

PARTIE III

CONCURRENCE ENTRE ASSUREURS DANS LES SYSTEMES DE SANTE

PARTIE III

CONCURRENCE ENTRE ASSUREURS DANS LES SYSTEMES DE SANTE

Les grandes réformes des systèmes de santé sont souvent inspirées par les expériences des autres pays. Malheureusement, comme le note ironiquement Maynard (1995, pp.49), l'élaboration des politiques se fonde plus souvent sur des effets de mode et des croyances que l'étude rigoureuse du fonctionnement des systèmes.

Une des missions du chercheur consiste à analyser de façon aussi rigoureuse que possible ce fonctionnement sans se contenter de comparer les agrégats macro-économiques qui reflètent des réalités profondément différentes. Il doit analyser, au delà des principes affichés, les implications concrètes des réformes et déterminer les paramètres institutionnels et techniques qui en garantissent ou non le succès.

L'objectif de cette troisième partie est d'approfondir l'analyse qui précède en tentant d'appliquer ces principes. L'idée couramment avancée selon laquelle un certain nombre de réformes entreprises ces dernières années, notamment en Europe, visent à introduire la concurrence entre assureurs dans le domaine de la santé, nous semble un peu simplificatrice.

Pour le démontrer nous commencerons par dresser, dans le chapitre sept, un bilan du rôle que remplit l'assurance privée dans les systèmes de santé des pays développés. Nous montrerons notamment qu'à une exception près, les Etats-Unis, l'assurance privée a une place marginale et que les assureurs rendent rarement le service qui nous semblait leur au terme de la première partie, pouvoir relever de leur responsabilité.

Dans le chapitre huit, nous décrivons un certain nombre de réformes et de ré-organisations des marchés à l'initiative d'acteurs qui ont un pouvoir de régulation. Ces évolutions procèdent de la problématique que nous avons développée dans la seconde partie. Nous nous attacherons à souligner en quoi elles répondent à la nécessité de gérer la sélection afin d'améliorer l'efficacité productive. Nous montrerons qu'elles se traduisent par une forme de concurrence entre des opérateurs chargés de gérer les risques, qui peuvent être, entre autres, des compagnies d'assurance. Nous démontrerons en quoi cette concurrence, en toute rigueur, ne nous semble pas pouvoir être qualifiée de concurrence entre assureurs. Dans le même temps, nous détaillerons les conditions qu'il semble nécessaire de remplir pour atteindre une concurrence porteuse d'efficacité productive et nous présenterons la diversité des solutions techniques adoptées.

CHAPITRE 7

FONCTIONS DE L'ASSURANCE PRIVEE

DANS LES SYSTEMES MIXTES

A la question de savoir si la couverture du risque maladie peut relever exclusivement d'une assurance privée, la majorité des pays développés a répondu par la négative. Plus encore, l'assurance privée ne constitue la principale source de financement des dépenses de santé dans aucun de ces systèmes, pas même celui des Etats-Unis. La nature du partage entre les couvertures privées et socialisées des dépenses de santé est pourtant très variable d'un pays à l'autre, ce qui s'explique notamment par des critères historiques, sociologiques, et politiques. On oppose ainsi traditionnellement, en Europe, les systèmes d'assurance sociale Bismarckiens¹ (Allemagne, France...) et les systèmes nationaux de santé Beveridgiens² (Royaume-Uni).

Le principe Bismarckien consiste à l'origine à encourager des systèmes déjà existants de solidarité entre groupes professionnels. Les prestations (pensions diverses) ne sont pas des minima, mais sont proportionnelles aux cotisations (principe contributif) : la retraite est par exemple d'autant plus élevée que le salaire l'était. En matière d'accès aux soins, le principe contributif conduit à une couverture segmentée et proche de l'assurance : les prestataires de soins sont des producteurs indépendants, la couverture maladie rembourse les frais induits par le recours aux prestataires.

Le principe de Beveridge est de fournir à tout citoyen d'une nation un socle de droits sociaux minimaux, indépendants de son activité. En matière de prestations sociales (retraites, chômage), l'Etat social garantit donc un minimum à tous, étendu aux prestations en nature de l'assurance maladie et financé par l'impôt (principe universel). Il est assez naturel, dans une telle perspective, que l'Etat social salarie les prestataires de soins, ou au moins une partie d'entre eux, puisqu'ils fournissent ce service social.

¹ Bismarck fut chancelier de la Prusse, puis de l'Empire allemand dans les années 1865-80.

² De Lord Beveridge, rédacteur d'un rapport sur l'Etat Social au Royaume-Uni en 1942.

La ligne de démarcation entre les deux types de systèmes s'est toutefois estompée au fil du temps. Pour prendre l'exemple de la France, le basculement progressif des cotisations sur l'ensemble des revenus (par la Contribution Sociale Généralisée) et l'extension des droits à la Sécurité sociale sur un critère de résidence, prévu dans le projet de loi sur la lutte contre les exclusions³, font que le système s'éloigne progressivement du modèle originel.

Il nous semble donc intéressant d'offrir une ligne alternative de démarcation pour établir des comparaisons entre les systèmes de santé. Nous choisissons de mener une analyse transversale en fonction de la responsabilité que l'Etat détient dans la couverture des risques liés à la santé. Cette démarche nous conduira à étudier le rôle de l'assurance privée, car la place qui lui est dévolue est conditionnée par la nature et l'étendue de la couverture publique choisie par chaque pays.

Nous avons souligné dans la première partie de ce travail que l'assurance était théoriquement le moyen le plus efficace de se couvrir contre un risque individuel, même si les caractéristiques des biens considérés amènent les assureurs à moduler le service qu'ils proposent. L'objectif de ce chapitre est d'étudier le rôle effectif de l'assurance dans un grand nombre de systèmes de santé développés et de montrer qu'en pratique, elle joue un rôle assez marginal, même si elle répond aux attentes des personnes qui souscrivent les contrats et qu'elle remplit en cela une fonction importante.

Nous montrerons tout d'abord en quoi il nous semble intéressant de développer une typologie fonctionnelle pour analyser le marché de l'assurance (Section 1). Puis, nous en testerons la validité en l'appliquant à différents systèmes (Section 2).

³ Projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle - Conseil des ministres du 3 mars 1999.

1. UNE APPROCHE METHODIQUE DES ARTICULATIONS PUBLIC-PRIVE

Un cadrage macro-économique simple montre que l'assurance privée a, de fait, un rôle de complément à la couverture publique dans l'ensemble des pays développés (1.1). Ceci dit, les systèmes de santé et de protection sociale ayant été élaborés selon des modèles différents, cette première analyse mérite d'être affinée pour déterminer en quoi l'assurance privée complète la couverture publique (1.2). Pour comparer, par la suite, les systèmes étudiés, nous utiliserons une démarche précise que nous présentons en dernier lieu (1.3).

1.1 Cadrage macro-économique

L'assurance se traduit, à quelques rares exceptions près, par le financement direct ou indirect des frais auxquels les individus peuvent devoir faire face pour se soigner. Pour estimer son importance en première approche, on peut étudier la part de l'assurance privée dans le financement des dépenses de santé (Tableau 1).

Tableau 1 : Part de l'assurance privée dans le financement des dépenses de santé (1995)

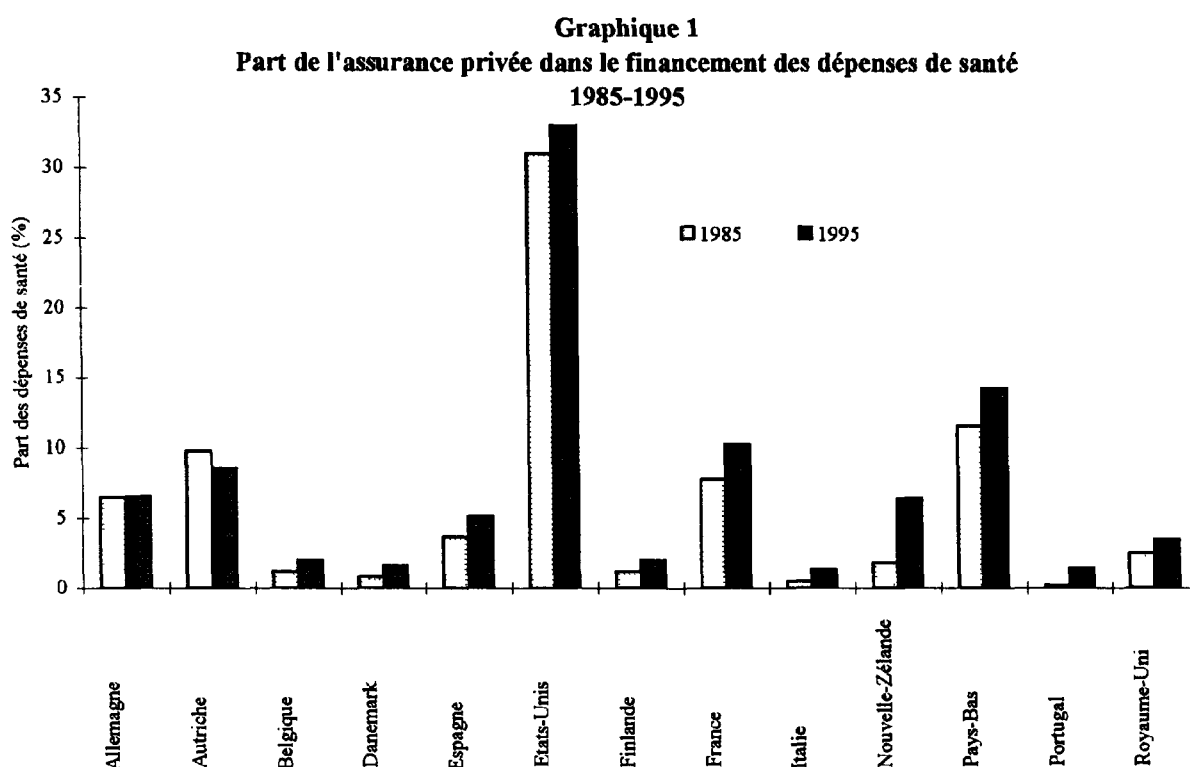
	Source OCDE* (%)
Etats-Unis	33
Pays-Bas	14,3
Suisse	11,6
France	10,3
Irlande	8,9**
Canada	8,8
Autriche	8,6
Allemagne	6,6
Espagne	5,2
Royaume-Uni	3,5
Belgique	2
Finlande	2
Danemark	1,6
Portugal	1,4
Italie	1,3
Grèce	nd.
Norvège	nd.
Suède	nd.

*OECD Health Data 98 : financement par l'assurance à but lucratif et non lucratif

**1996

La part couverte par l'assurance privée, qu'elle soit ou non à but lucratif, n'atteint dans les pays développés au maximum que 33% de la dépense totale de santé (Tableau 1). En outre, les Etats-Unis, qui sont au premier rang, se détachent nettement des autres pays. Aux Pays-Bas, qui occupent la seconde place, la part des dépenses de santé financée par l'assurance privée n'est que de 14%. La Suisse, qui était au troisième rang en 1995, a depuis réformé son système de santé et la part de l'assurance privée y a diminué.

Néanmoins, dans la quasi-totalité des pays pour lesquels l'information est disponible, le Graphique 1 montre que la part de l'assurance privée dans le financement des dépenses de santé a augmenté pendant la dernière décennie.



