (qu'ils soient apportés dans le cadre d'assurances sociales ou de systèmes nationaux de santé financés par l'impôt), des dépenses payées directement par les patients et des financements par des assurances privées. Cette intervention combinée de couvertures publiques et privées s'opère-telle selon le schéma que nous connaissons en France, retrouve-t-on le même modèle dans d'autres pays ? Ou au contraire, cette configuration est-elle assez spécifique à notre système de santé ?

Un examen approfondi montre que la situation de la France est effectivement particulière, tant par le niveau d'intervention de l'assurance privée que par le rôle qu'elle joue dans le système. Dès lors on peut s'interroger sur les avantages et les inconvénients d'un tel schéma de financement, au regard d'autres modèles possibles que l'on trouve chez nos voisins. La question se pose également, dans un contexte général de tension sur les finances publiques, de la dynamique d'évolution de ces différents modèles.

I- Un poids important de l'assurance privée en France

Par rapport à beaucoup d'autres pays, la France se caractérise par une place importante de l'assurance privée, non seulement en part de population couverte mais aussi en part de financement des dépenses.

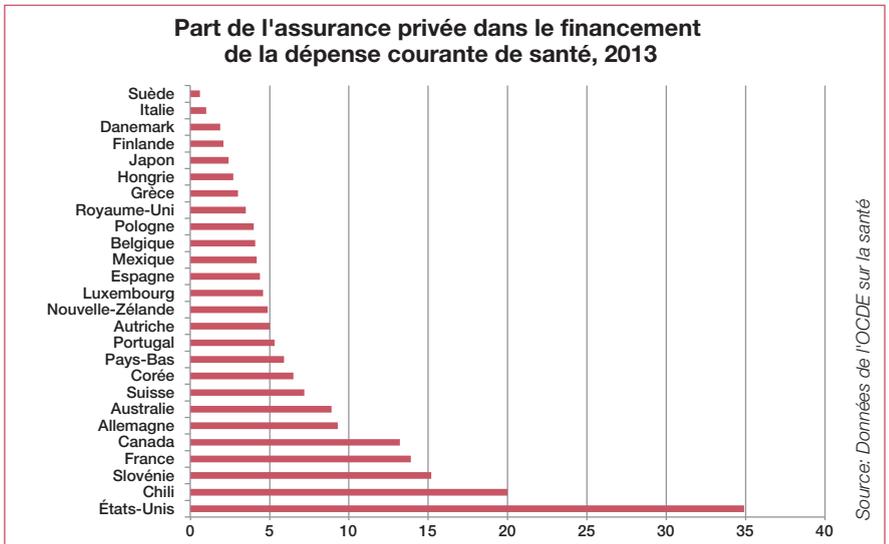
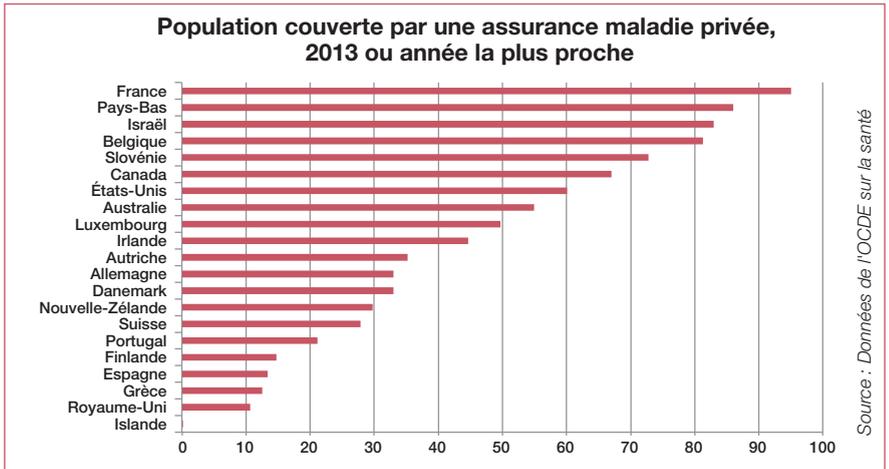
La proportion de population couverte (95 %) est en effet la plus élevée parmi les pays de l'OCDE. La diffusion est également importante aux Pays-Bas, en Israël et en Belgique, avec des taux de couverture au-delà de 80 %. À l'inverse, l'assurance privée est faiblement implantée dans des pays tels que le



Royaume-Uni, la Grèce, l'Espagne, la Finlande. Elle est quasi-inexistante dans les autres pays nordiques, à l'exception du Danemark où un tiers de la population est couverte.

