

L'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance privée en France et dans les pays de l'OCDE

Bibliographie thématique

Octobre 2025

Centre de documentation de l'Irdes

Véronique Suhard

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-articulation-entre-assurance-maladie-et-protection-complémentaire-en-france-et-dans-les-pays-de-l-ocde.pdf

Sommaire

La couverture des risques maladie en France : un modèle original par rapport aux autres pays de l'OCDE	3
Problématique.....	3
Éléments de bibliographie.....	4
<i>Rapports officiels</i>	4
<i>Ouvrages et rapports</i>	17
<i>Publications de la DREES</i>	26
<i>Travaux de l'Irdes</i>	39
<i>Articles</i>	60
La gouvernance de la couverture santé dans les autres pays de l'Ocde.....	87
Focus : Principales caractéristiques de la couverture santé dans les pays de l'OCDE	87
Éléments de bibliographie.....	88
<i>Etudes comparées</i>	88
<i>Etudes spécifiques sur quelques pays de l'OCDE</i>	97
Autres ressources	110
Vidéos	110
Articles de presse	110
Enquetes /Données statistiques de la Drees.....	110
Comparaisons internationales	110

La couverture des risques maladie en France : un modèle original par rapport aux autres pays de l'OCDE

PROBLEMATIQUE

Alors que l'assurance maladie obligatoire de base s'appuie depuis 1945 sur le principe de cotisations « selon ses moyens » pour financer des prestations « selon ses besoins », l'accès effectif aux soins repose pour partie sur l'assurance complémentaire qui obéit à une autre logique, le niveau de couverture choisi dépendant de la capacité à payer. Les régimes d'assurance maladie obligatoires de la sécurité sociale ne couvrent pas la totalité du montant des dépenses de santé, et laissent à la charge de l'assuré un "ticket modérateur et les dépenses supplémentaires liées à la liberté tarifaire. Les mutuelles qui préexistaient à l'assurance maladie obligatoire vont prendre en charge une partie des dépenses de santé qui ne sont pas couvertes par l'AMO.

Ainsi, la France se caractérise par la mixité de son système d'assurance : deux types d'opérateurs concourent à la couverture des mêmes soins.

Le remboursement des régimes obligatoires couvre environ 78% de la dépense globale de soins, 54% des soins courants (médecins, médicaments, analyses) et parfois moins de 10% pour certaines dépenses spécifiques (optique certains dispositifs médicaux ...).

La loi Evin de 1989 a fixé un cadre permettant au marché concurrentiel de l'assurance complémentaire privée de se développer entre les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Ce développement a augmenté les inégalités devant la santé, les personnes les plus défavorisées ne pouvant payer une couverture maladie complémentaire. Malgré l'instauration d'une assurance maladie universelle et les dispositifs d'aides à l'acquisition d'une complémentaire (CMU et ACS, remplacés par la complémentaire santé solidaire en 2019), il existe des restes à charge pour les patients défavorisés, notamment ceux qui n'ont pas fait valoir leur droit à la complémentaire santé solidaire ou ceux qui sont juste au-dessus des seuils de revenus permettant d'ouvrir les droits. Cela peut entraîner des renoncements aux soins pour raisons financières, ce qui a justifié la réforme du 100% santé, qui ne permet cependant pas de protéger les près de 3 millions de personnes sans couverture complémentaire.

Une étude récente de l'Irdes¹, a réalisé une synthèse des problématiques induites par la combinaison publique / privée du financement et de la délivrance des soins et discute des avantages et des contradictions d'une telle organisation pour atteindre des objectifs d'équité, de qualité des soins et d'efficacité. Un mélange de mesures réglementaires et d'incitations financières est utilisé pour atténuer les difficultés que les personnes les plus malades et les plus pauvres rencontreraient autrement sur un marché concurrentiel de l'assurance santé, mais le coût et l'efficacité de ce système complexe sont de plus en plus remis en question.

De nombreux travaux ont été menés depuis quelques années sur le sujet de l'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire (rapport Dormont, Geoffard et Tirole en 2014, rapport Hcaam 2021, etc...). Cette bibliographie, non exhaustive, se propose de rassembler données de cadrage et travaux les plus importants qui ont été menés sur ce sujet, l'Irdes ayant d'ailleurs une expertise reconnue sur cette problématique.

Une deuxième partie recense quelques publications sur le fonctionnement de la couverture santé dans d'autres pays de l'OCDE.

¹ Pierre, A. et Or, Z. (2023). [Is the Public-Private Mix in French Health System Sustainable ?](#) Paris ; Irdes (Working Paper Irdes, n°91)

ÉLÉMENTS DE BIBLIOGRAPHIE**Rapports officiels****2025**

(2025). "Pour un redressement durable de la Sécurité sociale". Paris, HCAAM

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/pour-un-redressement-durable-de-la-securite-sociale.html>

Face à la situation financière préoccupante de la sécurité sociale, les Hauts Conseils appellent à une action rapide et structurée pour redresser les comptes, comme cela a été fait entre 2011 et 2019. Ils préconisent une stratégie durable, équitable et cohérente, qui n'oublie pas la couverture des besoins essentiels, notamment pour les plus vulnérables. Le redressement doit produire des effets à court terme tout en respectant des principes fondamentaux (neuf sont proposés), s'inscrire dans une stratégie pluriannuelle, et s'accompagner d'une réforme de l'action publique et d'une simplification administrative. Tous les acteurs (assurés, employeurs, professionnels de santé) doivent contribuer à cet effort, dans un esprit de justice contributive. Il est aussi essentiel d'utiliser les ressources publiques de manière plus efficiente, sans compromettre la cohérence des politiques sociales. La sécurité sociale joue un rôle clé dans l'augmentation du taux d'emploi et la création de richesse. Le développement de la prévention, l'adaptation aux défis démographiques (vieillesse, baisse de la natalité), et la lutte renforcée contre la fraude sont également des axes prioritaires.

2024

Carrère-Gée, M., Iacovelli, X. (2024). "Rapport d'information sur les complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français". Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2023/r23-770-notice.html>

Cette mission s'est intéressée aux périmètres respectifs des assurances maladie obligatoire et complémentaire, aux frais de gestion des complémentaires santé, à la gouvernance des relations entre AMO et AMC ou à l'information des assurés sur leurs contrats de complémentaire santé. Au terme d'une quarantaine d'auditions, elle présente 22 recommandations pour mieux protéger les assurés, et plus particulièrement les seniors, en limitant la hausse des cotisations des complémentaires santé, en améliorant le recours aux droits et en allant plus loin en matière de transparence, et pour mieux articuler AMO et AMC.

Direction de la sécurité Sociale (2024). "Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale: Maladie. Edition 2024". Paris, Direction de la sécurité Sociale

<https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie.html>

Ce rapport consacré à l'assurance maladie et à la politique sanitaire présente 70 indicateurs permettant d'évaluer la contribution de la sécurité sociale à cette politique, autour de six objectifs principaux : 1/ développer la prévention ; 2/ assurer un égal accès aux soins ; 3/ garantir les moyens nécessaires au système de santé ; 4/ améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins ; 5/ renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses ; 6/ améliorer la situation financière de la branche maladie, des établissements de santé et promouvoir l'investissement.

Ministère chargé de la Santé (2024). "La complémentaire santé solidaire. Rapport annuel 2023". Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/actualites/rapports>

Depuis 2019, les effectifs de la C2S poursuivent leur progression pour atteindre 7,4 millions de bénéficiaires en juin 2023 : 5,9 millions pour la C2S gratuite et 1,5 million pour la C2S avec participation financière. Les effectifs ont ainsi augmenté de 3,8 % entre décembre 2021 et décembre 2022. Le taux de recours estimé pour l'ensemble du dispositif reste relativement stable entre 2020 et 2021 : un peu plus d'une personne éligible à la C2S sur deux aurait effectivement eu recours à cette prestation (55 % en 2020 contre 56 % en 2021). Le nombre de bénéficiaires de la C2S gratuite diminuant au même rythme que le nombre de personnes éligibles, le taux de recours est stable entre 2020 et 2021 (69 %). En 2021, le recours à la C2S avec participation financière connaît quant à lui une hausse importante (34 % après 29 % en 2020), qui repose sur une augmentation du nombre de bénéficiaires nettement supérieure à celle du nombre de personnes éligibles. Les organismes gestionnaires de la C2S, régimes obligatoires d'assurance maladie et organismes complémentaires, ont engagé une dépense de 2,9 milliards d'euros en 2022, déduction faite des participations acquittées par certains bénéficiaires, en progression de 1,8 % par rapport à 2021. La dépense moyenne annuelle d'un bénéficiaire de la C2S est de 448 € pour l'ensemble des régimes et des organismes complémentaires gestionnaires. Elle se décline entre 428 € pour l'ensemble des régimes obligatoires (431 € pour la CNAM) et 592 € pour les OC. Ce rapport s'accompagne de l'avis du CCNE.

Direction de la sécurité Sociale (2023). "Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale. Annexe 1 : Maladie" Paris, Direction de la sécurité Sociale

<https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie.html>

Ce rapport consacré à l'assurance maladie et à la politique sanitaire présente 70 indicateurs permettant d'évaluer la contribution de la sécurité sociale à cette politique, autour de six objectifs principaux : 1/ développer la prévention ; 2/ assurer un égal accès aux soins ; 3/ garantir les moyens nécessaires au système de santé ; 4/ améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins ; 5/ renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses ; 6/ améliorer la situation financière de la branche maladie, des établissements de santé et promouvoir l'investissement. Avant de présenter les résultats des indicateurs selon ces dimensions, la synthèse revient sur les dépenses financées par la branche, qui font l'objet de la première partie du rapport (données de cadrage), et sur les mesures récentes et prévues en matière de politique de santé.

2022

Commission des comptes de la Sécurité sociale (2022). "La complémentaire santé solidaire". Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale In : [\[Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2021, prévisions 2022 et 2023.\]](#) Paris, CCSS

<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission>

Pour limiter les barrières financières à l'accès aux soins, des dispositifs de complémentaires santé gratuites ou à tarifs modérés ont été mis en place. Depuis 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) assurait les remboursements du ticket modérateur pour les soins de ville et l'hôpital pour les personnes avec de faibles ressources. Pour les personnes dont les revenus étaient légèrement supérieurs au plafond à ne pas dépasser pour bénéficier de la CMU-C, l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) a été créée en 2004. En 2019, ces deux dispositifs ont été remplacés et fusionnés en un seul : la Complémentaire santé solidaire (C2S). La présente fiche détaille les évolutions ainsi que les caractéristiques des populations couvertes par la C2S, et présente ses modalités de financement.

Cour des comptes (2022). "La réforme du 100 % santé". Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-reforme-du-100-sante>

La réforme du 100 % santé consiste en la définition d'un panier de biens dans les champs dentaire, optique et des audioprothèses, pour lequel les assurés sociaux titulaires d'un contrat de santé responsable et solidaire n'ont aucun reste à charge à régler après remboursement de leurs dépenses par l'assurance-maladie obligatoire et leur complémentaire santé. D'un point de vue technique, la réforme s'est traduite par une refonte de la nomenclature des biens relevant des trois secteurs et par

une révision des garanties des contrats de santé. Un an après le lancement de la réforme, et un début de mise en œuvre largement perturbé par la crise sanitaire, un premier bilan a été complexe à dresser. Ce rapport réalisé à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, constate que la réforme, qui portait une forte ambition d'amélioration de l'accès financier aux soins, semble avoir trouvé au moins en partie son public, mais que son coût est difficile à maîtriser.

HCAAM. (2022). "La place de la complémentaire santé et prévoyance en France". Paris, HCAAM.

<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Ce rapport et le document de travail qui l'accompagne fournissent un état des lieux de la couverture des risques santé et prévoyance en France, et présentent quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire, ainsi que des propositions de développement de la couverture prévoyance.

HCAAM (2022). "Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre sécurité sociale et assurance maladie complémentaire". Paris, HCAAM

<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Ce rapport et le document de travail qui l'accompagne fournissent un état des lieux de la couverture des risques santé et prévoyance en France, et présentent quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire, ainsi que des propositions de développement de la couverture prévoyance.

Imbert, C. (2022). "Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes sur la réforme du 100 % santé". Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-832-notice.html>

Partagées par la commission, les conclusions du rapport de la Cour des comptes sur la réforme 100 % santé doivent être mises en regard des propositions récentes d'extension du 100 pour cent santé à de nouveaux secteurs et à de nouveaux soins. Elles invitent à accélérer le déploiement du dispositif et renforcer son évaluation, avant d'envisager, comme c'est le cas dans certains scénarios d'évolution de la couverture maladie, d'en faire l'un des leviers majeurs d'amélioration de l'accès aux soins.

2021

Cour des comptes (2021). "Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient". Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-07/20210721-132-3-1-rapport-complementaires-sante.pdf>

À la demande de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, la Cour des comptes a enquêté sur les complémentaires santé et en particulier la complémentaire santé solidaire (CSS, anciennement CMU-C et ACS). La Cour y relève que, contrairement à plusieurs de ses voisins, la France n'a pas choisi de mettre en place un système de plafonnement des dépenses annuelles de santé des ménages, ou "bouclier sanitaire". Elle a plutôt privilégié le recours aux assurances complémentaires afin d'atténuer le reste à charge des ménages. Dans ce but, de nombreuses mesures incitatives ont été prises et un dispositif public spécifique, la complémentaire santé solidaire, a été instituée pour les personnes les plus fragiles financièrement. Le système ainsi mis en place permet d'assurer à 96% de la population une protection parmi les plus complètes. Pour les Magistrats, ce haut niveau de couverture offert par le système français, combinant assurances obligatoires et complémentaires, s'avère néanmoins : coûteux (10 Md€ de "dépenses" fiscales et sociales) et favorable aux salariés du secteur privé, au détriment de ceux relevant du dispositif de la CSS et plus encore des inactifs, en particulier les retraités. Par ailleurs, la CSS, complexe, manque en partie sa cible, pourtant particulièrement vulnérable. De nombreuses faiblesses peuvent être corrigées selon la Cour qui formule plusieurs recommandations en ce sens. Elles ne résolvent toutefois pas totalement les problèmes les plus difficiles mis en évidence par l'instruction, ce qui ouvre la perspective de choix de plus long terme selon les magistrats : mettre en place un bouclier sanitaire ; désimbriquer les interventions respectives de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire ; approfondir la régulation

existante, en assurant une transparence accrue des offres tout en encadrant le niveau des frais de gestion (voire du prix des garanties elles-mêmes).

Cour des comptes (2021). "Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie". Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/sante-garantir-lacces-des-soins-de-qualite-et-resorber-le-deficit-de-lassurance>

De manière structurelle, l'équilibre financier de l'assurance maladie est affecté par les effets du vieillissement de la population et par l'expansion des pathologies chroniques sur les dépenses de santé. En outre, les impacts de la crise sanitaire sur les recettes comme sur certaines dépenses risquent de creuser davantage et durablement les déficits de l'assurance maladie. Pour amorcer son retour à l'équilibre et garantir l'accès à des soins de qualité, il sera essentiel de mobiliser des marges d'efficacité dans quatre directions : l'organisation des soins, la rémunération des acteurs de la santé, les causes évitables des dépenses, et la contribution des technologies numériques à la transformation du système de santé.

Cornu Pauchet,, M., Bellabas, A., Despierre, B., et al. (2021). "La réforme de la complémentaire santé solidaire : quelles incidences organisationnelles sur les caisses d'assurance maladie ?". Saint-Etienne, E.N.3.S.

<https://en3s.fr/secudoc/produits-documentaires/publications-en3s/4099-2>

Cette recherche-action des élèves de la 59e promotion de l'EN3S, dirigée par Marianne Cornu-Pauchet, analyse les impacts organisationnels du déploiement de la complémentaire santé solidaire (CSS) sur les caisses d'assurance maladie.

Direction de la Sécurité sociale (2021). "Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale: Maladie. PLFSS 2022" ; Paris, Direction de la Sécurité sociale

<https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie.html>

Ce rapport consacré à l'assurance maladie et à la politique sanitaire présente 70 indicateurs permettant d'évaluer la contribution de la sécurité sociale à cette politique, autour de six objectifs principaux : 1/ développer la prévention ; 2/ assurer un égal accès aux soins ; 3/ garantir les moyens nécessaires au système de santé ; 4/ améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins ; 5/ renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses ; 6/ améliorer la situation financière de la branche maladie, des établissements de santé et promouvoir l'investissement.

2017

Alberola, E., Brice, L., Maes, C., et al. (2017). "La caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non-recours". Paris, Fonds CMU

Afin de mieux comprendre les raisons du non-recours à l'ACS, le Fonds CMU a confié au CRÉDOC un projet de recherche visant à caractériser la population éligible à l'ACS et l'incidence du parcours de vie sur les conditions d'accès au dispositif. Compte tenu de l'insuffisance de connaissance des raisons du non-recours, l'approche retenue est qualitative. Elle permet de comprendre via des entretiens approfondis le phénomène de non-recours dans toute son ampleur et sa complexité. En revanche, les résultats obtenus ne sont pas généralisables. L'analyse repose sur des entretiens centrés sur le récit de vie, menés auprès d'un échantillon de 35 non-recourants et 27 recourants à l'ACS. Le recrutement a été effectué en population générale, permettant de tendre vers une diversité des situations. L'éligibilité des répondants est approchée par le montant de leurs revenus. Les entretiens ont été réalisés par téléphone de novembre à décembre 2016 pour une durée moyenne d'une heure.

Cour des comptes (2017). "L'avenir de l'Assurance maladie. Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs". Paris, Cour des comptes

www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf

Le système d'assurance maladie créé en 1945 permet à la France d'afficher de bons résultats en termes d'espérance de vie. Pour autant, la prévalence de pratiques à risque, un taux de mortalité infantile élevé et des inégalités croissantes d'accès aux soins nuancent ces résultats, obtenus en outre au prix de déficits récurrents. La France se caractérise aussi par une dépense de santé élevée en proportion du PIB et par la part importante des assurances complémentaires dans son financement. Face à l'augmentation structurelle des dépenses, alors que les outils actuels de régulation ont atteint leurs limites, la qualité et l'égalité d'accès aux soins ne pourront être maintenues ou renforcées qu'en réformant l'organisation et la gestion du système de santé. Il ressort que, pour améliorer en continu la qualité des soins, garantir leur accès pour toute la population et sur tout le territoire et faire face à des défis renouvelés qui amplifient les tendances lourdes à l'augmentation des dépenses, des efforts de grande ampleur sont indispensables sur le long terme en vue d'accroître leur efficacité, c'est-à-dire en travaillant simultanément sur l'amélioration des prestations et la réduction de leurs coûts (I). Pour parvenir à des résultats suffisants, et face à la trop fréquente mise en échec des politiques de maîtrise de la dépense, la création ou la restauration, dans un cadre clair et renouvelé, d'instruments efficaces pour organiser l'action de l'assurance maladie, est nécessaire (II). Ces outils doivent être utilisés pour mettre fin aux situations acquises et sources d'inefficacité de tous ordres que des mécanismes d'allocation des ressources insuffisants ont laissé se consolider (III). Un tel mouvement, engageant des réformes sur de très nombreux aspects du système de soins et de l'assurance maladie, est à concevoir comme un processus continu, car le progrès scientifique, le vieillissement, les nouvelles formes de prise en charge, l'évolution de la situation économique et financière de notre pays, le soumettent sans relâche à de nouvelles contraintes. Il n'a de chances d'aboutir que si la régulation et le pilotage de l'ensemble, aujourd'hui faibles et éclatés, retrouvent efficacité et cohérence en redéfinissant les responsabilités des différents acteurs et en se structurant autour d'objectifs de santé publique et de qualité des soins (IV).

Commission des comptes de la Sécurité sociale (2017). "Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017". Paris, Ccss

<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission>

Ce rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale fait le bilan des comptes de la sécurité sociale en France pour 2016 et établit des prévisions pour l'année 2017. Le déficit du régime général de la Sécurité sociale devrait atteindre 1,6 milliard en 2017 et même 5,5 milliards d'euros en ajoutant le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Un chiffre en amélioration de 2,3 Md€ par rapport à 2016 mais en dégradation de 1,3 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS pour 2017. Le déficit de la branche maladie représente à lui seul plus que la totalité du déficit du régime général et son écart avec la prévision explique la totalité du dérapage du régime général. Un déficit est aussi à noter pour la branche retraite. Seule la branche famille retrouverait quant à elle l'équilibre pour la première fois depuis 2007 grâce aux réformes ayant réduit les prestations (mise sous condition des allocations familiales). Enfin, la branche AT/MP, dans le vert depuis 2013, devrait avoir un excédent estimé à 900 millions d'euros pour cette année. Cet excédent permettra de financer la nouvelle mouture du compte pénibilité rebaptisé « compte professionnel de prévention ». Quatre des dix critères sortent du dispositif existant et les cotisations spécifiques sont supprimées. Structure et dynamique des recettes et dépenses hospitalières en France en 2016. Le marché des médicaments en officine de ville en France en 2016. Les prestations d'invalidité.

2016

Dormont, B. et Bozio, A. (2016). "Gouverner la protection sociale : Transparence et efficacité." Notes du conseil d'analyse économique (les)(28)

Les dépenses de protection sociale représentent aujourd'hui près de 672 milliards d'euros en France, soit 31,8 % du PIB. Le lent processus de construction de ce système a abouti à une architecture complexe avec de multiples acteurs aux décisions non coordonnées, les choix d'ensemble étant finalement peu transparents. Les auteurs de cette nouvelle note du CAE, Antoine Bozio et Brigitte Dormont, font le point sur cette architecture et proposent des pistes pour une restructuration

permettant à la fois l'expression des choix démocratiques et l'indispensable recherche d'efficacité, en mettant l'accent sur les retraites et l'assurance maladie, qui représentent près de 80 % des dépenses de protection sociale. Ils formulent six recommandations.

2015

Bies, P., Jacquat, D., Reichardt, A., et al. (2015). "Rapport sur le régime local complémentaire d'assurance maladie d'Alsace-Moselle et son articulation avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise". Paris, Ministère chargé de la Santé

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/16_12_15_-_cp_-_rapport_mission_parlementaire_regime_local_assurance_maladie_alsace-moselle.pdf

Le gouvernement avait confié aux parlementaires une mission de concertation et d'expertise sur l'articulation entre les régimes locaux d'Alsace Moselle (régime général et régime agricole) et la généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé en entreprise, issue de l'accord national interprofessionnel de 2013 et de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, qui l'a transposé. Afin de garantir la pérennité des régimes locaux d'Alsace-Moselle et de permettre aux salariés alsaciens et mosellans de bénéficier de la généralisation de la complémentaire, la mission parlementaire recommande que les règles régissant les régimes locaux ne soient pas modifiées, au vu des risques juridiques que présenterait leur évolution au regard de la jurisprudence du Conseil constitutionnel. Elle recommande donc que la couverture complémentaire en entreprise issue de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 "constitue un troisième étage de couverture par rapport à la protection apportée par les régimes de base et les régimes locaux". "Attaché à la préservation des régimes locaux, qui assurent un degré élevé de solidarité entre les assurés, le gouvernement mettra en œuvre les recommandations de la mission parlementaire", précise un communiqué ministériel. "Un décret publié au début de l'année 2016 précisera ainsi que, pour les salariés alsaciens et mosellans, les couvertures complémentaires en entreprise tiendront compte des prestations et des cotisations des régimes locaux".

Cour des comptes (2015). "Les systèmes de retraites et d'assurance maladie en France et en Allemagne : éléments de comparaison". Paris, Cour des comptes ; In : [Sécurité sociale : Rapport 2015 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale]. Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20150915-rapport-securete-sociale-2015-syst--mes-retraites-assurance-maladie-France-Allemagne-elements-comparaison.pdf>

Dans le cadre son rapport annuel 2015 sur la Sécurité sociale, la Cour des comptes met en perspective les systèmes de retraite et d'assurance maladie français et allemand. À la différence du modèle « beveridgien » dans le cadre duquel l'ensemble de la population bénéficie d'une protection de base universelle organisée par l'État et principalement financée par l'impôt, les systèmes français et allemand reposent en matière de retraites comme d'assurance maladie sur un principe assurantiel organisant la protection à partir des différentes catégories professionnelles et la finançant de manière prépondérante par des cotisations sociales assises sur les salaires selon un modèle souvent désigné comme « bismarckien. S'ils comportent des similitudes dans leur organisation et leur mode de financement, les systèmes sociaux des deux pays prennent place dans un cadre institutionnel contrasté. Ainsi, la nature de l'État, centralisé ou fédéral, le rôle plus ou moins important dévolu à la loi et au droit conventionnel, l'intervention plus ou moins grande des partenaires sociaux se reflètent dans la manière dont est conçue et gérée la protection sociale de chacun des deux pays. Au-delà, les deux systèmes reflètent des conceptions différentes de la place à reconnaître aux impératifs d'équité, de compétitivité économique et d'équilibre financier et des modalités suivant lesquelles ces derniers sont pris en compte. Les choix collectifs propres à chaque pays se manifestent dans l'étendue de la couverture obligatoire et les niveaux de prise en charge des risques. En matière de retraites, le système allemand accorde de fait une place plus modeste qu'en France aux dispositifs de solidarité, tandis qu'en matière d'assurance maladie, l'assurance légale allemande a conservé des taux de remboursement plus élevés sur un « panier de soins » plus étroit, alors que l'effort de remboursement a été concentré en France sur les pathologies les plus lourdes.

2014

(2014). "Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2013- Prévisions 2014-2015". Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission>

Ce rapport contient un éclairage sur les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Haut conseil du financement de la protection sociale (2014). "Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale". Paris, H.C.F.P.S.

<https://www.securite-sociale.fr/hcfips>

Dormont, B., Geoffard, P. y. et Tirole, J. (2014). "Refonder l'assurance maladie." Notes du CAE(12)

Dans ce rapport dont la parution a été longtemps repoussée, le Conseil d'analyse économique (CAE) émet des propositions fortes pour une réforme du système de santé français. Ses auteurs, Brigitte Dormont (Université Paris-Dauphine), Pierre-Yves Geoffard (École d'économie de Paris) et Jean Tirole (École d'économie de Toulouse), suggèrent d'instaurer pour les soins de ville une super-franchise annuelle plafonnée et fonction des revenus, de couvrir à "100% les soins hospitaliers" et de baisser de 18 à 8 € la franchise hospitalière (pour un coût de 2 milliards d'€), de permettre aux agences régionales de santé et aux complémentaires de contractualiser avec les médecins pour définir comment et combien les payer, et enfin, de mettre fin à la dualité du système, aujourd'hui réparti entre assurance-maladie et complémentaires.

Ravignon, B., Cayre, V., Laurenty, A., et al. (2014). "Les coûts de gestion de l'assurance maladie". Paris, I.G.A.S.

<https://www.igas.gouv.fr/Les-couts-de-gestion-de-l-assurance-maladie-MAP>

La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre délégué chargé du budget ont demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale des finances (IGF) de conduire une mission relative à la gestion de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC). Cette mission s'inscrit dans le cadre des travaux lancés pour mettre en œuvre la démarche de « modernisation de l'action publique » (MAP) initiée par le Gouvernement. Après avoir établi un diagnostic de la structuration et des coûts de gestion de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, le rapport détaille les recommandations de la mission en matière d'amélioration des processus métier, de recherche d'efficacité par comparaison aux meilleures pratiques constatées et de réorganisation structurelle de l'assurance maladie. Puis, il conclut sur la combinaison de ces différents axes, sur le calendrier de déploiement des actions à entreprendre et sur les gains à en attendre à court terme (2017) et à moyen terme (2020) (résumé de l'éditeur).

2013

Askenazy, P., Dormont, B., Geoffard, P. Y., et al. (2013). "Pour un système de santé plus efficace." Notes du conseil d'analyse économique (les)(8)

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

Commission des comptes de la Sécurité sociale (2013). "État des lieux de la protection sociale complémentaire d'entreprise". Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale, In : [Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2012 - Prévisions 2013] Paris, , Commission des comptes de la Sécurité sociale

<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission>

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise prévue par l'accord national interprofessionnel (ANI) à compter du 1er janvier 2016 et mise en place dans le cadre de la loi sur la sécurisation de l'emploi adoptée le 14 mai 2013, va modifier le paysage de la couverture complémentaire d'entreprise. Cette fiche dresse un état des lieux statistique du marché de la complémentaire d'entreprise afin de mieux cerner les évolutions à venir.

HCAAM (2013). "La généralisation de la couverture complémentaire en santé : avis". Paris, HCAAM

<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Saisi en mars 2013 par le gouvernement dans le cadre de l'objectif présidentiel de généralisation de la couverture complémentaire en santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a adopté le 18 juillet un avis accompagné d'un rapport, à l'unanimité à l'exception de la CGT-FO. Ces documents portent un diagnostic sur le rôle de l'assurance maladie complémentaire, les inégalités de garanties et d'aide publique selon les contrats. Ils analysent également les conditions et les enjeux d'une extension de l'assurance complémentaire en santé à l'ensemble de la population. Le HCAAM a examiné les conditions de la généralisation d'une couverture de qualité, incluant les personnes les plus éloignées de l'emploi et les plus modestes. Cette généralisation implique une évolution du dispositif de l'ACS pour en améliorer le taux de recours, un renforcement des critères de solidarité et de responsabilité des contrats d'assurance complémentaire et une amélioration du ciblage des aides publiques bénéficiant au secteur. Le Haut Conseil s'est également penché sur la répartition des rôles entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) en matière de gestion du risque et souligne l'intérêt des réseaux de professionnels de santé pour réduire les restes à charge et améliorer l'accès aux soins.