Source : OECD Health Data 98

La place dévolue à l'assurance privée, en augmentation régulière depuis plusieurs années, reste tout de même largement minoritaire, exception faite des Etats-Unis. La part de l'assurance sociale et des financement directs de l'Etat reste donc prépondérante dans tous les pays (50% au minimum aux Etats-Unis), même si elle a tendu à se stabiliser, voire à décroître depuis plusieurs années. De fait, l'intervention de l'Etat conditionne la marge de manœuvre et la taille du marché potentiel de l'assurance privée. A partir du

moment où des individus financent par des cotisations obligatoires ou par l'impôt l'accès à des soins ou à une assurance sociale, leur besoin, leur désir et leur capacité financière à recourir à une assurance privée sont largement réduits. L'assurance privée est donc complémentaire de l'assurance publique.

Cette notion de complémentarité, traditionnellement utilisée en France pour qualifier la couverture privée, doit être entendue plus au sens mathématique qu'au sens économique du terme. Si l'on considère assurance privée et publique comme deux biens, la notion de complémentarité économique renverrait à l'idée qu'à chaque niveau de couverture publique, il faut associer un niveau de couverture privée minimal, sans lequel l'individu ne tire aucune utilité de la "consommation" d'assurance publique. En retenant l'acception mathématique du terme, on considère que l'ensemble des dépenses de santé peut être a priori couvert par une assurance qu'elle soit de type public ou privé. Si un sous-ensemble est couvert par l'assurance publique, le champ *potentiel* de l'assurance privée est défini comme le complément de ce sous-ensemble. Cette seconde notion de complémentarité peut décrire plusieurs situations :

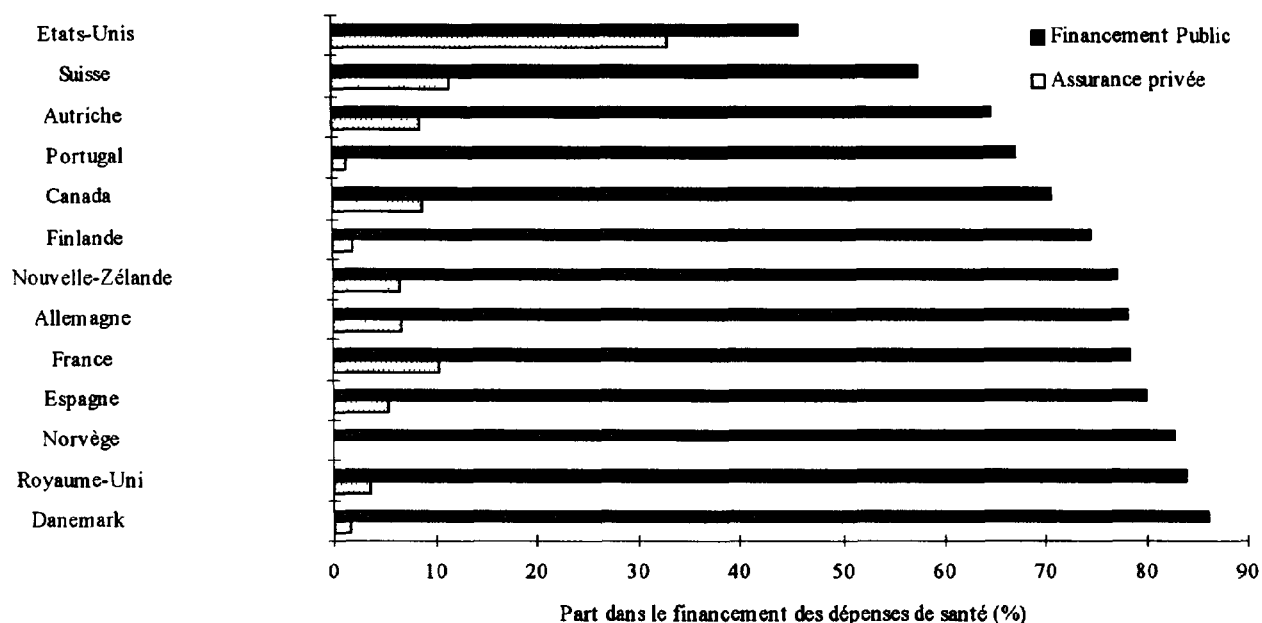
- si l'assurance publique couvre l'ensemble de la population mais pas l'ensemble des dépenses, les deux types d'assurance sont plutôt des substituts, au sens où chaque individu pourrait compenser la diminution (l'augmentation) de l'assurance publique par un recours accru (moindre) à l'assurance privée ;
- si l'assurance publique couvre une partie de la population, l'assurance privée est la seule source de couverture possible pour le reste de la population. Dans ce cas, il n'y a pas réellement de substitution possible.

Dans les deux cas cependant, le marché privé est largement défini par défaut et en référence à la couverture publique préexistante.

Le graphique 2 fournit une illustration de ce constat. Les pays⁴ sont classés en fonction de la part des dépenses de santé financées par l'assurance sociale et les financements publics directs.

⁴ Pays pour lesquels l'information est disponible dans ECO-SANTE OCDE 98.

Graphique 2
Parts de l'assurance privée et de l'ensemble des organismes publics dans le financement des dépenses de santé 1995



Source : OECD Health Data 98

On constate à nouveau que l'assurance privée ne finance qu'une part relativement minoritaire des dépenses de santé. Toutefois, ce constat masque des différences profondes qu'une analyse plus fine du rôle de l'assurance privée dans les différents pays va permettre de mettre en lumière.

1.2 Pour une typologie fonctionnelle

Quelques travaux récents étudient, pour différentes raisons, le rôle de l'assurance privée et leurs auteurs se sont attachés à construire des typologies pour le décrire. Ces études illustrent en général chaque fonction par un exemple connu mais ne cherchent ni à nuancer l'analyse pour chaque pays ni à appliquer de façon systématique les classifications proposées.

La typologie proposée par van Doorslaer et Wagstaff (1993) et complétée par Wasem (1995) distingue trois rôles possibles pour l'assurance santé volontaire, comme celle proposée par Rovira et al. (1998). Seul Schneider (1995) distingue explicitement quatre fonctions.

L'assurance volontaire peut, en premier lieu, selon van Doorslaer et Wagstaff, permettre de couvrir les copaiements imposés par le secteur public. Wasem élargit cette catégorie à l'ensemble des cas où l'assurance complète la couverture publique d'un individu, soit en couvrant des franchises ou copaiements laissés à sa charge, soit en finançant l'accès à des biens qui ne sont pas couverts par l'assurance publique. Il qualifie cette couverture de *complémentaire*. Rovira *et al.* nomment pour leur part cette assurance *supplémentaire* et distinguent trois cas : la couverture volontaire peut porter sur de nouveaux risques (les soins dentaires dans leur ensemble), ou pour un même risque, donner accès à d'autres services que ceux couverts (certains types de prothèses qui ne seraient pas couvertes par l'assurance publique), ou enfin limiter le risque financier que supportent les assurés associé à des copaiements du régime général. La typologie de Schneider est proche de celle de Wasem, mais il distingue explicitement l'assurance qui couvre les copaiements publics, qualifiée de *résiduelle*, et celle qui couvre des biens non pris en charge par le système public, dite *supplémentaire*.

Tous les auteurs distinguent ensuite deux autres fonctions.

D'une part, l'assurance privée peut dupliquer l'assurance publique. Elle est qualifiée alors de *supplémentaire* (van Doorslaer et Wagstaff), de *double couverture* (Wasem), d'*alternative* (Rovira *et al.* et Schneider), ou de *parallèle* (Schneider). Les trois premières études insistent surtout sur l'aspect institutionnel et sur le fait que les personnes qui souscrivent un tel contrat privé, ont les mêmes droits d'accès aux services publics que les autres. Schneider explicite le rôle de l'assurance volontaire parallèle : elle permet d'accéder à des services privés parce qu'il y a des listes d'attente dans le système public ou plus généralement parce que celui-ci est perçu comme offrant une qualité moindre.

D'autre part, l'assurance privée peut constituer la principale protection de certaines catégories de personnes. Elle est alors, pour Wasem, *alternative* à la couverture publique. Rovira *et al.* soulignent que cette fonction recouvre deux situations : les assurés volontaires n'ont pas d'assurance obligatoire parce qu'ils ne sont pas éligibles ou parce que la possibilité de sortir de l'assurance obligatoire était ouverte et qu'ils ont fait ce choix. Pour Rovira *et al.* l'assurance est alors dite *substitutive*, terminologie adoptée par Schneider.

L'ensemble de ces propositions est synthétisé dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Terminologie utilisée dans les différentes typologies

Fonction de l'assurance	van Doorslaer Wagstaff	Wasem	Rovira et al.	Schneider
Couverture unique pour certaines catégories de personnes	n.d.	alternative	substitutive	substitutive
Couverture de biens hors panier public	n.d.	complémentaire	supplémentaire	supplémentaire
Couverture de copaiements publics				résiduelle
Duplication de la couverture publique	supplémentaire	double couverture	alternative	parallèle / alternative

On observe donc, malgré la difficulté d'aboutir à une terminologie commune et univoque, une convergence dans l'analyse des fonctions que l'assurance privée volontaire peut remplir. A différents types de systèmes publics, on peut associer différents "besoins" de complément privé. D'où l'idée d'établir une typologie explicitement fonctionnelle de l'assurance privée qui rende compte de la nature de ce besoin et indirectement du rôle de l'assurance privée.

Nous distinguerons quatre catégories, selon que l'assurance :

1. constitue la seule source de couverture contre le risque maladie. En France, on parle alors de couverture au premier franc (fonction 1) ;
2. finance des risques ou des biens non couverts par l'assurance publique (fonction 2) ;
3. re-finance des copaiements publics (fonction 3) ;
4. finance l'accès à une qualité supérieure (fonction 4).

La première fonction est celle qui semble, à la lumière du modèle théorique que nous avons présenté dans la première partie de cette thèse, le plus naturellement échoir à l'assurance privée puisqu'il s'agit de protéger les individus contre la réalisation de l'ensemble des risques liés à la santé. Toutefois, nous verrons que l'assurance ne joue que rarement ce rôle dans les pays développés et qu'en tout état de cause, cette fonction ne concerne jamais la totalité de la population.

On peut ensuite considérer que les fonctions 2 et 3 constituent des applications de la fonction standard de l'assurance (fonction 1) à des champs plus restreints. L'Etat garantit une couverture de base à la population concernée. Si cette couverture publique exclut explicitement certains biens et services, l'assurance privée peut remplir la fonction 2. Si l'assurance publique couvre une partie des dépenses liées à chaque consommation, l'utilisateur qui doit, à chaque contact avec le système de santé, couvrir une partie des frais, peut souscrire une assurance qui remplit alors la fonction 3.

De la même manière, la fonction 3 est un cas particulier de la fonction 2, dans lequel un bien est couvert partiellement. Si la couverture publique est faible, on se rapproche du cas de figure 2 (pas de couverture publique de certains services) voire de la configuration 1 (aucune couverture publique) si l'ensemble des biens et services est concerné.

Au total, la différence entre ces trois fonctions peut être décrite en termes de degré plus que de nature.

