

Le financement de la couverture maladie en France : le Conseil d'analyse économique préconise une refondation de l'assurance-maladie

Le CAE a présenté le 2 avril 2014 sa nouvelle Note sur l'assurance-maladie. En cause, des inégalités importantes dans l'accès aux soins et aux complémentaires santé et un système d'assurance faisant intervenir plusieurs acteurs, ce qui ne permet pas une maîtrise efficace de la dépense. Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard et Jean Tirole dressent un état des lieux et formulent quatre grandes recommandations. Objectif : trouver le bon équilibre entre participation et couverture des besoins et améliorer le pilotage de l'offre de soins.

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 offre des remboursements partiels auxquels s'ajoutent ceux des assurances complémentaires. Ce système est coûteux et contribue à la hausse des prix des soins. La régulation actuelle des complémentaires ne protège pas vraiment contre la discrimination selon le risque et se traduit par des inégalités d'accès aux soins. Quant à l'avantage conféré aux contrats collectifs, il encourage des couvertures étendues qui alimentent la progression des dépassements d'honoraires.

Des performances insuffisantes en matière de couverture

Tout système d'assurance doit à la fois limiter les risques supportés par l'assuré et le responsabiliser par sa participation au contrôle des dépenses. Les performances du système d'assurance-maladie en France sont insuffisantes quant à ces deux objectifs. Les complémentaires couvrent les tickets modérateurs et beaucoup d'entre elles couvrent les dépassements d'honoraires, contribuant à alimenter l'augmentation de la dépense et des prix des soins. Bien que large, la couverture ne protège pas les individus contre le risque de restes à charge très élevés qui ne sont pas proportionnés à leurs moyens financiers.

Un système coûteux et subventionné

Le système d'assurance mixte est également coûteux. Les frais de gestion sont de 7,2 milliards d'euros pour les organismes relevant de la Sécurité sociale et de 6,2 milliards d'euros pour les organismes complémentaires, pour traiter deux fois les mêmes feuilles de soins.

À ce surcroît de frais de gestion s'ajoute une dépense fiscale en faveur des contrats collectifs qui mutualisent les risques au niveau de l'entreprise ou de la branche, au détriment des jeunes, des chômeurs et des personnes âgées qui doivent payer une prime plus élevée pour accéder à une assurance complémentaire individuelle. 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.

Un manque de coordination entre les opérateurs

La maîtrise de la dépense des soins est surtout entravée par le défaut de coordination entre la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. Les incitations à l'efficacité sont faibles pour les assureurs : la Sécurité sociale est en position de monopole et l'organisation actuelle des complémentaires dénature la concurrence entre organismes. En particulier, le foisonnement des contrats d'assurance complémentaire rend l'offre difficilement lisible pour les assurés, ce qui entrave les mécanismes concurrentiels. Enfin, les complémentaires n'ont pas les moyens de piloter l'offre de soins, car elles n'ont pas accès aux données individuelles des assurés détenues par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés. Intervenant en aval, elles ne reçoivent que les informations administratives permettant de procéder aux remboursements, sans pouvoir agir avec plus d'efficacité.

Quatre recommandations pour refonder le système de l'assurance-maladie

- **Recommandation 1. Couvrir à 100 % les soins hospitaliers, à l'exception d'un forfait journalier ramené à 8 euros.** Pour les soins de ville, remplacer les tickets modérateurs et participations par une franchise annuelle et un co-paiement qui peuvent être fonction du revenu des patients. Ces franchise et co-paiement ne doivent pas être couverts par des assurances mais doivent être plafonnés.
- **Recommandation 2. Les organismes qui financent les soins (ARS décentralisées ou assurances) doivent pouvoir contractualiser avec les offreurs de soins.**
- **Recommandation 3. Créer les conditions d'une véritable concurrence dans le secteur des complémentaires en définissant un contrat homogène** que tout assureur devra offrir (sans exclure d'autres offres) et en supprimant les distorsions liées aux exonérations sociales encore en place pour les contrats collectifs. Associer les complémentaires à la contractualisation de l'offre de soins en leur donnant accès aux informations nécessaires.
- **Recommandation 4. À terme, il faut envisager une refondation du système : en finir avec un système mixte d'assurance-maladie, en organisant un système unifié,** soit sur un mode public décentralisé et incitatif, soit sous la forme d'une concurrence régulée entre caisses d'assurance. Dans tous les cas, le système est financé par des cotisations proportionnelles aux revenus.

Retrouvez les Notes du CAE sur www.cae-eco.fr

À propos du Conseil d'analyse économique

Placé auprès du Premier ministre, le **Conseil d'analyse économique** a pour mission d'« éclairer, par la confrontation des points de vue et des analyses, les choix du gouvernement en matière économique ». Il est composé d'économistes universitaires et de chercheurs reconnus et réalise en toute indépendance ses travaux qu'il rend publics. Les opinions exprimées dans les Notes du CAE sont celles de leurs auteurs et n'engagent ni le Conseil, ni le président délégué, ni bien entendu le Premier ministre.

Contact Presse

Christine CARL

01 42 75 77 47

christine.carl@pm.gouv.fr

Courriel itinérant : c.carl@orange.fr

Suivez le CAE sur  @CAEinfo