HCAAM (2013). "La généralisation de la couverture complémentaire en santé : rapport". Paris, HCAAM

<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Saisi en mars 2013 par le gouvernement dans le cadre de l'objectif présidentiel de généralisation de la couverture complémentaire en santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a adopté le 18 juillet un avis accompagné d'un rapport, à l'unanimité à l'exception de la CGT-FO. Ces documents portent un diagnostic sur le rôle de l'assurance maladie complémentaire, les inégalités de garanties et d'aide publique selon les contrats. Ils analysent également les conditions et les enjeux d'une extension de l'assurance complémentaire en santé à l'ensemble de la population. Le HCAAM a examiné les conditions de la généralisation d'une couverture de qualité, incluant les personnes les plus éloignées de l'emploi et les plus modestes. Cette généralisation implique une évolution du dispositif de l'ACS (Acquisition d'une complémentaire santé) pour en améliorer le taux de recours, un renforcement des critères de solidarité et de responsabilité des contrats d'assurance complémentaire et une amélioration du ciblage des aides publiques bénéficiant au secteur. Le Haut Conseil s'est également penché sur la répartition des rôles entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) en matière de gestion du risque et souligne l'intérêt des réseaux de professionnels de santé pour réduire les restes à charge et améliorer l'accès aux soins.

HCAAM (2013). "Les principes de solidarité de l'assurance maladie". Paris, HCAAM

<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Le HCAAM, dans sa séance du 24 janvier 2013, a rappelé les principes de solidarité entre bien portants et malades de l'assurance maladie obligatoire. Il en a souligné les effets redistributifs qui résultent essentiellement de ses modalités de financement. Il rappelle également les mécanismes de mutualisation assurantielle de l'assurance maladie complémentaire qui contribuent à l'accès aux soins

2012

Gobert-Danelon, C. (2012). "Réformes du système de santé en France : quels impacts sur les organismes complémentaires d'assurance maladie ?". Paris, C.N.A.M.

Quelles sont les conséquences des réformes de santé, depuis 1996, sur les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM)? Pour répondre à cette problématique, la

méthodologie utilisée dans ce mémoire a porté sur l'analyse du secteur de l'assurance santé en étudiant des articles de recherche et de presse mais également des rapports et des études en provenance des acteurs institutionnels. Des entretiens ont été également menés pour confirmer les premières hypothèses. La première partie de ce mémoire sera consacrée à la présentation du système de santé français et des responsabilités de ses acteurs ainsi qu'aux enjeux des principales réformes depuis 1996. Après avoir situé les rôles et la place des organismes complémentaires en santé dans ce système, la seconde partie présentera les conséquences directes et indirectes de ces réformes sur ces organismes complémentaires mais également la manière dont ils se sont adaptés d'un point de vue organisationnel, stratégique et financier.

Lidsky, V., Thiard, P.-E., Le Brignonen, M., et al. (2012). "Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017" https://www.economie.gouv.fr/files/rapport_ondam_igas-igf.pdf

Ce rapport formule des propositions destinées à mieux piloter l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Il propose notamment une articulation plus dynamique entre l'assurance maladie obligatoire, les organismes complémentaires et les assurés qui pourrait, contribuer à la soutenabilité des dépenses de santé sans préjudice de l'accessibilité financière aux soins

Schillinger, P. (2012). "Les enseignements du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle : rapport d'information sur l'étude de la Cour des comptes". Paris, Sénat <https://www.senat.fr/rap/r11-443/r11-443.html>

Objet non identifié de la protection sociale française, le régime local d'Alsace-Moselle mérite bien d'être expliqué et analysé car des enseignements peuvent en être intelligemment tirés pour le reste du pays. Associant certaines des caractéristiques d'un régime de base et d'un régime complémentaire, il est un héritier de l'histoire et de la culture des trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Ses coûts de fonctionnement très faibles du fait d'une mutualisation importante avec les caisses du régime de base, son financement solidaire qui assure une redistribution entre générations et entre catégories de revenus et son mode de gouvernance autonome en constituent les atouts indéniables. Etudier l'éventualité de sa transposition au niveau national peut engager les prémises d'un débat constructif sur l'organisation de la Sécurité sociale en France.

2011

HCAAM (2011). "L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ? Avis". Paris, HCAAM <https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

L'objectif futur du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie est de proposer un ensemble d'indicateurs d'évaluation de l'assurance maladie, sous la forme d'un « tableau de bord » qui ne se limite pas aux seuls aspects financiers, mais englobe aussi les dimensions du recours efficient au système de soins ; qui renforce les analyses et les comparaisons, notamment avec les systèmes étrangers de protection sociale ; qui - contribue à la qualité du débat public, en vue des nécessaires adaptations du système d'assurance maladie au regard du respect de ses objectifs fondamentaux. Le suivi de ces indicateurs servira de base aux considérations des « rapports annuels » du HCAAM. La première étape a porté sur l'accessibilité financière des soins » pour tous. Cet avis présente donc le premier volet de ce tableau de bord, soit un ensemble restreint d'indicateurs qui permettront de suivre cet objectif fondamental, selon trois angles d'approche :- la solidarité entre bien portants et malades, au regard du coût de la maladie et quels que soient les revenus du malade ; - la garantie d'accessibilité financière pour les revenus les plus faibles ; - le financement de l'accès optimal au système de soins.

Capdeville, B. (2011). "La protection sociale : assurer l'avenir de l'assurance maladie". Paris Conseil économique et social

Convaincre les citoyens, notamment les jeunes, de la pérennité du système de protection sociale est un enjeu majeur. Investissement d'avenir pour notre collectivité, la protection sociale est à la base du

pacte social. Le Conseil Economique - Social et Environnemental (CESE) a choisi l'exemple de l'assurance maladie, pour illustrer ce choix d'une solidarité qui conjugue qualité de l'offre et efficacité de la dépense. Il préconise d'inciter les médecins à exercer dans des zones sous dotées, de maîtriser les dépassements d'honoraires, d'optimiser l'efficacité du parcours de soins et de mieux articuler la prise en charge par l'assurance maladie et les complémentaires. L'évolution du taux de la CSG (Contribution sociale généralisée), la mise en place d'une TVA sociale, le réexamen des exemptions et des exonérations de cotisations sociales, la création d'une taxe internationale sur les transactions financières et une meilleure prise en compte de la valeur ajoutée produite par les entreprises offrent diverses pistes de financement. (Résumé d'auteur).

2010

HCAAM (2010). "L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse. Rapport annuel 2010". Paris, HCAAM <https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Le rapport annuel du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie pour 2010 a été adopté, le 25 novembre 2010, à l'unanimité de ses membres. Intitulé "L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse", il est essentiellement consacré aux conséquences de la crise sur l'assurance maladie avec la dégradation forte et brutale de ses comptes depuis 2009. Ce rapport se propose, dans la première partie, de mettre en perspective les niveaux actuels de déficit avec ceux que l'assurance maladie avait connus lors de la dernière dégradation importante de ses comptes, dans les années 2003 ? 2004. Il présente ensuite, dans un chapitre plus théorique, quelques concepts d'analyse des effets conjoncturels et structurels d'une crise économique. Dans la troisième partie sont analysées les conséquences et les différentes perspectives qui en découlent pour l'assurance maladie. Figurent en annexe au rapport la présentation habituelle des comptes incluant les chiffres pour 2009 et un retour sur l'avis "Vieillesse, longévité et assurance maladie" adopté le 22 avril dernier.

(2010). "Vieillesse, longévité et assurance maladie. Constats et orientations. Avis adopté le 22 avril 2010". Paris, HCAAM

<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Le vieillissement de la population est souvent présenté comme une des causes essentielles de la hausse des dépenses de santé, et donc des tensions sur l'équilibre financier de l'assurance maladie. Le HCAAM a donc souhaité aborder la question, au cœur des débats actuels relatifs à d'autres dimensions de la protection sociale telles que les retraites ou la perte d'autonomie. Au terme de cette étude, il apparaît qu'il faut évacuer de nos représentations l'image d'une déferlante du grand âge qui serait sur le point de submerger, sans qu'on n'y puisse rien, le système de couverture solidaire. En revanche, la longévité croissante des individus, et le vieillissement corrélatif de la population, adressent une question cruciale au système de soins, et du même coup, à l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Celle du défi - qu'il tient qu'à nous de relever - d'organiser autrement la manière de prendre en charge et d'accompagner les malades particulièrement fragiles et présentant des situations cliniques complexes et polyopathologiques. Car le grand âge met en évidence, comme le ferait un instrument d'optique grossissant, un point de fragilité fondamentale de l'organisation des soins : son insuffisante transversalité autour de chaque personne malade (tiré du texte).

Gerber, S. I. (2010). "Combien les Français sont-ils prêts à consacrer aux dépenses de santé ? Démocratie sanitaire et consentement au financement de la santé." Note de veille (la)(171)

Des positions très divergentes existent quant au niveau optimal de dépenses de santé. Entre cibles basses (limitation de la part des dépenses dans le PIB à un niveau proche du niveau actuel), et cibles hautes (près de 30 % du PIB dans certains scénarios), la question du niveau optimal de dépenses ne peut être envisagée indépendamment des modalités de leur financement. Allocation des ressources à la santé plutôt qu'à d'autres politiques publiques, part de l'assurance obligatoire, des assurances complémentaires et « reste à charge » des ménages? Qui doit décider et comment ? Si les développements récents de la science économique visent à mieux éclairer les choix des décideurs en matière de santé, face à des arbitrages essentiellement politiques, la qualité du débat public sur la santé est indispensable. Pour éviter notamment que les décisions ne soient prises implicitement, par

une accumulation de dispositifs « techniques », renforcer la démocratie sanitaire en consolidant les instances de débat sur la santé est un objectif à privilégier.

2009

Régime social des Indépendants (2009). "Le Livre Blanc du RSI". La Plaine Saint-Denis, R.S.I.

Le Régime Social des Indépendants a lancé depuis plusieurs mois une consultation d'envergure auprès des représentants des différentes caisses régionales composant le RSI, des experts du régime et d'une trentaine d'experts extérieurs au RSI, une réflexion sur l'évolution de la protection sociale en France dans le but de favoriser l'émergence de propositions autour de 2 grands thèmes : un nouveau partenariat entre assurance maladie obligatoire et complémentaires santé ; le financement de la protection sociale des chefs d'entreprise indépendants. A travers ce document élaboré à partir d'une démarche participative originale, le régime des indépendants entend prendre toute sa place et apporter son expertise dans le débat public sur l'avenir de notre système de sécurité sociale. Sur le premier thème concernant la santé, le Livre Blanc propose l'amélioration des partenariats et synergies entre le régime de base obligatoire et les complémentaires. Ses pistes portent sur la création d'un socle "minimal et universel" de protection sociale complémentaire rendu obligatoire aux organisations complémentaires, différent des contrats responsables (trop limités) ou des contrats CMUC (trop spécifiques), l'instauration d'une véritable transparence des contrats, l'association des OC dans la gestion du risque, la prévention et la promotion de la santé, le partenariat sur la prise en charge de la dépendance, une fois les contours du 5e risque connu, et enfin, le développement de dispositifs permettant aux travailleurs indépendants de bénéficier de contrats de groupe. Le second thème portant sur le financement s'intéresse à l'élargissement de l'assiette de cotisations des indépendants exerçant sous forme sociétaire.

2008

Commission des comptes de la Sécurité sociale (2008). Panorama de l'accès aux complémentaires santé et du recours aux soins In [Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2007 - Prévisions 2008 et 2009. Tome 1". Paris, Ccss

<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission>

Le remboursement des frais de santé en France fait intervenir, d'une part, l'assurance maladie dite obligatoire et, d'autre part, les organismes complémentaires (OC), généralement non obligatoires, qui assurent la couverture d'une partie du reste à charge des ménages (notamment le ticket modérateur) en échange du paiement d'une prime. Si une large majorité de la population bénéficie aujourd'hui d'un contrat d'assurance maladie complémentaire et que l'offre proposée par les complémentaires est très variée, certains ménages doivent pourtant renoncer aux soins pour des raisons financières

Cnam (2008). " Le partage financier entre l'assurance maladie obligatoire, les complémentaires et les usagers "in : [Propositions sur les charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2009]. Paris, Cnamts <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2008-rapport-propositions-pour-2009-charges-produits>

Cour des comptes A. (2008). "Rapport d'information sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charges entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages." Paris, Cour des comptes https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_repartition_financement_depenses_maladie_d_e puis_1996_transferts_operes_assurance_maladie_obligatoire_assurances_complementaires_menages.pdf

Conformément aux dispositions de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, la commission des affaires sociales a demandé à la Cour des comptes, par lettre en date du 22 novembre 2006, de réaliser une enquête sur les transferts de charges entre les régimes obligatoires d'assurance maladie, les régimes complémentaires et les assurés eux-mêmes. L'objectif poursuivi par la commission était de prendre la mesure de la réalité des transferts opérés au cours des dernières

années, considérant que cette question est généralement abordée de manière très empirique et souvent subjective. Une telle étude a également paru nécessaire dans la perspective des réformes à venir de l'assurance maladie.

2007

Perronnin, M. (2007). "Analyse de la variabilité de la dépense en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C : rapport final". Paris, Fonds CMU

Cette étude réalisée par l'Irdes à la demande du Fonds CMU apporte un éclairage sur la variabilité des dépenses en part complémentaire, au niveau national et départemental. Les auteurs cherchent à évaluer le risque associé à la dépense en part complémentaire en répondant aux questions suivantes : la variabilité des coûts autour de la moyenne est-elle importante ? Quelle est la probabilité que la dépense en part complémentaire dépasse un montant donné ? Quelle est la proportion d'individus présentant une dépense excédant le forfait annuel alloué pour couvrir leurs dépenses ? Quelle influence ont les individus à dépenses très élevées sur le coût moyen ? Quel profil de consommations ont ces individus ? Comment le risque financier moyen varie-t-il d'un département à l'autre ? Comment s'expliquent ces variations interdépartementales ? Comment varie la distribution des dépenses ?

2005

HCAAM (2005). "Le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base". Paris, HCAAM
<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Un avis consacré au périmètre de prise en charge intégrale par les régimes de base, adopté jeudi 27 octobre à la quasi-unanimité par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, propose de remettre à plat les critères occasionnant une couverture intégrale des soins, afin de donner plus de cohérence à notre système, et envisage les conséquences du forfait de 18 euros sur les actes lourds. Le Haut Conseil ne conteste pas le fait que la collectivité nationale a fait le choix de couvrir aussi parfaitement que possible les soins les plus onéreux, mais il observe que, en fait, on exonère non pas sur la seule constatation d'une dépense élevée mais aussi en fonction du statut de l'individu : état de santé, situation du bénéficiaire (régime des accidents du travail, femmes enceintes...). Il en résulte des incohérences, certes à la marge mais choquantes. L'avis s'inquiète d'une telle distorsion [?] qui est de nature à diminuer l'attachement des Français à une Sécurité sociale obligatoire et solidaire. Quant au forfait de 18 euros sur les actes lourds (supérieurs à 91 euros), le Haut Conseil souligne qu'il s'agit d'une petite franchise qui représente 1 % des dépenses exonérées à ce titre. L'avis insiste aussi sur le fait que 2,3 millions d'assurés hospitalisés ne sont pas exonérés aujourd'hui (absence d'acte technique lourd), ce qui occasionne pour eux un reste à charge moyen de 500 euros. Si ce forfait de 18 euros peut apparaître comme un moyen de rééquilibrer les règles de prise en charge entre assurés hospitalisés, selon que leur séjour comporte un acte technique ou non, ce rééquilibrage reste partiel et ne résout en rien le fait que certains hospitalisés supportent des coûts très élevés. De plus, le fait d'exonérer du forfait de 18 euros les personnes en ALD, les femmes enceintes ou les titulaires d'une pension d'invalidité risque d'accroître la distorsion pointée par le Haut Conseil, entre les assurés pris en charge à 100 % et les autres.

HCAAM (2005). "Les couvertures complémentaires en assurance maladie". Paris, HCAAM
<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Cette deuxième note du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur les couvertures complémentaires valide à l'unanimité la note de suivi de l'avis du 24 février 2005. Elle insiste sur deux souhaits : celui qu'on mette en œuvre la mesure annoncée par le Premier Ministre en 2004 sur l'extension de la CMUC aux familles avec enfants et celui qu'on développe les études sur la montée en charge du dispositif de complémentaire à la CMUC, sur les dépassements d'honoraires en secteur II, sur la mise en œuvre de la Loi Evin (sortie des contrats collectifs en entreprise) et sur l'indemnisation des arrêts de travail maladie par les entreprises et les organismes complémentaires. Dans la note

annexée à l'avis, le HCAAM donne quelques références utiles sur les évolutions de charges des OC. Ainsi, le Haut conseil chiffre à 630 millions d'euros les augmentations de charges en 2006, telles qu'elles découlent du PLFSS 2006. "Cela représente une hausse de 3 % environ des cotisations des organismes complémentaires". En cas de non remboursement des veinotoniques, "la hausse ne sera plus que de 1,5 à 2 %". La Mutualité française a indiqué, vendredi 28 octobre, que sa propre évaluation des charges des complémentaires santé était "conforme" à celle réalisée par le Haut conseil.

Door, J. P. (2005). "L'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale". Paris, Assemblée nationale ([Rapport d'information de l'Assemblée Nationale 2680](#))
<https://www.vie-publique.fr/rapport/27925-organisation-et-cout-de-gestion-des-branches-de-securite-sociale>

Ce rapport réalisé par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale s'inscrit dans une perspective de réformes plus en profondeur. La première partie du rapport dresse un constat de la situation. Viennent ensuite plusieurs recommandations en matière d'organisation et de gestion. La troisième et dernière partie du rapport préconise un nouveau modèle d'organisation du régime général. Cette organisation a pour axes principaux la création d'une caisse régionale unique et multibranche (qu'on pourrait appeler "agence régionale de sécurité sociale") et une politique de proximité appuyée sur des guichets uniques.

Dubernard, J. M. (2005). "Rapport sur la mise en application de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie". Paris, Assemblée nationale
<https://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i2208.asp>

2003

Buchmueller, T. C. et Couffinhal, A. (2003). "Private health insurance in France". Paris, Ocde
https://www.oecd.org/en/publications/private-health-insurance-in-france_555485381821.html

Si la France a un système d'assurance maladie publique universel, la couverture qu'il propose n'est pas complète et la majorité de la population française a une assurance complémentaire privée. La France est le troisième pays de l'OCDE en ce qui concerne la part des dépenses de santé financée par l'assurance privée, mais contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, l'assurance privée ne permet pas de couper des files d'attentes dans le secteur public ou d'avoir accès à des prestataires proposant des services plus élitistes. En fait, l'assurance privée rembourse les co-paiements du système public et couvre des services mal pris en charge par ce dernier, comme les prothèses dentaires et les lunettes. Ce document présente donc ce système d'assurance privée, et décrit son évolution au cours du temps.

Chadelat, J. F. (2003). "La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé". Paris, La Documentation française
<https://www.vie-publique.fr/rapport/26190-la-repartition-des-interventions-entre-les-assurances-maladie-obligatoire>

Le groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité sociale présidé par Jean-François Chadelat a été chargé par le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, au mois de septembre 2002, d'étudier "la répartition actuelle des interventions des régimes de base et de l'assurance complémentaire" et de faire des "propositions sur les évolutions possibles". Ce rapport est le résultat de cette mission. Parmi les préconisations du groupe de travail, il propose la mise en place d'une "assurance maladie complémentaire de base" (AMCB), facultative mais qui pourrait donner lieu à des aides à l'achat pour les personnes les moins aisées, la création d'une structure spécifique associant les AMO (assurances maladie obligatoires), les AMC (assurances maladie complémentaires) et l'Etat et qui proposerait, sur une base négociée, la répartition des compétences respectives de l'AMO et de l'AMCB, la mise en œuvre de mécanismes de corégulation (les organismes proposant l'AMCB devant s'engager dans le cadre d'un cahier des charges précis sur un certain nombre d'actions : meilleur usage des soins, prévention....).

Vasselle, A. (2003). "Rapport d'information sur les perspectives de l'assurance maladie". Paris, Sénat
<https://www.vie-publique.fr/rapport/26083-perspectives-de-lassurance-maladie>

Ce document de la Commission des Affaires sociales du Sénat présente les conclusions du rapport d'Alain Vasselle, rapporteur des lois de financement de la Sécurité sociale, sur les perspectives de l'Assurance maladie. S'appuyant sur un large programme d'auditions, la commission a souhaité en effet disposer, en amont du processus de réforme engagé par M. Jean-François Mattei, d'une analyse des contributions des groupes de travail constitués en septembre dernier au sein de la commission des comptes de la sécurité sociale. Le rapporteur constate ainsi que le rapport Ruellan n'est guère parvenu à établir un " état des lieux partagé " des relations entre l'Etat et l'assurance maladie. En revanche, il met en lumière un état d'esprit des partenaires sociaux, très attachés à un stricte paritarisme et soucieux d'une autonomie renforcée des caisses nationales. Il considère que le rapport Coulomb sur la " médicalisation " de l'ONDAM présente le mérite de souligner à la fois la nécessité d'une association étroite des professionnels de santé à l'élaboration de cet objectif et l'importance du processus contractuel pour en assurer le respect. Du rapport Chadelat, le rapporteur retient l'idée largement consensuelle d'une aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire ainsi que la nécessité d'une " articulation intelligente " entre les régimes obligatoires et les assurances complémentaires. Il émet, en revanche, des réserves sur la création d'une " couverture maladie généralisée " qui correspondrait à " l'accès aux soins que la Nation garantit à chacun de ses citoyens " mais qui serait, pour partie, facultative et, de surcroît, sous conditions de ressources et qui ne s'articule pas avec le vote de l'ONDAM par le Parlement. Mais Alain Vasselle constate également qu'une réforme ou une série de réformes, réfléchies, concertées et progressives, de l'organisation de notre système de santé et d'assurance maladie se heurte à un écueil majeur : l'extrême fragilité des comptes de l'assurance maladie.

2000

HCSP (2000). "Le panier de biens et services de santé : première approche - Rapport adressé à la Conférence nationale de santé et au Parlement". Paris, HCSP
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ouvrage?clef=54>

Un système de santé performant mais confronté à des problèmes d'inégalités d'accès aux soins et à des exigences nouvelles générées par les avancées médicales : tel est le constat que le Haut Comité de la santé publique a pu dresser dans ses rapports antérieurs. La connaissance des biens et services offerts, des modalités d'accès aux soins et de leur prise en charge est indispensable pour une rationalisation du système de santé. Offrir des soins à tous demeure l'impératif de solidarité de notre système de protection sociale. Mais cette exigence éthique ne peut ignorer la dimension économique induite par le développement des activités de santé. Un panier de biens et services de santé remboursables doit répondre à ces impératifs. Déterminer un panier de biens et services implique de définir le champ de la prise en charge, sa variabilité et sa mise à jour compte tenu de l'évolution des techniques médicales. Ce rapport pose les questions soulevées par l'élaboration d'un panier de biens et services: Selon quels critères peut-il être évalué ? Qui doit le porter, c'est-à-dire le financer ? Comment garantir un accès équitable ? Comment accéder à ce panier ? La protection sociale maladie n'assure pas, bien souvent, l'intégralité des dépenses. Le poids du ticket modérateur rend indispensable la couverture complémentaire. La Couverture maladie universelle a aussi défini un panier spécifique. Un débat d'ensemble doit être posé sur l'articulation entre les régimes obligatoires et les régimes complémentaires (Résumé d'auteur).

Ouvrages et rapports

Batifoulier, P. et Del sol, M. (2022). "Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché". Rennes : IODE

<https://www.calameo.com/amplitude-du-droit/read/0069682465953e0a9d360>

Cet ouvrage qui réunit une vingtaine d'auteurs de différentes disciplines – droit, économie, histoire, sociologie, science politique – est le fruit d'un projet de recherche financé par l'Agence nationale de la recherche (projet MaRiSa-Marché du risque santé). La maladie est une épreuve physique et mentale. C'est aussi une épreuve financière si les patients doivent payer la facture qui peut atteindre plusieurs milliers d'euros en cas d'hospitalisation. L'assurance santé sert à effacer ou à réduire cette épreuve financière. Elle permet d'accéder aux soins mais aussi de bénéficier des progrès de la médecine. En effet, les découvertes médicales, aussi importantes soient-elles, ne servent à rien si les malades ne peuvent pas se les payer. En France, il existe deux assurances santé, la Sécurité sociale et les assurances complémentaires que l'on appelle « mutuelles ». Cet ouvrage retrace l'histoire mouvementée de l'articulation entre ces deux assurances dont les objectifs et le fonctionnement sont bien différents. Il analyse la spécificité française en intégrant les problématiques les plus récentes : généralisation de la complémentaire d'entreprise, réforme de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, réseaux de soins, politique du reste à charge (100 % Santé), développement des inégalités, originalité des mutuelles, concentration du secteur de l'assurance, etc. L'ouvrage montre comment le marché de l'assurance complémentaire s'est développé au prix de grandes inégalités et interroge le rôle de l'État dans cette marchandisation. En brossant un panorama complet de l'assurance santé en France, l'ouvrage fournit des clés pour comprendre les débats contemporains autour de la « Grande Sécu ». Il éclaire, dans un langage accessible, les réformes du financement des frais de santé en mettant les premiers concernés, les patients, au centre de l'analyse. Qu'est-ce que le marché de l'assurance santé fait au patient ? Plus de marché conduit-il à plus de protection pour le patient ? Que reste-t-il de l'identité mutualiste ? La prévention et le bien-être sont-ils les nouveaux moteurs du marché ? Ces questions sont décomposées en différentes problématiques : le patient et sa « mutuelle », le patient et son employeur, le patient et ses contrats d'assurance, le patient et ses remboursements. La réforme du "100 % santé" : mesure de solidarité ou faux-nez du marché ?

Batifoulier, P. et del Sol, M. (2022). "Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché". SI, HAL

<https://hal.science/hal-03620995>

En France, il existe deux assurances santé, la Sécurité sociale et les assurances complémentaires que l'on appelle « mutuelles ». Cet ouvrage retrace l'histoire mouvementée de l'articulation entre ces deux assurances dont les objectifs et le fonctionnement sont bien différents. Il analyse la spécificité française en intégrant les problématiques les plus récentes : généralisation de la complémentaire d'entreprise, réforme de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, réseaux de soins, politique du reste à charge (100 % Santé), développement des inégalités, originalité des mutuelles, concentration du secteur de l'assurance, etc. L'ouvrage montre comment le marché de l'assurance complémentaire s'est développé au prix de grandes inégalités et interroge le rôle de l'État dans cette marchandisation. En brossant un panorama complet de l'assurance santé en France, l'ouvrage fournit des clés pour comprendre les débats contemporains autour de la « Grande Sécu ». Il éclaire, dans un langage accessible, les réformes du financement des frais de santé en mettant les premiers concernés, les patients, au centre de l'analyse. Qu'est-ce que le marché de l'assurance santé fait au patient ? Plus de marché conduit-il à plus de protection pour le patient ? Que reste-t-il de l'identité mutualiste ? La prévention et le bien-être sont-ils les nouveaux moteurs du marché ? Ces questions sont décomposées en différentes problématiques : le patient et sa « mutuelle », le patient et son employeur, le patient et ses contrats d'assurance, le patient et ses remboursements. (4^e de couv).

Gueniau, J., Houis, M. S., Lacam Denoel, V., et al. (2022). "Régime obligatoire, régime complémentaire : Parité Assurance s'engage dans le débat. Libre blanc". Paris, Institut Sapiens

Pierre, A. et Or, Z. (2022). "The Public/Private Healthcare Mix in France: Implications and Current Debates". In: [The Public/Private Sector Mix in Healthcare Delivery: A Comparative Study] Palley, H. Oxford, Oxford University Press: 94-105.

France has the reputation of having one of the best healthcare system in the world. Indeed, its responsiveness is rated high; patients have a large choice of public and private providers without chronic waiting time problems, and the health status of the French population ranks among the best in the world. However, promoting a universal health system built on a mix of public and private funding and provision raises numerous challenges for ensuring the equity and efficiency of the system. This chapter presents the unique public/private mix of funding and care delivery in France and discusses how the system has been continuously tailored to face pressures to curb health expenditure growth and ensure equity of access and quality of care while maintaining plurality and choice (résumé d'auteur).