Le dernier cas est différent à cet égard. Dans les systèmes étudiés, l'Etat garantit un accès à la quasi-totalité des soins dans un système public mais les individus souscrivent une assurance pour, en cas de nécessité, avoir accès à des biens et services de meilleure qualité. Il s'agit toujours d'assurance, mais on ne peut pas considérer que la motivation première de l'individu est de se protéger contre le risque de devoir s'acquitter du prix des soins. L'assurance, dans ce cas, joue plutôt le rôle d'une option de sortie du système public.

1.3 Méthodologie

Dans une première étape, nous proposons une définition opérationnelle de l'assurance privée (1.3.2), avant de présenter les choix méthodologiques et leurs conséquences (1.3.2).

1.3.1 Définition opérationnelle de l'assurance privée

Dans la suite de ce travail, l'assurance est dite "privée" lorsque les trois conditions suivantes sont réunies.

a) L'assureur peut accepter ou non de couvrir la personne ou l'entité qui en fait la demande et l'entité peut choisir de se couvrir ou non

L'entité qui se couvre n'est pas nécessairement l'assuré lui-même. L'assurance privée peut, par exemple, être souscrite par un tiers au bénéfice de l'assuré, même si celui-ci ne choisit pas directement de se couvrir. En France, un employeur peut ainsi souscrire un contrat d'assurance maladie auquel ses employés sont obligés de contribuer. Pour autant, on considère que l'assurance est privée car l'employeur n'est pas obligé de souscrire et l'assuré peut, au moins théoriquement, échapper à cette obligation en changeant d'employeur.

b) Les assureurs sont en concurrence

Dans certains pays comme l'Irlande ou le Danemark, le marché est, pour des raisons historiques, dominé par une entreprise qui couvre la quasi-totalité du marché privé. Cette notion de concurrence correspond donc plutôt à l'idée que l'entrée sur le marché est possible.

c) L'assureur et l'assuré ont une grande marge de manoeuvre pour déterminer les différentes dimensions du service rendu

Ce choix porte spécifiquement sur :

- le champ des prestations et le niveau de couverture (*benefit package*). Des participations financières des assurés peuvent être prévues dans le contrat, ainsi que des limites au remboursement et des exclusions ;
- les primes. Elles sont liées au risque individuel ou au risque des cohortes couvertes (âge sexe, état de santé, profession..).

Tous les marchés d'assurance sont peu ou prou réglementés par l'Etat, en particulier pour obliger les assureurs à respecter un certain nombre de règles prudentielles afin qu'ils soient en mesure de faire face à leurs engagements. Pour des raisons qui tiennent d'une part, à la spécificité du risque maladie et aux imperfections de marché qu'elle entraîne et, d'autre part, à la reconnaissance par la société que la couverture des risques maladie représente un enjeu particulier, l'activité des assureurs intervenant dans le secteur de la santé fait l'objet de réglementations spécifiques. Il y a donc une part d'arbitraire dans cet élément de définition du champ de l'assurance privée qui

dépend du degré de réglementation des primes et des prestations. Si les forces de marché déterminent largement les caractéristiques de l'interaction entre les parties au contrat, l'assurance peut être privée (mais ce n'est pas une condition suffisante).

Cette définition appelle deux remarques :

- le statut privé, en particulier à but lucratif, de l'entreprise qui produit le service n'est pas intégré dans la définition. Ceci permet de prendre en compte l'ensemble des prestataires possibles du service d'assurance (Rovira *et al.*, 1998). Par exemple, des caisses publiques qui, au delà de leurs engagements obligatoires, offrent des services complémentaires optionnels, peuvent participer à l'offre d'assurance privée au sens où nous l'entendons ;
- l'élément le plus central de la définition est le fait de savoir si la personne a bien le choix de s'assurer et si l'assureur peut refuser de l'assurer. De fait, nous étudions l'assurance maladie en ce qu'elle est volontaire et que la décision d'assurance est strictement privée.

Illustrons cette définition par deux exemples.

1. Un certain nombre de pays ont instillé des éléments de concurrence dans une assurance maladie publique sans pour autant la "privatiser". Aux Pays-Bas, par exemple, une partie de la population est couverte par une assurance obligatoire dont les conditions sont définies par l'Etat et qui est financée par une cotisation proportionnelle au revenu. Depuis plusieurs années, les assurés peuvent choisir leur caisse d'assurance maladie ; pour autant, il ne s'agit pas d'une assurance privée. En effet, les assureurs ne peuvent refuser de couvrir une personne, tous les assurés doivent se couvrir, le niveau de couverture est défini par l'Etat et les primes ne sont pas déterminées ou prélevées par les caisses (sauf à la marge).
2. A l'inverse, un marché sur lequel opèrent des assureurs privés peut être réglementé à un point tel que l'on ne puisse plus qualifier, selon les termes choisis, l'assurance de privée. Ce cas de figure se présente en Suisse où la loi LAMal de 1994 introduit une obligation d'assurance pour l'ensemble de la population, interdit la sélection par les assureurs, définit précisément le champ des prestations de cette assurance et réglemente strictement la tarification. Les assureurs restent en concurrence et ils définissent globalement les primes de façon à pouvoir faire face à leurs engagements

(et donc en fonction du risque total assumé). Pour autant, la décision d'assurance n'est pas privée.

Dans tous les cas où l'individu a le choix entre différents opérateurs en concurrence mais où il n'a pas la possibilité de ne pas s'assurer ou de définir les prestations pour lesquelles il se couvre, l'assurance, selon notre terminologie, n'est pas privée.

1.3.2 Choix méthodologiques

Comme tout exercice de taxinomie, le travail entrepris ici nécessite de faire des choix et comporte des limites qu'il convient d'explicitier, par rapport au contexte dans lequel il est mené.

1. Tout d'abord, la classification étant articulée autour du rôle de l'assurance privée, elle conduira à rapprocher des systèmes qui diffèrent fondamentalement sur d'autres critères couramment utilisés pour les classer (mode de financement, caractéristiques de l'offre...). Ces rapprochements nous permettront de mettre en lumière des problématiques communes à des pays que l'on compare rarement.
2. Ensuite, la nature de la couverture publique, qui conditionne le champ de l'assurance privée, peut lui conférer plusieurs fonctions possibles parmi les quatre que nous distinguons. Si, dans deux systèmes, l'assurance privée remplit les mêmes fonctions mais dans des proportions différentes, chacun de ces systèmes pourra être classé dans un groupe différent. Cet exercice comporte une part d'arbitraire. Dans plusieurs cas, il sera ainsi difficile de séparer ce qui relève du refinancement des copaiements publics de ce qui procède du financement de services non couverts par le public. Dès lors, il n'est pas surprenant que les fonctions 2 et 3 soient confondues dans deux des quatre typologies existantes alors que, sur le plan conceptuel, la séparation est claire. Dans la mesure où il est possible de rattacher certains systèmes sans ambiguïté à une seule de ces fonctions, il nous semble intéressant de conserver cette distinction.

3. Dans le même ordre d'idée⁵, les soins dentaires sont largement exclus de l'analyse qui suit pour plusieurs raisons :

- d'une part, l'Etat considère souvent que son intervention n'est pas prioritaire dans le domaine dentaire. Ces soins sont donc l'objet de mesures particulières. Ils sont parfois exclus de la couverture publique, notamment pour certaines catégories de la population (adultes) ou font l'objet de mesures de déremboursement dans le cadre de plans de maîtrise des dépenses ;
- d'autre part, il est quasiment impossible, en ce qui concerne les prothèses qui constituent le gros des dépenses sur le risque dentaire, de distinguer ce qui relève de l'achat d'une prothèse "standard", qui répondrait à un besoin de santé "objectif" (fonction 2), de ce qui relève d'un achat d'un produit de qualité supérieure (fonction 4).

En fait, il conviendrait d'étudier séparément le dentaire, par type de bien et de service et dans certains cas, par type de population. Ainsi, en France, les soins dentaires relèvent d'un régime de copaiements comparable à celui qui s'applique pour les autres soins de ville (fonction 3). Par contre, les prothèses sont remboursées selon un barème fixé par la Sécurité sociale. Comme les prix pratiqués sont beaucoup plus élevés que ces tarifs, on peut quasiment considérer que les prothèses sont exclues de la couverture publique (fonction 2). Le prix d'une prothèse, pour un dentiste donné, varie fortement en fonction du matériau qu'il utilise (indépendamment du prix du matériau lui-même). Cette variation reflète des niveaux de qualité supposés ou réellement différents. Selon le taux de remboursement prévu au contrat, on pourrait estimer que l'assurance remplit la fonction 2 ou la fonction 4. Au total, si l'on prend en compte le rôle de l'assurance privée pour le dentaire dans le cadre d'une typologie générale, on risque non seulement de commettre des erreurs et mais aussi d'articuler la classification des pays autour d'un critère peu discriminant.

⁵ Je remercie les participants à l'ECuity II Workshop (Londres, 22-23 avril 1999) pour leurs nombreux commentaires sur ce travail et particulièrement Adam Wagstaff, qui m'a suggéré cette remarque, ainsi que Carol Propper, Eddy van Doorslaer et Brian Nolan.

4. Pour finir, l'exercice qui consiste à rapprocher le système de protection sociale d'un pays d'une fonction spécifique de l'assurance privée est compliqué par le fait que les régimes de protection sociale n'accordent pas les mêmes droits à l'ensemble des citoyens. Au sein d'un pays peuvent donc coexister plusieurs régimes qui laissent une place différente à l'assurance privée. On pourrait choisir d'étudier le régime "principal" d'un pays. Mais il est probable que selon le critère de choix du régime principal⁶, on serait amené à privilégier des sous-systèmes différents. Nous préférons donc étudier des sous-systèmes afin de rendre compte de la diversité du rôle de l'assurance au sein d'un pays. Dans cette optique, afin de conserver la cohérence de l'analyse, nous rendrons compte de l'ensemble des sous-systèmes d'un pays. Cette approche comporte une limite : dès lors que plusieurs sous-systèmes coexistent dans un pays, les chiffres disponibles au niveau macro-économique (notamment la part des dépenses de santé financée par l'assurance privée) doivent être désagrégés au niveau de chaque sous-système. Les sources d'informations comme l'OCDE ou les synthèses publiées permettent rarement d'atteindre ce niveau de détail. Nous avons cherché à obtenir des informations complémentaires auprès d'acteurs susceptibles de les détenir (fédérations professionnelles des assureurs, Ministères, chercheurs). Nous rendrons compte des résultats de cette recherche. Ce travail constitue une première étape qui permet déjà de souligner les limites d'analyses moins détaillées.

2. DECLINAISON DE LA TYPOLOGIE FONCTIONNELLE DE L'ASSURANCE PRIVEE

Nous nous proposons ici d'appliquer la typologie proposée pour classer les systèmes et, si nécessaire, les sous-systèmes d'une quinzaine de pays. Ce premier travail nous conduira tout d'abord à illustrer et valider la typologie.

⁶ On pourrait par exemple choisir de présenter pour un pays, le régime public qui couvre la proportion la plus élevée de la population, celui qui couvre la part la plus élevée des dépenses de santé, celui qui représente la part la plus élevée des dépenses publiques ou encore le régime public pour lequel le rôle de l'assurance privée est le plus important.