Lorsque l'on croise le niveau de couverture de la population avec le poids de l'assurance privée dans le financement de la dépense de santé, la spécificité de la France apparaît plus clairement.

En effet, si les assurances privées sont largement diffusées aux Pays-Bas ou en Belgique, en revanche la part des dépenses totales qu'elles prennent en charge est faible, de l'ordre de 4 à 5 %. La France, en revanche, combine une couverture quasi-exhaustive de la population et une part dans le financement assez élevée, de l'ordre de 14 %.



Nota : Dans les comptes de la santé harmonisés utilisés dans les statistiques internationales, jusqu'en 2013, les assurances privées de base, à caractère obligatoire et fortement régulées (primes, conditions de souscription, etc.), telles qu'elles existent en Suisse ou aux Pays-Bas, sont considérées comme des assurances sociales, c'est-à-dire comme un financement public. À l'inverse, l'assurance de base allemande privée est classée dans les assurances privées, tout comme l'assurance de base aux États-Unis.

Mais au-delà de cet aspect quantitatif, la question est aussi celle du **rôle de l'assurance privée dans le système**. Car il est très variable selon les systèmes de santé et de ce point de vue, le modèle français d'une assurance maladie à deux étages – l'assurance privée intervenant presque systématiquement en complément de l'assurance publique pour couvrir la part des dépenses restant à la charge des patients – est en fait assez peu répandu.

II- Un rôle de l'assurance privée spécifique

L'assurance privée peut jouer, dans les systèmes de santé, des rôles très différents.

II-1/ Elle peut constituer la couverture maladie de base pour une fraction de la population

Aux États-Unis, environ deux-tiers de la population sont couverts par des assureurs privés, qui sont en concurrence. L'assurance privée joue le rôle **d'assurance principale**. L'assurance publique n'intervient que pour garantir une couverture santé aux personnes de plus de 65 ans (à travers le programme fédéral Medicare), aux plus démunis (à travers les programmes Medicaid, gérés par les États) et aux vétérans. Les programmes publics couvrent 36 % de la population et environ 10 % de la population n'a pas d'assurance maladie.¹

Cette configuration n'existe pas en Europe. Dans quelques pays toutefois, une petite fraction de la population est couverte par des assurances privées. En Allemagne, par exemple, les salariés ayant un revenu mensuel supérieur à 4 500 € environ² peuvent opter pour une couverture par un assureur privé plutôt que par une caisse d'assurance maladie. Les travailleurs indépendants et les fonctionnaires sont également couverts par l'assurance privée³, ce qui représente au total 9 millions de personnes en 2012 (11 % de la population).

En Espagne, lorsque le système national de santé a été constitué dans les années quatre-vingts, les fonctionnaires (5 % de la population) ont gardé la possibilité de ne pas y être intégrés et d'être couverts par une assurance privée, ce que 85 % ont choisi.

On parle alors d'assurance privée **substitutive**, au sens où elle vient se substituer en totalité à la couverture publique pour une fraction (minoritaire) de la population.

La couverture maladie aux Pays-Bas a été organisée selon un modèle similaire jusqu'à 2006 : le tiers de la population ayant les plus hauts revenus pouvait contracter une assurance maladie auprès d'un opérateur privé et la finançait par des primes d'assurance, tandis que les deux-tiers restants étaient couverts par des caisses d'assurance maladie publiques financées par des cotisations. La réforme de 2006 a mis fin à ce système dual en instaurant une assurance obligatoire organisée et financée de manière identique pour l'ensemble de la population.

Dans tous ces pays, l'idée commune qui sous-tend un tel partage des responsabilités, même si elle s'applique à des degrés divers, est que le système public doit assurer en priorité la protection des plus vulnérables (aux États-Unis, ceux dont l'état de santé ou le niveau de revenus ne leur permettrait pas de s'assurer sur le marché privé).

1 Données 2013. Source : <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2015/demo/p60-253.pdf>. À noter qu'assurance publique et privée ne sont pas mutuellement exclusives.

2 Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition, 2014, 16(2):1-296.