2021

Davet, J. I., Gueniau, J. et Tison, E. (2021). "Oser une nouvelle complémentarité entre la sécurité sociale et les complémentaires santé". Paris, Institut Sapiens

<https://www.institutsapiens.fr/le-rendez-vous-manque-du-tout-secu/>

Alors que se pose la question de l'efficacité et de l'équité des complémentaires santé, deux types de réponses « évidentes » semblent se dessiner du côté du gouvernement : supprimer les complémentaires santé au profit d'une prise en charge des dépenses qu'elles couvrent par l'assurance maladie, c'est ce que l'on appelle communément le « 100 % Sécu » ou « la Grande Sécu » ; les concentrer sur le petit risque, comme le propose le rapporteur du projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale. Pourtant, ces « solutions » – dont les impacts doivent être éclairés par le HCAAM d'ici la fin 2021 – sont principalement idéologiques et ne résoudre en rien le sujet du financement des dépenses de santé, ni au niveau collectif, ni au niveau individuel du fait du poids des ALD et des soins hospitaliers. Ce financement est aujourd'hui en quasi-totalité à la charge de la Sécurité sociale, tandis que les complémentaires santé, sous la contrainte du contrat responsable, se sont laissées « cornériser » sur le petit risque. L'ambition de créer une « grande Sécu » ou de délester les complémentaires de leur contribution à la prise en charge des risques lourds se ferait à rebours des différents changements de paradigme au sein de la santé, notamment en ce qui concerne le financement de l'hospitalisation programmée et des soins pour les personnes en ALD. Aussi est-il nécessaire, avant de multiplier les anathèmes contre les complémentaires, de prendre du recul et d'évaluer concrètement les avantages d'une révision du système des cofinancements des dépenses de santé et d'une redéfinition totale de leur rôle « complémentaire » à la Sécurité sociale. L'enjeu est plutôt la révision du partage des dépenses et des investissements les plus lourds et les plus nécessaires, avec comme préalable la remise à plat du contrat responsable, désormais contre-productif.

Goron, G., Houssoy, T. et Benoit, C. (2021). "Europeanized, marketized but still governed by the State? Private Health Insurance in France". In : [Private Health Insurance and the European Union] Basingstoke, Palgrave Macmillan

Jusot, F., Wittwer, J., Dormont, B., et al. (2021). "Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis". Paris, Éditions Eska

Réalisé à l'occasion des 30 ans du Collège des économistes de la santé (CES), cet ouvrage dresse un état des lieux du système de santé français et en analyse les enjeux pour les années à venir. Les problématiques abordées sont les suivantes : réguler les dépenses de santé, mieux financer pour mieux protéger, réduire les inégalités face à la santé, accroître la qualité des soins et favoriser la coordination des acteurs, médecine - médicaments - patients : quelles innovations et quelles évolutions ? Quelles politiques de santé pour améliorer la qualité des soins ? Comment améliorer l'accès aux soins primaires selon les spécificités des territoires ? Le financement du risque maladie en France : quelle place pour une assurance privée concurrentielle en complément de l'assurance publique ? Sur quels principes fonder une nouvelle politique publique de prise en charge des personnes âgées dépendantes ? Les inégalités face à la santé.

2016

Chevreur, K., Berg Brigham, K. et Perronnin, M. (2016). "France". In : Voluntary health insurance in Europe: country experience.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf

En matière d'assurance maladie volontaire, aucun marché ne ressemble à un autre. Ils diffèrent tous par certains côtés en raison de l'importante influence exercée par la nature et la performance des systèmes de santé à financement public, ainsi que par les contextes dans lesquels ils ont évolué. Cette publication présente des profils courts et structurés des marchés de l'assurance maladie volontaire de 34 pays de la Région européenne de l'OMS, à savoir des États membres de l'Union européenne ainsi que l'Arménie, la Fédération de Russie, la Géorgie, l'Islande, la Norvège, la Suisse et l'Ukraine. Ce chapitre présente le marché de l'assurance maladie volontaire en France.

Dormont, B. (2016). Assurances maladie obligatoire et complémentaire. In : [Traité de santé publique]. Paris, Lavoisier

Pierron, L. (2016). "Complémentaire santé, sortir de l'incurie". Paris, Terra Nova

Aux dires de nombreux observateurs, la complémentaire santé serait mal régulée. Malheureusement, c'est moins en dépit, qu'au regard des réformes menées ces dernières années que cette note souscrit à cette critique. Ni le durcissement des contrats dits « responsables », ni la croissance exponentielle des taxes pesant sur les assurés, ni les nouvelles réglementations en matière de paniers et de réseaux de soins ne paraissent à la hauteur des enjeux auquel le système de santé français est confronté. Cette note propose une réforme réaliste, porteuse d'une nouvelle dynamique pour le système de santé, dans laquelle les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) ne seraient ni négligés, ni voués à disparaître. Plutôt qu'à une libéralisation complète, qui n'a jamais fait ses preuves, c'est à une autre régulation, à un changement de modèle. Cette meilleure régulation passerait par trois axes de réformes : - Substituer aux paniers de soins actuels des principes directeurs applicables à l'ensemble des contrats de couverture complémentaire santé (tels que la prévention, la transparence, les solidarités...) ; - Favoriser, par la fiscalité, les investissements dans le système de santé et le financement d'expérimentations à impact social sur les territoires ; - Lever les restrictions réglementaires dans certains territoires de santé sur une base concertée et selon des critères objectifs (déserts médicaux, inégalités massives...).

2015

Hamon, J. P. et Rosenweg, C. (2015). "La fin de notre système de santé ?". Paris, Albin Michel

La Sécu a 70 ans. Sa branche « assurance maladie », chargée de rembourser nos soins, s'enfoncé inexorablement dans le déficit. Pourtant, elle ne cesse de réduire ses prises en charge. Pendant ce temps, les médecins libéraux disparaissent, des cliniques ferment, les meilleurs spécialistes partent à l'étranger, les médicaments de pointe ne sont plus accessibles à tous. Pourtant, les Français paient. Partout et de plus en plus. Jusqu'à renoncer à se soigner. Le système continue en revanche d'engraisser les mêmes : industriels, assureurs et mutuelles, prestataires, mandarins, élus influents... Et les lois qui s'annoncent vont creuser le fossé : la privatisation va s'étendre, la santé à deux vitesses menace. Où donc va votre argent ? Comment en est-on arrivé là ? Et demain ? Jean-Paul Hamon et Daniel Rosenweg dénoncent, exemples à l'appui, les abus, gaspillages, dysfonctionnements et trafics d'influence qui gangrènent notre système de santé. Ils démontrent comment, sans perte de qualité, on peut rebâtir un système juste, égalitaire, et pérenne. Et économiser au passage trente milliards d'euros (4e de couverture).

2012

Toulon, X. (2012). "Complémentaires santé. Il va falloir assurer !". Paris, Tribune Santé

C'est un fait, les complémentaires santé sont de plus en plus chères, avec à la clé le risque qu'un nombre croissant de Français y renonce. Se poserait alors un grave problème d'accès aux soins et de santé publique. Il est aujourd'hui difficile de croire à un arrêt spontané de cette inflation. Les augmentations successives des taxes sur les complémentaires n'arrangent rien à l'affaire, mais elles sont loin d'être la principale cause de la hausse des prix. Alors, que faire ? Sans doute répondre à quelques questions simples. Où se trouve l'utilité de l'assurance pour un ménage : sur les petites dépenses du quotidien ou sur les problèmes plus importants ? Pourquoi les complémentaires santé privilégient-elles les premières, au risque de mal couvrir les situations les plus graves ? La Cour des comptes considère que les contrats santé relèvent, en grande partie, de l'achat anticipé. Avec des chargements et des taxes qui peuvent atteindre les 40% pour les contrats individuels, cet achat anticipé n'est-il pas un peu trop coûteux ? Peut-on encore laisser aux assurés la possibilité d'adapter leur couverture à des sinistres connus à l'avance, ce que les complémentaires santé sont les seules à autoriser, au mépris de toutes les règles de base de l'assurance ? « Couverture immédiate », « deux mois gratuits » semblent constituer l'essentiel du discours. Est-ce bien à la hauteur de l'enjeu ? En explorant ces questions et en se livrant à une analyse rigoureuse, Xavier Toulon démontre que chacun - consommateur, pouvoirs publics et organismes complémentaires - doit revenir aux fondamentaux. Ceux de l'assurance : couvrir des risques, pas des certitudes et se concentrer sur les dépenses que les ménages ne peuvent assumer seuls. Ce retour à l'essentiel permettrait aux Français de moins renoncer aux soins, ce qui est l'objet même des complémentaires santé (4e de couverture).

2011

(2011). "La complémentaire santé d'entreprise". Paris CTIP
<https://www.ctip.asso.fr>

Ce guide explique le fonctionnement et l'intérêt - pour l'employeur comme pour les salariés - de la complémentaire santé collective. Il permet de mieux comprendre les remboursements, grâce à des exemples concrets. Il détaille le traitement fiscal et social des contrats collectifs, ainsi que les modalités de mise en place de ces contrats.

Prieur, C. (2011). "Financer nos dépenses de santé : Que faire ?". Paris, L'Harmattan

Le financement du système de santé français par une assurance maladie obligatoire permet à chaque Français d'accéder aux soins dont il a besoin, sans obstacle financier. Mais le maintien de ce système est menacé par la croissance de ses dépenses. Il faut adapter la Sécurité sociale au vieillissement de la population comme au progrès de la médecine. Cet ouvrage est une réflexion sur l'organisation du système de soins et son fonctionnement - les orientations à suivre pour que la croissance des dépenses revienne à un rythme plus raisonnable. Il comprend aussi une présentation de trois modèles de systèmes de protection sociale : celui de la Grande-Bretagne, d'inspiration beveridgienne, celui des Pays-Bas, d'inspiration bismarckienne et celui des Etats-Unis, plus libéral (4e de couverture).

2009

(2009). "Droit de l'assurance maladie complémentaire. Garanties complémentaires santé". Paris, CTIP

Cet ouvrage, consacré au droit de l'assurance maladie complémentaire inclut l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires relatives aux contrats responsables, au maintien et à la portabilité des garanties santé et prévoyance, à la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C), et l'assurance complémentaire santé (ACS), à la prise en charge des prestations et actes médicaux, et aux restes à charge de l'assuré.

(2009). "Les dix ans de la CMU (1999-2009)". Paris, Presses de Sciences Po

La loi du 27 juillet 1999 a créé la couverture maladie universelle (CMU), réalisant l'objectif d'universalité de l'assurance maladie poursuivi lors de la création de la sécurité sociale. Mais la réforme avait une autre ambition : permettre l'accès gratuit des populations les plus défavorisées au

système de santé. À l'occasion du dixième anniversaire de la loi, le Fonds CMU et la chaire Santé de Sciences Po ont coorganisé un colloque afin de dresser un bilan de cette réforme majeure. La matinée d'études était de plus organisée en partenariat avec Médecins du Monde. Cette journée a permis de retracer la genèse de la CMU, de revenir sur les transformations qu'elle a induites et de s'interroger sur la place de la protection complémentaire dans la mise en œuvre du texte. Elle a également permis d'analyser les limites et insuffisances de ce mécanisme de protection sociale, notamment pour les étrangers, ainsi que le phénomène des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. Enfin, elle a contribué à éclairer les perspectives d'évolution d'une composante désormais essentielle du pacte social.

Barbier, J. C. et Theret, B. (2009). "Le système français de protection sociale". Paris, Editions de la Découverte (Collection Repères 32.)

Deux spécialistes reconnus décrivent et analysent le système français de protection sociale, en le situant dans la perspective des trente dernières années et en comparant la situation française à celle des autres membres de l'Union européenne. Les systèmes nationaux sont confrontés à des défis communs, engendrés notamment par les tendances sociodémographiques, la flexibilisation des marchés du travail et le poids croissant de la financiarisation de l'économie, qui a abouti en 2008 à la plus grande crise économique depuis les années 1930. La protection sociale est plus que jamais indispensable. Mais, en Europe, crise ou pas, cela ne conduit pas à une convergence des systèmes, ni même à leur harmonisation. Pour penser les changements intervenus depuis une trentaine d'années dans le système français, il faut tenir compte de son caractère hybride : l'objectif de l'universalisme de la protection y est paradoxalement poursuivi par des programmes fragmentés. Si la voie vers laquelle le système français évolue est plus indéterminée encore en période de crise, elle dépend beaucoup de la façon dont l'Union européenne va évoluer (4e de couverture).

Grignon, M. (2009). "La régulation par la concurrence entre assureurs". Paris, Presses de Sciences Po In [Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris, Presses de Sciences Po

Organisation mondiale de la S. (2009). "Aspects organisationnels du système de financement de la santé français : réforme de l'Assurance Maladie Obligatoire". Genève, Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/85696>

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), composante majeure du système de la sécurité sociale et agent principal de financement du système de santé, fait face à une situation financière déficitaire. En effet, depuis plusieurs années et malgré plusieurs réformes et plans de redressement adoptés, la hausse continue des dépenses de santé a alimenté un déficit récurrent. La question de sa viabilité à long terme est donc posée. Quel futur pour l'Assurance Maladie Obligatoire? Consciente de ces problèmes financiers, le Gouvernement a engagé une profonde réforme de l'AMO en 2004 pour conserver le système de santé et afin que ses principes fondamentaux qui sont l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité perdurent. Cette réforme entend à la fois changer les comportements des patients et des praticiens en redéfinissant l'offre de soins et établissant une nouvelle "gouvernance" de l'assurance maladie. Mais surtout elle instaure la maîtrise médicalisée des dépenses et propose de dégager de nouvelles recettes, tout en apportant des innovations organisationnelles et une réorganisation profonde des responsabilités de gestion du système de santé. Le but de cette étude est d'analyser l'impact de la réforme de l'AMO sur la performance du système de financement de la santé français, et fera ainsi l'objet d'une comparaison "antérieure" et "postérieure" à la mise en place de cette réforme. Nous étudierons ainsi les années 2003 et 2004 comme années de référence pour les années antérieures à l'application de la loi, et les années 2005 jusqu'à aujourd'hui pour celles postérieures à l'application de la réforme. Cette étude fait référence au papier de E.Sauvignet et est une préparation à une étude institutionnelle et organisationnelle se basant sur l'instrument OASIS 2 (Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing) développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette étude applique la première composante de l'instrument qui présente le système de financement de la santé en France et son organisation, notamment après la réforme de l'AMO de 2004.

Perronnin, M. (2009). "La couverture complémentaire santé en France». In : [Traité d'économie et de gestion de la santé.]Paris, Presses de Sciences Po

En France, l'assurance maladie complémentaire intervient en aval de la sécurité sociale en couvrant les dépenses que cette dernière laisse à la charge des patients (tickets modérateurs, dépassements d'honoraires, forfaits hospitaliers). Bien que sa part dans le financement des soins et des biens médicaux soit relativement modeste au regard de celle de la sécurité sociale, elle joue un rôle important dans l'accès aux soins, rôle qui a justifié la mise en place de la couverture maladie universelle complémentaire en 2000. A l'heure actuelle, elle est très largement diffusée dans la population, puisque plus de neuf français sur dix en bénéficient. Cette diffusion résulte probablement en partie de la diversité de ses acteurs, de ses modes d'accès et des produits offerts. Cependant, cette diversité est aussi source d'inégalités entre assurés en terme d'accès, de charge financière et de niveaux de remboursements. Appréhender l'ensemble de ces aspects apparaît crucial, étant donné la place croissante de l'assurance complémentaire dans le financement des soins.

2008

Bras, P. I. (2008). "Financement des soins : prise en charge de la maladie". In : Traité de santé publique. Paris, Editions Flammarion

Fantimo, B. et Ropert, G. (2008). "Le système de santé en France : diagnostic et propositions". Paris, Editions Dunod

Les Français apprécient autant leurs professionnels de santé que leur « Sécu », qui assure la prise en charge de l'ensemble de leurs dépenses dans le cadre d'une assurance maladie obligatoire et publique. Les premiers comme les seconds mesurent cependant mieux le prix de la santé que son coût. La montée des déficits publics est pourtant si prégnante qu'elle n'autorise plus de simples ajustements séquentiels en forme de « plans de redressement des comptes ». Cet ouvrage démontre qu'il est encore possible de concilier progrès médical et social à condition qu'une profonde volonté réformatrice anime tous les acteurs afin de faire émerger progressivement un nouveau système de santé. Cette émergence suppose avant tout un véritable pilotage, exercé par un État stratège et courageux, appuyant sur une gouvernance déconcentrée régionalement. Grâce à un panier de biens et de services définissant les périmètres et les modalités de prise en charge, à l'intérieur de centres de décision tantôt régaliens tantôt contractuels, mais comprenant à la fois des leviers et des sanctions, les opérateurs publics et privés pourront alors agir dans le cadre d'une assurance santé cohérente. Les auteurs, un médecin et un responsable administratif, souhaitent au travers de cet ouvrage contribuer à cette démarche : d'où un diagnostic sans complaisance mais aussi de nombreuses propositions fondées sur des expériences professionnelles complémentaires.

2007

Hirtzlin, I. (2007). "Economie de la santé". Paris Editions Archétype

Cette nouvelle édition entièrement revue par l'auteur apporte un éclairage approfondi sur l'économie de la santé. Partant de la théorie du consommateur de soins, le premier chapitre examine les spécificités des services de santé et la nécessité du recours à l'assurance sociale. Il éclaire le débat sur l'efficacité de la participation financière de l'assuré. Le second chapitre présente les multiples institutions et organisations qui interviennent dans le secteur de la santé. Le troisième chapitre est consacré à la vision macro-économique des dépenses de santé, ce qui permet d'introduire les enjeux et les modalités de la régulation nationale et internationale, abordée au cours du quatrième chapitre. Le cinquième chapitre retient une approche méso-économique, en se centrant sur l'analyse du comportement des médecins libéraux puis de l'hôpital, et enfin en traitant l'économie du médicament. Dans le dernier chapitre, une analyse systémique est proposée en étudiant la relation entre santé et économie ainsi que les modalités d'évaluation de la performance d'un système de santé.

2006

Geoffard, P. Y. (2006). "La lancinante réforme de l'assurance maladie". Paris, Editions Rue d'Ulm

L'assurance maladie est un chantier permanent : dans la seule histoire récente, quelques 24 réformes se sont succédé depuis le plan Barre de 1976? Pour le résultat que l'on sait : en 2004, le déficit de la branche maladie du régime général de la Sécurité sociale est de 12,3 milliards d'euros, le plus élevé jamais enregistré. En France, l'architecture générale de la dernière réforme en date repose essentiellement sur la régulation de la demande de soins, et très peu sur l'offre de soins. Est-ce la bonne manière de procéder ? S'appuyant sur les réformes engagées dans d'autres pays, P.-Y. Geoffard présente un examen critique des réformes françaises en général et de la réforme récente en particulier (Résumé d'auteur).

Millot, R. et Rudelle Wateraux, A. (2006). "Assurance de santé : acteurs et garanties". Paris _Editions de l'Argus

L'assurance santé poursuit sa mutation, les régimes obligatoires de Sécurité sociale n'étant plus à même de fournir, à eux seuls, une protection satisfaisante. Dans ce contexte, la complémentaire santé est une nécessité dont 92 % des Français bénéficient à ce jour (tns-sofres mai 2006), c'est en dire l'importance. Pour autant, l'imbrication des deux régimes est de plus en plus forte et l'assurance complémentaire continue de se définir essentiellement par rapport aux prestations fournies par la Sécurité sociale. Tout l'intérêt de cet ouvrage tient à ce qu'il concilie les deux secteurs en proposant une étude globale de l'assurance santé sur un plan opérationnel. Chaque régime est étudié dans sa dimension économique, sociale, juridique et technique. La mise en œuvre de la réforme Douste-Blazy occupe de nombreux développements, le fonctionnement des régimes obligatoires et complémentaires est décrypté, le rôle des divers acteurs qui y participent est défini. Enfin, les prestations de la Sécurité sociale et les garanties offertes par les assureurs complémentaires sont étudiées en détail. Les apports de cette deuxième édition sont nombreux : la coordination des soins, la réforme du régime social des indépendants (RSI), les contrats responsables, le traitement du handicap et de la dépendance, les nouveaux organismes (HAS, Uncam, Unocam, UNPS...), Vitale 2, CMUC... Avec cet ouvrage, le lecteur, praticien de la santé avant tout, mais aussi les partenaires sociaux, universitaires et étudiants... disposent d'un panorama complet, pragmatique et objectif de l'assurance santé.

2004

(2004). "Couverture santé solidaire ; suivi de : Assurance maladie : les pistes de l'Institut Montaigne". Paris, Institut Montaigne

Après le rapport sur " l'assurance-maladie universelle " et celui sur " l'hôpital réinventé ", ce rapport sur " la couverture santé solidaire " constitue le troisième rapport que l'Institut Montaigne consacre à la santé. Il a été élaboré comme les autres par un groupe d'experts bénévoles venus de tous les horizons intellectuels et professionnels du monde de la santé. En se basant sur les conclusions du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et sur la notion de " panier de soins ", il propose de voir les choses différemment en dissociant la couverture du risque santé et la gestion de ce risque. Ses propositions s'articulent autour des axes suivants : instaurer une véritable assurance maladie universelle (AMU), délimiter le champ de la couverture santé solidaire (CSS), hiérarchiser les priorités, choisir un mode de gestion efficace, faire le choix de la protocolisation, assurer les continuum santé et responsabiliser les acteurs, assurés et professions de santé.

Dubernard, J.-M. (2004). "Sauvons la Sécu !". Paris, Bourin éditeur

Les Français ont longtemps pensé qu'ils avaient le meilleur système de santé du monde. Ils en sont moins sûrs aujourd'hui et, surtout, ils se demandent si ce système est viable. La canicule et ses conséquences dramatiques ont montré la fragilité de l'organisation du système de santé français et ont mis en cause certains aspects de la médecine de ville, de l'hôpital et de l'organisation des urgences. D'autre part, l'énorme déficit que ce système ne cesse de creuser ne peut que faire craindre pour sa survie. A partir d'une enquête commandée par la Commission des finances et la Commission des affaires sociales sur les attentes des Français dans le domaine de la santé, cet ouvrage confronte les points de vue de trois professionnels de santé et apportent leurs réponses aux interrogations

actuelles. Sans concession et sans langue de bois, ils abordent tous les enjeux que constitue le système de prise en charge de la santé en France, aujourd'hui et demain. Bien plus qu'une simple révision administrative ou technocratique, ils montrent que la situation actuelle impose une véritable remise à plat du système.

Fantimo, B. et Ropert, G. (2004). "Guérir le système de santé de ses maux avec 40 propositions pour une réforme". Lyon, A.L.E.A.S.

Paradoxalement, c'est juste après que l'Organisation Mondiale de la Santé ait proclamé le système français de santé comme le meilleur du monde que ses failles se révèlent au grand jour. Même si les piliers demeurent encore solides et demandent à être reconnus comme tels, ce à quoi s'emploie aussi cet ouvrage, la question est aujourd'hui posée : notre système de santé peut-il guérir ses maux ? Les auteurs, un médecin et un non-médecin, largement impliqués dans le système, proposent leur diagnostic mais aussi leurs prescriptions réformatrices. En ces temps de réformes introuvables, d'incompréhension entre experts, d'interrogations de l'opinion qui perd ses repères, cet ouvrage va vite devenir indispensable pour qui (professionnels, étudiants, grand public) veut comprendre et pérenniser le meilleur de ce qui constitue encore l'exception française (4e de couverture).

Publications de la DREES

- enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé de la DREES

L'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé de la DREES, dite enquête « OC », a pour objectif de connaître les caractéristiques des contrats commercialisés par les organismes de complémentaire santé, notamment en ce qui concerne la population couverte, les garanties de remboursement et les modes de tarification.

Un changement de méthodologie a été mis en place depuis 2019. Ces améliorations ne permettent pas de comparaison directe avec les résultats des éditions antérieures

Ouvrages de références :

- Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (dir.) (2024, juillet). [La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024](#). Paris, France : DREES, coll. *Panoramas de la DREES-Santé*.
- Muriel Barlet, Mathilde Gaini, Lucie Gonzalez, Renaud Legal (Dir) « [La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties](#) », Collection Panoramas, DREES, avril 2019.
- Muriel Barlet, Magali Befly et Denis Raynaud (Dir) « [La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties](#) », Collection Panoramas, DREES, avril 2016.

Pierre, A., Solotareff, R. et Dauphant, F. (2025). "Réforme du 100 % santé : quels effets attendre sur les primes des contrats de complémentaire santé ?" [Etudes et Résultats \(Drees\)\(1338\)](#)

Mise en place progressivement entre 2019 et 2021, la réforme du 100 % santé offre aux personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé responsable des paniers de biens sans reste à charge pour des prothèses dentaires, des prothèses auditives et des lunettes. Les dépenses des organismes de complémentaire santé associées aux trois postes de soins concernés par le 100 % santé ont crû de 2,2 milliards d'euros en 2021 (+30 %), en raison notamment de l'augmentation du recours en prothèses auditives et dentaires des personnes de 60 ans ou plus. La hausse de la dépense obligatoirement prise en charge par les organismes complémentaires sur les postes du 100 % santé en 2021, par rapport à 2018, croît avec l'âge des assurés. Ces hausses marquées des remboursements aux seniors au titre du 100 % santé ont cependant été en grande partie compensées sur la même période par les effets de la crise sanitaire. Elle a en effet conduit à diminuer leurs remboursements sur les autres postes de soins. Les organismes complémentaires ont par ailleurs dû s'acquitter d'une taxe exceptionnelle au titre du Covid-19. En parallèle, la prime d'assurance (aussi appelée « cotisation ») des contrats individuels a augmenté pour les assurés plus âgés (+12 % entre 2019 et 2021 pour un assuré de référence de 85 ans, +10 % à 75 ans, +7 % à 60 ans). Cette hausse est susceptible de se poursuivre, d'autant que le recours aux postes du 100 % santé et la connaissance de ce dispositif continuent de progresser.

Guilloton, V. (2023). "En 2019, huit bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé sur dix disposaient d'au moins une garantie inférieure à celles fixées depuis par le 100 % santé." [Etudes et résultats \(Drees\)\(1260\)](#)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude sur les garanties dont disposaient les personnes ayant souscrit un contrat de complémentaire santé en optique, dentaire et audiologie en 2019, avant la mise en place de la réforme du 100 % santé, à partir des données de l'enquête Organismes Complémentaires 2019. Pour chacun de ces trois postes de soin, le niveau de couverture est comparé à celui imposé ensuite par la réforme. Ces résultats sont mis en regard des premiers chiffres disponibles sur le recours au 100 % santé.

Guilloton, V, Lapinte, A. (2022). Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire 2019 - Analyse des changements méthodologiques, révisions des années antérieures et premiers résultats. [Les dossiers de la DREES \(93\)](#).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/enquete-aupres-des-organismes-offrant>

Ce dossier vise à présenter les changements méthodologiques apportés à la dernière édition de l'enquête menée en 2020 sur les données 2019. Au sein des organismes échantillonnés, le champ des contrats enquêtés a été élargi à une sélection représentative des dix plus gros contrats de chaque type (collectif, individuel, surcomplémentaire), contre l'ensemble des trois plus gros contrats auparavant. Du fait de cet élargissement du champ de l'enquête, le millésime 2019 présente une rupture de série et constitue le premier jalon, avant la mise en place du 100 % santé, d'une nouvelle série, dont le prochain point se fera avec les données 2021.

Loiseau, R. (2021). "Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011." Etudes et Résultats (Drees)(1198)

Entre 2011 et 2016, le niveau de prise en charge des contrats de complémentaire santé a augmenté, notamment pour les contrats individuels. Mesurée avant la mise en place du « 100 % Santé », qui encadre la prise en charge proposée par les contrats responsables sur certains postes de soins, cette hausse s'explique principalement par une évolution du niveau des garanties souscrites à tous les âges. Même si les seniors souscrivent des contrats plus couvrants, le vieillissement de la population couverte en individuel contribue peu à cette hausse.

Loiseau, R. (2020). "Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018." Etudes et résultats (Drees)(1142)

Depuis le 1er novembre 2019, la complémentaire santé solidaire (CSS) remplace par un contrat unique les deux anciens dispositifs de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). L'instauration de la CSS poursuit les mêmes objectifs que l'ACS. Elle vise à réduire les dépenses de santé en offrant un panier de soins sans reste à charge à tarif modéré. Sa mise en place est l'occasion d'un bilan des réformes successives de l'ACS. En 2018, 1,24 million de personnes sont couvertes par un contrat ACS et bénéficient d'un niveau théorique de prise en charge comparable en moyenne à celui des autres contrats individuels des complémentaires santé. Alors qu'en 2013, les contrats ACS faisaient partie des moins couvrants du marché, plusieurs changements de réglementation ont permis d'améliorer le recours au dispositif, l'accessibilité financière aux soins et le niveau de qualité de la couverture. Ainsi en 2018, le contrat ACS le plus couvrant, choisi par 4 bénéficiaires de l'ACS sur 10, donne accès à un niveau de prise en charge supérieur à celui dont disposent 90 % de l'ensemble des personnes couvertes en individuel. Cependant, le taux de recours au dispositif reste nettement plus faible que celui à la CMU-C. De plus, les restes à charge demeurent élevés sur des postes de soins tels que l'optique, les soins prothétiques dentaires et les audioprothèses. En simplifiant le dispositif par un contrat unique, dont le panier de soins accessible sans reste à charge est élargi, la CSS vise précisément à corriger ces défauts.

Leduc, A. et Montaut, A. (2017). "Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels." Etudes et Résultats (Drees)(992)

En 2013, 34,6 millions de personnes bénéficient d'une complémentaire santé dans le cadre d'un contrat individuel et 24,7 millions dans le cadre d'un contrat collectif. Sur le marché de la complémentaire individuelle, 50 % des personnes sont couvertes, en 2013, par des contrats de mutuelles dont les modes de tarification garantissent des solidarités entre niveaux de revenus ou classes d'âges. Cependant, les pratiques tarifaires des mutuelles en individuel semblent se rapprocher, ces dernières années, de celles des sociétés d'assurances, sans doute en raison de la pression concurrentielle. La tarification au revenu est ainsi en retrait (29 % des personnes couvertes par des mutuelles en 2013, contre 37 % en 2006). Néanmoins, près des trois quarts des personnes couvertes par une mutuelle en individuel le sont par un contrat assurant une solidarité entre classes d'âges, contre 5 % des personnes couvertes par une société d'assurances.