Dans le même temps, nous soulignerons les différences ou les convergences entre :

- d'une part, les systèmes dans lesquels l'assurance volontaire joue un rôle semblable et la dynamique propre à chaque fonction ;
- d'autre part, les systèmes dans lesquels l'assurance privée joue un rôle différent.

Nous étudions tout d'abord le cas où l'assurance couvre l'ensemble des risques liés à la santé, fonction qui semble, en référence à la théorie économique, pouvoir naturellement lui échoir (2.1). Puis, nous présentons les cas où l'assurance privée couvre des biens exclus de la couverture publique (2.2) et des copaiements laissés à la charge des assurés sociaux (2.3). Pour finir, nous nous pencherons sur les systèmes dans lesquels l'assurance a un rôle de nature différente et porte sur la qualité (2.4).

2.1 Couverture "au premier franc": fonction 1

Le premier cas que nous étudions ici, dans lequel l'assurance volontaire assume l'intégralité de la couverture des risques liés à la santé (fonction 1), s'avère être le moins répandu. L'assurance volontaire n'assume cette fonction que dans trois pays : les Etats-Unis, les Pays-Bas et l'Allemagne. Elle ne constitue la principale source de couverture de la population qu'aux Etats-Unis. Dans les deux autres pays, l'assurance volontaire couvre des proportions résiduelles de la population et concerne seulement les personnes dont le revenu dépasse un certain seuil.

2.1.1 États-Unis

Nous avons, dans un précédent chapitre, esquissé les contours du système américain : la quasi-totalité de la population âgée de moins de 65 ans (88% de la population) a pour seule source de couverture l'assurance volontaire. Passé cette limite d'âge, toute personne est couverte par Medicare, programme public sur les caractéristiques duquel nous reviendrons par la suite.

Sur le marché de l'assurance volontaire, la couverture du risque maladie s'effectue le plus souvent au sein de l'entreprise. Dans ce cas, la prime payée par l'assuré reflète le risque moyen de la main d'œuvre de son entreprise. La souscription n'est jamais obligatoire. Ce mode d'accès à l'assurance n'est possible que dans la mesure où l'individu est un actif employé et où son entreprise lui propose une assurance. En dehors du cadre de

l'entreprise, l'assurance à titre individuel est très coûteuse et ne concerne qu'une faible partie de la population âgée de moins de 65 ans.

L'assurance sociale pour les moins de 65 ans est conçue comme un filet de sécurité et couvre des populations jugées particulièrement vulnérables :

1. Medicare couvre quelques personnes qui présentent des niveaux de risque très aggravé ;
2. Medicaid, est un programme d'assurance géré par les Etats destiné à quelques catégories de personnes très défavorisées (notamment les femmes enceintes ou les enfants sous un certain seuil de revenu).

Ces filets de sécurité de nature assurantielle sont donc réservés à des catégories précises de la population et près de 20% des personnes de moins de 65 ans ne bénéficient d'aucune couverture, et peuvent parfois être prises en charge par des institutions publiques ou charitables.

Tableau 3 : Couverture maladie aux Etats-Unis, premier semestre 1996

	Couverture privée collective	Couverture privée individuelle	Couverture Publique	Pas de couverture
Personnes âgées de moins de 65 ans (88% de la population)	64%	5%	12%	19%
Total de la population	61%	7%	15%	17%

Source : Medical Expenditure Panel Survey Household Component (Round 1)

2.1.2 Allemagne et Pays-Bas

Dans ces deux pays européens, tout ménage dont le revenu est inférieur à un plafond légal, est couvert de façon obligatoire par un système public d'assurance. Le reste de la population est potentiellement concerné par l'assurance privée. Signalons que, dans ces deux pays, les assurés privés ne sont, en règle générale, pas soignés par des prestataires différents de ceux auxquels ont recours les assurés publics. La dichotomie entre le traitement des personnes aisées et des autres ne s'étend pas aux modes de prise en charge.

Quelles sont les spécificités des deux pays ?

En **Allemagne**, les employés dont le revenu excède un plafond légal et les indépendants ont le choix entre une adhésion à l'assurance publique (aux mêmes conditions que les assurés obligatoires) et une assurance privée.

L'assurance privée est volontaire à double titre : les personnes concernées choisissent de relever d'un régime privé, puis décident ou non de s'assurer. Ce dernier cas reste rare, puisqu'on estime que plus de 99,9% de la population bénéficie d'une assurance maladie⁷. La possibilité d'opter pour le régime privé est ouverte à environ 20% de la population. Une majorité reste dans le système public et l'assurance privée au premier franc ne concerne que 9% de la population totale (OECD, 1997). Plusieurs raisons peuvent expliquer cette relative désaffection :

- d'une part, sur le marché privé, les primes sont ajustées au risque. Une personne qui présente un niveau de risque élevé ou qui estime que son niveau de risque pourrait augmenter réalise donc un arbitrage et peut préférer s'acquitter d'une contribution proportionnelle au revenu (régime public) que d'une prime élevée ou destinée à augmenter ;
- d'autre part, l'assurance privée ne connaît pas le système des ayants droit. Si la personne dont le revenu dépasse le plafond choisit le régime privé, elle doit aussi acheter un contrat pour chaque autre membre du ménage alors que, dans le régime public, l'assurance couvre les ayants droit sans cotisation supplémentaire.

Les personnes qui présentent un niveau de risque élevé et / ou qui ne sont pas célibataires choisissent donc majoritairement le système obligatoire. Cette décision est encouragée par une réglementation au terme de laquelle, si une personne opte pour le privé, elle ne peut plus, par la suite, adhérer à l'assurance publique, à moins que son revenu ne passe sous le seuil légal. Cette règle vise à limiter les arbitrages opportunistes qui aboutiraient à ce que les personnes jeunes tirent avantage de primes faibles dans le privé et intègrent le public lorsqu'elles fondent une famille ou lorsque leur niveau de risque s'aggrave.

Pour atténuer l'effet de cette réglementation, depuis 1994, le marché privé est réglementé pour garantir l'accès des personnes âgées à l'assurance. Les assureurs privés doivent

⁷ Enquête auprès des ménages, 1995.

offrir un contrat standard aux personnes de plus de 65 ans qu'elles couvrent depuis au moins dix ans. Les garanties de ce contrat sont équivalentes à celles de l'assurance publique et la prime ne peut dépasser la moyenne des primes prélevées par des caisses publiques. Toutefois, ce contrat standard est "*de façon surprenante*" rarement souscrit (OCDE, 1997, pp.150). La fédération des assurances déclare que seulement mille personnes en bénéficiaient au 31 décembre 1997.

Aux **Pays-Bas**, l'assurance privée volontaire concerne uniquement les personnes dont le revenu dépasse un certain seuil, soit un peu plus de 30% de la population. Contrairement à l'Allemagne, elles n'ont pas la possibilité d'opter pour le système public d'assurance. La quasi-totalité de la population concernée est cependant couverte. Une analyse plus fine de la situation de ce pays, qui est un de ceux dans lesquels l'assurance privée semble jouer le rôle le plus important après les Etats-Unis, conduit à nuancer cette position pour deux raisons.

1. Tout d'abord, par rapport à l'Allemagne, le champ couvert par l'assurance volontaire est restreint. En effet, les résidents des Pays-Bas bénéficient d'une couverture socialisée et obligatoire des risques médicaux graves en vertu de la loi générale sur les frais exceptionnels de maladie (AWBZ). L'AWBZ couvre l'ensemble de la population et se limite théoriquement à une assurance des risques exceptionnels, qui, selon les termes de la loi, "*ne peuvent pas être assurés par le secteur privé à des taux acceptables*". Elle couvre les soins pour les pathologies chroniques lourdes (hospitalisation de plus d'un an), les handicapés, les malades mentaux (soins de jour et en institution) et les soins de long terme pour les personnes âgées : soins médicaux et aide à domicile ou en institution. Le principe de financement qui prévaut est celui d'une solidarité entre des individus qui ont un risque avéré et l'ensemble de la population. L'assurance privée des personnes aisées ne porte donc que sur le risque courant et aigu. Malgré tout, le champ de cette assurance privée est comparativement beaucoup plus vaste que celui de l'assurance volontaire du "risque mineur" des travailleurs indépendants en Belgique que nous étudierons par la suite. Nous avons donc choisi de classer les néerlandais aisés parmi les personnes qui ont pour seule source de couverture l'assurance volontaire et non parmi celles pour lesquelles une partie des biens et service est couvert par l'assurance publique (fonction 2). Ce choix est conforté par le fait que les prestations versées au titre de l'AWBZ constituent une grande partie des dépenses des personnes qui en bénéficient. Autrement dit, les

personnes qui utilisent les prestations de l'AWBZ basculent vers ce régime et sortent, de fait, du marché privé.

2. Mais surtout, si les assurances privées aux Pays Bas couvrent 30% de la population et financent environ 15% des dépenses de santé, il faut rappeler qu'il ne s'agit pas uniquement d'assurance volontaire au sens où nous l'avons définie. Le contrat standard WTZ (cf. Chapitre 5 §3.2), dont les conditions et le prix sont fixés par l'Etat sort du champ de l'assurance volontaire. Il représente 45% de la dépense couverte par le privé (cf. Chapitre 5).

L'analyse plus détaillée de l'exemple néerlandais montre donc que l'assurance privée concerne les personnes aisées, ou plus précisément celles d'entre elles qui ne présentent pas de risque particulièrement élevé.

2.1.3 Synthèse sur la fonction 1

Le tableau 4 présente les trois systèmes dans lesquels l'assurance volontaire constitue théoriquement la seule source de couverture de certaines catégories de personnes.

Tableau 4 : Assurance privée et couverture au premier franc

	Population concernée		Couverture de la population concernée			Proportion de la population totale couverte par l'assurance volontaire	
		Proportion	Nature du filet de sécurité assurantiel	Répartition**			
				Filet	Assurance privée		Non assurance
Etats-Unis	Population de moins de 65 ans	88%	Personnes démunies et très vulnérables (Medicaid) + quelques malades chroniques (Medicare)	12%	69%	19%	61%
Allemagne	Personnes aisées	20%	Assurance publique (pour tout volontaire) + contrat standard	55%*	45%*	0 ⁺	7%
Pays-Bas	Personnes aisées	30%	Contrat standard	15%	85%	0 ⁺	25%*

Sources : sources propres détaillées dans le texte
 * estimation sur la base des informations disponibles
 ** la somme des trois colonnes représente 100%

Compte tenu de l'imbrication des différents régimes d'assurance qui coexistent dans ces trois pays, on ne peut proposer qu'une estimation de la part des dépenses de santé couverte par une assurance volontaire dans le cadre de la fonction 1. Elle est naturellement la plus élevée aux Etats-Unis puisqu'au total 33% des dépenses de santé sont couvertes par l'assurance privée. Ce chiffre contient cependant la part des dépenses couvertes par les assurances privées au titre des couvertures qui complètent Medicare. En Allemagne, les 7% de la dépense totale couverts par l'assurance privée comprennent les dépenses des personnes qui souscrivent une assurance complémentaire au régime obligatoire (régime que nous étudions plus loin). Dans ces deux cas, on peut cependant estimer que la quasi-totalité de la part de la dépense totale couverte par l'assurance privée l'est au titre de la fonction 1. En revanche, pour les Pays-Bas, la part couverte par l'assurance volontaire, hors contrat standard, est probablement plus proche de 8% que de 15%.