3 Les fonctionnaires (actifs ou retraités) sont exclus de l'assurance publique car le gouvernement leur rembourse directement une partie des soins ; ils contractent une assurance privée pour le reste.



II-2/- Elle peut couvrir des biens et services qui ne sont pas couverts par l'assurance publique

Ainsi aux Pays-Bas⁴, les contrats d'assurance privée souscrits par près de neuf personnes sur dix (une proportion proche de celle de la France), peuvent couvrir les soins dentaires (non pris en charge par l'assurance de base pour les adultes au-delà de 22 ans), les lunettes, la kinésithérapie (qui n'est prise en charge que pour certaines indications de maladies chroniques)⁵.

Le Canada constitue un autre exemple caractéristique. La totalité de la population résidente a accès aux services « médicalement nécessaires » sans aucune participation financière : la loi canadienne sur la santé de 1984 a en effet conditionné les subventions de l'État fédéral aux provinces à la suppression par celles-ci de tout mécanisme de ticket modérateur et de surfacturation, pour éviter que ceux-ci ne soient un frein à l'accès aux soins. Mais les soins visés par la loi (« médicalement nécessaires ») sont surtout les soins hospitaliers et les soins de médecins. Ainsi les soins dentaires, l'optique ou les médecines alternatives ne bénéficient de prise en charge dans aucune province. Et même au-delà, les médicaments, les professionnels de santé autres que médecins en dehors de l'hôpital, les soins à domicile, ... ne sont pas dans le champ de la loi. Ils relèvent le plus souvent de l'assurance privée volontaire⁶ ou de paiements directs, que viennent compléter des programmes publics ciblés sur des populations à faibles ressources, les configurations étant variables selon les provinces. Les assurances privées financent aujourd'hui 13 % de la dépense totale, une part similaire à celle de la France, mais selon le modèle radicalement différent d'une **assurance supplémentaire**, venant couvrir des biens et services exclus du panier de soins remboursé par l'assurance publique.

II-3/ Elle peut s'ajouter à l'assurance publique pour financer un meilleur accès ou une qualité additionnelle (notamment via l'accès à des prestataires privés)

En Espagne, en dehors du cas des fonctionnaires qui peuvent sortir du système national de santé (*cf. supra*), un sixième de la population souscrit volontairement un contrat avec un assureur privé. Ces contrats permettent de recourir à des réseaux d'hôpitaux et de médecins privés, et dès lors d'accéder plus rapidement que dans le système public à des avis de spécialistes ou à des actes chirurgicaux courants.

L'assurance maladie privée est alors **duplicative**, les primes payées viennent s'ajouter aux impôts ou cotisations permettant de financer la couverture publique. Elle est d'ailleurs encouragée par les pouvoirs publics : la loi de finances espagnole pour 2016 a prévu d'augmenter les avantages fiscaux liés à la souscription de ces contrats.

En Australie également, même si l'accès à l'hôpital public est gratuit pour tous depuis 1984, l'achat d'un contrat d'assurance privée est fortement encouragé par un mix d'incitations positives (subventions) et de pénalités financières en cas de non souscription. L'assurance privée, outre sa fonction d'assurance supplémentaire décrite supra (soins

4 Où les soins sont médicaux sont gratuits une fois que les assurés ont acquitté une franchise annuelle de 350 Euros.

5 Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(1):1-229.

6 Sauf au Québec où l'assurance médicament est obligatoire.

dentaires, optique), finance l'accès à des hôpitaux privés ou au secteur privé au sein des hôpitaux publics. Les conditions hôtelières y sont meilleures (chambre particulière,..), les délais d'attente réduits, le choix du médecin garanti.

Le Royaume-Uni, l'Irlande constituent d'autres exemples d'assurance privée duplicative. Au Royaume-Uni, les médecins peuvent choisir de travailler exclusivement pour le National Health Service (NHS), ou bien d'avoir un contrat leur permettant d'avoir une activité privée en dehors du temps de travail dû au titre du service public. Les 11 % de la population du Royaume-Uni disposant d'une assurance privée (dont les trois quart sont des contrats de groupe pour des salariés d'entreprises) ont accès à cet exercice privé de praticiens du NHS ou à des structures totalement privées.