Le Palud, V. (2013). Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs. Études et résultats (Drees) (850)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/comment-les-organismes-complementaires-fixent-leurs-tarifs>

90 % des Français sont couverts par une complémentaire santé privée. L'encadrement des critères de tarification de ces contrats conduit à des pratiques tarifaires différentes selon les types d'organismes et de contrats. Ainsi, par rapport aux contrats individuels offerts par les mutuelles, les contrats individuels des sociétés d'assurance ont plus souvent un tarif accélérant avec l'âge. Sur ce type de contrats, les mutuelles opèrent donc davantage de transferts entre classes d'âges que les sociétés d'assurance. La prise en compte des enfants dans le tarif des contrats collectifs est plus favorable aux familles que celle dans les contrats individuels. Les tarifs des contrats peuvent également varier en fonction du lieu de résidence, en particulier les contrats individuels des sociétés d'assurance, afin de prendre en compte les disparités géographiques de prix et de consommations de soins. Certains contrats opèrent d'autres transferts via les cotisations qui varient selon le revenu, le sexe et l'ancienneté dans le contrat.

Garnero, M. et Le Palud, V. (2014). "Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires de santé en 2010." Série statistiques - document de travail - Drees(191)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xr8kms. Diffusion soumise à autorisation]. Ce document de travail présente dans une première partie le marché de la complémentaire santé : les différents types d'organismes le constituant, son évolution au cours des dernières années et un aperçu du cadre juridique en vigueur. La deuxième partie est consacrée à la présentation de l'enquête statistique annuelle auprès des organismes complémentaires santé. Enfin, la troisième partie du document présente une série de tableaux fournissant l'ensemble des résultats de l'enquête portant sur l'année 2010. En 2010, 57% des bénéficiaires d'une complémentaire santé sont couverts par un contrat individuel et 43% par un contrat collectif. 53% des bénéficiaires d'une complémentaire santé sont couverts par une mutuelle, 21% par une institution de prévoyance et 26% par une société d'assurance.

Garnero, M. et Le Palud, V. (2013). "Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010." Etudes et Résultats (Drees)(837)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE AqR0xrBE. Diffusion soumise à autorisation]. En 2010, neuf français sur dix sont couverts par une assurance maladie complémentaire privée, hors CMU complémentaire. 57% sont couverts par des contrats individuels et 43% par des contrats collectifs via un employeur. L'enquête annuelle de la DREES auprès des organismes complémentaires permet d'observer les garanties offertes par les contrats les plus souscrits. La grande majorité des bénéficiaires de ces contrats sont remboursés au moins à hauteur du tarif de base de la Sécurité sociale. Le remboursement va souvent au-delà en cas de dépassement, surtout pour les dépenses d'optique et de prothèses dentaires et le niveau de prise en charge de ce dépassement varie fortement selon le contrat souscrit. Les contrats collectifs offrent à la plupart de leurs bénéficiaires les garanties les plus élevées, alors que les contrats individuels proposent des garanties de milieu de gamme à deux tiers de leurs bénéficiaires. Entre 2006 et 2010, il y a eu une montée en gamme des contrats collectifs.

Garnero, M. (2012). "Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009." Etudes et Résultats (Drees)(789)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE kR0xIDBE. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance sur les contrats les plus souscrits montre que 56 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire profitent d'une garantie individuelle et 44 % d'une garantie collective. Les mutuelles couvrent plus de la moitié des bénéficiaires. Les garanties proposées sont souvent plus larges en collectif qu'en individuel. Le montant moyen remboursé pour un semestre d'orthodontie par les contrats collectifs est ainsi le double (400 euros) de celui remboursé par les contrats individuels (208 euros). Certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale sont de plus en plus souvent remboursés par les organismes complémentaires. C'est notamment le cas de certaines actions de prévention ou des consultations en médecine douce qui sont désormais remboursées à plus d'un tiers des personnes couvertes. Le montant moyen de cotisation s'élève à 40 euros par personne et par mois. La tarification

est croissante avec l'âge et avec le niveau de garantie. À structures d'âge et prestations proposées équivalentes, les primes des contrats individuels des sociétés d'assurance sont supérieures à celles des mutuelles, en raison notamment de frais d'acquisition plus élevés, et les primes des contrats collectifs sont inférieures à celles des contrats individuels.

Garnero, M. (2011). "Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2008." Série statistiques - document de travail - Drees(162)

L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance porte sur les garanties des contrats de couverture complémentaire santé les plus souscrits auprès de chaque organisme. Les données 2008 ont fait l'objet d'une première publication qui était axée sur l'analyse du niveau de couverture dont bénéficient les assurés des contrats modaux en fonction de leur âge. Ce document de travail décrit dans une première partie le marché de la complémentaire santé. La deuxième partie est consacrée à la méthodologie de l'enquête statistique annuelle auprès des organismes complémentaires santé. Enfin, la troisième partie du document présente d'une part l'ensemble des variables exploitables de l'enquête et d'autre part quelques statistiques descriptives concernant quelques-unes des principales variables de l'enquête. En annexe II, une série de tableaux fournit l'ensemble des résultats de l'enquête portant sur l'année 2008 : toutes les garanties y sont déclinées suivant le type d'organisme et de contrat des personnes couvertes d'une part et suivant l'âge des personnes assurées d'autre part.

Garnero, M. et Rattier, M.O.. (2011). "Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2007." Série statistiques - document de travail - Drees(151)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE r8R0x78C. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance porte sur les garanties des contrats de couverture complémentaire santé les plus souscrits auprès de chaque organisme. Ce document décrit dans une première partie le marché de la complémentaire santé. La deuxième partie est consacrée à la méthodologie de l'enquête statistique annuelle auprès des organismes complémentaires santé. Enfin, la troisième partie du document présente d'une part l'ensemble des variables exploitables de l'enquête et d'autre part quelques statistiques descriptives concernant quelques-unes des principales variables de l'enquête.

Garnero, M. et Rattier, M.O.. (2009). "Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007." Etudes et Résultats (Drees)(698)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE C7R0xnDI. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance porte sur les contrats de couverture complémentaire santé les plus souscrits par les Français. Ses résultats présentent le niveau de garanties des personnes couvertes selon la catégorie de soins (pharmacie, consultations, hospitalisation, optique, dentaire), le caractère collectif ou individuel du contrat ou encore le type d'organisme assurant la couverture complémentaire. Les contrats se différencient surtout dans la prise en charge des dépassements d'honoraires et dans les remboursements des soins dentaires ou d'optique. Les mutuelles sont les organismes complémentaires qui ont pris le plus de mesures pour encourager leurs assurés au respect du parcours de soins. Les bénéficiaires des contrats collectifs profitent de meilleures garanties en 2007 qu'en 2006 ; cette amélioration s'accompagne d'une hausse de la cotisation moyenne par bénéficiaire. La cotisation moyenne par bénéficiaire des contrats individuels reste stable, mais la part des personnes couvertes par des contrats individuels haut de gamme régresse. Toutes choses égales par ailleurs, les couvertures complémentaires collectives sont sensiblement moins onéreuses que les couvertures complémentaires individuelles.

Arnould, M. I. et Vidal, G. (2008). "Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006." Etudes et Résultats (Drees)(663)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE CGR0xBAK. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance

porte sur les garanties des contrats modaux, c'est-à-dire des trois contrats individuels et des deux contrats collectifs les plus fréquemment souscrits auprès de chaque organisme. Cette étude met en évidence une certaine corrélation des niveaux de garantie concernant les prothèses dentaires, les lunettes et, dans une moindre mesure, les dépassements d'honoraires, et confirme les niveaux de garantie plus élevés des contrats collectifs par rapport aux contrats individuels.

Arnould, M. I. et Rattier, M.O.. (2008). "Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006." Etudes et Résultats (Drees)(635)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE s7R0xHmE. Diffusion soumise à autorisation]. L'année 2006 voit la mise en place des contrats dits "responsables" pour les organismes complémentaires santé. L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance analyse les garanties offertes par les contrats les plus souscrits ("contrats modaux") et permet de faire un premier bilan. Un tiers des contrats seulement prennent en charge les dépassements d'honoraires dans le parcours de soins, 20% - hors du parcours de soins. Les médicaments à vignettes blanches et bleues (remboursés respectivement à 65 et 35%) sont pris en charge par plus de 99% des contrats des complémentaires santé. Les médicaments à vignette orange, instaurés en février 2006 font l'objet d'un remboursement moins fréquent (46% des contrats). La nouvelle participation de 18 euros appliquée depuis le 1er septembre 2006 sur les actes lourds est très largement prise en charge (98%) par les organismes complémentaires. La cotisation mensuelle moyenne par bénéficiaire s'élève à 35 euros pour les contrats collectifs modaux et 39 euros pour les contrats individuels.

Arnould, M. I. (2008). "Les cotisations des contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006." Série sources et méthodes - document de travail - Drees(3)

L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance porte sur les garanties des contrats modaux, c'est-à-dire des trois contrats individuels et des deux contrats collectifs les plus fréquemment souscrits auprès de chaque organisme. Les données 2006 ont fait l'objet d'une première publication qui présentait les principaux résultats au sujet des remboursements des prestations (consultations, optique, dentaire) et des montants moyens de cotisations par bénéficiaire. Cette étude établit une typologie des contrats d'assurance maladie complémentaire. Elle met en évidence une certaine corrélation des niveaux de garantie concernant les prothèses dentaires, les lunettes et, dans une moindre mesure, les dépassements d'honoraires, et confirme les niveaux de garantie plus élevés des contrats collectifs par rapport aux contrats individuels.

Arnould, M. I., Pichetti, S. et Rattier, M.O.. (2007). "Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2005." Etudes et Résultats (Drees)(575)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xkEBFE. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête annuelle de la DREES auprès des organismes d'assurance maladie complémentaire permet d'analyser les garanties offertes en 2005 par les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance pour leurs contrats les plus fréquemment souscrits. L'activité de santé des mutuelles et des sociétés d'assurance est davantage orientée vers les contrats individuels et celle des institutions de prévoyance plus liée aux contrats collectifs. Les mutuelles couvrent une population relativement plus âgée que les autres organismes, et notamment que les institutions de prévoyance dont les contrats collectifs s'adressent à une population en activité plus jeune. La quasi-totalité des organismes complémentaires rembourse le ticket modérateur des médicaments. Pour le petit appareillage, les lunettes et les prothèses dentaires, la plupart des organismes couvrent les dépenses au-delà du ticket modérateur. Là encore, les contrats collectifs sont plus généreux que les individuels.

Arnould, M. I., Rattier, M.O.. et Raynaud, D. (2006). "Les contrats d'assurance maladie complémentaire, une typologie en 2003." Etudes et Résultats (Drees)(490)

[BDSP. Notice produite par ENSP nJR0x01e. Diffusion soumise à autorisation]. Cette typologie, réalisée à partir de l'enquête statistique de la Drees auprès des organismes d'assurance maladie

complémentaire pour l'année 2003, se fonde sur les niveaux de garantie offerts par les contrats individuels et collectifs qui dans chaque organisme couvrent le plus grand nombre de personnes. Ce sont des remboursements des prothèses dentaires, des lunettes et des dépassements d'honoraires pour les consultations de médecine de ville qui différencient le plus les contrats offerts. Parmi les quatre groupes de contrats de la typologie, deux d'entre eux sont de niveau intermédiaire et couvrent huit personnes sur dix.

Martin-Houssart, G., Rattier, M.O. et Raynaud, D. (2005). "Les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance maladie complémentaire." Etudes et Résultats (Drees)(402)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE ZCR0xWil. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête annuelle de la Drees sur l'assurance maladie complémentaire, réalisée auprès des groupements mutualistes, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance, permet d'analyser pour chacun d'entre eux, la population couverte en 2002 par un contrat d'assurance complémentaire et l'offre de contrats proposée.

- Base Restes à charge (base RAC) de la DREES

Cometx, R. et Pierre, A. (2022). "Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée." Etudes et Résultats (Drees)(1251)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/plus-les-depenses-de-sante-sont-importantes>

Plus de 9 personnes sur 10 en France ont consommé au moins une fois des soins remboursables en 2017, pour une dépense annuelle moyenne de 2 700 euros. Cette dépense varie considérablement selon les types de soins reçus et le profil des patients. Sans surprise, c'est pour les patients âgés et ceux qui ont une affection longue durée (ALD) que les dépenses de consultations de médecins, de pharmacie et à l'hôpital sont les plus élevées. Pour les patients en ALD, et plus largement pour ceux dont les postes de dépenses de santé sont associés à la maladie, l'assurance maladie obligatoire (AMO) finance une plus large part des dépenses de santé. Le taux de prise en charge par l'AMO est ainsi de 94 % pour les 5 % qui consomment le plus, contre 56 % pour ceux qui ont des dépenses proches de la médiane. Pour autant, les restes à charge après AMO des patients âgés et en ALD peuvent rester conséquents, notamment pour les recours aux spécialistes et à l'hôpital. Parmi les spécialistes, c'est pour les consultations de psychiatres que les restes à charge après AMO des personnes qui consomment le plus sont les plus élevées, qu'elles soient ou non en ALD.

- Modèle de micro-simulation INES /OMAR

Outil de microsimulation développé par la DREES, le modèle Ines-Omar permet d'étudier le marché de la complémentaire santé et les dispositifs d'aide publique qui s'y rapportent

Fouquet, M. et Pollak, C. (2022). "Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie". Paris, Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD101.pdf>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une nouvelle étude sur l'impact des assurances complémentaires santé sur la réduction des inégalités, ainsi que sur la distribution des aides socio-fiscales à la souscription d'une complémentaire parmi la population. En France, la quasi-totalité de la population est couverte par une assurance maladie complémentaire, en partie grâce à des dispositifs d'aides publiques s'adressant aux personnes modestes et aux personnes en emploi. Ces résultats inédits sont issus du modèle de micro-simulation Ines-Omar.

Fouquet, M. (2021). "Le modèle de micro-simulation Ines-Omar 2017 - Note méthodologique détaillée". Paris, Drees

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD%20M%C3%A9thodo%20Ines-Omar_MEL.pdf

Le modèle Omar permet d'étudier la redistribution opérée par le système d'assurance maladie du point de vue des ménages. Il fournit des informations sur les dépenses de santé, les remboursements versés respectivement par l'assurance maladie publique et par les complémentaires santé, sur les cotisations dont doivent s'acquitter les souscripteurs et sur ce qui demeure à la charge des ménages après remboursements complémentaires. Ces données peuvent être déclinées sur diverses sous-populations selon le type de couverture complémentaire, le niveau de vie, l'âge, le bénéficiaire ou non d'une affection de longue durée (ALD), l'état de santé déclaré, le statut d'activité. Lorsque le modèle Omar est pseudo-apparié au modèle Ines, on dispose d'éléments additionnels sur la participation des ménages au financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Il devient alors possible de calculer le poids de l'ensemble des dépenses de santé et de leur financement dans le revenu des ménages et d'étudier la redistribution opérée par le système d'assurance maladie. Ce document présente la méthode de la version 2017 du modèle Ines-Omar. Contrairement aux précédentes versions du modèle, basées sur l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), le cœur de cette nouvelle édition du modèle est l'enquête Statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2017 produite par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Il s'agit de la première enquête en population générale permettant de connaître l'état de couverture de la population par une complémentaire santé à la suite de la généralisation de la complémentaire d'entreprise en 2016. En effet, l'appariement entre l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019 et le Système national des données de santé (SNDS) n'était pas encore mobilisable au moment de la mise à jour du modèle.

Caussat, L., Le Minez, S. et Raynaud, D. (2005). "L'assurance-maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus ?". Dossiers solidarité et santé (Drees): 7-41

En France, comme dans les pays dans lequel l'essentiel de l'assurance-maladie est assurée par des régimes obligatoires, on suppose que les prélèvements payés par les assurés pour leur couverture maladie soit essentiellement proportionnels à leurs revenus. Les propriétés redistributives de l'assurance-maladie vont donc dépendre de façon décisive du lien entre les remboursements des soins et les revenus individuels. L'objet de cet article est alors d'analyser en tenant compte de différents éléments comme l'âge et l'état de santé, le bilan redistributif du système d'assurance maladie.

- Données sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

La DREES recueille auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), ainsi que de l'Urssaf Caisse nationale, des données portant sur les organismes complémentaires : mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance. Ces données alimentent notamment un rapport annuel à destination du Parlement sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Ce rapport analyse les principaux aspects de l'activité d'assurance santé de ces organismes : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité. Il analyse également leur solvabilité financière globale ainsi que leur démographie. Le champ de ce rapport est celui des organismes d'assurance complémentaire en santé ayant acquitté la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA)..

de Williencourt (2022). Rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/rapports/rapport-2022-sur-la-situation>

Ce rapport analyse les principaux aspects de l'activité d'assurance santé de ces organismes : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité. Il analyse également leur solvabilité financière globale ainsi que leur démographie.

(2020). "Couverture des risques sociaux par les organismes privés d'assurances en 2018" Paris, Drees
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/article/couverture-des-risques-sociaux-par-les-organismes-prives-d-assurances-en-2018>

La DREES publie les résultats des cotisations et des prestations par type d'organismes d'assurances privés pour les risques maladie, invalidité, dépendance, retraite, etc. en 2018, à partir des données de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). En 2018, les organismes d'assurances ont collecté 250,8 milliards d'euros de cotisations hors taxe, dont un peu moins d'un tiers concernent les risques sociaux (72,5 milliards d'euros). Ces organismes ont versé 193,5 milliards de prestations à leurs assurés, dont 54,7 milliards d'euros au titre des risques sociaux.

Adjerad, R. (2019). "Complémentaire santé : la hausse modérée de la part des contrats collectifs se poursuit en 2017." *Etudes et Résultats (Drees)*(1112)

Depuis le 1er janvier 2016, toutes les entreprises doivent proposer à leurs salariés une couverture complémentaire collective en santé. En 2017, les contrats collectifs continuent de gagner peu à peu des parts de marché. En effet, la masse des cotisations collectées à ce titre a augmenté de 819 millions d'euros en 2017, soit une hausse de +5,0 %. Ces contrats avaient progressé d'environ 900 millions d'euros par an entre 2011 et 2013, puis leur croissance avait été plus faible entre 2013 et 2015. La masse des cotisations a peu augmenté pour les contrats individuels (de 145 millions en 2017, soit +0,7 %), après avoir baissé les deux années précédentes. Les contrats collectifs représentent désormais 47 % des cotisations collectées en santé en 2017 (hors taxe), après 46 % en 2016 et 44 % en 2015. La généralisation de la complémentaire santé n'a pas transformé massivement le marché, car de nombreuses entreprises proposaient déjà une couverture santé à leurs salariés via des contrats collectifs avant 2016. Le marché de la complémentaire santé est globalement excédentaire en 2017. Les excédents en santé représentent au total 482 millions d'euros, soit 1,3 % des cotisations collectées hors taxe.

Montaut, A. (2019). "Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social." *Etudes et Résultats (Drees)*(1101)

En 2016, les organismes complémentaires, mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance, ont perçu 70 milliards d'euros de cotisations au titre des risques sociaux. Ils ont versé 51 milliards d'euros de prestations à ce titre, ce qui représente plus d'un quart de leurs activités. Huit organismes sur dix gèrent des contrats couvrant des risques sociaux. Si les masses de cotisations perçues et de prestations versées sont bien connues, le nombre de personnes couvertes et servies par type de risques l'est beaucoup moins, notamment pour des risques dont la couverture est plus récente comme la dépendance. La DREES en propose pour la première fois une estimation. Celle-ci met en évidence l'ampleur du phénomène de multicouverture pour certains risques, aboutissant à des estimations assez larges. Ainsi, en 2016, entre 23 et 30 millions de personnes seraient couvertes en cas d'invalidité pour 0,3 à 0,4 million de bénéficiaires servis. Pour d'autres risques, la multicouverture est a priori plus rare, comme les risques retraite, décès par capitalisation ou dépendance. 10,4 millions de personnes seraient couvertes pour la retraite supplémentaire pour 2,2 millions de bénéficiaires servis. 4,8 millions de personnes seraient couvertes à titre principal contre le risque de dépendance.

Montaut, A. (2017). "Complémentaire santé : un organisme d'assurances sur quatre gère exclusivement des contrats individuels en 2015." *Etudes et Résultats (Drees)*(1004)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x7F7In. Diffusion soumise à autorisation]. Chaque année depuis 2009, les contrats individuels en santé sont en moyenne excédentaires tandis que les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise aura donc des conséquences encore incertaines sur la solidité financière des organismes d'assurances.

Montaut, A. (2017). "Organismes complémentaires : les sociétés d'assurances dominent la couverture des risques sociaux, sauf en santé." *Etudes et Résultats (Drees)*(1016):

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE nF8DR0xH. Diffusion soumise à autorisation]. En 2015, les organismes privés d'assurances (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) ont perçu 69 milliards d'euros de cotisations et ont versé 50 milliards de prestations au titre des risques sociaux à leurs assurés, soit presque un tiers de leur activité globale.

Montaut, A. (2016). "Assurance complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain." Etudes et Résultats (Drees)(952)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE q8H8R0xq. Diffusion soumise à autorisation]. En 2014, les cotisations collectées représentent un montant de 33,9 milliards d'euros sur le marché de l'assurance complémentaire santé en France. La santé représente une part croissante du marché de l'assurance avec 15% de l'activité totale d'assurance en 2014. Les mutuelles restent prédominantes, même si elles perdent des parts de marché au profit des sociétés d'assurances. Les contrats collectifs gagnent du terrain sur les contrats individuels : (43% du marché en 2014 contre 41% en 2009). 80% des cotisations de complémentaire santé sont reversées sous forme de prestations.

Jacod, O. et Montaut, A. (2015). "Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013." Etudes et Résultats (Drees)(919)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xklApq. Diffusion soumise à autorisation]. En 2013, 33 milliards d'euros de cotisations ont été collectés sur le marché de l'assurance complémentaire santé en France. Les mutuelles sont prédominantes sur ce marché avec 54% des cotisations collectées, devant les sociétés d'assurance (28%) et les institutions de prévoyance (18%). La moitié des cotisations en santé concernent des contrats collectifs, qui couvrent des salariés d'entreprise ou de branches professionnelles. Le marché de l'assurance complémentaire santé a dégagé 228 millions d'euros d'excédents en 2013, soit 0,7% des cotisations collectées. Les institutions de prévoyance sont les organismes qui reversent à leurs assurés la plus grande part de leurs cotisations en santé sous forme de charges de prestations et ceux dont les charges de gestion sont les plus faibles, ce qui s'explique notamment par leur spécialisation dans les contrats collectifs.

Moisy, M. (2015). "Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012." Etudes et Résultats (Drees)(933)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 77R0xDk7. Diffusion soumise à autorisation]. En 2012, près de neuf personnes sans domicile sur dix ont consulté un médecin au cours des douze derniers mois. Les femmes et les personnes de moins de 60 ans se rendent plus fréquemment chez le généraliste ou le spécialiste. 37% des sans domicile ne sont pas allés chez le dentiste au cours des deux dernières années et 7% ne s'y sont jamais rendus. Un sans domicile sur dix déclare ne bénéficier d'aucune couverture maladie et un sur quatre d'aucune complémentaire santé. Ce constat masque des situations contrastées et peut expliquer un recours fréquent aux soins hospitaliers : 20% des dernières consultations chez un médecin se sont déroulées à l'hôpital. Par ailleurs, un tiers des sans domicile précisent avoir été hospitalisés au moins une fois dans l'année écoulée et citent la maladie comme principal motif d'hospitalisation. 72% des enquêtés sont passés par les urgences lors de leur dernière hospitalisation.

Le Garrec, M.-A., Koubi, M. et Fenina, A. (2013). "60 années de dépenses de santé. Une rétropolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010." Etudes et Résultats (Drees)(831)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x8kkBH. Diffusion soumise à autorisation]. En soixante ans, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a crû très fortement, passant de 2,6% en 1950 à 9,1% du PIB en 2010. De 1950 à 1985, la CSBM a progressé plus rapidement que le PIB, en raison du développement de l'assurance maladie et d'une forte croissance des dépenses hospitalières. Cette période est, en effet, marquée par d'importants programmes de construction d'hôpitaux. Depuis 1985, on observe une alternance de périodes de croissance puis de stabilisation des dépenses de santé sous l'effet de mesures de régulation. Sur les quinze dernières années, la prise en charge par l'assurance complémentaire a augmenté de 1,4 point et atteint 13,5% de la dépense en 2010, tandis que celle laissée à la charge des ménages a fluctué entre 9% et 10% pour s'établir à 9,6% en 2010.

Le Palud, V. (2013). "Comment les organismes complémentaires fixent leur tarif." Etudes et Résultats (Drees)(850)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x98GDt. Diffusion soumise à autorisation]. La majorité des Français est couverte par une assurance complémentaire santé privée. L'encadrement des critères de tarification de ces contrats conduit à des pratiques tarifaires différentes selon les types d'organismes et de contrats. Ainsi, par rapport aux contrats individuels offerts par les mutuelles, les contrats individuels des sociétés d'assurance ont plus souvent un tarif accélérant avec l'âge. Sur ce type de contrats, les mutuelles opèrent donc davantage de transferts entre classes d'âges que les sociétés d'assurance. La prise en compte des enfants dans le tarif des contrats collectifs est plus favorable aux familles que celle dans les contrats individuels.

2012

(2012). "La protection sociale en France et en Europe en 2010." Série statistiques - document de travail - Drees(170)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE IR0xo9Bo. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport s'ouvre par une vue d'ensemble dégageant les principales évolutions des dépenses et des recettes de la protection sociale observées en 2010 et sur longue période. Une deuxième partie apporte des éclairages sous forme de trois dossiers : le premier s'intéresse à l'opinion des français sur la protection sociale, le deuxième fait une analyse rétrospective des assiettes de financement de la protection sociale, le troisième détaille les dépenses sociales des départements. La troisième partie présente une analyse des dépenses de protection sociale sous forme de fiches thématiques. Des annexes donnent enfin les définitions des principaux agrégats des Comptes de la protection sociale et les principes méthodologiques suivis pour l'estimation des dépenses de protection sociale, ainsi que des tableaux détaillés retraçant les comptes de 2006 à 2010.

Duval, J. et Lardellier, R. (2012). "La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie." Série statistiques - document de travail - Drees(172): 29-46

Cette étude aborde quatre points. La première partie revient sur les modalités de financement des assurances maladie obligatoire et complémentaire, et leur effet sur le revenu des ménages en fonction de leur niveau de vie. La deuxième partie examine les remboursements de soins effectués par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. La troisième partie vise à présenter une mesure synthétique de la redistribution verticale opérée par l'assurance maladie, en mobilisant des indices de Gini. Enfin, une quatrième partie permet d'aborder les phénomènes connexes aux effets redistributifs que sont le reste à charge et le renoncement aux soins. Ces phénomènes, qui n'apparaissent pas dans le cadre d'une analyse portant exclusivement sur les prestations consommées, montrent que l'approche en termes de redistribution ne peut se passer d'une approche en termes d'accessibilité financière.

Lardellier, R., Legal, R., Raynaud, D., et al. (2012). "Dépenses de santé et restes à charge des ménages : le modèle de microsimulation Omar." Série sources et méthodes - document de travail - Drees(34)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x8Frok. Diffusion soumise à autorisation]. La Drees a construit un Outil de microsimulation pour l'Analyse des restes à charge (Omar). Celui-ci permet de simuler au niveau individuel le partage de la dépense entre les trois financeurs : la Sécurité sociale, l'organisme complémentaire et l'individu. En outre, Omar a désormais été rapproché de l'outil Ines, rendant ainsi possible des études plus larges de la redistribution. Cet article, de nature méthodologique, présente les différentes étapes de construction d'Omar. En fin d'article, une étude de la sensibilité des valeurs simulées à la méthode d'imputation des contrats offre un aperçu des possibilités offertes par ce nouvel outil.

Legal, R., Raynaud, D. et Vidal, G. (2010). "Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages : une approche par micro-simulation." Série statistiques - document de travail - Drees(149): 73-93

La présente étude offre pour la première fois une analyse microéconomique de la structure de financement des dépenses de santé des ménages. Celle-ci est loin d'être uniforme, compte tenu de l'hétérogénéité de la population face au risque maladie d'une part et face à sa prise en charge par l'assurance maladie et les organismes complémentaires d'autre part. La distribution du reste à charge au niveau des ménages est donc très variable selon leur âge et leur niveau socioéconomique. Les ménages modestes, plus âgés et en moins bonne santé que les plus aisés ont ainsi en moyenne des dépenses plus élevées. Leur structure de consommation est également particulière, marquée par un recours plus important à l'hôpital mais plus faible aux spécialistes pratiquant des dépassements ainsi qu'une consommation moindre des soins les moins bien pris en charge par l'assurance maladie (optique et dentaire). La couverture complémentaire est un déterminant important de l'accès aux soins : 94 % de la population en dispose. Toutefois, le niveau de garantie offert est très variable : ce sont les actifs qui sont le plus fréquemment couverts par un contrat haut de gamme, tandis que les jeunes sont plus fréquemment couverts par des contrats d'entrée de gamme et les retraités par des contrats intermédiaires. En définitive, le niveau de remboursement au titre de l'assurance complémentaire dont dispose un individu dépend assez peu de son état de santé. La structure de financement et le reste à charge des ménages sont très sensibles à leur niveau de vie et à leur position par rapport à l'emploi. C'est pour les plus modestes, les moins bien insérés sur le marché du travail et les plus âgés que la part des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale est la plus élevée. Ce sont eux aussi qui bénéficient le plus de la CMUC. A contrario, les plus aisés financent une part non négligeable de leur santé à partir de fonds privés. Le reste à charge moyen des ménages augmente avec leur niveau de vie, qu'on le considère uniquement après intervention de l'assurance maladie, pour mesurer l'ampleur de la solidarité que celle-ci organise, ou également après prise en compte de la prise en charge des organismes complémentaires. Toutefois, si l'on rapporte ce reste à charge au revenu disponible des ménages, pour avoir une mesure de l'effort financier qu'ils consacrent à leur santé, l'on constate a contrario que le taux d'effort des ménages est d'autant plus élevé que leur niveau de vie est faible. La couverture complémentaire, et notamment la CMU-C, joue un rôle important pour alléger la charge financière des plus modestes : elle permet de diviser leur taux d'effort par 3,5. Pour les plus aisés, l'intervention des complémentaires privées divise par 3 leur taux d'effort.