Il serait intéressant de connaître, pour les personnes dont la principale source de couverture est l'assurance volontaire, la répartition des dépenses de santé entre différentes sources de financement (assurance privée / participation financière directe). Les données d'enquêtes nécessaires ne semblent toutefois pas disponibles.

Quoi qu'il en soit, le contraste entre les pays européens dans lesquels les individus obtiennent l'intégralité de leur couverture maladie sur une base volontaire et les Etats-Unis est frappant. Dans ce pays, l'assurance volontaire est la norme et l'assurance sociale, filet de sécurité, l'exception. Une proportion élevée de la population de moins de 65 ans ne bénéficie d'aucune couverture maladie. En Europe, l'assurance volontaire est réservée aux personnes aisées, ce qui tempère largement l'inéquité d'un système de tarification au risque. En outre, le marché privé et les droits à l'assurance sont structurés de façon à garantir à tous l'accès à une couverture, à des conditions financières jugées acceptables.

L'ensemble de cette analyse confirme que l'accès à l'assurance est bien une question centrale dans les systèmes où l'assurance est volontaire⁸.

⁸ Comme nous l'avons souligné dans le chapitre 6.

2.2 Couverture de biens exclus de la couverture sociale : fonction 2

Dans un grand nombre de pays, l'assurance sociale limite sa responsabilité à la couverture de certains soins ou de certains risques. On considère alors que le financement et l'accès aux biens et services médicaux exclus relève de l'initiative et de la responsabilité individuelle. L'assurance volontaire peut alors permettre de faire face à ces dépenses et son rôle exact dépend de celui de l'assurance sociale.

Parmi les exemples d'assurance volontaire remplissant cette mission, on peut distinguer deux groupes et établir une gradation selon la part du risque que l'assurance sociale assume. Dans le premier groupe, l'assurance volontaire porte sur un champ assez restreint et comprend des soins non prioritaires ou de confort. Dans le second, l'assurance sociale assume la couverture de dépenses exceptionnelles et l'assurance volontaire couvre une large proportion du petit risque.

2.2.1 Assurance volontaire marginale

Parmi les systèmes dans lesquels on peut considérer que l'assurance volontaire est marginale, trois d'entre eux : les Pays Bas, la Belgique et l'Allemagne sont plus pérennes que les autres (Israël et la Suisse). Ces deux derniers systèmes ont été réformés dans les trois dernières années et le rôle de l'assurance privée s'en est trouvé modifié.

a) Pays-Bas, Belgique, Allemagne

Aux **Pays Bas**, la majorité (63%) de la population est couverte par une assurance publique obligatoire qui porte sur un panier de biens assez large. Il est toutefois possible de souscrire une assurance facultative pour financer l'accès à des biens non couverts, comme par exemple les soins de kinésithérapie au delà d'une certaine limite et la fécondation in vitro. Le champ de l'assurance volontaire semble assez réduit : le ministère qui avait tenté d'exclure les prothèses dentaires de la couverture de base a été contraint de les réintégrer en 1997. L'assurance volontaire est en général servie par les caisses publiques qui fournissent l'assurance obligatoire du risque courant et elle est souscrite massivement par les personnes concernées. Schneider (1995, pp.65) donne un taux de souscription de 90%.

En Belgique, 85% de la population bénéficie d'une assurance maladie obligatoire qui est servie par des mutuelles. Chacun peut souscrire une assurance complémentaire pour des services additionnels, en général auprès de ces mêmes mutuelles. L'assurance libre complète les remboursements dans certains secteurs (prothèses et implants) mais offre surtout des services complémentaires en cas de maladie : services de convalescence, prêt de matériel médical... Ces services sortent du cadre strictement médical et constituent un argument commercial important dans la concurrence que se livrent les mutualités belges (Maarse et Paulus, 1998). Il est donc assez délicat de discerner la part véritable de cette assurance dans les dépenses de santé, mais elle est probablement très marginale. Schneider (1995) avance que 92% des personnes concernées souscrivent une assurance de ce type.

Statuer sur l'Allemagne s'avère un exercice difficile. Néanmoins comme la configuration générale du système est très proche de celle des Pays-Bas, nous choisissons de la conserver dans cette catégorie. L'assurance publique couvre environ 90% de la population et l'assurance privée peut proposer une couverture optionnelle. En fait, les assurances privées proposent un menu de services :

- couverture, comme en France, du forfait hospitalier journalier laissé à la charge de chaque assuré "public" ;
- couverture de soins auprès de praticiens non conventionnés par les caisses publiques et couverture de services hospitalier exclus de l'assurance de base (qui peuvent être des services de confort). En ce sens, l'assurance permet d'accéder à une meilleure qualité. Cependant, les documents décrivant l'assurance privée⁹ insistent plus sur le fait que ces services ne sont pas couverts par l'assurance publique que sur l'aspect qualitatif ;
- enfin, elle peut couvrir explicitement des biens ou des services comme les prothèses qui sont assez largement exclues de la couverture publique depuis 1997.

Il n'est pas possible de déterminer avec exactitude le nombre de personnes couvertes par le régime public qui souscrivent une assurance privée, car chacun peut souscrire différentes options séparément, parfois auprès de compagnies différentes, à titre

⁹ *Private Health Insurance : Facts and Figures 1997/1998*. Verband der privaten Krankenversicherung.

individuel ou au sein de contrats groupes. En 1997, la fédération des sociétés d'assurance allemande estime qu'environ 10% de la population couverte par le régime public bénéficie (au moins) d'une assurance volontaire.

b) Deux systèmes en transition : Israël et Suisse

En Israël et en Suisse, une assurance sociale universelle a été instaurée respectivement en 1995 et 1996 qui garantit à l'ensemble de la population l'accès à un panier standard. La mise en place du panier standard a cependant eu un effet inverse dans les deux pays sur l'assurance volontaire.

En Suisse, avant la réforme, la souscription d'une assurance maladie était facultative. Les caisses sociales d'assurance maladie étaient toutefois tenues d'offrir un panier standard minimal et de respecter des règles de tarification et de fonctionnement précises. Les personnes pouvaient ensuite compléter ce panier par une assurance volontaire (souscrite auprès des mêmes caisses ou des assurances privées). Ces assurances volontaires servaient avant tout à compléter le panier de base (fonction 2), mais finançaient aussi des copaiements assez élevés en matière hospitalière (fonction 3) et pouvaient couvrir des soins aigus dans des cliniques privées, remplissant en cela la fonction 4.

Depuis 1996, l'assurance de base est obligatoire et le panier standard a été étendu par rapport à la situation antérieure. Il comprend les soins prodigués par des médecins, l'hospitalisation (sans limite et y compris les frais d'hébergement). Ont été ajoutés, entre autres, les soins à domicile et en maison de retraite, les soins de psychothérapie et d'orthophonie prescrits.

La transition vers le nouveau système n'est pas complète, mais il apparaît d'ores et déjà que l'assurance volontaire jouera dans le futur un rôle différent. A l'heure actuelle, 35% de la population bénéficie d'une assurance volontaire et on estime que cette proportion devrait diminuer à 25% en l'an 2005 (Mosca, 1997), tendance que les observateurs attribuent à l'augmentation de la couverture de base. En réaction, il semble que l'assurance volontaire se recentre sur la fonction 4 et couvre plus souvent qu'auparavant des soins aigus dans des cliniques privées.

En Israël, jusqu'en 1995, l'assurance maladie est volontaire. Quatre-vingt-quinze pour-cent de la population souscrit une assurance auprès d'une des quatre caisses semi-publiques, qui organisent la délivrance de soins sur un modèle proche du HMO

américain. Chaque caisse est libre de décider des garanties qu'elle offre mais les primes sont liées au niveau de revenu. La réforme de 1995¹⁰ impose le passage à l'assurance universelle : tous les Israéliens doivent maintenant souscrire une assurance de base auprès de la caisse de leur choix et le panier de biens et services couvert est défini légalement. Comme ce panier standard s'est avéré moins couvrant que certains contrats proposés dans la période antérieure, les caisses ont été incitées à basculer les services non compris dans le panier standard sur l'assurance volontaire. Elles peuvent offrir ces contrats, tout comme les assureurs privés. Ces derniers peuvent par ailleurs offrir une couverture de biens déjà compris dans la couverture de base.

Les éléments d'information disponibles sur l'assurance volontaire sont incomplets mais confirment que la tendance est à l'expansion de ce marché :

- les personnes couvertes par la principale caisse d'assurance (80% de la population) sont 16% de plus à avoir souscrit une assurance volontaire (Chinitz et Israeli, 1997) qu'avant la réforme ;
- les personnes inscrites auprès des autres caisses sont plus de 50% à avoir souscrit ou maintenu une couverture volontaire (ibid.).

Ce développement est encouragé par l'Etat car, depuis la réforme, les caisses font face à des problèmes de financement. La *Budget Reconciliation Bill*¹¹ de 1998 :

- souligne la volonté de limiter l'assurance de base en reportant explicitement sur l'assurance volontaire le financement des soins gériatriques ;
- encourage les caisses à développer de nouveaux produits d'assurance "pour rééquilibrer leurs budgets". Il se pourrait alors que les caisses développent des produits qui ne serviraient plus seulement à compléter la couverture de base mais financeraient l'accès à des structures privées (pour contourner des listes d'attentes, avoir accès à des cliniques privées...). L'assurance pourrait être amenée à remplir alors la fonction 4.

¹⁰ Que nous étudierons en détail dans le prochain chapitre.

¹¹ The Privatization of Health Care, Health Care in Israel. *The Israel Equality Monitor*, nov. 1998.

Ces deux expériences confirment la nature complémentaire de l'assurance volontaire dont le rôle évolue lorsque l'étendue de la couverture publique change. De plus, comme le système a récemment été remis à plat, il est plus facile d'y comprendre le rôle de l'assurance privée. Dans les systèmes plus anciens, l'Etat a pu, au fil du temps, et dans un objectif de maîtrise de ses dépenses, parfois diminuer les taux de remboursement des biens, parfois exclure certains services du panier. L'assurance privée pouvant se substituer à la couverture publique dans les deux cas, au titre de la fonction 2 ou 3, il est plus difficile d'établir à un instant donné quelle fonction l'emporte.

2.2.2 Assurance volontaire d'une gamme étendue de biens

Cette distinction entre la couverture des copayments, d'une part, ou des services non pris en charge par la couverture publique, d'autre part, est probablement plus pertinente dans le cas où l'assurance sociale couvre une gamme limitée de bien et services. Cette configuration est toutefois assez peu répandue et elle correspond à des sous-systèmes qui concernent de faibles proportions de la population :

- En **Belgique**, les travailleurs indépendants, qui représentent 15% de la population, n'ont pas de couverture publique en dehors des frais hospitaliers et des prestations techniques exigeant la compétence d'un médecin spécialiste telles que la radiologie, la biologie clinique... Entre 65 et 70% d'entre eux souscrivent une assurance volontaire qui couvre ce qu'on appelle - en Belgique - le "risque mineur" (soins ambulatoires, dentaires...).
- Les fonctionnaires **allemands** ¹² dont la moitié des dépenses de santé est couverte directement par l'Etat, peuvent compléter cette couverture par une assurance volontaire. Selon la fédération de l'assurance maladie privée (1999, pp.12) la quasi-totalité des fonctionnaires ont souscrit une assurance privée.