En Irlande, l'étendue de la couverture publique comporte deux niveaux : 30 % de la population (sur des critères de revenu ou d'âge) accède gratuitement à l'ensemble des soins, pour les autres les soins hospitaliers et les soins spécialisés prodigués dans les hôpitaux sont couverts, moyennant certains co-paiements, mais pas les autres soins. L'assurance privée couvre les restes à charge, mais elle permet aussi et surtout de couper les files d'attente en se faisant traiter en lit privé à l'hôpital public ou en établissement privé. De ce point de vue, l'Irlande est, avec l'Australie, le plus gros marché d'assurance privée duplicative au sein de l'OCDE.

Paradoxalement, ce marché a crû en Irlande alors même que la couverture publique s'étendait : initialement en effet, l'assurance privée avait été introduite pour couvrir les 15 % de la population ayant les revenus les plus élevés, qui n'avaient pas accès au système hospitalier public. La couverture publique a été étendue à cette population en 1979 (pour les hospitalisations) et en 1991 (pour les soins ambulatoires spécialisés à l'hôpital). L'assurance maladie privée a donc perdu sa fonction substitutive initiale. Pourtant, elle n'a cessé de progresser jusqu'à la deuxième moitié des années 2000. Les enquêtes d'opinion ont en effet constamment mis en évidence que la recherche d'un meilleur service et d'un accès facilité aux soins étaient les principales motivations pour souscrire une assurance privée volontaire, en lien avec l'expression d'une insatisfaction vis-à-vis des services⁷.

II-4/ Elle peut enfin couvrir les participations financières laissées à la charge des patients par l'assurance publique

Dans tous les exemples précédents, il y a une forme de séparation entre assurance maladie publique et privée : ce ne sont pas les mêmes populations, ou pas les mêmes biens et services couverts, ou pas les mêmes hôpitaux, ou secteurs au sein des hôpitaux, ou médecins. Un dernier modèle repose à l'inverse sur une intrication complète des deux opérateurs, qui couvrent les mêmes soins, prodigués par les mêmes professionnels et les mêmes établissements pour les mêmes populations : l'assurance privée joue un rôle **complémentaire**, en finançant les sommes qui restent à la charge des patients après intervention de l'assurance publique.

Ce modèle de co-financement est particulièrement répandu en France, les tickets modérateur et forfaits concernant l'ensemble des soins. Il existe également en Belgique, mais à un niveau bien moindre : les complémentaires, si elles couvrent plus de 80 % de la population, jouent un rôle beaucoup plus modeste dans le financement (4 % de la dépense totale, versus 14 % en France). La construction française d'une couverture à deux étages quasi-généralisée pour tous les types de soins apparaît donc bien comme assez singulière au sein de l'OCDE ; seule la Slovénie a une organisation proche de la nôtre.

⁷ Thomson S., Mossialos E. Private health insurance in the European Union - Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Juin 2009.



Le tableau ci-dessous récapitule les différents modèles d'articulation entre le système public et l'assurance privée qui viennent d'être décrits à grands traits⁸, ces modèles n'étant pas exclusifs et pouvant se combiner : ainsi l'assurance privée en Allemagne est à la fois substitutive et complémentaire (pour un montant financier beaucoup plus faible⁹) ; si elle est essentiellement complémentaire en France, elle est aussi dans certains cas supplémentaire (chambres particulières, lentilles de vue...) ; elle est duplicative et complémentaire en Irlande, duplicative et supplémentaire en Australie, etc.

		Articulation avec le système « public »	
		Personnes couvertes par le système « public »	Personnes non couvertes par le système « public »
Services de santé couverts par l'assurance privée	Services de santé « de base »	Assurance maladie privée duplicative (Australie, UK, Espagne, Irlande)	Assurance maladie privée primaire :
	Frais laissés à la charge de l'usager par le système public	Assurance maladie privée complémentaire (France, Belgique)	- Principale (USA) - Substitutive (Allemagne)
	Services non inclus dans le « panier » de l'assurance de base	Assurance maladie privée supplémentaire (France, Belgique, Canada, Suisse, etc...)	

Source : Adapté de OCDE (2004), *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE*.

III- Les avantages et les inconvénients des différents modèles

Dans tous les modèles, l'articulation entre l'assurance publique et de l'assurance privée soulève un certain nombre de problèmes et génère des effets pervers.