2010

Bourgeois, A., Caicedo, E., Duee, M., et al. (2010). "Les comptes de la protection sociale en 2008." Série statistiques - document de travail - Drees(147)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 7JR0x9sl. Diffusion soumise à autorisation]. En 2008, les dépenses (hors transferts) liées à la protection sociale s'élèvent à 598,1 milliards d'euros. Le montant des prestations de protection sociale en représente la plus grande partie : 570,4 milliards d'euros, soit une augmentation de 3,7% par rapport à l'année 2007. Cette croissance, bien qu'en ralentissement par rapport à l'année précédente, est plus élevée que celle de l'économie française, de sorte que la part des prestations de protection sociale dans le Pib augmente pour s'établir à 29,3% en 2008. Le ralentissement de la croissance des prestations concerne presque tous les risques hormis le risque logement. Les ressources (hors transferts) de l'ensemble des régimes de protection sociale progressent de 3,7% par rapport à l'année 2007. Ces ressources continuent par ailleurs à se diversifier. Les dépenses des régimes d'intervention des pouvoirs publics, État et collectivités locales, représentent 10,8% des dépenses totales de prestations de protection sociale (+1,6% en rythme annuel en 2008). La première partie de ce fascicule comprend deux dossiers : Cinquante ans de financement de la protection sociale et une Comparaison européenne de l'évolution des dépenses et des ressources de la protection sociale

2009

Bourgeois, A., Duee, M., Hennion-Aouriri, M., et al. (2009). "Les comptes de la protection sociale en 2007." Série statistiques - document de travail - Drees(134)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE IBF8tR0x. Diffusion soumise à autorisation]. En 2007, les dépenses liées à la protection sociale se sont accrues de 3,9% (hors transferts) en valeur et de 1,9% en termes réels. Les prestations de protection sociale perçues par les ménages (549,6 milliards d'euros, soit 95% des dépenses) ont progressé de +3,9% en euros courants. Elles représentent 29,0% du PIB. Comme en 2006, les prestations du risque vieillesse-survie, qui représentent la part la plus importante de l'ensemble des prestations (44,9% en 2007), sont les plus dynamiques. Les prestations santé ont progressé un peu plus fortement en 2007. À l'inverse, dans un contexte d'amélioration de la situation sur le marché du travail, les dépenses relatives au risque emploi accentuent leur diminution entamée en 2006, et celles relatives au risque pauvreté-exclusion ralentissent nettement.

- Enquête Ehis / Esps

Perronnin, M. et Louvel, A. (2018). "La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres." Etudes et Résultats (Drees)(1048)

En 2012 et 2014, près de 5 % des personnes ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé. Malgré l'existence de dispositifs d'aide pour les plus précaires, l'absence de couverture complémentaire reste souvent liée au revenu. Elle est plus fréquente chez les chômeurs, les inactifs en âge de travailler et les jeunes adultes. Parmi les salariés du secteur privé, près de sept sur dix bénéficient d'une complémentaire santé par le biais de leur employeur. Certaines catégories de salariés, les personnes en Contrat à durée déterminée (CDD), les employés de commerce et les ouvriers non qualifiés sont nettement moins souvent couverts par ce biais. Ayant des taux de couverture élevés, les indépendants, les fonctionnaires et les retraités sont, eux, très majoritairement couverts par des contrats individuels et se déclarent moins souvent bien couverts pour leurs soins que les salariés du secteur privé titulaires d'un contrat collectif.

Legal, R., Raynaud, D. et Vidal, G. (2010). "La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté : quelle contribution de l'assurance maladie et des organismes complémentaires ?" Série statistiques - document de travail - Drees(149): 57-72

La présente étude analyse la prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux par l'assurance maladie mais aussi par les assurances complémentaires selon la gravité de leur état de santé, appréhendée ici à travers la reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD). La dépense des assurés ayant le risque santé le plus élevé est en moyenne 6 fois supérieure à celle des autres assurés, ce qui traduit bien la gravité des pathologies qui les affectent. L'assurance maladie contribue à améliorer significativement l'accessibilité financière aux soins pour les plus malades : après son intervention, la dépense moyenne de ces personnes est divisée par 12. Toutefois, malgré l'ampleur de la redistribution horizontale qu'elle organise, les plus malades supportent un reste à charge moyen toujours plus élevé que les autres assurés. L'assurance maladie organise également une redistribution verticale importante : en effet, les personnes les plus modestes ont plus fréquemment un risque santé élevé que les plus aisées. Toutefois, même si le système actuel constitue un filet de protection largement efficace, une frange de la population doit faire face à des dépenses de santé importantes qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. Ces restes à charge « catastrophiques » sont principalement liés aux dépenses hospitalières. L'assurance maladie complémentaire contribue également à réduire le reste à charge des assurés. Logiquement, la part de la dépense qu'elle prend en charge est d'autant plus importante que celle de l'assurance maladie est faible. Les mécanismes de redistribution de l'assurance maladie obligatoire bénéficiant aux plus malades jouent un rôle régulateur important du marché de la couverture complémentaire. En concentrant les dépenses de l'assurance maladie sur les plus malades, ils permettent de réduire, du point de vue des assureurs complémentaires, le différentiel de dépenses non remboursées et donc l'écart de risque avec les moins malades et limitent donc leur intérêt pour pratiquer la sélection des risques ou la tarification en fonction de l'état de santé. Ils favorisent donc l'accès des plus malades à une couverture complémentaire en modérant le montant des primes qu'ils supportent.

- Varia

Sireyjol, A. (2016). "La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes : impact redistributif de deux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé." Dossiers de la Drees (les)(7)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE oJlqR0x8. Diffusion soumise à autorisation]. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont deux dispositifs qui visent à améliorer la couverture santé des publics les plus susceptibles de renoncer aux soins pour des raisons financières. À la différence des prestations monétaires (allocations familiales, logement ou minima sociaux), la CMU-C et l'ACS entrent dans la catégorie des transferts sociaux en nature. Il est cependant possible de convertir ces aides en équivalents monétaires afin d'étudier leur impact redistributif.

(2015). "Les dépenses de santé en 2014." Etudes et Résultats (Drees)(935)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE FR0xH88I. Diffusion soumise à autorisation]. En 2014, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé, est évalué à 190,6 milliards d'euros, soit 8,9% du produit intérieur brut. Ce pourcentage croît légèrement depuis 2012. Sa progression en valeur, qui reste inférieure à 3% depuis cinq ans est néanmoins légèrement plus élevée en 2014 (+2,5%) qu'en 2013 et 2012. La part de la CSBM financée par l'Assurance maladie, qui atteint 76,6% en 2014, a progressé de 0,7 point entre 2011 et 2014, en raison du dynamisme des dépenses de soins hospitaliers, de soins infirmiers, de transports sanitaires, de dépenses de médicaments coûteux et de la hausse continue du nombre d'assurés exonérés du ticket modérateur. A l'inverse, la part des organismes complémentaires (13,5% de la dépense) diminue légèrement. Le reste à charge des ménages s'établit à 8,5% en 2014.

Missegue, N. et Pereira, C. (2005). "Les déterminants de l'évolution des dépenses de santé." Dossiers solidarité et santé (Drees)(1): 61-83

En quarante ans, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (en valeur) dans le PIB a été multiplié par 2,3 pour atteindre 9,3 % en 2003. Quels sont les déterminants qui permettent de comprendre l'évolution des dépenses de santé ? Plusieurs facteurs sont susceptibles de fournir des explications : la démographie de la population, l'évolution macro-économique, le nombre de médecins ou encore le degré de couverture de la population par les dispositifs publics ou privés d'assurance maladie. Cependant, il n'est pas toujours possible d'améliorer l'ensemble de ces indicateurs dans une perspective de modélisation, identifiant l'impact spécifique de tel ou tel déterminant des dépenses.

Aproberts, L. et Reynaud, E. (1998). "Un panorama de la protection sociale complémentaire". Paris, M.I.R.E.

Ce rapport dresse un panorama complet de la protection sociale complémentaire en France : concepts clefs, évaluation statistique, cadre juridique, transformation des retraites complémentaires, solidarité fragmentée.

Travaux de l'Irdes

2024

Bricard, D. (2024). "Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in France". Copenhagen, O.M.S. Bureau régional de l'Europe
<https://iris.who.int/handle/10665/376550>

This review is part of a series of country-based studies generating new evidence on financial protection – affordable access to health care – in health systems in Europe. Catastrophic health spending is lower in France than in many other European Union (EU) countries, but unmet need for dental care is above the EU average and both outcomes are marked by significant income inequality. Catastrophic health spending is heavily concentrated in the poorest fifth of households and mainly driven by out-of-pocket payments for outpatient medicines, medical products and outpatient care. This is likely to reflect widespread, heavy and complex user charges (co-payments) for publicly financed health care, including substantial balance billing for medical products and outpatient care. Complementary health insurance (CHI) covering user charges covers around 95% of the population and improves financial protection for most people due to sustained Government efforts to secure free or subsidized access to CHI for people with very low incomes. However, CHI does not fully address the problems caused by user charges: households with the lowest incomes are the least likely to have any form of CHI and CHI is a highly regressive way of financing the health system. It also involves significant transaction and financial costs for the Government and employers. Since 2019 the Government has taken steps to reduce balance billing for medical products. Building on this, the Government can use public resources more efficiently by reducing user charges and limiting the health system's reliance on CHI – for example, exempting households with low incomes and people with chronic conditions from all co-payments; introducing an income-based cap on all co-payments; further limiting balance billing; and reducing the regressivity of CHI.

2023

Pierre, A. et Or, Z. (2023). "Is Public-Private Mix in French Health System Sustainable?". Paris, Irdes (Document de travail Irdes 91)
<https://www.irdes.fr/english/working-papers/091-is-the-public-private-mix-in-french-health-system-sustainable.pdf>

Ce Document de travail décrit la combinaison unique publique/privée du financement et de la délivrance des soins en France et discute des avantages et des contradictions d'une telle organisation pour atteindre des objectifs d'équité, de qualité des soins et d'efficacité. Nous commençons par décrire le rôle des assurances publique et privée dans le financement des soins et discutons de la régulation massive du marché de l'assurance privée pour tenter de pallier les limites du système d'assurance publique en France. Nous présentons ensuite la place des offreurs de soins privés dans l'organisation et la délivrance des soins et discutons des implications de la pluralité de l'offre sur l'efficacité du système et sur l'accès aux soins de la population. Nous concluons en présentant des mesures récentes et des pistes d'amélioration qui pourraient permettre de réduire les effets pervers d'un système mixte public-privé dans le système de santé français (résumé d'auteur).

2022

Or, Z., Gandre, C. et Wharton, G. (2022). "Soutenabilité et résilience du système de santé français". Paris, Irdes (Document de travail Irdes 88)
<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/088-soutenabilite-et-resilience-du-systeme-de-sante-francais.pdf>

La soutenabilité d'un système de santé est sa capacité à maintenir ses fonctions essentielles en résistant aux stress internes et externes, notamment les défis économiques, épidémiologiques et

environnementaux auxquels il doit faire face. La résilience d'un système de santé est sa capacité à prévenir, absorber, s'adapter et rebondir face à une crise tout en minimisant les impacts négatifs sur la santé de la population, les services de santé et l'économie en général. Dans ce rapport, nous considérons la pandémie de Covid-19 comme un événement critique permettant d'évaluer la résilience et la soutenabilité du système de santé français dans ses cinq fonctions clés : gouvernance, financement, gestion des ressources humaines, approvisionnement en médicaments et technologies de santé, et organisation de l'offre de soins. La pandémie de Covid-19 a été révélatrice d'un certain nombre de faiblesses structurelles du système de santé français, mais elle a également provoqué des changements qui ont contribué à améliorer sa résilience... (résumé d'auteur).

Pierre, A. (2022). "Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture : les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise". Document de travail Irdes ; 89, Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/089-marche-de-la-complementaire-sante-inegalites-et-preferences-en-matiere-de-couverture.pdf>

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise pour les salariés du secteur privé est effective depuis le 1er janvier 2016. Cette réforme a introduit pour la première fois en France une obligation de couverture par une complémentaire santé pour une partie de la population. Assortie d'une obligation pour les employeurs de mettre en place et de cofinancer une complémentaire d'entreprise pour tous leurs salariés. Les effets à attendre de cette réforme ont fait l'objet de nombreux débats, notamment en termes d'équité et d'efficacité. Dans ce travail, nous proposons d'étudier les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en poursuivant trois objectifs : étudier les évolutions du marché de la complémentaire santé, notamment en ce qui concerne la mutualisation des risques, les primes des contrats et les niveaux de garanties ; analyser l'évolution des inégalités de couverture par une complémentaire santé ; apporter des éclairages sur les opinions et les préférences des individus quant à leur statut de couverture. Pour ce faire, nous exploitons les sources de données et d'information les plus actuelles et exhaustives possibles (données d'enquête, médico-administratives, travaux d'études déjà réalisés, etc.).

Pierre, A. (2022). "Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture : les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise". Paris, Irdes (Document de travail Irdes 89)

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/089-marche-de-la-complementaire-sante-inegalites-et-preferences-en-matiere-de-couverture.pdf>

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise pour les salariés du secteur privé est effective depuis le 1er janvier 2016. Cette réforme a introduit pour la première fois en France une obligation de couverture par une complémentaire santé pour une partie de la population. Assortie d'une obligation pour les employeurs de mettre en place et de cofinancer une complémentaire d'entreprise pour tous leurs salariés. Les effets à attendre de cette réforme ont fait l'objet de nombreux débats, notamment en termes d'équité et d'efficacité. Dans ce travail, nous proposons d'étudier les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en poursuivant trois objectifs : étudier les évolutions du marché de la complémentaire santé, notamment en ce qui concerne la mutualisation des risques, les primes des contrats et les niveaux de garanties ; analyser l'évolution des inégalités de couverture par une complémentaire santé ; apporter des éclairages sur les opinions et les préférences des individus quant à leur statut de couverture. Pour ce faire, nous exploitons les sources de données et d'information les plus actuelles et exhaustives possibles (données d'enquête, médico-administratives, travaux d'études déjà réalisés, etc.).

Pierre, A. et collab, R. T. (2022). "L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS)". Questions d'Economie de la santé (Irdes)(268)

Bien que la non-couverture par une complémentaire santé soit à son niveau le plus bas – passé de près de 14 % en 1996 à 3,6 % en 2019 pour la population de 15 ans et plus – l'organisation actuelle du système d'assurance complémentaire et les réformes de généralisation visant des personnes en emploi laissent de côté une partie de la population. La partie de la population qui ne bénéficie pas d'un contrat de complémentaire santé collectif ni de la Complémentaire santé solidaire (CSS) doit ainsi

faire face aux primes élevées des contrats individuels, notamment les plus âgés. Nous décrivons ici les 2,5 millions de Français qui restent sans complémentaire santé en 2019 à partir de l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019. En 2019, les populations les plus souvent non couvertes demeurent les indépendants, les chômeurs et les inactifs. Les retraités les plus modestes, qui font face à des primes d'assurance élevées au regard de leurs ressources, sont également particulièrement concernés par l'absence de couverture. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise depuis 2016 a permis, en réduisant les inégalités de couverture au sein des salariés du secteur privé, de réduire la non-couverture pour les classes moyennes modestes. Pour autant, la situation économique et sociale des individus reste le principal déterminant de la souscription d'une complémentaire santé, du fait du coût des contrats mais aussi des démarches administratives qui freinent l'accès à la complémentaire des individus les plus modestes.

Pierre, A. et Rochereau, T. (2022). "L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS)." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(268)

Bien que la non-couverture par une complémentaire santé soit à son niveau le plus bas – passé de près de 14 % en 1996 à 3,6 % en 2019 pour la population de 15 ans et plus – l'organisation actuelle du système d'assurance complémentaire et les réformes de généralisation visant des personnes en emploi laissent de côté une partie de la population. La partie de la population qui ne bénéficie pas d'un contrat de complémentaire santé collectif ni de la Complémentaire santé solidaire (CSS) doit ainsi faire face aux primes élevées des contrats individuels, notamment les plus âgés. Nous décrivons ici les 2,5 millions de Français qui restent sans complémentaire santé en 2019 à partir de l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019. En 2019, les populations les plus souvent non couvertes demeurent les indépendants, les chômeurs et les inactifs. Les retraités les plus modestes, qui font face à des primes d'assurance élevées au regard de leurs ressources, sont également particulièrement concernés par l'absence de couverture. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise depuis 2016 a permis, en réduisant les inégalités de couverture au sein des salariés du secteur privé, de réduire la non-couverture pour les classes moyennes modestes. Pour autant, la situation économique et sociale des individus reste le principal déterminant de la souscription d'une complémentaire santé, du fait du coût des contrats mais aussi des démarches administratives qui freinent l'accès à la complémentaire des individus les plus modestes.

2020

Or, Z. et Pierre, A. (2020). "The Public-Private Mix in France: A Case for Two-Tier Health Care". In : [Is Two-Tier Health Care the Future?] Ottawa, University of Ottawa

France has an employment-based statutory health insurance (SHI) system that guarantees universal access to a large basket of health care. While the SHI system imposes significant copayments, patients rely on a mix of public SHI and private complementary health insurance (CHI) schemes to defray these costs, leaving France with some of the lowest out-of-pocket expenditures in the OECD. Patients can choose from a mix of public and private providers without severe wait time problems, and the health status of the population ranks among the best in the world. At the same time, the French system is complex, with some apparent contradictions that raise concerns for solidarity, redistribution, and efficiency.

Or, Z. et Pierre, A. (2020). "The Public-Private Mix in France: A Case for Two-Tier Health Care". In : [Is Two-Tier Health Care the Future]. Ottawa, University of Ottawa: 237-268.

<https://http://press.uottawa.ca/is-two-tier-health-care-the-future.html>

France has an employment-based statutory health insurance (SHI) system that guarantees universal access to a large basket of health care. While the SHI system imposes significant copayments, patients rely on a mix of public SHI and private complementary health insurance (CHI) schemes to defray these costs, leaving France with some of the lowest out-of-pocket expenditures in the OECD. Patients can choose from a mix of public and private providers without severe wait time problems, and the health status of the population ranks among the best in the world. At the same time, the French system is

complex, with some apparent contradictions that raise concerns for solidarity, redistribution, and efficiency.

Perronnin, M. et Raynaud, D. (2020). "La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises. Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(251)

Depuis le 1er janvier 2016, les employeurs de droit privé doivent offrir une complémentaire santé à leurs salariés. Selon les résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, désormais, la quasi-totalité des salariés travaillent dans une entreprise offrant une complémentaire santé. Les modalités de cette généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sont strictement encadrées par la loi. Les employeurs doivent financer au moins la moitié de la prime et offrir des garanties supérieures ou égales à un contrat « socle », tout en respectant les contraintes des contrats « responsables » imposant aussi certains plafonds de garanties. Cette étude montre que les modalités de mise en œuvre de la complémentaire santé d'entreprise, dans le respect de l'encadrement prévu par la loi, sont néanmoins assez variables. Les niveaux de garanties et la participation de l'employeur dépendent notamment du secteur d'activité, de la taille de l'entreprise et de sa structure de qualification. Plus le salaire moyen est élevé et la part des salariés de statut cadre dans l'entreprise est importante, plus les garanties offertes sont généreuses et la participation de l'employeur élevée. Les grandes entreprises offrent généralement les conditions les plus avantageuses, mais aussi des possibilités plus fréquentes de compléter le contrat de base par la souscription d'options ou de surcomplémentaires. Enfin, les entreprises qui offraient déjà une couverture complémentaire avant que cela ne devienne obligatoire offrent de meilleures garanties et participent plus au paiement de la prime que les entreprises qui ont été contraintes par la loi d'en offrir une. Généralement, ces dernières limitent leur participation financière au minimum prévu par la loi.

Perronnin, M. et Raynaud, D. (2020). "La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises. Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(251)

Depuis le 1er janvier 2016, les employeurs de droit privé doivent offrir une complémentaire santé à leurs salariés. Selon les résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, désormais, la quasi-totalité des salariés travaillent dans une entreprise offrant une complémentaire santé. Les modalités de cette généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sont strictement encadrées par la loi. Les employeurs doivent financer au moins la moitié de la prime et offrir des garanties supérieures ou égales à un contrat « socle », tout en respectant les contraintes des contrats « responsables » imposant aussi certains plafonds de garanties. Cette étude montre que les modalités de mise en œuvre de la complémentaire santé d'entreprise, dans le respect de l'encadrement prévu par la loi, sont néanmoins assez variables. Les niveaux de garanties et la participation de l'employeur dépendent notamment du secteur d'activité, de la taille de l'entreprise et de sa structure de qualification. Plus le salaire moyen est élevé et la part des salariés de statut cadre dans l'entreprise est importante, plus les garanties offertes sont généreuses et la participation de l'employeur élevée. Les grandes entreprises offrent généralement les conditions les plus avantageuses, mais aussi des possibilités plus fréquentes de compléter le contrat de base par la souscription d'options ou de surcomplémentaires. Enfin, les entreprises qui offraient déjà une couverture complémentaire avant que cela ne devienne obligatoire offrent de meilleures garanties et participent plus au paiement de la prime que les entreprises qui ont été contraintes par la loi d'en offrir une. Généralement, ces dernières limitent leur participation financière au minimum prévu par la loi.

2019

Perronnin, M. (2019). "L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017". Paris, Irdes (Les rapports de l'Irdes 572)

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/572-l-enquete-protection-sociale-complementaire-d-entreprise-2017.pdf>

Cette nouvelle édition de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), réalisée en 2017, s'inscrit dans le contexte de la généralisation de la couverture santé d'entreprise suite à l'Accord national interprofessionnel (Ani) du 11 janvier 2013, auquel les établissements du secteur privé devaient se conformer avant le 1er janvier 2016. Les données de l'enquête PSCE 2017, recueillies auprès des établissements et de leurs salariés, permettent ainsi de dresser un panorama de la complémentaire santé d'entreprise, d'évaluer l'effet de l'Ani sur l'offre de couverture santé et de décrire l'offre de garanties de prévoyance. En plus des informations collectées dans les éditions précédentes, PSCE 2017 renseigne sur le coût des contrats de complémentaire santé et sur la nature des changements liés à l'Ani. Les individus ayant connu une période de chômage sont en outre interrogés sur le maintien du contrat de leur ancienne entreprise..

Perronnin, M. (2019). "L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017", Paris : IRDES
<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/572-l-enquete-protection-sociale-complementaire-d-entreprise-2017.pdf>

Cette nouvelle édition de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), réalisée en 2017, s'inscrit dans le contexte de la généralisation de la couverture santé d'entreprise suite à l'Accord national interprofessionnel (Ani) du 11 janvier 2013, auquel les établissements du secteur privé devaient se conformer avant le 1er janvier 2016. Les données de l'enquête PSCE 2017, recueillies auprès des établissements et de leurs salariés, permettent ainsi de dresser un panorama de la complémentaire santé d'entreprise, d'évaluer l'effet de l'Ani sur l'offre de couverture santé et de décrire l'offre de garanties de prévoyance. En plus des informations collectées dans les éditions précédentes, PSCE 2017 renseigne sur le coût des contrats de complémentaire santé et sur la nature des changements liés à l'Ani. Les individus ayant connu une période de chômage sont en outre interrogés sur le maintien du contrat de leur ancienne entreprise..

2018

Carre, B. et Perronnin, M. (2018). "Évolution de la dépense en part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C : analyse et prévision". Paris, Irdes
<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/569-evolution-de-la-depense-en-part-de-complementaire-sante-des-beneficiaires-de-la-cmu-c.pdf>

Mise en place au 1er janvier 2000, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est gratuite et accessible sous conditions de ressources. Elle vise à lever les barrières financières à l'accès aux soins des plus pauvres, comme l'avance de frais et les restes à charge laissés par l'assurance maladie obligatoire. L'effectif des bénéficiaires de la CMU-C, stable entre 2000 et 2009, a fortement augmenté ensuite, passant de 4,15 millions en 2009 à 5,3 millions en 2015 et 5,6 millions au 31 juillet 2018, en raison d'une conjoncture économique défavorable et de la revalorisation en 2013 des seuils de ressources ouvrant droit au dispositif. Pour autant, les coûts moyens par bénéficiaire liés aux remboursements de la CMU-C, qui évoluaient à la hausse jusqu'en 2012, décroissent ensuite de façon persistante. Comment expliquer cette évolution ? Comprendre et prévoir la dynamique d'évolution de la dépense en part de complémentaire CMU-C sont les objectifs de cette étude. Ainsi, en s'appuyant sur une revue de littérature qui rappelle les spécificités et déterminants des dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU-C, différentes hypothèses sont testées sur les causes de rupture dans l'évolution de cette dépense à partir de données micro-économiques : le Système national des données de santé (SNDS) des individus appartenant à l'échantillon-maître de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) et l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB). Les résultats montrent que ce sont les différences d'évolution entre la composition des bénéficiaires de la CMU-C - arrivée après 2013 de bénéficiaires ayant un plus faible recours aux soins - et celle de la population générale - dont le vieillissement est plus marqué - qui expliquent l'écart croissant entre ces deux populations. Enfin, un modèle de prévision est estimé sur données macro-économiques.

Lapinte, A. et Perronnin, M. (2018). "96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017." *Questions d'Economie de la santé (Irdes)*(236)

Depuis le 1er janvier 2016, les employeurs du secteur privé ont obligation de proposer et de financer partiellement une complémentaire santé à tous leurs salariés. Dans ce travail, nous simulons les gains et les pertes de bien-être à attendre de cette réforme sur l'ensemble de la population en mobilisant la théorie de l'utilité espérée. Les résultats montrent que la réforme augmente le bien-être collectif si et seulement si les salaires et les primes des contrats restent inchangés. En considérant que les primes des contrats individuels augmentent du fait de l'accord national interprofessionnel (ANI), l'impact de la réforme est quasi nul sur le bien-être collectif. Le gain en bien-être des salariés qui bénéficient de la réforme est alors contrebalancé par la perte de bien-être subie par les personnes couvertes en individuel ou que la réforme oblige à s'assurer. En considérant en sus que les employeurs intègrent le montant de leur subvention aux salaires, l'ANI réduit fortement le bien-être collectif.

Pierre, A. (2018). "Assurance maladie complémentaire: régulation, accès aux soins et inégalités de couverture". Paris, Université Paris 9 Dauphine: - Doctorat en sciences économiques
<https://www.irdes.fr/enseignement/theses-et-memoires/these-pierre-aurelie-assurance-maladie-complementaire-regulation-acces-aux-soins-et-inegalites-de-couverture.pdf>

Cette thèse s'intéresse à la place de maladie privée en France dans l'organisation globale du système d'assurance sous des inégalités sociales et de la solidarité entre les bien-portants et les malades. Elle s'intéresse en particulier au rôle joué par l'assurance complémentaire sur l'accès aux soins, la mutualisation des de et le bien-être de la population.

Pierre, A., Jusot, F., Raynaud, D., et al. (2018). "Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation ex-ante des gains et des pertes de bien-être". Paris, Irdes (*Document de travail Irdes 75*)
<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/075-generalisation-de-la-complementaire-sante-d-entreprise.pdf>

Depuis le 1er janvier 2016, les employeurs du secteur privé ont l'obligation de proposer et de financer partiellement une complémentaire santé à tous leurs salariés. Elle s'accompagne d'une amélioration de la portabilité de cette complémentaire pour les chômeurs jusqu'à douze mois après la rupture du contrat de travail. Cette réforme a été largement soutenue par les pouvoirs publics qui souhaitent généraliser, à tous, la couverture santé par une complémentaire de qualité. Elle pose toutefois un certain nombre de questions en termes d'équité et d'efficacité. En effet, non seulement elle exclut de facto la quasi-totalité des individus sans emploi qui sont plus souvent précaires, mais en plus, elle contraint les salariés à ne pas pouvoir choisir leur niveau de couverture santé optimal au regard de leurs besoins de soins et de leurs préférences. En mobilisant le cadre théorique de l'utilité espérée, nous proposons dans ce travail de simuler les gains et les pertes de bien-être à attendre de cette réforme sur l'ensemble de la population. Nous mobilisons les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2012, appariées aux données de remboursements de l'Assurance maladie à partir desquelles nous élaborons une situation contrefactuelle de la réforme de l'Accord national interprofessionnel (Ani). Nous tenons compte en particulier des effets indirects que cette réforme devrait induire sur le marché individuel de la complémentaire santé et sur le marché du travail, et mobilisons un indicateur subjectif des préférences des individus vis-à-vis du risque. Les résultats montrent que, lorsque l'on considère que l'Ani induira une augmentation des primes des contrats individuels et une diminution des salaires, le bien-être collectif devrait se réduire. Le gain en bien-être des salariés qui bénéficient de la réforme est en effet contrebalancé par la perte de bien-être subie par les personnes couvertes par un contrat individuel ou que la réforme oblige à s'assurer. La moitié de la population verrait son bien-être se réduire pour seulement 7 % de gagnants. Ce sont les individus les plus fragiles, c'est-à-dire les plus pauvres et les plus âgés, qui seraient particulièrement concernés par une réduction de leur bien-être.