Peu d'information est disponible sur ces régimes particuliers et marginaux. Notons toutefois que ce type de fonctionnement semble susceptible de générer des incitations peu favorables à l'économie générale du système. Si seuls les soins très coûteux (par exemple l'hospitalisation) sont couverts par le régime public, des personnes qui ne

¹² Environ 2% de la population (estimation sur la base de Schneider 1995).

seraient pas couvertes par une assurance volontaire peuvent être confrontées à des barrières financières dans l'accès aux soins de ville. Or, lorsque la prise en charge d'une maladie par le système de soins est tardive, le coût total (qui sera en grande partie supporté par l'assurance sociale) peut être plus élevé.

2.2.3 Synthèse sur la fonction 2

Le tableau 5 synthétise les informations sur l'assurance volontaire lorsqu'elle porte sur les biens et services exclus de l'assurance publique.

Tableau 5 : Assurance privée et couverture de biens et services exclus de la couverture publique

	Population concernée	Proportion de la population concernée par la souscription de l'assurance volontaire	Taux de souscription
<i>assurance volontaire marginale</i>			
Pays-Bas	Bénéficiaires de l'assurance publique	63%	90%
Belgique	Bénéficiaires du régime général	85%	92%
Allemagne	Bénéficiaires de l'assurance publique	90%	10%
Suisse	Population entière	100%	35% (en baisse)
Israël	Population entière	100%	n.d. (en augmentation)
<i>assurance volontaire d'une large gamme de biens et services</i>			
Belgique	Travailleurs indépendants	15%	65%
Allemagne	Fonctionnaires	2%	100%

Sources propres détaillées dans le corps de texte

Si l'on observe les trois premiers pays dans lesquels le rôle de l'assurance privée volontaire n'a pas été modifié ces dernières années, on voit que le taux de souscription est beaucoup plus faible en Allemagne qu'aux Pays-Bas et en Belgique, alors que les paniers couverts par l'assurance publique dans ces trois pays sont comparables tout comme les primes de l'assurance volontaire, puisqu'elles correspondent à des services proches. Cette différence s'explique probablement par le fait que les caisses d'assurance publique allemandes n'ont pas le droit d'offrir l'assurance volontaire. A contrario, dans les deux autres pays, l'assurance est souscrite massivement, parce que l'assurance volontaire est utilisée comme argument commercial et comme moyen de fidélisation par les caisses. L'impression générale qui se dégage de l'ensemble de ces éléments est que l'assurance

volontaire, pour ces trois sous-systèmes, ne joue pas un rôle crucial dans l'accès aux soins et dans le financement des dépenses de santé.

La situation est plus contrastée dans les deux pays suivants, même si les réformes sont trop récentes pour qu'on puisse tirer des conclusions définitives. La Suisse a augmenté la couverture publique obligatoire. En passant à une couverture universelle, Israël a au contraire accru la part laissée à l'assurance volontaire. Les observateurs du système craignent que les mesures récentes n'entraînent une dérive rapide vers un système à deux vitesses, selon que les gens auront accès ou non à une assurance volontaire (Chinitz et Israeli, 1997).

Dans les deux derniers systèmes, on perçoit une nouvelle fois l'importance du revenu dans l'accès à l'assurance : le taux de souscription parmi les travailleurs indépendants belges est plus faible que parmi les fonctionnaires allemands. Ceci reflète le fait que les revenus de ces derniers sont globalement plus homogènes et plus élevés que ceux des travailleurs indépendants belges, dont la frange modeste n'a pas accès à l'assurance.

2.3 Refinancement des copaiements publics : fonction 3

Dans les systèmes que nous étudions ici, l'assurance privée re-finance la participation financière des usagers (fonction 3). Une large gamme de soins est prise en charge ou remboursée par la couverture sociale. Mais contrairement aux systèmes où l'accès est gratuit, des copaiements plus ou moins élevés peuvent être laissés à la charge des patients. L'objectif affiché de ce type de mesure est d'inciter financièrement les patients à consommer avec discernement, autrement dit, de limiter le risque moral. Par ailleurs, le copaiement diminue la part socialisée de la dépense, et constitue, en dehors de tout effet incitatif, un outil simple de limitation des dépenses publiques.

2.3.1 La France

En France, la Sécurité sociale couvre une palette très large de biens et services. Pour chaque consommation, une part plus ou moins élevée du coût reste à la charge des assurés sous forme de ticket modérateur. Ce ticket modérateur représente la différence entre le tarif du bien ou du service fixé par la Sécurité sociale, dit tarif de responsabilité, et le remboursement. Des exonérations de paiement du ticket modérateur sont prévues pour certaines pathologies lourdes ou sous condition de ressource. Elles concernent

environ 10% de la population. Les tickets modérateurs sont donc très régressifs : à niveau de consommation égal, toute personne supporte une charge identique, quelles que soient ses ressources. Les tickets modérateurs pèsent donc relativement plus sur les personnes dont le revenu est faible. Ils ne constituent en outre qu'une partie des dépenses que l'assuré social doit assumer. S'y ajoutent :

- le forfait hospitalier payé chaque jour par un patient hospitalisé,
- la différence entre le tarif fixé par la sécurité sociale et le prix effectivement payé. Ceci concerne :
 - les soins dispensés par certains praticiens qui appartiennent au secteur 2¹³ et qui sont autorisés à facturer des dépassements aux patients ;
 - certains biens, comme les lunettes et les prothèses dentaires, pour lesquels le tarif est très inférieur au prix effectif.

L'assurance volontaire sert principalement à refinancer cette participation financière. Selon le type de contrat, elle peut rembourser, outre les tickets modérateurs et le forfait hospitalier, les dépassements, la part des dépenses de lunetterie et de prothèse non prise en charge par la Sécurité sociale et éventuellement des suppléments de chambre individuelle en cas d'hospitalisation. En revanche, l'assurance volontaire ne couvre pratiquement jamais des biens et services qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale¹⁴. En France, 85% de la population souscrit une assurance volontaire, ce qui explique la part élevée de la dépense de santé financée par ce moyen (10,6%). L'assurance est souscrite et payée par les individus et leurs employeurs (deux tiers des personnes sont couvertes dans le cadre de contrats de groupe).

A l'origine, le ticket modérateur était conçu comme une participation financière destinée à inciter les individus à consommer avec discernement. Or, le remboursement du ticket modérateur par les assurances gomme littéralement cette incitation. En revanche, les augmentations successives du ticket modérateur, destinées à contenir les dépenses de la Sécurité sociale, se sont traduites par une diminution des taux de remboursement des

¹³ Le secteur 2 est ouvert sous certaines conditions à des médecins qui ont la liberté de déterminer "avec tact et mesure" leurs honoraires et doivent théoriquement délivrer un service de meilleure qualité.

¹⁴ Les lentilles jetables constituent une exception courante dans les contrats offrant des garanties étendues.

soins, qui a touché plus durement les personnes non couvertes par l'assurance volontaire, en moyenne beaucoup plus défavorisées que le reste de la population. Au total, la participation financière des assurés sociaux au paiement de chaque soin est assez élevée, malgré un accès universel à l'assurance sociale et rend le système globalement inéquitable. L'introduction de la Couverture Maladie Universelle (chapitre 6) vise à pallier cette inéquité et à garantir l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

2.3.2 Medicare

Au Etats-Unis, le programme d'assurance sociale Medicare, financé par l'Etat fédéral, s'adresse essentiellement aux personnes de plus de 65 ans, sans conditions de revenu, mais aussi aux sujets handicapés ou souffrant de maladies chroniques âgés de moins de 65 ans. Medicare représente, en 1996, 34% des dépenses de santé¹⁵, et couvre 38,1 millions de personnes (13,2% de la population), dont plus de 86% sont des personnes âgées (HCFA Statistics, 1997). Medicare recouvre en fait deux programmes distincts :

- la partie A garantit le remboursement des dépenses hospitalières, moyennant paiement d'une franchise et acquittement de copaiements croissants au delà du 60^{ième} jour d'hospitalisation et dans la limite de 150 jours d'hospitalisation par période de couverture¹⁶.
- la partie B assure un remboursement partiel des dépenses autres qu'hospitalières à hauteur de 40%, en raison d'un système de ticket modérateur, de franchises, et surtout parce que les médicaments ne sont pas pris en charge. Pour accéder à la partie B, les assurés doivent verser des cotisations mensuelles, mais l'essentiel du programme est financé par l'Etat fédéral (75%).

Au total, 94% de la population concernée par Medicare bénéficie des parties A et B. La participation financière des bénéficiaires est assez élevée et les personnes couvertes par Medicare souscrivent des assurances volontaires. Elles leur permettent, avant tout, de refinancer les copaiements et les franchises imposées par le système public et elles couvrent, dans certains cas, des biens et services non couverts par l'assurance publique. En 1996, selon l'enquête MEPS (*Medical Expenditure Panel Survey*), environ 62% des

¹⁵ National Health Expenditures, 1996.

personnes de plus de 65 ans, qui représentent la majorité des personnes couvertes par Medicare, sont aussi couvertes par une assurance privée.

2.3.3 Les pays scandinaves

Les pays scandinaves, pour ce qui concerne le rôle de l'assurance volontaire, pourraient a priori être assez proches de la France. Les systèmes de santé de ces pays sont majoritairement financés par l'impôt et offrent une couverture universelle. Ils sont marqués par une composante locale forte dans l'organisation comme le financement des services. Les services de santé sont majoritairement publics et il n'existe pratiquement pas d'exercice libéral pur ou de structures sanitaires privées¹⁷.

Au **Danemark**, l'assurance volontaire joue un rôle similaire à celui de la France. L'enjeu y est cependant beaucoup moins important, car l'accès aux soins est largement gratuit. L'assurance volontaire complète le remboursement de biens et services partiellement pris en charge par le système public, en particulier les médicaments, les prothèses dentaires et l'optique. Au milieu des années quatre-vingt-dix, 26% environ de la population avait souscrit une assurance privée.

En **Norvège** et en **Suède**, les patients paient une partie des soins dont ils bénéficient, sous forme de paiement forfaitaire par type de soin. Dans ces deux pays, l'assurance privée joue pourtant un rôle très marginal. La raison fondamentale de ce phénomène réside probablement dans le fait que ces deux pays ont instauré une limite aux dépenses auxquelles les individus doivent faire face au cours d'une année (franchise sociale). La **Finlande**, qui applique un tel type de franchise aux médicaments et aux consultations médicales, envisage de généraliser ce système afin de limiter la participation financière, jugée inéquitable, des usagers. Les paiements résiduels par les individus représentent en effet une part assez élevée des dépenses (21.5%). Dans ce dernier pays, l'assurance volontaire se concentre cependant sur la fonction 4, que nous étudions par la suite.

¹⁶ Une période de couverture commence le jour où une personne entre à l'hôpital et prend fin lorsqu'elle est sortie de l'hôpital depuis plus de 60 jours.

¹⁷ Espace Social Européen (1995).

2.3.4 Synthèse sur la fonction 3

Le tableau 6 synthétise les informations concernant l'assurance privée dans les pays où elle sert principalement à financer les copaiements pris en charge par les assurés sociaux.