III-1/ Les configurations existant dans d'autres pays

Le modèle d'une **assurance privée substitutive pour les hauts revenus**, qui a existé dans plusieurs pays européens, disparaît progressivement au fil de réformes qui accroissent l'universalité de la couverture (Irlande, Pays-Bas), sa survivance en Allemagne faisant plutôt figure d'exception.

En permettant aux plus aisés d'échapper à des contributions qui sont en général, dans le système public, fonction des revenus, un tel modèle limite la redistribution verticale (c'est-à-dire la redistribution entre riches et pauvres). Par ailleurs, les rémunérations souvent plus favorables que les assureurs privés pratiquent pour les professionnels de santé (c'est le cas en Allemagne, avec des tarifs supérieurs à ceux de l'assurance publique) peuvent inciter à favoriser les patients assurés en privé, avec le risque d'une médecine à deux vitesses que beaucoup dénoncent Outre-Rhin¹⁰.

8 On ne traite pas ici le cas d'assureurs privés en concurrence gérant une assurance de base à caractère obligatoire, dans un système de compétition fortement régulé, telles qu'elles existent en Suisse ou aux Pays-Bas.

9 En 2012, les montants de primes étaient de 25,9 milliards d'euros pour la partie assurance de base, de 7,0 milliards d'euros pour la partie complémentaire. Source : Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition, 2014, 16(2):1-296.

10 A l'inverse, les partisans de l'assurance privée avancent l'argument selon lequel cette meilleure valorisation des actes des professionnels permet a contrario à l'assurance publique de pratiquer des tarifs plus bas ou de ne pas augmenter les tarifs.

Dans ces configurations à deux compartiments, des problèmes de sélection des risques viennent souvent aggraver les déséquilibres et les inégalités, comme l'illustre bien l'exemple des Pays-Bas. Rappelons qu'avant la réforme de 2006, le système était dual, la couverture obligatoire étant limitée aux deux tiers de la population les moins aisés (affiliés à la caisse publique de leur zone géographique), tandis que le tiers ayant les plus hauts revenus avait le choix entre l'absence d'assurance, l'affiliation à une caisse publique ou à un assureur privé. Un tel système a rapidement abouti à l'écrémage par les assureurs privés des bons risques grâce à des tarifications segmentées, les personnes les plus malades ne pouvant s'assurer qu'à un coût prohibitif et étant dès lors amenées à choisir l'assurance publique : ce n'était dès lors pas seulement la redistribution entre riches et pauvres qui était réduite (la prime d'assurance moyenne étant beaucoup plus faible qu'une cotisation proportionnelle aux revenus), mais aussi la solidarité entre bien-portants et malades. Plusieurs régulations successives ont été nécessaires pour tenter de corriger ces effets pervers avant que les néerlandais ne mettent fin au système dual en instaurant en 2006 une assurance obligatoire universelle¹¹. En Allemagne, de la même manière, les assurés privés sont en général en meilleure santé que les assurés sociaux¹² et la probabilité de passer du secteur privé au secteur public augmente lorsque les assurés connaissent un problème de santé.¹³

L'existence d'une **assurance privée duplicative** génère aussi des incitations perverses. Dans le NHS anglais, un praticien exerçant à la fois en secteur public et privé a intérêt, quand il reçoit un patient qui a besoin d'une intervention chirurgicale, à l'encourager à la réaliser « en privé », ce qui générera pour lui des revenus additionnels, plutôt que dans le public où il est rémunéré forfaitairement. Or les ressources humaines étant globalement contingentées, plus les praticiens consacrent de temps aux patients privés, plus les listes d'attente dans le secteur public risquent de s'allonger, ce qui accroît l'inégalité de traitement entre patients¹⁴. Des travaux récents montrent effectivement une corrélation entre le taux de couverture par l'assurance privée et les temps d'attente, sans que l'on puisse établir clairement le sens de la causalité, qui peut être inverse (des délais longs induisant une demande d'assurance privée plus élevée). Ce taux est également plus élevé quand l'offre hospitalière privée est plus importante.¹⁵

En Australie, les hospitalisations « privées » dans les hôpitaux publics augmentent bien plus rapidement que les hospitalisations « publiques », suggérant que les hôpitaux publics incitent les patients à se faire hospitaliser comme « patients privés » ce qui leur permet de recevoir des rémunérations plus élevées.¹⁶ Les patients privés représentent aujourd'hui près de 15% des hospitalisations. Leur temps d'attente est d'un tiers inférieur à celui des patients publics et ils reçoivent en moyenne un plus grand nombre d'actes que les patients publics durant leur séjour.¹⁷