2017

Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., et al. (2017). "Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ?" *Questions d'Economie de la santé (Irdes)*(225)

La solidarité assurée par un système d'assurance maladie provient des transferts qu'il opère entre individus de classes de revenus différentes. Cette solidarité dépend des structures de consommations de soins et de cotisations à l'assurance maladie par niveau de vie. La solidarité du système français relève essentiellement du financement progressif de l'assurance maladie obligatoire : les plus aisés contribuent plus que les plus pauvres. Mais en dépit de fortes inégalités sociales de santé, qui impliquent des besoins de soins plus importants chez les plus pauvres, les prestations sont relativement homogènes entre classes de revenus. Elles n'augmentent donc que très faiblement la solidarité du système en raison des barrières à l'accès à certains soins. Au contraire de l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire et les restes à charge induisent très peu de transferts entre groupes de revenu. La mixité du système d'assurance maladie français est donc également un facteur limitant de sa solidarité entre classes de revenus.

Pierre, A. et Jusot, F. (2017). "The Likely Effects of Employer-Mandated Complementary Health Insurance on Health Coverage in France", Paris : Irdes ([Document de travail Irdes ; 67bis](#))

<https://www.irdes.fr/english/working-papers/067bis-the-likely-effects-of-employer-mandated-complementary-health-insurance-on-health-coverage-in-france.pdf>

In France, access to health care greatly depends on having a Complementary Health Insurance coverage (CHI). Thus, the generalisation of CHI became a core factor in the national health strategy created by the government in 2013. The first measure has been to compulsorily extend employer-sponsored CHI to all private sector employees on January 1st, 2016 and improve its portability coverage for unemployed former employees for up to 12 months. Based on data from the 2012 Health, Health Care and Insurance survey, this article provides a simulation of the likely effects of this mandate on CHI coverage and related inequalities in the general population by age, health status, socio-economic characteristics and time and risk preferences. We show that the non-coverage rate that was estimated to be 5% in 2012 will drop to 4% following the generalisation of employer-sponsored CHI and to 3.7% after accounting for portability coverage. With its focus on private sector employees, the policy is likely to do little for populations that would benefit most from additional insurance coverage while expanding coverage for other populations that appear to place little value on CHI. Indeed, the mandate could reduce the relationship between non-coverage and time and risk preferences without eliminating social inequalities as the most vulnerable populations are expected to remain more often without CHI.

2016

Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., et al. (2017). "Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ?" [Questions d'Economie de la santé \(Irdes\)\(225\)](#)

La solidarité assurée par un système d'assurance maladie provient des transferts qu'il opère entre individus de classes de revenus différentes. Cette solidarité dépend des structures de consommations de soins et de cotisations à l'assurance maladie par niveau de vie. La solidarité du système français relève essentiellement du financement progressif de l'assurance maladie obligatoire : les plus aisés contribuent plus que les plus pauvres. Mais en dépit de fortes inégalités sociales de santé, qui impliquent des besoins de soins plus importants chez les plus pauvres, les prestations sont relativement homogènes entre classes de revenus. Elles n'augmentent donc que très faiblement la solidarité du système en raison des barrières à l'accès à certains soins. Au contraire de l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire et les restes à charge induisent très peu de transferts entre groupes de revenu. La mixité du système d'assurance maladie français est donc également un facteur limitant de sa solidarité entre classes de revenus.

Pierre, A. et Jusot, F. (2017). "The Likely Effects of Employer-Mandated Complementary Health Insurance on Health Coverage in France", Paris : Irdes ([Document de travail Irdes ; 67bis](#))

<https://www.irdes.fr/english/working-papers/067bis-the-likely-effects-of-employer-mandated-complementary-health-insurance-on-health-coverage-in-france.pdf>

In France, access to health care greatly depends on having a Complementary Health Insurance coverage (CHI). Thus, the generalisation of CHI became a core factor in the national health strategy created by the government in 2013. The first measure has been to compulsorily extend employer-sponsored CHI to all private sector employees on January 1st, 2016 and improve its portability coverage for unemployed former employees for up to 12 months. Based on data from the 2012 Health, Health Care and Insurance survey, this article provides a simulation of the likely effects of this mandate on CHI coverage and related inequalities in the general population by age, health status, socio-economic characteristics and time and risk preferences. We show that the non-coverage rate that was estimated to be 5% in 2012 will drop to 4% following the generalisation of employer-sponsored CHI and to 3.7% after accounting for portability coverage. With its focus on private sector employees, the policy is likely to do little for populations that would benefit most from additional insurance coverage while expanding coverage for other populations that appear to place little value on CHI. Indeed, the mandate could reduce the relationship between non-coverage and time and risk preferences without eliminating social inequalities as the most vulnerable populations are expected to remain more often without CHI.

2015

Jusot, F. et Pierre, A. (2015). "Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ? Une simulation à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(209)

En France, l'accès aux soins est très dépendant de la possession d'une complémentaire santé dont 5 % de la population ne bénéficient pas en 2012. Ainsi, l'accès pour tous à une complémentaire santé de qualité se trouve au cœur de la stratégie nationale de santé énoncée en 2013 par le gouvernement. Négociée dans le cadre de l'Accord national interprofessionnel (Ani) de janvier 2013, la première mesure consistera à généraliser la complémentaire santé d'entreprise – financée en partie par les employeurs – à l'ensemble des salariés du secteur privé au 1er janvier 2016 et à améliorer sa portabilité pour les chômeurs jusqu'à douze mois au plus après la rupture de leur contrat de travail. Il s'agit ici d'évaluer de façon ex ante les effets attendus du dispositif de l'Ani sur la non-couverture par une complémentaire santé et de discuter de ses conséquences en termes d'inégalités. A partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012, l'impact de l'introduction de l'Ani sur la proportion d'individus qui resteraient non couverts par une complémentaire est simulé en population générale et, en tenant compte des potentielles dispenses d'adhésion dont certains peuvent bénéficier, au sein même des salariés du secteur privé. La non-couverture est étudiée selon plusieurs caractéristiques individuelles telles que l'état de santé, le statut socio-économique et les préférences à l'égard du temps et du risque.

Le Cossec, C., Sermet, C. et Perronnin, M. (2015). "Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(213)

L'augmentation de l'espérance de vie s'est accompagnée d'une augmentation des années de vie avec une, voire plusieurs maladies chroniques entraînant une accumulation des traitements médicamenteux, ce qui accroît les risques iatrogéniques. Ces dernières années, des politiques publiques visant à réduire la polymédication chez les personnes âgées ont été mises en place. Leur évaluation nécessite des indicateurs faciles à produire sur des bases de données concernant de grandes populations. Deux indicateurs sont étudiés ici : l'indicateur de polymédication « cumulative », qui prend en compte l'ensemble des médicaments administrés sur une période donnée, et l'indicateur de polymédication « continue » qui s'intéresse aux médicaments pris de façon prolongée et régulière. L'aspect novateur de ce travail est lié à la prise en compte des associations de molécules et des conditionnements trimestriels dans les calculs. La prévalence de la polymédication varie ainsi de 27 à 40 % selon l'indicateur, avec ou sans prise en compte des associations de molécules et des grands conditionnements.

Pierre, A. et Jusot, F. (2015). "Une évaluation ex ante de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture". Paris, Irdes ([Document de travail Irdes 67](#))
<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/067-une-evaluation-ex-ante-de-la-generalisation-de-la-complementaire-sante-d-entreprise.pdf>

Cet article propose d'évaluer de façon ex ante les effets attendus du dispositif de l'Accord national interprofessionnel (Ani) sur la non-couverture par une complémentaire santé en France et de discuter de ses conséquences en termes d'inégalités. A partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012, il s'agit de : i/ simuler l'impact de l'introduction de l'Ani sur la proportion d'individus qui resteront non couverts par une complémentaire en population générale et, en tenant compte des potentielles dispenses d'adhésion au sein de la population salariée selon l'état de santé, le statut socio-économique, les préférences à l'égard du temps et du risque et le motif de non-couverture ; ii/ étudier l'évolution des caractéristiques des personnes non couvertes, toutes choses égales par ailleurs, avant et après l'introduction de l'Ani.

2014

Celant, N., Dourgnon, P., Guillaume, S., et al. (2014). "L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats." [Questions d'Economie de la santé \(Irdes\)\(198\)](#)

L'enquête santé et protection sociale, menée par l'Irdes tous les deux ans, existe depuis 1988. En 2012, elle a interrogé plus de 8 000 ménages et 23 000 individus sur leur état de santé, leur accès à la complémentaire santé, leur recours ou renoncement aux soins et, à travers des modules spécifiques, sur la fragilité, l'assurance dépendance et les conditions de travail ainsi que sur la couverture vaccinale, les accidents de la vie quotidienne et le don de sang, notamment. Les spécificités de l'enquête comme sa périodicité courte, sa dimension longitudinale et son enrichissement avec des données de l'Assurance maladie, participent d'en faire un outil tant de suivi des politiques publiques que de recherche en sciences sociales. En 2014, l'enquête ESPS est d'ailleurs le support de l'enquête santé européenne EHIS (European Health Interview Survey). Les résultats de l'enquête 2012 présentés dans cette synthèse sont issus d'un rapport (Célant et al., 2014) dans lequel l'intégralité des données chiffrées est accessible en ligne sous forme de tableaux Excel.

Franc, C., Perronnin, M. et Pierre, A. (2014). "Supplemental health insurance and healthcare consumption : a dynamic approach to moral hazard". Paris, Irdes ([Document de travail Irdes 58](#))

<http://www.irdes.fr/english/working-papers/058-supplemental-health-insurance-and-healthcare-consumption-a-dynamic-approach-to-moral-hazard.pdf>

Selon l'hypothèse d'une pent-up demand, la demande de soins de santé n'est pas constante au cours du temps. Le phénomène d'aléa moral, qui se caractérise par une hausse des dépenses de santé suite à l'augmentation du niveau d'assurance, peut donc être particulièrement élevé juste après une hausse de l'assurance et s'atténuer ensuite au cours du temps. Dans ce papier, nous analysons l'existence et la persistance de l'aléa moral sur une période donnée suite à la souscription d'une surcomplémentaire santé fournie par un assureur français privé, qui complète l'assurance maladie obligatoire et une complémentaire santé dite « de base ». Nous modélisons les dépenses de santé par des modèles de panel à erreurs composées en utilisant l'approche de Chamberlain pour contrôler au mieux de la sélection adverse. En distinguant dans la consommation de soins ambulatoires (1) la probabilité de recours aux soins de santé, (2) le nombre de recours conditionnellement au fait de consommer, (3) le coût par unité de soins, nous montrons que la surcomplémentaire est significativement et positivement associée à (1), (2) et (3) et que ces effets diminuent au fil du temps, confirmant ainsi l'hypothèse d'une pent-up demand mais dont l'ampleur varie fortement selon les 3 dimensions et les postes de soins (soins médicaux, prescription de médicaments, soins dentaires ou optiques).

2013

Kambia chopin, B. et Perronnin, M. (2013). "Deductibles and the demand for prescription drugs : evidence from French data". Paris, Irdes ([Document de travail Irdes 54](#))

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT54DeductiblesAndDemandPrescriptionDrugs.pdf>

Une franchise de 0,5 cts par boîte de médicaments prescrite a été mise en place le 1er janvier 2008. Afin d'apporter un premier éclairage sur les effets de celle-ci sur la consommation de médicaments, une analyse a été menée en ayant recours au modèle comportemental d'Andersen et à un modèle économique de demande. À partir de données déclaratives de l'enquête santé protection sociale (ESPS) 2008, nous montrons que la probabilité de modifier la demande de médicaments suite à la mise en place de la franchise est influencée par le niveau de revenu et l'état de santé : toutes choses égales par ailleurs, elle varie de manière opposée avec chacune de ces variables. Les franchises médicales représentent ainsi une charge financière pour les individus à bas revenus et ceux en mauvais état de santé, avec pour corollaire une limitation potentielle de leur accès financier aux soins (résumé d'auteur).

Perronnin, M. (2013). "Effet de l'assurance complémentaire santé sur les consommations médicales : entre risque moral et amélioration de l'accès aux soins". Paris, Université Paris 9 Dauphine

<http://www.irdes.fr/enseignement/theses-et-memoires/these-perronnin-marc-effet-de-l-assurance-complementaire-sante-sur-les-consommations-medicales.pdf>

La théorie économique conduit à supposer que l'assurance sante accroît les consommations médicales en générant du risque moral ex-post, c'est-à-dire l'achat par les individus de soins dont la valeur est faible au regard de leur cout total. Certains économistes soulignent que tout ou partie de ce surplus de consommation peut résulter également d'une solvabilisation de la demande de soins du fait des remboursements, traduisant ainsi un meilleur accès aux soins. Comprendre lequel de ces effets prédomine représente un enjeu important en termes d'équité et d'efficacité du système de santé. Cette thèse vise à mesurer l'ampleur de l'effet de l'assurance complémentaire santé sur les consommations médicales en France et à en comprendre la nature en s'appuyant sur trois articles. Le premier article analyse l'effet du fait d'être couvert par une complémentaire santé sur le recours aux médecins, le second évalue l'impact de la CMU-C sur les consommations médicales de ses bénéficiaires, enfin le troisième étudie l'effet d'une surcomplémentaire sante permettant de compléter les remboursements du contrat de base d'une mutuelle de fonctionnaire. En se focalisant sur l'assurance complémentaire et surcomplémentaire, ces articles permettent d'étudier l'effet d'une variation à la marge du niveau de couverture sur différentes catégories de population.

2012

Dourgnon, P., Guillaume, S. et Rochereau, T. (2012). "Enquête sur la santé et la protection sociale 2010". Paris, Irdes ([Les rapports de l'Irdes 1886](#))

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>

Conduite par l'Irdes depuis 1988, l'Enquête santé protection sociale (ESPS) est un outil pluridisciplinaire qui explore les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. Sa périodicité bisannuelle et sa dimension longitudinale lui permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter les problématiques d'équité du système de soins ou de santé publique. De plus, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins. En 2010, l'enquête ESPS prenant en compte l'évolution des systèmes d'information de l'Assurance maladie a été réalisée sur un échantillon intégralement renouvelé. Plus de 8 000 ménages et près de 23 000 individus ont été interrogés. Après avoir décrit les objectifs et la méthodologie de l'enquête, un article appuyant sur de nouvelles questions posées dans ESPS, concernant la problématique santé-travail, présente des résultats sur l'état de santé des salariés en emploi précaires en 2010. L'état de santé des salariés en emploi précaire en 2010.

Perronnin, M., Pierre, A. et Rochereau, T. (2012). "Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise 2009". Paris, Irdes ([Les rapports de l'Irdes 1890](#))

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1890.pdf>

Cette deuxième édition de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE 2009), qui présente un panorama de la complémentaire santé d'entreprise et de la prévoyance offertes par les entreprises à leurs salariés et ayants droit, s'inscrit dans un contexte différent de la précédente (PSCE 2003). Entrée en vigueur au 1er janvier 2009, la loi Fillon conditionne en effet les exonérations de charge dont bénéficient les entreprises proposant un contrat de complémentaire santé au caractère obligatoire de ce dernier. PSCE 2009 s'est en outre enrichie d'un questionnaire auprès des salariés qui permet d'étudier la demande d'une telle complémentaire santé.

Perronnin, M., Pierre, A. et Rochereau, T. (2012). "Panorama de la complémentaire santé collective en France en 2009 et opinions des salariés sur le dispositif." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(181)

La deuxième édition de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise, PSCE 2009, s'inscrit dans un contexte différent de la précédente, réalisée en 2003. Elle dresse un panorama de l'offre de complémentaire santé d'entreprise après la mise en œuvre de la loi Fillon au 1er janvier 2009. Cette loi conditionne les exonérations de charges notamment à la mise en place de contrats obligatoires. PSCE 2009 s'est aussi enrichie d'un questionnaire auprès des salariés recueillant leurs opinions sur cette couverture. La proportion d'établissements offrant une complémentaire santé collective est passée de 40 % en 2003 à 44 % en 2009. Même si elle enregistre une légère hausse, la diffusion de la complémentaire santé collective reste inégale. Ce sont toujours les établissements de grande taille, ceux employant surtout des cadres, et le secteur de l'industrie qui la proposent le plus souvent. En ce qui concerne les salariés, 98 % déclarent avoir une complémentaire santé en 2009. Ils sont par ailleurs 74 % à déclarer avoir accès à une complémentaire santé par le biais de leur établissement et 60 % à en bénéficier. Parmi ceux qui en bénéficient, 75 % préféreraient la conserver plutôt que lui substituer une augmentation de salaire. Les salariés déclarant n'avoir pas accès à une complémentaire santé collective sont majoritairement des salariés à faibles niveaux de salaires, en contrat à durée déterminée ou à temps partiel et des jeunes.

2011

Guthmuller, S., Jusot, F., Wittwer, J., et al. (2011). "Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(162)

L'aide complémentaire santé (ACS), ou « chèque santé », a été mise en place en 2005 pour réduire le coût de la couverture complémentaire santé des ménages dont le niveau de vie se situe juste au-dessus du plafond de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Même si le nombre de bénéficiaires a lentement progressé, le recours à l'ACS reste faible. Afin d'en comprendre les motifs, une expérimentation sociale a été menée à Lille auprès d'un échantillon d'assurés sociaux potentiellement éligibles à l'ACS au regard de leurs ressources. Les résultats de cette expérimentation montrent notamment que la majoration du montant du « chèque santé » améliore légèrement le taux de recours à l'ACS et permet de mieux cibler les personnes effectivement éligibles. Ils confirment aussi que l'ACS est un dispositif compliqué qui touche difficilement sa cible : au total, seuls 17 % des assurés de cette expérimentation ont fait une demande d'ACS. De plus, seuls 9 % des assurés invités à participer à une réunion d'information sur le dispositif y ont effectivement assisté, et l'invitation à cette réunion a largement découragé les autres assurés. Enfin, seuls 55 % des assurés ayant déposé une demande ont effectivement reçu l'aide, en raison le plus souvent de ressources trop élevées. Cette incertitude importante sur l'éligibilité au dispositif est certainement un frein s'ajoutant à la complexité des démarches.

Perronnin, M., Pierre, A. et Rochereau, T. (2011). "La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(161)

Dans un contexte de croissance continue des dépenses de santé et d'augmentation récente de la part des dépenses non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, la diffusion de la couverture complémentaire santé représente un enjeu important pour maintenir l'accès aux soins des personnes les plus pauvres et les plus malades. Depuis une trentaine d'années, les pouvoirs publics ont mis en place divers lois et dispositifs visant à favoriser l'accès à la complémentaire santé de l'ensemble de la population. Entre 1980 et 2008, la proportion de personnes couvertes par une complémentaire santé

a fortement augmenté, passant de 69 % de la population de France métropolitaine à 94 %. Néanmoins, selon l'enquête santé protection sociale (ESPS), près de 4 millions de personnes restent sans complémentaire santé en France métropolitaine en 2008. Quels sont les différents modes d'accès à la couverture complémentaire santé ? Quelles sont les personnes qui restent en marge de cette couverture ? S'agit-il d'un choix de leur part ou bien persiste-t-il des barrières à l'accès à la complémentaire santé ? Quelles sont les conséquences sur leur accès aux soins et leur état de santé ?

2010

Allonier, C., Dourgnon, P. et Rochereau, T. (2010). "Enquête sur la santé et la protection sociale 2008". Paris, Irdes ([Les rapports de l'Irdes 1800](#))

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>

L'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 explore les relations entre l'état de santé, les accès aux services de santé, à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. Sa périodicité bisannuelle et sa dimension longitudinale permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter des questions d'équité du système ou de santé publique. De plus, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins. En 2008, plus de 8 000 ménages et 22 000 individus ont été interrogés. Après une présentation des objectifs et de la méthodologie de l'enquête, deux nouvelles problématiques sont proposées : l'une sur le renoncement avec un focus sur les CMU-Cistes, l'autre sur une comparaison inédite des données de l'ESPS et du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf) relatives au score Epices qui mesure la précarité et les inégalités de santé. Enfin, des premiers résultats sont fournis sous la forme de tableaux. Score Epices : comparaison des résultats dans les échantillons ESPS et Cetaf. Etudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins.

Debrand, T. et Sorasith, C. (2010). "Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité ? Une analyse à partir du modèle ARAMMIS". Paris, Irdes ([Document de travail Irdes 32](#))

<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT32BouclierSanitaireAnalyseModeleArammis.pdf>

Cet article cherche à mesurer, à l'aide du modèle d'Analyse des réformes de l'assurance maladie par micro-simulation statique (ARAMMIS), les effets de la mise en place d'un bouclier sanitaire financé par la suppression du régime des affections de longue durée (ALD). Notre étude repose sur la comparaison des conséquences redistributives de différentes règles de boucliers sur les restes à charge des patients dans le secteur ambulatoire en France. Nous attachons une importance particulière aux indicateurs permettant de mettre en évidence les modifications des restes à charge et de mesurer l'évolution du système en termes d'équité. Nous présentons, dans une première partie, le cadre général du système de santé en France pour mieux comprendre le contexte et les enjeux d'une refonte du mode de remboursement lié à l'Assurance maladie obligatoire. Dans une deuxième partie, nous décrivons les hypothèses retenues, la base de données et le modèle de micro-simulation. Enfin, nous consacrons la dernière partie à la présentation des principaux résultats mesurant l'impact de la réforme tant au niveau des individus qu'au niveau du système (résumé d'auteur).

Debrand, T. et Sorasith, C. (2010). "Out-of-pocket maximum rules under a compulsory health care insurance scheme : a choice between equality and equity". Paris, Irdes ([Document de travail Irdes 34](#))

<https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT34OutPocketMaxRulesCompulsoryHealthCare.pdf>

Cette publication cherche à mesurer, à l'aide du modèle d'Analyse des réformes de l'Assurance maladie par microsimulation statique (ARAMMIS), les effets de la mise en place d'un bouclier sanitaire financé par la suppression du régime des affections de longue durée (ALD). Notre étude repose sur la comparaison des conséquences redistributives de différentes règles de boucliers sur les restes à charge des patients dans le secteur ambulatoire en France. Nous attachons une importance particulière aux indicateurs permettant de mettre en évidence les modifications des restes à charge et de mesurer l'évolution du système en termes d'équité. Nous présentons, dans une première partie, le

cadre général du système de santé en France pour mieux comprendre le contexte et les enjeux d'une refonte du mode de remboursement lié à l'Assurance maladie obligatoire. Dans une deuxième partie, nous décrivons les hypothèses retenues, la base de données et le modèle de micro-simulation. Enfin, nous consacrons la dernière partie à la présentation des principaux résultats mesurant l'impact de la réforme tant au niveau des individus qu'au niveau du système (résumé d'auteur).

Franc, C., Perronnin, M. et Pierre, A. (2010). "Qui a souscrit une surcomplémentaire ? Une analyse dynamique de l'auto-sélection." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(150)

Selon la théorie économique, les individus choisissent leur niveau de couverture en fonction de leurs dépenses de santé anticipées, révélant ainsi une partie de leur risque. Pourtant, sur le marché français de l'assurance santé, cette hypothèse, qualifiée d'« auto-sélection », n'a jusqu'ici été testée que sur la décision de souscrire ou non une complémentaire. Or, le marché de la complémentaire est très hétérogène, au moins autant que les risques des assurés. Entre le 1er juillet 2003 et le 31 décembre 2006, une surcomplémentaire a été proposée aux assurés bénéficiant de la complémentaire santé de la Mutuelle générale de l'équipement et des territoires (MGET). Ce contexte permet de tester l'existence d'auto-sélection dans le cas d'une demande d'augmentation des garanties parmi des individus couverts par une même complémentaire santé. À partir d'une approximation du risque santé par l'âge des assurés et leurs dépenses de santé passées, les déterminants de la souscription de la surcomplémentaire sont analysés et comparés au cours du temps. Fin 2005, environ 20 % des assurés de la MGET ont souscrit la surcomplémentaire, pour la grande majorité dès son lancement. Les premiers à l'avoir souscrite sont plus âgés, avec des besoins de soins importants principalement en consultations et visites, en optique et en dentaire. Les assurés les plus modestes auraient eu tendance à différer l'achat de la surcomplémentaire dans le temps (à partir de 2004) en anticipant des dépenses d'optique, seul poste qui conserve une influence positive significative au cours du temps.

Franc, C., Perronnin, M. et Pierre, A. (2010). "Subscribing to supplemental health insurance in France : a dynamic analysis of adverse selection". Paris, Irdes (Document de travail Irdes 35)
<https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT35SubscribingSupplementalHealthInsurance.pdf>

La sélection adverse est décrite de manière détaillée dans la littérature théorique sur l'assurance mais reste assez difficile à analyser d'un point de vue empirique. L'approche traditionnelle consiste à se focaliser sur le choix d'être couvert ou non couvert. Cependant, en ignorant l'hétérogénéité potentiellement forte au sein des assurés, cette approche peut éluder l'essentiel de la sélection adverse. Dans le contexte français, qui est caractérisé par l'existence d'une couverture assurantielle publique (PHI) universelle mais incomplète, cette étude analyse les déterminants de la décision de souscrire une surcomplémentaire santé (SHI) complétant les remboursements d'un contrat de couverture complémentaire santé de base (CHI). Ce travail permet ainsi d'analyser la demande d'assurance à la marge. En utilisant des données panélisées, elle étudie l'effet de l'état de santé, mesuré par l'âge et par les dépenses de santé passées, et du temps dans la décision de souscrire la surcomplémentaire. Un résultat important est l'évolution au cours du temps du rôle du risque santé dans la décision de souscription, illustrant le fait que la sélection adverse survient immédiatement après l'introduction de la surcomplémentaire. Après la période de souscription, l'effet des variables de risque santé (telles que les dépenses passées en soins de médecins) diminuent au cours du temps alors que les variables de risque financier (telles que les dépenses en optique et en dentaire et le revenu) restent significatives. Ces résultats mettent en lumière l'instabilité de l'effet du risque santé sur la demande d'assurance et donc le défi que représente l'analyse de la sélection adverse.

Grignon, M. et Kambia chopin, B. (2010). "Quelle subvention optimale pour l'achat d'une complémentaire santé." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(153)

L'assurance santé réduit le risque financier et joue un rôle important en termes d'accès aux soins des ménages à faibles revenus. Cependant, ces ménages bénéficient le moins d'une couverture santé complémentaire. Le revenu mensuel moyen des ménages sans couverture complémentaire est de 844 euros contre 1 382 euros pour ceux bénéficiant d'une couverture complémentaire. Favoriser l'achat d'une assurance santé complémentaire par les ménages modestes peut se faire en subventionnant

une partie de leur prime. C'est l'approche retenue par le dispositif d'Aide complémentaire santé (ACS) en France. Se pose alors la question des montants d'aide à apporter pour que la subvention permette une amélioration effective de l'accès à la complémentaire santé. L'objectif ici est de simuler l'impact de divers barèmes d'aide sur la décision d'achat d'une assurance complémentaire pour des ménages situés juste au-dessus du seuil de la CMU-C. Pour mener cette simulation, les comportements individuels d'achat de complémentaire santé sont observés. Selon nos résultats, pour que les trois quarts des bénéficiaires potentiels de l'ACS acceptent de payer une prime de 50 euros par mois, il faudrait porter le montant de l'aide à 80 % de cette prime

Guthmuller, S., Jusot, F., Wittwer, J., et al. (2010). "Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille". Paris, Irdes ([Document de travail Irdes 36](#))
<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT36RecoursCompSanteExperimentationSocialeLille.pdf>

Le dispositif de l'Aide complémentaire santé (ACS) a été mis en place au 1er janvier 2005 afin d'inciter les ménages dont le niveau de vie se situe juste au-dessus du plafond CMU-C à acquérir une couverture complémentaire santé (CS). Même si le nombre de bénéficiaires a lentement progressé depuis son introduction, le recours à l'ACS reste faible. Deux hypothèses peuvent être formulées pour expliquer cet état de fait : 1) Le défaut d'information sur l'existence du dispositif, sur son fonctionnement et sur les démarches à entreprendre pour en bénéficier. 2) Le montant de l'aide est insuffisant, une CS resterait trop chère même après déduction de l'aide. Cet article cherche à tester la validité de ces deux hypothèses dans le cadre d'une expérimentation contrôlée au niveau d'une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) (à Lille).