Tableau 6 : Assurance privée et copaiements publics

	Pourcentage souscrivants*	Pourcentage de la dépense couverte**
France	85%	10,3%
Medicare (~13% de la population)	62%***	n.d.
Danemark	26%	1,6%
Suède	0+	0+
Norvège	0	0

Sources : * sources propres détaillées dans le texte
** identiques au tableau 1
*** taux de souscription pour les plus de 65 ans

Lorsque l'assurance privée complète le financement de l'accès à une large gamme de soins, elle est souscrite assez massivement, comme en France et aux Etats-Unis pour Medicare. Dans ces deux cas, le fait de ne pas pouvoir souscrire une assurance volontaire peut poser de réels problèmes d'accès aux soins. En France, on sait que le montant des copaiements constitue, avec le fait que les assurés sociaux doivent payer les prestataires de soins avant de se faire rembourser (avance de frais), une des limites à l'accès aux soins de ville des plus défavorisés. A l'inverse, dans les pays qui ont mis en place des systèmes de franchise sociale limitant l'impact des copaiements sur le budget d'un ménage, l'assurance privée est quasiment inexistante.

Pour les systèmes publics dans lesquels les copaiements sont généralisés sans être modulés en fonction du revenu, l'accès à l'assurance volontaire joue un rôle majeur dans la capacité qu'ont les personnes d'avoir recours au système de soins (Rochaix, 1995). En France, l'idée d'instaurer un plafonnement des tickets modérateurs en fonction du revenu, avancée dans le rapport *Santé 2010* (1993, pp.437) n'a jamais vraiment fait son chemin et la réforme actuelle qui vise à introduire une couverture maladie universelle cherche à corriger l'inéquité générée par les copaiements pour les plus démunis. Aux Etats-Unis, de façon comparable, le programme Medicaid, destiné aux personnes démunies apporte un complément de couverture à 15% de la population couverte par Medicare.

Par ailleurs, la possibilité de souscrire une assurance volontaire pour rembourser les copaiements illustre la difficulté de mettre en œuvre une participation financière efficace : si l'instauration des copaiements a pour objectif d'inciter les assurés à consommer avec circonspection, et si cet objectif est atteint pour les personnes qui ne sont pas couvertes, il est gommé lorsque la couverture volontaire finance les copaiements.

2.4 Accès à une qualité supérieure : fonction 4

Dans le cas où l'assurance privée permet d'avoir accès à une plus grande qualité de service (fonction 4), on peut distinguer deux groupes de systèmes. Dans le premier, l'assurance privée duplique complètement l'assurance publique. Dans le second, l'architecture globale du système prend plus explicitement en compte l'existence de l'assurance privée (Irlande et Autriche).

2.4.1 Effet doublon complet et système de santé parallèle

Dans les systèmes de santé de type N.H.S.¹⁸, l'offre de soins est essentiellement publique. Le système de santé est financé par l'impôt et l'ensemble de la population bénéficie d'un accès gratuit à la quasi-totalité des soins. La régulation du système passe par celle de l'offre, ce qui se traduit en général par une forme de rationnement et des listes d'attente pour certains services. Dans les systèmes de ce type, l'assurance privée permet de financer l'accès à des prestataires de soins privés. Elle est donc réservée à une faible proportion aisée de la population. En effet, comme la souscription d'une assurance privée ne limite pas les droits d'accès au système public, elle ne permet pas de se dispenser des contributions à son financement. La couverture privée duplique donc la couverture publique, sur le plan du financement et elle contribue au financement d'une duplication de l'offre dans un système privé parallèle. La souscription d'une assurance privée permet à l'assuré d'avancer le moment d'un traitement, d'avoir un plus large choix de prestataires, de bénéficier d'un plus grand confort hospitalier. Autrement dit, elle permet aux assurés d'avoir accès à une prise en charge de meilleure qualité que celle dont ils pensent pouvoir bénéficier dans le service public.

¹⁸ National Health System, Système National de Santé s'inspirant du modèle Beveridgien.

a) Grande-Bretagne

L'exemple emblématique est le système de santé de la Grande-Bretagne. L'assurance privée finançait au début des années quatre-vingt-dix essentiellement des soins aigus dispensés au sein d'hôpitaux privés vers lesquels les personnes aisées choisissaient de s'orienter (Propper, 1992). Il semble qu'elle se soit depuis étendue vers les soins de long terme et à domicile pour les personnes âgées et les malades mentaux. Selon une estimation récente (Evans, 1998), environ 12% de la population a souscrit une assurance privée santé¹⁹. Cette proportion est très variable selon les régions : le taux de souscription atteint 25% dans le sud de l'Angleterre, où les revenus sont plus élevés et l'activité économique plus florissante que dans le reste du pays. La séparation entre système public et privé n'est toutefois pas complète car les acteurs locaux, qui, dans le système britannique, achètent les soins pour le compte de leurs patients peuvent, depuis le début des années quatre-vingt-dix, passer des contrats avec des hôpitaux ou des structures privées²⁰. Dans des domaines comme les soins de long terme où l'offre publique est nettement insuffisante, des patients du NHS peuvent, sans participation financière supplémentaire, bénéficier de services privés. Il existe une certaine dichotomie entre les prises en charge publiques et privées et la dérive vers un système à deux vitesses est une préoccupation constante des régulateurs selon Propper²¹.

b) Europe du sud

A la fin des années soixante-dix, plusieurs pays de l'Europe du sud ont choisi de mettre en place des systèmes nationaux de santé inspirés du modèle britannique parmi lesquels la Grèce, l'Espagne et l'Italie. Pour ces trois pays, ce passage à un système national traduit en partie la volonté de rupture avec les régimes politiques de la période précédente dans lesquels "*corporatisme et mutualisme s'avéraient être les éléments fondamentaux du système de protection sociale*" (Duriez et Lequet, 1996, pp. 62). La réforme procède donc d'une recherche d'harmonisation républicaine et de reconstruction de la cohésion

¹⁹ Si l'on prend en compte les personnes qui ont choisi une assurance qui leur verse directement des compensations monétaires forfaitaires en cas de maladie mais qui ne rembourse pas les soins, la proportion d'assurés privés est de 17%.

²⁰ Ces acteurs sont les *District Authorities* (autorités locales), les généralistes gestionnaires de budgets. La réforme mise en œuvre depuis le premier avril 1999 les a fait disparaître au profit des *Primary Care Groups*. Les PCG devront à terme acheter les soins pour les usagers.

²¹ Entretien, Londres 1999.

sociale. En Italie, l'objectif politique cherché dans le passage au NHS, toujours selon Duriez et Lequet, est plutôt "*la relégitimisation de la classe politique dans la gestion des affaires publiques à une époque où l'évolution économique génère un fort risque d'explosion sociale (extrémisme politique, développement de mouvements terroristes)*" pp.63.

L'ensemble de ces pays était marqué par une grande diversité inter-régionale de l'offre de soins, qu'un système de type NHS semblait a priori bien armé pour réduire. Mais les conditions économiques difficiles ont freiné les réformes et le développement du secteur privé d'offre de soins et d'assurance s'explique en partie par cet échec relatif. Il se traduit, beaucoup plus qu'au Royaume-Uni, par une dérive vers un système à deux vitesses.

Ainsi en est-il du système de protection sociale en Grèce qui est resté très désorganisé : la qualité des services publics est inégale ; un secteur privé parallèle s'est développé et les paiements occultes sont très élevés, en particulier dans le secteur public hospitalier. Il est donc impossible de déterminer avec exactitude la part des dépenses de santé financée par les particuliers. Le ministère de la santé estime en 1994 qu'elle est environ de 30% de la dépense. Sur la base d'une enquête, Liropoulos (1995) avance que 10% de la population a souscrit une assurance volontaire. Cette assurance finance l'accès aux services privés ainsi qu'à des services dont la couverture n'est pas assurée par le système public.

En Espagne, la population bénéficie de l'accès à un système national de santé mais à l'instar des Grecs ou des Britanniques, une partie de la frange aisée de la population souscrit une assurance privée. Elle donne accès à un système privé parallèle et permet de contourner les listes d'attentes considérables. En 1995, on estime (Costes, 1995) qu'entre 15 et 20% des Espagnols ont souscrit une telle assurance. Elle donne accès à des réseaux de soins privés (dans 90% des cas) ou elle rembourse (10% des cas) les frais engagés pour bénéficier des soins dispensés par des prestataires privés (spécialistes en particulier). L'importance que les Espagnols attribuent à la différence de qualité entre les secteurs public et privé est illustrée par le comportement des fonctionnaires qui représentent, avec leurs ayants droit 4% de la population. Ils ont la possibilité de choisir un opérateur privé pour mettre en œuvre leur couverture (définie et financée par l'Etat) dans le cadre d'une délégation de gestion. En 1995, 85% des fonctionnaires (Pellisé, 1995) ont choisi de bénéficier des services mis en place par les assureurs qui ont constitué des réseaux de soins privés, plutôt que de rester dans le NHS. Contrairement aux autres Espagnols

cependant, les fonctionnaires n'ont pas à payer deux fois pour avoir accès aux services privés.

L'Italie est dans une situation proche de celle de l'Espagne. Les chiffres de l'OCDE, qui évaluent la part du financement par les assureurs privés à 1,3% en 1995, donnent à penser que l'accès à des soins privés est plus souvent financé directement par les patients que par l'assurance. Les informations disponibles sur le secteur privé sont assez peu fiables et Mapelli (1995) estime qu'environ 20% de la population a souscrit une assurance volontaire et que l'assurance privée couvre en réalité, en 1991, 10% des dépenses de santé. Mapelli souligne toutefois, comme l'OCDE, que les Italiens semblent préférer avoir recours à l'épargne qu'à l'assurance, dans laquelle ils ont une confiance limitée, pour financer leur accès à des soins privés.

c) La Finlande

En Finlande²², nous avons signalé que l'assurance privée permet aux assurés de bénéficier de services privés. Selon l'enquête santé de 1995/1996, 12% de la population souscrit une telle assurance. L'assurance est utilisée pour couvrir les dépenses liées à des consultations auprès de médecins privés. Elle est majoritairement souscrite au bénéfice des enfants (la proportion d'enfants de moins de 14 ans couverts est proche de 31%). La souscription d'assurance volontaire est concentrée dans les régions plus riches (taux de souscription standardisé par âge-sexe à Helsinki : 16%) et parmi les personnes aisées (7% dans le quintile de revenu le plus faible, 16% pour le plus élevé).

2.4.2 Effet doublon atténué et système de santé intégré

L'Autriche et l'Irlande sont deux pays dans lesquels l'assurance privée a aussi pour fonction première de financer l'accès à une meilleure qualité. Cependant, à la différence des pays mentionnés précédemment, cette possibilité est plus explicitement prise en compte dans l'architecture globale du système et le sentiment qu'il existe un secteur privé, entièrement disjoint du secteur public, est beaucoup moins prégnant.