Cette problématique d'un système à deux vitesses est devenue une préoccupation majeure dans les années 2000 en Irlande, où la frontière entre assurance publique et assurance privée, assez claire au départ, s'est brouillée avec une demande d'assurance privée débordant largement la cible initiale, alors même que l'accès à l'hôpital public était étendu à toute la population. L'iniquité du système a été par ailleurs aggravée par le fait qu'historiquement, les hôpitaux publics ne facturaient, pour les patients

11 Cette assurance maladie universelle est gérée par des assureurs en concurrence, et également fortement régulée pour empêcher la sélection des risques.

12 Panthöfer S. (2015), Risk Selection under Public Health Insurance with Opt-out, University Carlos III, Madrid.

13 Grunow M. et R. Nuscheler (2014), Public and private health insurance in Germany: the ignored risk-selection problem, *Health Economics*, Vol. 23, pp. 670–687

14 Le Grand J. Further Tales From The British National Health Service – *Health Aff May 2002* vol. 21 no. 3 116-128,

15 Biro A. et M Hellowell (2016), Public-private sector interactions and the demand for supplementary health insurance in the United Kingdom, *Health Policy*, accepted manuscript.

16 King D. (2013), Private patients in public hospitals, sponsored by Australian Health Service Alliance & Australian Centre for Health Research.

17 Shmueli A. et E Savage (2014), Private and public patients in public hospitals in Australia, *Health Policy*, Vol. 115, pp. 189–195



assurés de manière privée, que les frais marginaux, le système public subventionnant donc largement le coût des soins pour ces patients¹⁸.

Ces effets pervers pourraient être en principe réduits si les offreurs de soins (médecins et hôpitaux) étaient strictement séparés entre le système public et les assureurs privés, chacun supportant pleinement le coût des traitements correspondants. Dans la pratique, ce n'est jamais le cas : même s'il existe des établissements privés autonomes, ils ne couvrent pas tout le territoire et une grande partie de l'activité privée est réalisée par des praticiens et/ou des hôpitaux publics.

Malgré ces risques d'inégalités d'accès, certains pays encouragent la souscription d'une assurance privée en sus de la couverture publique avec l'objectif d'absorber une partie de la demande par des financements privés et d'alléger ainsi la pression sur le système public.

Une politique très volontariste a été menée en ce sens par l'Australie depuis dix ans, sous la pression notamment des assureurs privés, qui avaient vu leur part de marché décliner de 50 % à 30 % de la population après l'instauration de la couverture maladie universelle en 1984. Les incitations positives (primes subventionnées à hauteur de 30 %), mais aussi les pénalités (taxes additionnelles ou majoration substantielle des primes si l'assurance est souscrite après 30 ans) instaurées à partir de 1996 ont eu un fort impact, ramenant la part de population couverte à plus de 50 %.

Malgré une forte augmentation d'activité des hôpitaux privés solvabilisée par cette croissance du marché de l'assurance volontaire, la pression sur le secteur public ne semble pas avoir diminué, les délais d'intervention ayant plutôt augmenté. Une explication possible est l'existence d'une demande latente importante qui a pu s'exprimer à la faveur de la croissance globale de l'offre.

Le modèle de l'assurance privée **supplémentaire**, finançant au premier euro des biens et services qui ne sont pas inclus dans le panier de soins couvert par l'assurance publique, n'induit pas *a priori* de recouvrements induisant des effets pervers. Il a l'avantage de reposer sur des choix clairs : ce qui est dans le panier est gratuit ou quasi-gratuit, ce qui garantit l'accès aux soins pour tous ; ce qui n'y est pas est à la charge des individus, qui choisissent de s'assurer ou de payer les services directement.

La situation est cependant très différente selon l'étendue de la couverture et le niveau des moyens alloués au le système public.