2009

Cases, C., Franc, C., Perronin, M., et al. (2009). "Analyse des consommations de soins des bénéficiaires de la MGET+ ; rapport final". Paris, Irdes

L'enjeu du travail présenté ici est double : il s'agit d'une part, de mieux comprendre les déterminants de la demande d'assurance santé dans le cadre de la souscription d'une assurance sur complémentaire santé, la MGET+, et d'autre part de décrire plus précisément l'effet de cette assurance sur la décision de consommations de soins. L'objectif principal de ce travail consiste à vérifier que conformément aux intuitions issues des résultats théoriques et empiriques en économie de l'assurance, les bénéficiaires d'une surcomplémentaire santé consomment davantage de soins que les bénéficiaires d'une assurance complémentaire de base. Deux hypothèses peuvent expliquer ce comportement : La première suggère que pour faire face à des dépenses importantes (et donc à des besoins de soins élevés), les individus les plus concernés souscrivent une assurance supplémentaire. Ceci illustre le phénomène d'«antisélection». La seconde suggère que les personnes bénéficiant d'une surcomplémentaire font moins attention à leurs dépenses de soins (ce que l'on appelle « le risque moral»). L'assurance supplémentaire peut également favoriser la consommation de soins en solvabilisant l'accès aux soins. Le fait de disposer d'un historique des consommations de soins deux ans avant et deux ans après la mise en place de la MGET+ permet, dans cette étude, de distinguer l'antisélection du risque moral ou de l'amélioration de l'accès aux soins, après avoir caractérisé les assurés de la MGET+ en termes de caractéristiques individuelles telles que l'âge, le sexe, le niveau de revenu et la catégorie socio professionnelle.

2008

Allonier, C., Dourgnon, P. et Rochereau, T. (2008). "Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006". Paris, Irdes ([Les rapports de l'Irdes 1701](#))
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1701.pdf>
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes131.pdf>

Depuis 1988, l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) interroge les Français sur leur état de santé, leur recours aux soins et leur couverture maladie. Par sa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, elle participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des

problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé. En 2006, ESPS a interrogé 8 100 ménages et 22 000 individus. Un suréchantillon de ménages couverts par la Couverture maladie universelle complémentaire a complété l'échantillon habituel, afin de mieux décrire les caractéristiques d'état de santé et d'accès aux soins de cette population. L'enquête 2006 incorpore de nouveaux questionnements. Elle vise en particulier à participer à l'évaluation de la réforme du « médecin traitant » et du parcours de soins coordonnés. Des questions sur la santé respiratoire et l'asthme permettront d'évaluer l'évolution de la maladie, d'étudier ses déterminants sociaux et environnementaux, puis d'évaluer l'adéquation des traitements effectifs avec les normes de bonnes pratiques médicales. Un module sur les conditions de vie dans l'enfance et l'état de santé des parents permettra d'approfondir les travaux menés sur les mécanismes intergénérationnels à l'œuvre dans la construction des inégalités des chances en santé, notamment la transmission des comportements à risque pour la santé. Les contrats individuels de complémentaire santé : quel poids dans le budget des ménages ? Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme.

Franc, C., Perronnin, M. et Pierre, A. (2008). "Private supplementary health insurance : retirees' demand". Paris, Irdes (Document de travail Irdes 9)
<https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT9PrivateSuppleHealthInsurance.pdf>

In France, private health insurance, that supplements public health insurance, is essential for access to health care. About 90% of the population is covered by a private contract and around half of them obtain their coverage through their employer. Considering the financial benefits associated with group contracts compared to individual contracts, we assume that the switching behaviors vary among different beneficiaries during the transition to retirement. Indeed, despite a 1989 law, the gap in premiums increases at retirement between group and individual contracts affords the opportunity to study the marginal price effect on switching behaviors. In this study, we consider the nature of the contract prior to retirement (compulsory or voluntary membership group contract and individual contract) as an indirect measure of the price effect. We focus on its role and check for a large number of individual characteristics that may influence the new retirees' health insurance demand.

Kambia chopin, B., Perronnin, M., Pierre, A., et al. (2008). "La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire : résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006)." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(132)

En 2006, plus de 9 personnes sur 10 déclarent être couvertes par une complémentaire santé en France. Parmi les personnes non couvertes, plus d'une personne sur deux évoque des raisons financières. L'accès à la complémentaire santé reste donc encore difficile et coûteux pour les ménages dont les revenus sont faibles. En effet, ce sont eux qui déclarent les taux de couverture les plus bas. À l'inverse, les ménages ayant les revenus les plus élevés, notamment les cadres, bénéficient d'un accès plus facile à la complémentaire santé du fait de ressources financières plus importantes et d'un accès plus fréquent à la couverture d'entreprise. Pour la première fois, les données de l'enquête Santé Protection Sociale (ESPS) sont exploitées pour calculer le taux d'effort, c'est-à-dire la part de revenu que les ménages consacrent à la couverture complémentaire. Ce taux d'effort varie de 3 % pour les ménages les plus aisés à 10 % pour les ménages les plus pauvres (exception faite des bénéficiaires de la CMU-C). Pour un taux d'effort trois fois plus élevé, les ménages les plus pauvres bénéficient cependant de contrats offrant en moyenne des garanties inférieures aux contrats des ménages les plus aisés. Par ailleurs, l'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins pour des raisons financières qui concerne, en 2006, 14 % de la population.

Kambia chopin, B., Perronnin, M., Pierre, A., et al. (2008). "Les contrats individuels de complémentaire santé : quel poids dans le budget des ménages ?". Paris, Irdes (Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006).
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1701.pdf>

Les données recueillies dans l'enquête Santé et Protection Sociale de l'Irdes permettent d'étudier le poids d'un contrat de couverture complémentaire santé dans le budget des ménages. Ce poids, appelé « taux d'effort », n'a pas encore été étudié en population générale sur données françaises. Pourtant, dans un contexte où les dernières réformes de santé tendent à diminuer le rôle de l'assurance

obligatoire, il semble important de l'évaluer et de le prendre en considération dans la conduite des politiques publiques. L'accès à la couverture complémentaire santé se fait soit par l'intermédiaire de l'entreprise, soit par une démarche individuelle. Pour étudier le taux d'effort des ménages, nous observons uniquement les personnes qui bénéficient d'un contrat individuel, seules à arbitrer le coût et les bénéfices d'un contrat. En effet, dans le cas des contrats collectifs, l'employeur participe au paiement de la prime à hauteur de 50 % en moyenne. De plus, le salarié ne connaît pas précisément le montant de sa prime, souvent prélevée directement sur sa feuille de paie. Enfin, dans 50 % des cas, la souscription est imposée à l'ensemble des salariés. Avant d'étudier le taux d'effort des ménages ne bénéficiant pas de contrats collectifs, les auteurs commencent par présenter le cadre théorique dans lequel s'inscrit cette étude, ainsi que les différences de revenus et de primes en fonction de la couverture des ménages.

2007

Franc, C. et Perronnin, M. (2007). "Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(121)

Cette étude propose une évaluation du dispositif d'aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire en santé appelé Aide complémentaire santé (ACS), depuis sa mise en place en janvier 2005. L'objectif de cette aide financière est de faciliter l'accès à une couverture complémentaire pour les personnes ayant un revenu juste au-dessus du plafond permettant de bénéficier de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).

Franc, C., Perronnin, M. et Pierre, A. (2007). "Changer de complémentaire santé à l'âge de la retraite : un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(126)

Lors du passage à la retraite, de nombreux assurés changent d'organisme complémentaire santé : c'est le cas de 51 % des titulaires d'un contrat d'entreprise obligatoire, 39 % des titulaires d'un contrat d'entreprise facultatif et 23 % des titulaires d'un contrat individuel. Les changements plus fréquents parmi les personnes ayant un contrat collectif - a fortiori un contrat obligatoire - sont confirmés après avoir pris en compte d'autres caractéristiques pouvant expliquer cette mobilité, notamment l'état de santé. Ce résultat reflète l'impact, lors du passage à la retraite, de la hausse des cotisations pour les titulaires d'un contrat collectif, hausse principalement due à la perte de la tarification de groupe et de la participation de l'employeur. La plus forte mobilité des bénéficiaires d'un contrat collectif peut également signifier que les garanties conçues pour un groupe de salariés sont inadaptées aux besoins de soins des retraités. La mobilité est aussi liée au type d'organisme gérant le contrat avant le passage à la retraite : les assurés des sociétés d'assurance changent plus fréquemment que ceux des mutuelles ou des institutions de prévoyance.

2006

Allonier, C., Dourgnon, P. et Rochereau, T. (2006). "L'Enquête Santé Protection Sociale 2004, un outil d'analyse pluridisciplinaire de l'accès aux soins, de la couverture maladie et de l'état de santé des Français." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(105)

Ce bulletin présente la méthodologie et les nouveaux questionnements de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) menée en 2004 par l'Irdes. ESPS 2004 est un outil pluridisciplinaire qui permet d'étudier, au niveau de l'individu, les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à la couverture maladie publique ou privée et le statut économique et social. Sa périodicité courte, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale lui permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter les problématiques d'équité du système ou de santé publique. Enfin, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend notamment possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins. Parmi les principales nouveautés, on peut noter des questions sur le déroulement de séances de médecine ambulatoire, des questions sur les périodes d'inactivité, de difficultés financières ou d'isolement, ainsi qu'un recueil du capital social.

Allonier, C., Dourgnon, P. et Rochereau, T. (2006). "Santé - soins et protection sociale en 2004 : Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS)". Paris, Irdes ([Les rapports de l'Irdes 1621](#))
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1621.pdf>

L'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) menée en 2004 par l'Irdes est un outil pluridisciplinaire qui permet d'étudier, au niveau de l'individu, les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à la couverture maladie publique ou privée et le statut économique et social. Sa périodicité courte, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale lui permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter les problématiques d'équité du système ou de santé publique. Enfin, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend notamment possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins. Parmi les principales nouveautés, on peut noter des questions sur le déroulement de séances de médecine ambulatoire, des questions sur les périodes d'inactivité, de difficultés financières ou d'isolement, ainsi qu'un recueil du capital social.

Allonier, C., Guillaume, S. et Rochereau, T. (2006). "Enquête Santé et protection sociale 2004 : premiers résultats." *Questions d'Economie de la santé (Irdes)*(110)

L'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) dresse un tableau de l'état de santé, des soins et de la protection sociale de la population de France métropolitaine selon ses caractéristiques sociales. En 2004, de nouvelles données sur l'état de santé montrent que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ne pas se déclarer en bonne santé. Elles déclarent d'ailleurs plus de maladies que les hommes, mais de moindre gravité. Les hommes, qui ont une espérance de vie plus faible, déclarent plus de maladies graves. Malgré l'existence de la couverture maladie universelle complémentaire, près d'une personne sur 10 déclare encore ne pas avoir de couverture maladie complémentaire et 13 % avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Près de la moitié des renoncements concernent les soins dentaires, 18 % les lunettes et 9 % les soins de spécialistes. L'enquête confirme le fort gradient social des statistiques de santé : ce sont les ménages d'ouvriers ou d'employés qui se déclarent en plus mauvais état de santé, qui déclarent le moins bénéficier d'une couverture complémentaire maladie et le plus de renoncements aux soins.

Franc, C. et Perronnin, M. (2006). "Note de l'IRDES sur la classification des contrats de couverture complémentaire : Annexe 3". [[Evolution du prix et du contenu des contrats ouvrant droit au crédit d'impôt \(en application de l'article L863-5 IN : du Code de la Sécurité Sociale\)](#)]. Paris, Fonds CMU

Cette note présente une classification des contrats selon leurs garanties en considérant principalement 5 types de soins : honoraires hospitaliers (médecine, chirurgie), soins de médecins de ville, pharmacie à vignette blanche, lunettes à verres complexes, prothèses fixes. D'autres garanties comme celles pour les lunettes à verres simples et les prothèses dentaires amovibles ou encore la pharmacie à vignette bleue n'entrent pas directement dans la classification car elles sont très corrélées aux garanties "classantes" mais participent à l'illustration des classes obtenues. Les méthodes de classification utilisées permettent de faire apparaître les groupes de contrats ayant des logiques similaires de garanties. Afin de représenter au mieux le positionnement des bénéficiaires du crédit d'impôt face à l'offre, la classification est construite sur la base d'une pondération suivant les effectifs relatifs des bénéficiaires de chaque option. Les méthodes utilisées font apparaître des classifications en 4 ou 6 classes reflétant une hiérarchie selon l'ensemble des garanties. En effet, il apparaît clairement une logique proportionnelle dans la classification des contrats : le niveau des garanties a tendance à croître simultanément. La classification en 4 classes se décompose pour la classe 1, en un groupe de contrats couvrant peu ou pas les soins de ville, pour la classe 2, en un groupe de contrats couvrant plutôt faiblement l'ensemble des soins, les classes 3 et 4 offrent des niveaux de garanties de plus en plus élevés pour tous les soins. La typologie en 6 classes permet une analyse plus fine des contrats au sein des classes et particulièrement pour les classes 3 et 4. Nous proposons finalement de retenir la classification à 6 classes, pour préserver la simplicité d'utilisation de la typologie tout en détaillant les classes 3 et 4 (de la typologie en 4 classes) sur laquelle se concentre une part significative des contrats ouvrants droits à crédit d'impôt.

Francesconi, C., Perronnin, M. et Rochereau, T. (2006). "Complémentaire maladie d'entreprise : contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'antisélection et conséquences pour les salariés." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(115)

La couverture complémentaire maladie d'entreprise proposée à 72 % des salariés, d'après l'enquête sur la Protection sociale complémentaire en entreprise (PSCE), est loin de représenter un bloc uniforme. De multiples offres existent : contrats obligatoires proposés à tous les salariés ou à une partie d'entre eux, contrats à souscription facultative avec ou sans options? Ces offres ne sont pas toutes exposées au même degré de risque d'antisélection. L'antisélection reflète le comportement d'individus jeunes et en bonne santé qui préfèrent ne pas s'assurer, le financement du risque maladie étant alors reporté sur les individus en mauvaise santé. D'après notre enquête, les assureurs se protègent de ce risque en proposant en grande majorité des contrats collectifs obligatoires ou des contrats facultatifs à options. Les contrats facultatifs sans options sont les plus exposés à ce risque, ils concernent à peine 15 % des salariés. Dans ce cas, des majorations de cotisations peuvent être prévues pour les salariés qui retardent la souscription du contrat. Contrats collectifs obligatoires et contrats facultatifs n'offrent pas les mêmes intérêts aux salariés. Les premiers, non soumis à l'antisélection et qui cumulent une série d'avantages en termes de coûts, proposent des niveaux de garanties en moyenne plus élevés. Les seconds laissent plus de liberté aux salariés, notamment la liberté de souscription, et semblent, dans le secteur des services, plus souvent proposés par des entreprises qui délèguent la gestion du contrat aux salariés (résumé d'auteur).

Francesconi, C., Perronnin, M. et Rochereau, T. (2006). "La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(112)

A partir d'une enquête menée fin 2003 auprès d'entreprises, cette étude montre qu'en matière de couverture maladie collective, les cadres cumulent les avantages : plus nombreux que les non-cadres à y accéder, ils bénéficient également de niveaux de garanties plus élevés. En effet : les entreprises employant de fortes proportions de cadres offrent en moyenne des contrats avec des garanties plus importantes ; et lorsqu'elles proposent des contrats différents selon la catégorie des salariés, les garanties sont presque toujours plus fortes pour les cadres. Au final, pour les soins les moins bien remboursés par l'Assurance maladie obligatoire, les soins dentaires et l'optique, un cadre sur trois peut accéder, via son entreprise, à un contrat offrant des garanties élevées contre seulement un non-cadre sur cinq. Si, en moyenne, les niveaux de garanties varient peu selon les secteurs d'activité, de fortes disparités existent entre entreprises d'un même secteur, selon leur taille et le statut des salariés. Ainsi, les salariés des petites entreprises du secteur des services et encore plus de l'industrie restent majoritairement exclus de la protection maladie collective ; par ailleurs, contrairement au secteur de l'industrie, le secteur de la construction fait peu de différences entre cadres et non-cadres que ce soit pour l'accès aux contrats collectifs ou pour les niveaux de garanties offerts.

2005

Lengagne, P. et Perronnin, M. (2005). "Impact des niveaux de garantie des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursées par l'Assurance maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(100)

Depuis plusieurs années, l'IRDES cherche à évaluer les niveaux de garanties proposés par les contrats de couverture complémentaire santé et à mesurer leur impact sur les consommations de soins. Une étude menée à partir des Enquêtes sur la santé et la protection sociale 2000 et 2002 a permis de décrire les niveaux de garantie optique et dentaire proposés par ces contrats. En associant ces données avec les informations sur les consommations de soins issues de l'Echantillon permanent des assurés sociaux, les auteurs analysent le lien existant entre niveaux de couverture et achats de lunettes et de prothèses dentaires.

2004

Couffinal, A., Grandfils, N., Grignon, M., et al. (2004). "Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise en France. Méthodologie et premiers résultats". Paris, Irdes ([Les rapports de l'Irdes 1540](#))
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2004/rap1540.pdf>

Pour la première fois, une enquête nationale a été réalisée par l'IRDES en 2003 auprès des entreprises afin de dresser un état de l'offre de la complémentaire maladie et de la prévoyance santé au sein des entreprises. Elle complète les données issues de l'enquête ESPS menée tous les deux ans en population générale en France. L'objectif est de décrire le marché de la complémentaire maladie d'entreprise en cherchant à répondre à la question : quels salariés accèdent à quelle couverture et sous quelles conditions ? La première partie de ce document est consacrée à la méthodologie de l'enquête. Dans une seconde partie sont présentés les premiers résultats nationaux sur la protection sociale complémentaire d'entreprise en deux chapitres, l'un consacré à la complémentaire maladie, l'autre à la prévoyance santé.

Couffinal, A. et Perronnin, M. (2004). "Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement. Enquête ESPS 2000 et 2002". Paris, Credes ([Les rapports du Credes 1521](#))
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2004/rap1521.pdf>

A partir des données de l'enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) menée en 2000 et 2002, cette étude présente une typologie des contrats de couverture complémentaire construite à partir des niveaux réels de garantie qu'ils proposent en optique et en dentaire. Après une présentation de la méthodologie, l'analyse classe les contrats en quatre niveaux de remboursement : faible, moyen, fort en optique, fort en dentaire. Les quatre groupes de contrats sont ensuite caractérisés par le mode de souscription (collectif obligatoire, collectif facultatif, individuel) et le type d'organisme (mutuelle, institution de prévoyance, assurance). Enfin, sont analysés les caractéristiques sociodémographiques (revenu par unité de consommation, PCS, situation professionnelle...), l'état de santé et le recours aux soins des individus qui bénéficient des différents niveaux de garantie.

Couffinal, A. et Perronnin, M. (2004). "Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement. Enquête ESPS 2000 et 2002." [Questions d'Economie de la santé \(Credes\)](#)(80)

Le CREDES étudie régulièrement le fonctionnement et l'organisation de l'assurance maladie complémentaire, en particulier grâce à l'enquête Santé et protection sociale (ESPS). Cette enquête, menée tous les deux ans auprès des Français permet, entre autres, de caractériser les niveaux de couverture complémentaire dont bénéficient les assurés. L'étude présentée ici est réalisée en agrégeant les données recueillies en 2000 et 2002 et fait suite à l'étude menée à partir des données de l'année 1998 (Bocognano et al., 2000).

Perronnin, M. (2004). "Les primes de contrats individuels des couvertures complémentaires en 1998." [Questions d'Economie de la santé \(Irdes\)](#)(90)

Depuis plusieurs années, l'IRDES étudie le marché de la couverture complémentaire et a élaboré, en 1998, 2000 et 2002, une typologie des niveaux de garantie des contrats, fondée sur des remboursements en optique et en dentaire. Cette étude met en relation les classes de garantie et les primes, en s'appuyant sur l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 1998 qui permet de disposer des deux types d'informations.

2003

Auvray, L., Doussin, A. et Le fur, P. (2003). "Santé, soins et protection sociale en 2002." [Questions d'Economie de la santé \(Credes\)](#)(78)

Les résultats présentés dans cette synthèse sont issus de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS), menée tous les deux ans par le CREDES, auprès d'environ 20 000 personnes. Cette enquête est représentative des ménages résidant en France (hors collectivités) et dont un des membres est assuré

à l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie : régime général, régime agricole ou régime des professions indépendantes. Elle permet de faire régulièrement le point sur l'état de santé, le recours aux soins et la couverture maladie selon différentes caractéristiques de la population : âge, sexe, milieu social, niveau de revenu, niveau d'études? Les premiers résultats concernant l'année 2002 sont présentés dans cette synthèse. Un rapport complet comprenant l'ensemble des résultats détaillés est également disponible (Auvray et al., 2003).

Grignon, M. et Perronnin, M. (2003). "Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins." Questions d'Economie de la santé (Credes)

Cette étude fait suite aux analyses déjà réalisées sur l'impact sur la consommation de soins des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), notamment par la CNAMTS et la DREES. Elle permet de les enrichir en comparant l'évolution des consommations sur une période plus longue (depuis 1998) et pour différentes populations de bénéficiaires de la CMUC : ceux qui sont entrés dans le dispositif dès le 1er janvier, qui étaient en grande partie des bénéficiaires de l'Aide médicale générale (AMG) ; ceux qui sont entrés après le 1er janvier et qui ont pour la plupart effectué une démarche volontaire pour en bénéficier.

Le Fur, P. et Perronnin, M. (2003). "L'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2002." Questions d'Economie de la santé (Credes)(76)

Les résultats présentés sont issus de l'enquête santé et protection sociale réalisée par le CREDES en 2002 (ESPS 2002). Cette enquête, effectuée tous les deux ans, permet d'interroger un échantillon d'environ 20 000 personnes représentatif des assurés sociaux et de leur famille. Les interrogations portent essentiellement sur l'état de santé, la consommation de soins, la protection sociale et les opinions sur la santé et le système de soins. Dans ce travail, nous étudions l'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et le comparons à celui du reste de la population. L'état de santé des personnes déclarant de faibles revenus, mais ne disposant pas de la CMUC, est également abordé.

2002

Buchmueller, T. c., Couffinhal, A., Grignon, M., et al. (2002). "Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaires sur le recours aux soins." Questions d'Economie de la santé (Credes)(47)

Les personnes couvertes par une complémentaire santé ont-elles des dépenses de soins plus élevées que les personnes non couvertes ? Si oui, cette augmentation est-elle proportionnelle à la qualité des contrats ? Traduit-elle un recours plus fréquent au système de santé ou un mode d'accès différent ? L'enquête périodique sur la santé et la protection sociale (ESPS), menée en 1998 a fourni pour la première fois des informations sur la qualité objective des couvertures complémentaires maladie. L'étude présentée ici évalue l'impact du niveau de couverture complémentaire sur le recours au généraliste et au spécialiste.

Couffinhal, A. et Paris, V. (2002). "Co-payments imposed to public health care system users in France", Paris, Credes.

2001

Auvray, L., Dumesnil, S. et Le fur, P. (2001). "Santé, soins et protection sociale en 2000." Questions d'Economie de la santé (Credes)(46)

Pour mieux comprendre l'évolution du comportement de la population face au système de soins et de protection sociale, le CREDES effectue, tous les deux ans, une enquête auprès d'un échantillon représentatif de ménages. En 2000, 7074 ménages, soit environ 20 000 personnes ont été enquêtées. Ce document est une synthèse du rapport, ou sont étudiés la couverture maladie, l'état de santé et les

consommations médicales des personnes vivant en France. Les différentes consommations analysées sont : le recours au médecin ou au dentiste, l'acquisition de produits pharmaceutiques, l'hospitalisation ainsi que le recours aux pratiques de soins parallèles. Par ailleurs, on relève le point de vue des enquêtés sur le système de santé et son fonctionnement. Différents facteurs agissant sur le comportement des individus sont mis en évidence : l'état de santé et les facteurs de risque associés, l'âge et du sexe, le mode de couverture sociale (notamment la couverture maladie universelle complémentaire), le niveau d'études, l'activité, le milieu social et le type de ménage (résumé d'auteur).

Hourcade, P., Grignon, M. et Jusot, F. (2001). "L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de littérature." Questions d'Economie de la santé (Credes)(43)

Les inégalités sociales de santé sont partout largement observées, notamment aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et en France. L'assurance maladie publique est traditionnellement considérée comme un instrument de lutte contre ces inégalités. En France, les pouvoirs publics ont constitué, au 1er janvier 2000, une assurance complémentaire attribuée gratuitement aux plus démunis, la Couverture Maladie Universelle. L'impact positif de l'assurance maladie sur l'état de santé des plus pauvres et donc sur la réduction des inégalités sociales de santé, implicitement supposé, mérite pourtant d'être étudié. Les auteurs présentent une revue de ces études qui, dans la littérature internationale, ont tenté d'analyser cet impact (extrait).

Perronnin, M., Swarcenczstein, K., Couffinhal, A., et al. (2001). "Généralistes versus spécialistes : une étude de l'influence des couvertures complémentaires santé sur les comportements de consommation à partir de l'enquête Santé et Protection Sociale 1998". Paris, Ensaie

Les analyses du risque moral en France ont porté essentiellement sur l'impact de la détention d'une couverture complémentaire sur le volume de soins. Cette étude avait pour objectif d'affiner cette problématique en répondant à la question suivante : les gens mieux assurés dépensent-ils plus ? Et si oui, comment ? Plus précisément, il s'agissait d'identifier et de mesurer un effet quantité, un effet substitution, un effet prix. Dans sa première et seconde partie, ce document présente l'agencement de la couverture obligatoire d'assurance maladie et de la complémentaire santé en France, puis l'enquête Santé et Protection Sociale 1998 qui a été utilisée pour cette étude. La troisième partie présente une estimation d'une demande de soins de spécialiste qui permet d'expliquer de manière pertinente l'effet de la couverture complémentaire. L'analyse porte ensuite sur l'arbitrage entre renoncement à des soins / consommation de soins chez un généraliste / consommation de soins chez un spécialiste qui est issu directement de la structure du système de santé en France où, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, l'accès au spécialistes est très aisé. En France, le choix se fait directement par les individus. Les médecins généralistes et spécialistes sont donc mis en concurrence. Dans ce cadre, deux modèles de choix ont été mis en place pour comprendre la façon dont les individus prennent leurs décisions de consommation : un modèle à choix séquentiel et un modèle à choix simultanés. C'est le modèle à choix simultanés qui semble plus pertinent pour expliquer cet arbitrage ainsi que le rôle de la couverture complémentaire.

Articles

2025

(2025). Couverture du risque prévoyance : comment l'améliorer ? Lettre du Collège (1)

Cette 27e conférence thématique organisée par le Collège des Économistes de la Santé, partant de ce constat, s'intitule donc logiquement « Couverture du risque prévoyance : comment l'améliorer ? ». Une première Table ronde établit les constats, non seulement d'une couverture imparfaite et inégalitaire, mais aussi des difficultés d'assurance en présence de risques aggravés, posant la question de la nécessaire mutualisation des risques. Une deuxième Table ronde a permis un débat animé sur les différentes possibilités d'extension de cette couverture : faut-il une obligation de couverture pour tous les salariés ? sur quel périmètre ? la mutualisation doit-elle se faire par branche ou interbranche ? dans un cadre de concurrence régulée plus ou moins contraignant ou en laissant faire le marché ? Si des options différentes sont débattues, certaines idées convergentes permettent d'esquisser les bases d'une évolution souhaitable du marché de la prévoyance complémentaire. Cette évolution pourrait s'appuyer sur la définition d'un socle de risques à couvrir pour l'ensemble des salariés, mais en laissant le maximum de place à la négociation collective, que ce soit dans le cadre de la branche ou de l'entreprise, et donc en évitant l'écueil d'une régulation trop rigide ne permettant pas l'adaptation de l'offre aux besoins. La régulation des contrats responsables pour l'assurance complémentaire sur les frais de soins constitue à cet égard un contre-exemple qui rend les acteurs du marché relativement méfiants vis-à-vis d'une régulation publique plus importante dont le principe fait pourtant consensus (tiré de l'éditorial)

(2025). "Financements des soins entre Assurance maladie obligatoire et complémentaires santé : Pour un financement à 100 % des soins essentiels pour toutes et tous". Paris, Que choisir

<https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-inegalites-d-acces-aux-soins-essentiels-exigeons-une-prise-en-charge-publique-a-100-n148924>

Complexe, opaque et coûteux, le financement du système de santé est de plus en plus à la charge des usagers. Pour répondre à ces défis, l'UFC-Que Choisir s'intéresse dans le présent dossier au scénario souvent qualifié de "Grande Sécu" détaillé dans un rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie en 2022, qui propose d'élargir significativement le périmètre de l'assurance maladie obligatoire. Ce scénario préconise une prise en charge intégrale des soins essentiels, notamment en supprimant tickets modérateurs, franchises et participations forfaitaires, tout en intégrant des soins aujourd'hui remboursés par les complémentaires santé. Cette réforme, nécessitant un financement adapté, permettrait de simplifier le système, de réduire les inégalités et de renforcer la solidarité intergénérationnelle.

Batifoulier, P. (2025). "Le financement de la santé : un choix de société." Cahiers français(443): 54-61.

L'enjeu du financement de la santé est essentiel et relève d'un choix de société, intimement lié à la priorité accordée à la santé aux yeux des populations. La prise en charge publique a permis de rendre les découvertes médicales accessibles à tous. Désormais, ce modèle est remis en question au nom de la maîtrise des comptes publics. Les problèmes de financement de la santé sont pourtant davantage à rechercher dans l'érosion de la Sécurité sociale au profit des assurances santé privées.

