

Santé : pour une couverture plus solidaire

BRIGITTE DORMONT 22/03/2017
Alternatives Economiques

Déserts médicaux, saturation des urgences, dépassements d'honoraires, coût des lunettes et insuffisance de la prévention : les programmes santé des candidats à l'élection présidentielle se rejoignent sur les constats. D'autres sujets sont plus clivants, comme le tiers payant, dont la suppression est programmée à droite, et les assurances complémentaires qui sont éliminées chez Les insoumis.

Un système d'assurance maladie doit offrir une bonne couverture pour garantir à chacun un accès aux soins selon ses besoins. Mais il doit aussi contribuer à la maîtrise de la dépense. Équité et efficacité sont deux impératifs inséparables : bien couvrir sans maîtriser les prix des soins, c'est condamner le système. Quelles sont les performances de notre système par rapport à ces objectifs ? La dépense de santé est plus élevée en France que dans beaucoup d'autres pays développés, avec des performances qui ne sont pas exceptionnelles, notamment sur les inégalités sociales de santé.

La dépense de santé est élevée en France, mais les performances de notre système d'assurance maladie ne sont pas exceptionnelles

En France, des opérateurs publics et privés concourent à la couverture des mêmes soins : la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. Une telle organisation ne se retrouve chez aucun de nos grands partenaires européens, où les opérateurs privés sont des assurances supplémentaires qui couvrent des soins hors du panier de base. [D'après le Conseil d'analyse économique \(CAE\)](#)¹, un système mixte est source d'inégalités et d'inefficacité. En effet, les mécanismes de contractualisation nécessaires pour piloter l'offre de soins vers plus d'efficacité sont entravés, faute de coordination entre la Sécurité sociale et les complémentaires. Par ailleurs, les contrats collectifs d'entreprise encouragent des couvertures étendues qui alimentent la progression des dépassements d'honoraires. Enfin, la concurrence entre organismes complémentaires se joue avec une différenciation des contrats pour cibler des publics particuliers (ce qui permet de segmenter les risques) ; elle conduit à des primes en général indépendantes du revenu et croissantes avec l'âge des affiliés. De ce fait, si les plus riches ne paient que 2,7 % de leur revenu en assurance complémentaire, les plus pauvres (souvent des retraités) doivent en déboursier environ 10 %.

Plafonner les restes à charge

Autre défaut moins connu du grand public : l'assurance maladie ne protège pas bien contre le risque d'une dépense catastrophique. Le 1 % d'assurés qui consomment le plus de soins paie en moyenne 5 000 euros par an en restes à charge. Une moitié est due à des dépassements d'honoraires, l'autre moitié aux participations financières prévues par le système. Alors que dans la plupart des pays européens les restes à charge sont plafonnés, ce n'est pas le cas en France.

C'est pour cela que la mesure la plus simple, la plus juste et la moins coûteuse serait de plafonner les restes à charge liés aux participations financières : ceci signifie qu'au-delà d'une certaine somme payée par le patient sous la forme de tickets modérateurs, la couverture par la Sécurité sociale

deviendrait complète, à 100 %. Plus personne ne pourrait être mis en grave difficulté financière à cause du coût de ses soins.

Définir un contrat standard pour les assurances complémentaires contribuerait à limiter les stratégies de sélection des risques

A court terme, définir un contrat standard pour les assurances complémentaires contribuerait à limiter les stratégies de sélection des risques. A plus long terme, le CAE préconise la fin du système mixte, ce qui signifie délimiter des domaines d'intervention séparés (des soins couverts distincts) pour l'assurance publique solidaire et les assurances privées. Certes, il y a partout, et il y aura toujours, des assurances supplémentaires : il y a forcément un « ailleurs » du 100 %. La question n'est pas celle de l'existence ou non d'assurances privées pour la maladie. C'est celle de leur positionnement par rapport à l'assurance sociale...

Dépassements d'honoraires

Le développement des dépassements d'honoraires dégrade la couverture offerte par la sécurité sociale. Il a été prouvé qu'ils réduisent l'accès aux consultations des spécialistes, sauf si un nombre suffisant de spécialistes à tarif opposable (ne pratiquant pas de dépassements) sont disponibles localement². Force est de constater que la Sécurité sociale est ici en échec sur ces questions de régulation de l'offre de soins, comme sur l'inégale répartition géographique des médecins. Pourtant, tous les citoyens contribuent également à son financement avec les cotisations et la CSG. Pour offrir à tous un égal accès aux soins, il est impératif que des services de médecins ne pratiquant pas les dépassements d'honoraires soient offerts en quantité suffisante sur tout le territoire.

Enfin, il ne faut pas abandonner la mise en place du tiers payant (qui dispense les patients de l'avance de frais). Actuellement, les plus démunis accèdent aux soins via les urgences hospitalières pour éviter l'avance de frais. Le tiers payant permettra de rediriger ces patients vers le médecin généraliste et de désengorger les services d'urgence. C'est une mesure de rationalisation financière bienvenue. Elle a aussi pour intérêt de rendre visible les dépassements d'honoraires, ce qui devrait limiter leur développement.

Brigitte Dormont, professeure d'économie à l'université Paris-Dauphine

-
- 1.« Refonder l'assurance maladie », par Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard et Jean Tirole, Conseil d'Analyse Economique n°12, avril 2014.
 - 2.Does health insurance encourage the rise in medical prices?, (2016), B. Dormont and M. Péron, Health Economics, Issue 9, vol.25.