²² Merci à Unto Hakkinen et Jan Klavus de m'avoir aidée à comprendre le fonctionnement de l'assurance dans leur pays.

a) Autriche

Le système autrichien est fondé sur un modèle d'assurance sociale et son organisation tranche radicalement avec les systèmes de type NHS. Néanmoins, l'assurance volontaire y joue un rôle similaire : elle permet de financer l'accès à une meilleure qualité de service. L'assuré social peut ainsi choisir de consulter un prestataire de soins qui n'est pas conventionné par sa propre caisse. Cette possibilité est utilisée pour réduire le temps d'attente pour des examens. Quand il opte pour un prestataire non conventionné par sa caisse, l'assuré est moins bien remboursé par son assurance obligatoire. De même, il existe en Autriche deux classes d'hospitalisation. Si l'individu choisit la classe spéciale (confort supérieur), sa caisse verse un prix de journée à l'hôpital qui varie selon l'établissement et le patient doit compléter le paiement. L'assurance privée permet de financer ces dépenses et aussi accessoirement de compléter les remboursements pour des biens et services partiellement couverts par l'assurance publique (soins dentaires de luxe et quelques produits médicaux). Environ 35% de la population souscrit un tel type d'assurance (Ministère fédéral du Travail, 1998).

Le parallèle avec la situation des pays de type NHS, précédemment cités, repose sur l'idée que l'assurance volontaire permet d'obtenir une meilleure qualité de service. Il existe cependant deux différences fondamentales :

- dans le système autrichien, la "qualité" se mesure avant tout en terme de confort pour l'individu. Le coût de ce confort est explicité et les assurés sociaux peuvent en bénéficier, moyennant une participation financière plus élevée. Pour autant, ils n'ont pas accès à un système parallèle comme c'est le cas dans les pays de type NHS : s'ils choisissent de consulter un praticien qui n'est pas conventionné par leur caisse, celui-ci est en général conventionné par au moins une autre caisse. La rémunération du médecin ne provient pas seulement de son activité privée. De même, lorsque les patients choisissent l'hospitalisation de classe spéciale, ils sont soignés dans les mêmes établissements que le reste de la population ;
- par ailleurs, l'assurance privée ne duplique pas la couverture publique de façon aussi flagrante que dans les pays précédemment étudiés :
 - d'une part, un patient qui choisit le service de meilleure qualité ne paie pas le service de base auquel il aurait droit, puisque les prestataires ne sont rémunérés que s'ils prennent en charge un patient. A l'inverse, dans un système

de type NHS, on ne peut se dispenser de sa part du financement obligatoire même si on renonce à bénéficier des soins gratuits offerts à tous ;

- d'autre part, l'assurance sociale participe au financement des soins de meilleure qualité que l'individu choisit : pour les soins ambulatoires, la caisse rembourse à l'individu 80% de la somme qu'il recevrait s'il consultait un prestataire conventionné, l'assurance privée remboursant la différence. Par contre, la participation de la caisse publique au financement de l'hospitalisation de classe spéciale semble être nettement plus faible que pour l'hospitalisation de classe normale. Pour ce volet, on peut donc considérer que le renoncement au "droit à la classe normale" a un coût d'opportunité qui s'ajoute au coût direct que la prime d'assurance représente, mais là encore il n'y a pas duplication du paiement du service.

b) Irlande

En Irlande, l'ensemble des soins est fourni gratuitement à 35% de la population dont le revenu est inférieur à un seuil légal. Le reste de la population a gratuitement accès à l'hôpital public, mais fait face à l'intégralité de la dépense pour les soins ambulatoires²³.

Quarante pour-cent de la population irlandaise souscrit une assurance volontaire.

Paradoxalement, cette assurance couvre peu les soins ambulatoire. Elle joue plutôt un rôle de filet de sécurité : les assurés peuvent se faire rembourser - partiellement - lorsque leurs dépenses dépassent une franchise d'environ 7000 FF²⁴ par an et par ménage (et dans la limite d'un plafond). Le rôle principal de l'assurance privée est de prendre en charge les frais d'hospitalisation en lits privés, installés au sein des hôpitaux publics. Elle permet dans ce cas au patient de contourner les listes d'attentes, de choisir son hôpital et de s'assurer qu'il sera suivi par le même spécialiste tout au long de son traitement. Enfin, elle offre un meilleur confort aux patients hospitalisés.

²³ Quelques rares exceptions : prise en charge des maladies infectieuses, certains soins pédiatriques et quelques dépistages.

²⁴ Source : entretien avec Aisling Kennedy, MERCER déc. 1998. La franchise inscrite au contrat est moins élevée que celle donnée ici (environ 4000F pour un ménage). Cependant, le tarif maximal que l'on peut comptabiliser pour chaque soin afin de déterminer si on atteint la franchise est inférieur au prix payé. Le ménage ne pourra être remboursé par l'assurance qu'après avoir déboursé directement 7000FF.

Pour la partie hospitalière, l'assurance privée duplique la couverture offerte par le public. En effet, les soins hospitaliers dans le service public sont ouverts à tous. Les patients privés, qui n'exercent pas ce droit, paient en réalité deux fois l'accès à l'hôpital (une fois par l'impôt qui finance le service public et une fois par le biais de l'assurance pour accéder au secteur privé). Cet effet de doublon est cependant limité par des avantages fiscaux liés au paiement des primes et par le fait que les hôpitaux facturent aux patients privés et aux assureurs un montant inférieur au coût réel des séjours hospitaliers (Smyth et O'Faherty, 1995). L'Etat trouve un avantage à cette situation et cherche à maintenir cet équilibre pour éviter une dérive trop forte vers un système de prise en charge à deux vitesses. Ainsi, à l'heure actuelle la quasi-totalité des praticiens hospitaliers partagent leur temps entre activité privée et publique. Il n'y a donc pas de réelle différence dans la qualité des soins prodigués aux patients privés et publics. En revanche, les patients privés sont soignés plus tôt que les patients publics.

2.4.3 Synthèse sur la fonction 4

Le tableau 7 synthétise les informations disponibles sur les systèmes dans lesquels l'assurance volontaire permet d'accéder à une meilleure qualité.

Tableau 7 : Assurance privée et qualité

	Pourcentage souscrivant*	Pourcentage de la dépense couverte**
UK	12%	3.5%
Espagne	15-20%	5.2%
Italie	20%	1.3% ou 10% (Mapelli)
Grèce	10%	n.d.
Finlande	12%	2%
Autriche	35%	8.6%
Irlande	40%	8.9%

Sources : * sources propres détaillées dans le texte
 ** identiques au tableau 1, sauf mention contraire.

Dans l'ensemble de ces pays, la totalité de la population est théoriquement concernée par l'assurance privée au titre de la qualité, mais les taux de souscription restent modestes.

Une fois encore, le revenu joue un rôle central dans l'accès à l'assurance volontaire : seules les personnes relativement aisées peuvent payer deux fois l'accès aux soins. On remarque d'ailleurs que, dans les pays où l'effet de doublon sur le financement est atténué, la souscription est beaucoup plus massive et la part des dépenses de santé financée par l'assurance privée est plus élevée. L'équité dans les systèmes de ce type n'est donc pas une préoccupation de court terme, puisque l'accès aux soins est théoriquement garanti à l'ensemble de la population. En revanche, si l'écart de qualité entre les systèmes privés et public est très élevé, une déstabilisation du système qui se veut solidaire est à craindre : les personnes aisées se soignant dans des systèmes parallèles n'ont pas intérêt à pousser à l'amélioration de la qualité d'un système public dont elles se détournent. A terme, elles pourraient même être tentées de remettre en cause leur participation au financement du système public. Sans être aussi alarmiste, on peut toutefois noter que le développement de l'assurance volontaire qui remplit la fonction 4 constitue un marqueur de la qualité et des limites d'un système de santé public. Il est intéressant d'observer que la médecine de première ligne au Royaume-Uni reste dans le domaine public, alors que l'offre privée concerne les soins aigus que le système hospitalier public, confronté à de grandes difficultés financières et organisationnelles, ne prend pas en charge de façon satisfaisante. En Finlande, l'assurance privée concerne à l'inverse l'ambulatoire.

CONCLUSION

Au terme de ce chapitre, un certain nombre de conclusions se dégagent.

Tout d'abord, malgré l'idée couramment admise selon laquelle les réformes récentes ont conduit à une "privatisation" des systèmes d'assurance publique, l'assurance volontaire reste fondamentalement complémentaire de la couverture publique. Sa part dans le financement des dépenses de santé et le rôle qu'elle va jouer dépendent de l'architecture du secteur public et du service qu'il propose, dans ses différentes dimensions (comme l'indique le tableau 8).

Dans tous les cas, l'assurance volontaire reste marginale dans le financement des dépenses de santé, même si elle répond à des besoins spécifiques. Il apparaît en outre clairement que l'assurance, au sens où nous l'entendions dans la première partie, n'est que rarement mise en œuvre dans les faits et que les Etats-Unis constituent la seule véritable exception. Chacun sait qu'ils ont cherché, dans les années quatre-vingt-dix, à s'éloigner de ce modèle.

Ce travail nous a amené à vérifier que le revenu est une décision centrale dans la décision d'assurance. Dans le même temps, nous avons affiné l'analyse du chapitre six en soulignant que l'accès à l'assurance volontaire ne conditionne pas seulement l'accès aux soins quand elle constitue la seule source de couverture possible. L'accès à l'assurance volontaire peut avoir un impact sur l'accès aux soins et la structure de la consommation lorsque les copaiements sont élevés ou lorsque certains biens ne sont pas couverts (les services ambulatoires). En conséquence, le rôle de l'assurance volontaire a un impact sur l'équité globale du système de santé. Ceci avait été mis en lumière par l'étude européenne ECuity (van Doorslaer et Wagstaff, 1993) pour les quelques pays sur lesquelles on disposait d'informations suffisamment complètes pour mesurer la redistributivité de l'assurance volontaire. La présente analyse complète ces résultats d'un point de vue plus qualitatif.

Tableau 8 : Synthèse générale : le rôle de l'assurance volontaire

		Fonction 1	Fonction 2	Fonction 3	Fonction 4
Etats-Unis	Population concernée	Moins de 65 ans		Plus de 65 ans	
	Proportion	88%		12%	
	Taux de souscription	<ul style="list-style-type: none"> • 69% assurance privée • 12% Medicaid/Medicare • 19% non couvert 		62%	
Pays-Bas	Population concernée	Personnes au dessus d'un niveau de revenu	Personnes au dessous d'un niveau de revenu		
	Proportion	30%	63%		
	Taux de souscription	<ul style="list-style-type: none"> • 85% assurance privée • 15% contrat standard 	90%		
Allemagne	Population concernée	Personnes au dessus d'un seuil de revenu choisissant le privé	Bénéficiaires du régime public	Fonctionnaires	
	Proportion	9% (sur 20% potentiels)	89%	2%	
	Taux de souscription	<ul style="list-style-type: none"> • 99,99% assurance privée • 0⁺% contrat standard • 0⁺% ne se couvre pas 	10%	100%	
Belgique	Population concernée		Régime général	Travailleurs indépendants	
	Proportion		85%	15%	
	Taux de souscription		90%	65%	
Suisse	Population entière		35%		
Israël	Population entière		n.d.		
France	Population entière			85%	
Danemark	Population entière			26%	
UK	Population entière				12%
Espagne	Population entière				15-20%
Italie	Population entière				20%
Grèce	Population entière				10%
Finlande	Population entière				12%
Autriche	Population entière				35%
Irlande	Population entière				40%