Ainsi au Canada, 100 % des frais sont pris en charge, mais sur un panier de soins, on l'a vu, assez étroit : de ce fait certains patients sont confrontés à des dépenses très élevées pour se soigner, y compris par exemple pour des médicaments. D'autre part, le système de santé, qui a fait l'objet de coupes budgétaires importantes dans la deuxième moitié des années quatre-vingt-dix, est resté depuis assez rationné, au moins dans certaines provinces (dont le Québec), avec une pénurie de professionnels et des difficultés importantes d'accès aux soins : difficultés pour trouver un médecin traitant, attente jugée trop longue d'après toutes les enquêtes pour les avis de spécialistes, les investigations diagnostiques, les interventions chirurgicales, ... C'est d'ailleurs sur ce fondement que des patients ont, en 2005, attaqué devant la Cour suprême fédérale la loi québécoise interdisant de contracter

18 Nolan B. The interaction of public and private health insurance: Ireland as a case study. The Geneva Papers (2006) 31, 633-649.

des assurances privées pour des services offerts par l'État. La Cour suprême, dans un jugement qui a ébranlé tout le Canada, leur a donné raison, estimant qu'en forçant les patients à attendre, parfois au péril de leur vie, pour obtenir des soins dans un système public surchargé, la loi contrevenait à la charte québécoise qui garantit les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité.

En miroir de l'exemple australien, celui du Canada illustre le même dilemme : si le système public, du fait des contraintes budgétaires, ne peut pas répondre totalement à la demande dans de bonnes conditions, il est confronté à un choix : privilégier l'équité d'accès, ce qui suppose une acceptation collective d'un certain rationnement (comme au Québec), ou autoriser des financements privés additionnels, qui accroissent la capacité de réponse aux besoins mais au prix d'une inégalité de traitement (comme en Australie).

III-2/ Le modèle du système à deux étages à la française

Le co-financement des dépenses de soins pour la quasi-totalité de la population est, on l'a vu, un modèle d'articulation assurance publique – assurance privée qui est assez spécifique à la France.

Que peut-on dire de ses avantages et de ses inconvénients, au regard de ceux que l'on observe dans d'autres systèmes de santé ?

Parmi les avantages, on peut souligner que ce deuxième niveau de mutualisation, qui se rajoute à un socle de protection obligatoire déjà élevé (78 % de la dépense totale), permet d'alléger la part des dépenses directes des ménages aux dépenses de soins et biens médicaux (ces paiements directs étant le mécanisme le moins redistributif et le plus inégalitaire de financement des dépenses). De fait, en France, ces paiements directs se situent en moyenne à un des plus faibles niveaux de l'OCDE. Mais l'intrication des responsabilités financières est aussi problématique.

Tout d'abord, sur le long terme, elle dispense l'assurance publique de jouer son rôle de socle de protection. Aujourd'hui, on constate que, pour une fraction des patients, les restes-à-charge après assurance-maladie obligatoire sont très élevés, y compris pour des soins qu'ils ne choisissent pas, comme les soins hospitaliers. Pour la moitié des patients hospitalisés à l'hôpital public en 2010, l'assurance obligatoire laissait à charge moins de 40 euros, mais, pour un sur dix, il s'agissait de plus de 1 900 euros, et pour un sur cent, de plus de 3 500 euros, en tickets modérateurs et forfaits journaliers¹⁹. Nous sommes le seul pays à avoir des restes-à-charge de ce niveau, non plafonnés. Si ce n'est pas considéré comme un problème, c'est que, pour une écrasante majorité des cas, ce n'est pas le patient qui doit régler, puisque ces restes-à-charge sont couverts par tous les contrats d'assurance complémentaire. Pour autant, ce n'est pas cohérent du point de vue du socle qui devrait être assuré par un système de protection sociale.

Plus globalement, l'existence d'un deuxième niveau de mutualisation exonère le système public des efforts qu'il devrait faire pour assurer une protection de base, et génère un cercle vicieux : dans la mesure où l'assurance privée vient compléter le financement public, y compris sur des prestations essentielles, elle est considérée de plus en plus comme une condition nécessaire de l'accès aux soins, presque à l'égal de l'assurance obligatoire²⁰. Le discours dominant insiste donc sur le fait qu'il faut la généraliser (y compris en favorisant cette extension par des subventions publiques qui pourraient

19 Rapport 2013 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie

20 L'argument est que la nécessité d'une couverture complémentaire est apparue de manière indiscutable pour les bénéficiaires de la CMUc. En réalité, ce n'est pas tant la couverture complémentaire qui est nécessaire qu'un meilleur taux de remboursement, que celui-ci soit obtenu par le biais d'une couverture complémentaire ou d'une exonération de ticket modérateur ; beaucoup de pays ont une meilleure prise en charge pour les personnes à bas revenus, sans pour autant que celle-ci soit obtenue par le truchement d'une assurance privée.



être utilisées pour accroître la prise en charge par l'assurance obligatoire), et qu'il faut lui permettre de cogérer le système.

Or cela relève d'une confusion des genres, car l'assurance complémentaire est par nature différente, fondée sur la liberté contractuelle, financée en fonction du risque et non de la capacité à payer, variable dans ses garanties : elle est fondamentalement plus inégalitaire que l'assurance publique, les plus riches ou les personnes les mieux loties (contrats de groupes) étant classiquement les mieux assurés.

Plus l'intrication sera importante et la généralisation effective, plus on court le risque de voir l'assurance-maladie obligatoire se délester de ses responsabilités sur ce deuxième étage de mutualisation, par construction moins équitable, sans parler de la complexité de la gestion à plusieurs du risque.

La couverture privée peut aussi avoir un effet inflationniste sur les prix, comme dans les secteurs de l'optique et dans certains cas des prothèses dentaires. Elle augmente également la probabilité de consulter un spécialiste pratiquant des dépassements d'honoraires.²¹

Cette articulation assurance de base / assurance supplémentaire a par ailleurs des coûts d'administration très élevés : la France arrive en deuxième position dans l'OCDE pour la part des coûts d'administration en part des dépenses de santé – à 6 %-, juste derrière les États-Unis, et près de la moitié de ces dépenses concernent les assurances complémentaires. De plus, en France comme ailleurs, ces coûts d'administration n'incluent pas les coûts d'administrations supportés par les prestataires de soins pour leurs interactions avec de multiples assureurs.

Conclusion

Dans tous les pays de l'OCDE, la croissance constante de la demande de soins, due au vieillissement de la population et aux progrès techniques, augmente la pression qui s'exerce sur les budgets publics. La tentation de reporter une partie du financement sur le secteur privé (ménages ou assurances privées) est donc forte. Elle se traduit souvent par des augmentations des frais laissés à la charge des usagers par les systèmes publics, mais aussi par des déremboursements d'actes ou de produits de santé (produits OTC en Allemagne, lunettes en Suisse, etc.).

Plusieurs pays ont introduit des incitations fiscales pour encourager les résidents à souscrire une assurance privée duplicative (Australie, Espagne) ou complémentaire (France), comptant ainsi accroître les ressources disponibles pour le système de santé. Et de fait, les statistiques de l'OCDE montrent que dans la plupart des pays, la diffusion de l'assurance privée s'accroît, quel que soit son rôle, et parfois de manière très rapide : entre 2000 et 2013, la part de la population couverte par une assurance privée est passée de 9 % à 33 % en Allemagne, de 1 % à 33 % au Danemark, de 37 % à 81 % en Belgique, pour ne citer que quelques exemples.

Dans tous les cas, l'accroissement du financement privé réduit la redistributivité du système (entre niveaux de revenus) et accroît les inégalités d'accès aux soins.

21 http://www.chairesante.dauphine.fr/fileadmin/mediatheque/chaieres/chaire_sante/pdf/lettre22.pdf

Une question cruciale, qui devrait faire l'objet d'une évaluation, est de savoir dans quelle mesure l'accroissement des financements privés permet d'accroître les ressources globalement disponibles dans le système, profitant ainsi à tous les patients, ou s'il conduit à une réduction effective de l'offre disponible pour les assurés publics. Dans ce dernier cas, les subventions publiques accordées à l'assurance privée seraient mieux utilisées si elles étaient directement affectées au système public.

En France la question se pose moins en termes d'offre disponible (comme c'est le cas lorsque l'assurance privée est duplicative) qu'en termes de financement. C'est d'ailleurs sur ce plan que l'Accord national interprofessionnel (ANI) a fait l'objet de débats, l'extension des contrats collectifs à 400 000 salariés non couverts aujourd'hui représentant un coût élevé, estimé à deux milliards d'euros²².

22 Et ayant pour effet collatéral de concentrer la couverture individuelle sur les mauvais risques (retraités, chômeurs de longue durée), avec moins de possibilité de mutualisation.