Delteil, S. (2025). "Un « petit article » de loi sur la couverture complémentaire des salariés qui en dit long sur les ambivalences de notre système de protection sociale." Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie(43): 85-92.

Le Sénat, dans sa récente mission d'information « Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français » déposée le 24 septembre 2024, évoquait une « urgence », à savoir celle de « renforcer la mutualisation à l'attention des exclus des contrats collectifs ». Pour cela, le rapport préconise de « réviser les mécanismes de sortie des contrats collectifs [...] dans une logique de mutualisation intergénérationnelle » et « que soit instaurée une logique de taux d'effort dans

l'éligibilité à la C2S ». Ces propositions sont, pour partie des vieilles recettes, aussi il nous semble d'actualité d'interroger un mécanisme de solidarité intergénérationnelle qui a déjà été mis en place depuis maintenant plus de 30 ans afin de chercher à comprendre ce qu'il dit des solidarités et de la justice sociale. L'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, est venu instaurer un lien entre l'assurance complémentaire santé des salariés et celle des anciens salariés, devenus retraités. Ce qui peut sembler un détail dans l'architecture de notre système de protection sociale n'est pas aussi anodin qu'il y paraît. En effet, à y regarder de plus près, ce simple article flanqué de ses deux décrets d'application (les décrets n° 90-769 du 30 août 1990 et n° 2017-372 du 21 mars 2017) qui témoignent d'une interprétation distincte du texte initial au regard de la logique de solidarité intergénérationnelle, révèle de profondes tensions qui le parcourent jusqu'à notre système d'assurance maladie lui-même. À partir de l'analyse de ce « petit texte », il est permis de mettre en évidence quelques-unes de ses tensions, voire de ses contradictions. Au-delà des différences se rapportant à l'introduction d'une logique de redistribution entre les actifs et les retraités, le texte de loi soulève une ambiguïté quant à la compréhension de l'utilité des parcours de soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire avec ce qui relève de l'assurance volontaire. Pour nourrir une réflexion plus globale sur le rôle et l'organisation de notre système d'assurance maladie, nous souhaitons nous appuyer sur cet article de loi afin de mettre en évidence les hésitations et les ambivalences du système actuel.

2024

Ginon, A. s. (2024). "Les professionnels de santé et leurs financeurs. Etude sur la "crise" des configurations juridiques." Revue de droit sanitaire et social (Hors série) : 53-63.

Les conventions (avec l'assurance-maladie via les syndicats représentatifs) et les contrats (avec les organismes d'assurance maladie complémentaires dans le cadre des réseaux de soins) sont les deux outils principaux d'organisation des relations juridiques entre les professionnels de santé et les financeurs du système. L'article tente de distinguer les mutations expliquant la crise que vit ces configurations juridiques : tension du modèle économique sur lequel s'est construit le statut juridique des professions de santé exerçant en libéral; mise sur le marché des professions de santé et l'évolution de la définition du soin; crise de la "rhétorique" de la complémentarité entre l'AMO et l'AMC.

Minery, S. et Or, Z. (2024). "La gestion des dépenses de santé en Allemagne et en France." Sève : les tribunes de la santé(81 (en ligne): 41-53.

L'Allemagne est le berceau de l'Assurance maladie sociale puisque le premier régime d'assurance maladie y a été créé en 1883 par le chancelier allemand Otto von Bismarck. Si la France s'est inspirée du modèle allemand pour introduire la Sécurité sociale, les systèmes de santé ont évolué différemment dans les deux pays. Les dépenses de santé en Allemagne (12,7 % du produit intérieur brut en 2022) suivies par la France (12,1 %) sont les plus élevées au monde derrière les États-Unis. Toutefois, la composition de ces dépenses varie entre les deux pays. Cet article tiré d'une étude plus large compare les principaux mécanismes et politiques qui définissent et régulent les prix et les volumes des soins en ville et à l'hôpital en France et en Allemagne. Nous décrivons les principaux atouts et différences des deux systèmes de santé afin d'identifier des éléments intéressants pour améliorer la gestion des dépenses de santé en France.

2022

Batifoulier, P. et Da Silva, N. (2022). "La petite réforme de la « grande sécu ». Illustration d'un capitalisme politique en santé ?" Revue française de socio-économie n° 29(2) : 3-17.

Del Sol, M. (2022). "Nouveau Regard sur « L'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire : quelles implications pour la solidarité ? »." Regards N° 60(1): 142-148.

Del Sol, M. et Ginon, A.-S. (2022). "Débat sur la « grande Sécu » : revenir à l'essentiel." Droit social(01): 80.

Jegot, R., Pierru, F., Canil, I., et al. (2022). "La grande Sécu que nous voulons." Pratiques : les cahiers de la médecine utopique(97): 1-66.

Les auteurs de ce numéro analysent les avantages de cette Grande Sécu en termes de progrès pour les patients comme pour les soignants au-delà de l'aspect économique. L'idée est de redevenir fiers d'un système de soins de qualité qui ne laisse personne à la porte.

Pellet, R. (2022). "Les réformes financières : bilan et perspectives." Sève : les tribunes de la santé(71): 111-122.

Au cours du « quinquennat de santé 2017-2022 », nous avons eu l'occasion de publier plusieurs articles commentant les mesures adoptées par le législateur en application des engagements de campagne de M. Emmanuel Macron et en réaction aux deux crises majeures que la législature a connues, le mouvement dit des « gilets jaunes » d'une part, la crise sanitaire de la pandémie de Covid-19 d'autre part, cette dernière ayant conduit à des négociations entre les pouvoirs publics et les acteurs du système de santé pour aboutir le 13 juillet 2020 aux « accords du Ségur de la santé » qui comprennent d'importantes mesures de revalorisation des rémunérations des praticiens de santé et d'investissement dans les hôpitaux. En accord avec les responsables de cette revue, nous procéderons à une synthèse et actualisation de nos analyses sur les trois principales réformes financières du système de santé qui ont été réalisées entre 2017 et 2022, en écartant de notre champ d'étude des mesures qui n'ont pas encore d'effet concret à court terme. C'est le cas notamment de la création au sein de la Sécurité sociale de la branche « autonomie », réforme qui, pour l'heure, ne s'est pas traduite par une modification significative du mode de financement du risque dépendance.

2021

Bazzocchi, D. (2021). "Entre État et marché : quel rôle futur pour l'assurance de santé en France ?" Revue d'Economie Financière(143): 95-108.

Caniard, E. (2021). "L'étouffement progressif des OCAM." Revue d'Economie Financière(143): 109-122.

La place des OCAM (organismes complémentaires d'assurance maladie) était marginale en 1945, au moment de la création de la Sécurité sociale, une minorité de français en disposait et leur intervention se limitait à la couverture du ticket modérateur. Depuis, les régimes obligatoires se sont concentrés sur le « gros risque » délaissant les « soins courants »³ dont ils ne remboursent aujourd'hui que la moitié des dépenses. Les complémentaires santé sont devenues peu à peu indispensables à l'accès aux soins. Le taux de renoncement est multiplié par deux en l'absence de couverture complémentaire⁴ ; 96% des Français en disposent aujourd'hui. Pourtant leur place est l'objet de polémiques constantes qui semblent davantage inspirées par des positions dogmatiques que par une réflexion sur ce que pourraient être les rôles respectifs des régimes obligatoires et complémentaires.

Gay, R., Sauvat, C. et Batifoulier, P. (2021). "Assurance santé : aux frontières du public et du privé." Revue de l'Ires (la)(103-104)

La division public/privé est un critère central utilisé dans la littérature pour différencier et caractériser, dans une perspective comparative, les différents systèmes de santé. Cette division est appliquée autant à l'offre de soins qu'à son financement. L'objectif de ce numéro spécial est d'interroger cette division public/privé, dont la pertinence est peu questionnée et sa capacité heuristique à rendre compte des transformations des systèmes de santé en se centrant sur leur financement et sur le rôle des assurances privées aux États-Unis et en France. Le choix de cette comparaison peut surprendre, tant l'histoire et la configuration des systèmes de santé s'opposent dans ces deux pays, notamment du point de vue du rôle occupé par les assurances privées, périphérique en France et central aux États-Unis. Mais il a pour vertu de revisiter les transformations du financement de l'assurance santé en France à la lumière des imbrications entre opérateurs publics et privés mises en évidence depuis longtemps outre-Atlantique et de questionner les enjeux qu'elles impliquent vis-à-vis des principes de solidarité et d'égalité.

Kervasdoue, J. d. (2021). "Assurance maladie : l'impossible colmatage du tonneau des Danaïdes." Revue d'Economie Financière(143): 61-79.

Après un historique sur les plans d'équilibre des comptes de l'assurance maladie en France depuis 1975, cet article démontre qu'en l'absence de mécanismes autorégulateurs pour financer la part importante des dépenses de soins médicaux remboursés ou payés par la collectivité, toute recherche d'équilibre entre recettes et dépenses suppose une forte permanente intervention de l'État. Il se penche aussi sur les mécanismes d'évolution de la demande de soins et en analyse l'impact sur les dépenses, compte tenu des mécanismes de financement des professionnels de santé libéraux, des hôpitaux et des industriels, fournisseurs de biens et services médicaux car offre et demande constituent les deux logiques des mécanismes de marché.

Salgado, S. et Privat, A.-G. (2021). "La tarification en fonction de l'âge au sein de l'Assurance maladie complémentaire - Quelles difficultés d'accès cela génère-t-il ?" Regards N° 59(1): 125-138.

Disposer d'une couverture complémentaire est un facteur déterminant d'accès aux soins et de limitation des reports et renoncements aux soins. Or la tarification est soumise à des règles qui ont un double effet à la hausse sur les cotisations : d'une part, l'augmentation tendancielle du coût des dépenses de santé et le vieillissement de la population ; d'autre part, la segmentation du marché qui fait augmenter les cotisations plus rapidement pour les populations qui concentrent les dépenses de santé, en particulier les plus âgées. Si cette tendance n'est pas enrayée, les cotisations pourraient peser trop lourdement dans le budget de certains ménages et les amener à dégrader leur niveau de couverture, voire à renoncer à une couverture complémentaire. Dès lors, pour maintenir un haut niveau de mutualisation de la couverture complémentaire santé, des mesures fortes sont nécessaires pour en équilibrer le coût et recréer une solidarité entre les différentes catégories de la population française.

2020

Beudet, T. (2020). "Une assurance maladie à 100 % : faut-il vraiment se passer des complémentaires santé ?" Sève : les tribunes de la santé(65): 95-102.

L'organisation de la couverture santé en France résulte de l'histoire. L'assurance maladie obligatoire a été créée après les premières mutuelles et l'articulation entre ces deux composantes pour le remboursement des soins a sans cesse évolué. Cette articulation est régulièrement remise en débat. Face aux évolutions des besoins de santé et aux considérations budgétaires pour l'État et pour les ménages, certaines voix s'élèvent pour prôner une extension de la couverture par la Sécurité sociale, avec des arguments d'efficacité et de simplification. Si ces arguments paraissent séduisants, cet article vise à les analyser sur le plan économique, mais aussi social, sociétal. Dans l'évaluation économique et financière, seront passés en revue l'évolution des coûts de gestion, les données réelles de composition et variation des dépenses de santé, ainsi que l'ensemble des conséquences sur le budget national. Pour la société, c'est d'abord la question de l'acceptabilité d'un scénario du « tout public » qui est posée à la fois pour les usagers et pour les acteurs de santé et, finalement, il faut s'interroger sur le moyen le plus sûr d'atteindre l'objectif poursuivi : un accès généralisé, équitable et durable à une santé de qualité. Dès lors, quelles conditions poser pour maintenir et développer la prévention ainsi qu'une offre de soins sur tout le territoire, à la fois innovante et maîtrisée ?

Bec, C., Gombert, F., Paris, V., et al. (2020). "Les transformations de l'Assurance maladie." Sève : les tribunes de la santé(65): 27-102.

Un siècle d'épopée sociale ! Ce pourrait être le titre d'une histoire de l'Assurance maladie. Au cœur du pacte social, l'Assurance maladie est également le terrain de vives oppositions d'intérêts. Système social exceptionnel par la garantie qu'elle apporte d'une prise en charge des frais de santé, elle est également un système social paradoxal dès lors qu'en dépit de sa dénomination, elle n'est pas une assurance. Elle a vocation à protéger l'ensemble de la population de manière égalitaire, c'est-à-dire en

fonction du seul état de santé de ses bénéficiaires et indépendamment de leur état de fortune. Malgré son histoire séculaire, l'Assurance maladie connaît en France de profondes transformations depuis un quart de siècle. D'importantes mutations sont également observées dans de nombreux systèmes étrangers de protection maladie. Ces réformes constituent le plus souvent des enjeux politiques et sociaux cruciaux. Le débat sur l'Obamacare et le Trumpcare est évidemment emblématique des tensions exacerbées qu'elles peuvent provoquer. C'est à ces différentes problématiques que ce numéro des Tribunes de la santé est consacré. Avec l'ambition de mettre en lumière les inquiétudes et les espoirs que suscitent et nourrissent les projets visant à adapter les systèmes d'assurance maladie aux défis du XXI^e siècle. Nul doute que la pandémie de la Covid-19 donne aux questions ainsi abordées une résonance sans précédent (4^{ème} de couv.)

Bec, C. et Lochard, Y. (2020). "L'assurance maladie : une obligation bien tempérée." Sève : les tribunes de la santé(65): 27-38.

L'instauration d'une assurance maladie obligatoire (AMO) a constitué une question politique majeure, nourrie des controverses philosophico-politiques sur sa légitimité et des luttes pour la défense d'intérêts professionnels. C'est le parcours de ce principe d'obligation constitutif de nos démocraties sociales contemporaines et pilier d'une politique de protection que nous retraçons ici à partir de trois périodes et pour le seul régime général. La gestation de la première loi d'assurances sociales (1920-1930) donne à voir la contradiction fondatrice du système entre socialisation d'un risque reposant sur l'obligation d'affiliation des bénéficiaires d'une part et refus de l'obligation tarifaire par les médecins d'autre part. Posé avec force à la Libération, le principe d'une « vaste organisation nationale d'entraide obligatoire » sera toutefois entravé par une médecine libérale qui n'aura de cesse d'obtenir un desserrement de l'obligation. Enfin, à compter des années 1980, dans un contexte où le modèle néolibéral s'impose, le socle obligatoire solidaire s'érode au profit d'un acteur privé très éloigné de ces principes.

Waneck, T. (2020). "Le reste à charge zéro, fin d'un cycle ou nouvelle perspective ?" Sève : les tribunes de la santé(65): 79-94.

Cet article présente la genèse et les enjeux du « 100 % santé » dont le principe est de proposer une offre de qualité sans reste à charge en optique, prothèses dentaires et audioprothèses. Issue d'une réflexion initiée dans les années 2000 sur le renoncement aux soins pour raisons financières, la réforme trouve son origine dans une première initiative pour plafonner le prix des prothèses dentaires à la fin du quinquennat précédent. En dépit d'une mise en œuvre contestée par les dentistes, cette tentative inspirera le principe du « zéro reste à charge » qui cristallisera un large consensus politique lors de la campagne présidentielle. Après l'élection, des choix de politiques publiques tranchés et une forte mobilisation de l'administration permettront à la négociation d'aboutir dans des délais resserrés. Toujours en cours de déploiement, la réforme, qui a tenté de conjuguer ambition et pragmatisme, apparaît tout autant comme l'aboutissement d'un cycle initié par la création de la couverture maladie universelle que comme un modèle possible d'évolution du rôle des complémentaires santé.

2019

(2019). "La réforme du RAC 0. Actes de la 16^e Matinée thématique du 14 novembre 2018." Lettre du collège (la)(3)

Le bras, P. I. (2019). "Une assurance maladie pour tous à 100 % ?" Sève : les tribunes de la santé(60): 87-106.

Le système français d'assurance maladie est dual ; les assurés sont couverts par l'assurance maladie obligatoire (AMO) mais, aussi, pour 95 % d'entre-deux, par une assurance maladie complémentaire (AMC). Instituer une AMO qui couvrirait les dépenses à 100 % permettrait d'assurer à l'ensemble de la population une couverture de bonne qualité et de réduire les renoncements financiers aux soins. Par ailleurs, cette réforme se traduirait par un gain de pouvoir d'achat significatif, elle permettrait une économie d'au moins 7 milliards d'euros, soit les frais de gestion des complémentaires des organismes d'AMC. Les perdants de cette réforme seraient les salariés des organismes d'AMC dont l'emploi serait

ainsi mis en cause. Il faut donc accepter d'investir une partie des économies à venir pour assurer leur indemnisation et/ou leur reconversion. Les arguments souvent allégués pour justifier le maintien d'un système dual (liberté de choix, contribution des complémentaires à la prévention ou à la maîtrise des dépenses, préservation d'un espace de solidarité de proximité) s'avèrent, à l'analyse, relever d'une entreprise d'autolégitimation des organismes d'AMC. Évoluer vers une AMO à 100 % se révèle donc une orientation de réforme pertinente. Toutefois, la force des soutiens politiques que les organismes de protection complémentaires sont susceptibles de mobiliser conduit à conclure que cette réforme reste, du moins à ce jour, hautement improbable.

2018

Jusot, F. et Perronnin, M. (2018). "Le reste à charge comme instrument de régulation des dépenses de santé." Actualité et dossier en santé publique(102): 19-23.

Alors que le système d'assurance maladie français exige depuis sa création une participation financière des assurés aux coûts des soins médicaux, la suppression du reste à charge s'est retrouvée au cœur des débats lors des élections présidentielles de 2017, que ce soit au travers de la proposition de plusieurs candidats de créer une «Grande Sécu» prenant en charge l'intégralité du coût des soins, ou de la promesse du « reste à charge zéro » d'Emmanuel Macron, visant cette fois à une prise en charge complète de la partie des soins non financée par la Sécurité sociale par les organismes d'assurance complémentaires santé. Pourquoi notre système de Sécurité sociale a-t-il instauré dès son origine un ticket modérateur à hauteur de 20 % du coût de l'ensemble de soins (art. 24, ordonnance du 19 octobre 1945)? Et pourquoi vouloir supprimer aujourd'hui ce reste à charge, c'est-à-dire la part des dépenses de soins non prise en charge par le système d'assurance public ou par les assurances privées ? Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de s'interroger sur les justifications économiques du reste à charge.

Perronnin, M. (2018). "Pour quels soins et quels patients ? Iniquités des restes à charge selon la santé et le niveau de vie. Enseignements de travaux récents de l'Irdes." Actualité et dossier en santé publique(102): 24-35.

[BDSP. Notice produite par EHESP 7qR0x9GG. Diffusion soumise à autorisation]. Les restes à charges sont inégalement répartis selon l'état de santé, le niveau de vie et le lieu de résidence. Des dispositifs existent pour les patients atteints de maladies chroniques ou les personnes à faible revenu, mais ils ne compensent pas la totalité des dépenses engagées.

Pierre, A., Jusot, F., Raynaud, D., et al. (2018). "Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation ex-ante des gains et des pertes de bien-être." Revue économique **69**(3): 407-441.

Depuis le 1er janvier 2016, les employeurs du secteur privé ont obligation de proposer et de financer partiellement une complémentaire santé à tous leurs salariés. Dans ce travail, nous simulons les gains et les pertes de bien-être à attendre de cette réforme sur l'ensemble de la population en mobilisant la théorie de l'utilité espérée. Les résultats montrent que la réforme augmente le bien-être collectif si et seulement si les salaires et les primes des contrats restent inchangés. En considérant que les primes des contrats individuels augmentent du fait de l'accord national interprofessionnel (ANI), l'impact de la réforme est quasi nul sur le bien-être collectif. Le gain en bien-être des salariés qui bénéficient de la réforme est alors contrebalancé par la perte de bien-être subie par les personnes couvertes en individuel ou que la réforme oblige à s'assurer. En considérant en sus que les employeurs intègrent le montant de leur subvention aux salaires, l'ANI réduit fortement le bien-être collectif.

2017

(2017). "Améliorer l'efficacité du système de santé : France". Paris, Ocdé (Etudes économiques de l'OCDE)

Le système de santé français offre des soins de haute qualité. Les résultats moyens sur le plan de la santé sont bons, le public est très satisfait du système de santé et les restes à charge sont en moyenne faibles. Comme dans d'autres pays de l'OCDE, le progrès technologique accroît l'espérance et la qualité de vie, alors que la population vieillissante nécessite des services toujours plus nombreux et

diversifiés. Les principales difficultés consistent à inciter les professionnels de la santé à adopter un comportement efficient, à enrayer la hausse des dépenses pharmaceutiques, à renforcer le rôle des assureurs en tant qu'agents acheteurs et à assurer la maîtrise des coûts. Une information de bonne qualité et des mécanismes de financement appropriés renforceront les incitations à l'efficacité. Les différences de couverture selon les maladies et les groupes sociaux montrent la nécessité de prêter davantage attention à la coordination entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire. Les réformes en cours visant à améliorer la coordination entre les professionnels de santé et à renforcer le rôle de la prévention vont dans le bon sens. Cependant, le développement de mécanismes de rémunération à la capitation qui permettent d'avoir moins d'incitations à multiplier les actes et d'encourager les professionnels de santé à s'occuper plus longtemps des patients, tout comme les paiements en fonction des résultats dans les soins primaires doivent être renforcés afin de faire face à la prévalence croissante des maladies chroniques et de réduire la demande induite par l'offre et les disparités sociales en terme d'accès aux soins.

Abecassis, P., Batifoulier, P., Coutinet, N., et al. (2017). "Éditorial: La généralisation de l'assurance maladie complémentaire. Comment faire rimer inefficacité avec inégalité." *Revue française de socio-économie* **18**(1): 13-22.

La récente réforme du Code du travail a confié aux entreprises un rôle nouveau dans la détermination des droits sociaux suivant la logique déjà engagée dans le champ de l'assurance complémentaire en santé. En effet, la loi du 14 juin 2013, qui fait suite à l'accord national interprofessionnel (ANI) signé le 11 janvier 2013 entre le MEDEF, la CFDT, la CFTC et la CGC, favorise la mise en œuvre d'une complémentaire santé au niveau de la branche professionnelle. En invalidant les clauses de désignation qui permettent aux branches de négocier pour toutes les entreprises du secteur à tarif identique, le Conseil constitutionnel a autorisé une négociation entreprise par entreprise. La réforme est entrée en vigueur depuis le 1er janvier 2016.

Franc, C. (2017). "Le partage de la couverture maladie entre assurances obligatoire et complémentaires-Les défauts d'un système mixte." *Médecine/sciences* **33**(12): 1097-1104.

Hirtzlin, I. (2017). "Comptes d'épargne santé : vers un nouveau mode de financement des soins ?" *Risques*(110): 150-157.

Dans les pays européens, le financement des dépenses de santé repose sur des ressources instantanées. Les enjeux démographiques remettent cependant en cause la soutenabilité de ce modèle à moyen terme. Le recours à des comptes épargne santé dans certains pays (États-Unis et Singapour notamment) peut constituer une piste de réflexion intéressante pour la France, notamment au niveau des restes à charge supportés par les patients. Les comptes épargne présentent en effet l'avantage de permettre un financement intertemporel des soins, d'assurer la portabilité des droits même en cas de changement d'employeur, et de limiter le renoncement aux soins. Des études et travaux de recherche restent à mener avant leur mise en place dans les pays européens, en restant vigilant en matière d'équité d'accès à ce type de dispositif.

Libault, D., Johannet, G., Laborde, J. p., et al. (2017). "La gouvernance de la sécurité sociale." *Regards*(52): 9-185.

"Gouverner le sociale" : l'expression a fait couler beaucoup d'encre depuis le début des années 2000. De nombreux auteurs, praticiens ou universitaires, ont fait état des profondes évolutions qu'avait connu la gestion de la Sécurité sociale en France. Au-delà de la seule institution Sécurité sociale, la question de la gouvernance concerne tous les pans de la protection sociale. Ce dossier propose, d'abord, un détour historique des évolutions qui ont marqué la gouvernance initiale du système, en s'arrêtant en particulier sur le paritarisme. La revue se penche, ensuite, sur la gouvernance globale du système et sur ses perspectives dans un contexte de transformation des attentes, des moyens et des méthodes. Les articles traitent, également, des gouvernances locales, dans un contexte de mutation des organisations territoriales. Enfin, car la gouvernance s'apprécie dans des comparaisons internationales, quelques regards sur ce qui se fait ailleurs complètent le dossier (résumé de l'éditeur).

Pierre, A. et Jusot, F. (2017). "The Likely Effects of Employer-Mandated Complementary Health Insurance on Health Coverage in France." Health policy(On line): 1-8.

In France, access to health care greatly depends on having a complementary health insurance coverage (CHI). Thus, the generalisation of CHI became a core factor in the national health strategy created by the government in 2013. The first measure has been to compulsorily extend employer-sponsored CHI to all private sector employees on January 1st, 2016 and improve its portability coverage for unemployed former employees for up to 12 months. Based on data from the 2012 Health, Health Care and Insurance survey, this article provides a simulation of the likely effects of this mandate on CHI coverage and related inequalities in the general population by age, health status, socio-economic characteristics and time and risk preferences.

2016

Chadelat, J. f. (2016). "Régimes des complémentaires maladie." Regards(49): 34-45.

Même s'il serait inexact, surtout aujourd'hui, de se limiter à parler de la Mutualité pour traiter du sujet des complémentaires santé, il n'en demeure pas moins que, d'un simple point de vue historique, la Mutualité est le facteur déterminant et de loin le plus ancien des complémentaires santé. Il existe en 2016, trois familles d'intervenants sur le marché de l'assurance santé complémentaire : les Mutuelles, les Compagnies d'Assurance et les Institutions de Prévoyance (IP). Chacun de ces trois acteurs relève d'un code différent : le Code de la mutualité, le Code des assurances et le Code de la sécurité sociale.

Charpentier, F. (2016). "Les mutuelles, un acteur puissant mais peu écouté." Les Tribunes de la santé n° 52(3): 61-69.

Considéré à juste titre comme l'ancêtre de la sécurité sociale, le mouvement mutualiste s'est développé tout au long du XIXe siècle autour des questions de santé. Après la publication des ordonnances de 1945, les mutuelles se sont reconverties et transformées en assureurs complémentaires avec un succès d'autant plus grand que l'assurance maladie, confrontée à des déficits récurrents et croissants, se désengageait progressivement du « petit risque ». La généralisation de la complémentaire santé mise en œuvre à compter du 1er janvier 2016 les met aujourd'hui en grande difficulté face à d'autres familles d'assureurs complémentaires mieux placées qu'elles sur le segment des contrats collectifs (institutions de prévoyance) ou plus agressives sur le créneau des contrats individuels (sociétés d'assurance).

Franc, C., Perronnin, M. et Pierre, A. (2016). "Supplemental health insurance and healthcare consumption - A dynamic approach to moral hazard." Health Economics **25**(12): 1-17.

We analyze the existence and persistence of moral hazard over time to test the assumption of pent-up demand. We consider the effects of supplemental health insurance provided by a private insurer when added to compulsory public insurance that is already supplemented by private insurance. Using original panel data from a French mutuelle, we study the influence of insurance on all of the dimensions of healthcare expenditures: (1) the probability of using health care, (2) the number of uses conditional on use, and (3) the per unit cost of care. To conduct this study, we control, to the extent possible, for endogeneity because of adverse selection using the characteristics of our panel data. Our study allows us to confirm a positive and significant effect of the extra complementary health insurance on healthcare consumption, primarily in terms of the probability of using care. More interestingly, our results show that these effects are principally transitory mainly for the probability of using dental care and optical care and depend on income. Finally, we show that individuals did not postpone health care before enrollment.

Geoffard, P.-Y. (2016). "L'AMO ne suffit plus à garantir un accès aux soins sans barrière financière." Regards **49**(1): 157-163.

Certains pays comme la Grande Bretagne ou la Norvège garantissent l'accès aux soins de tous à travers un système national de santé, au sein duquel les producteurs de soins, publics ou privés, sont rémunérés directement par l'État; les soins sont donc financés par l'impôt, sans mécanisme formel d'assurance maladie. Mais dans la plupart des pays, c'est un système d'assurance qui prend en charge, en partie ou en totalité, le coût des soins. Un individu doit donc être assuré pour bénéficier d'une prise en charge en cas de maladie ou d'accident. Les systèmes d'assurance eux-mêmes sont divers, mais se répartissent en deux grandes familles principales, selon que l'assurance maladie est unique ou qu'un choix est possible entre plusieurs assureurs. Dans tous les cas, la définition des soins couverts par l'assurance incombe à la puissance publique, qui agit soit en régulateur soit en producteur direct d'assurance, voire de certains soins, notamment hospitaliers. Et dans la plupart des pays, des assurances complémentaires, moins régulées que l'assurance de base, prennent en charge certains soins qui ne sont pas inclus dans le panier de soins couvert par l'assurance principale. 2 Mais la France se distingue par une organisation très spécifique, dans lequel la même dépense de soins a vocation à être couverte pour partie par l'assurance sociale et, pour une autre partie, par une assurance complémentaire, dont le secteur obéit à des régulations spécifiques. Notons qu'on ne retrouve un tel système d'assurances empilées, ou deux assureurs couvrent chacun une part de la même dépense de soins, presque nulle part ailleurs, à l'exception notable des États-Unis, où l'assurance publique des personnes âgées (Medicare) laisse d'importants co-paiements à la charge des assurés, qui peuvent alors s'adresser à une assurance complémentaire (Medigap), notamment pour les dépenses de médicament.

Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., et al. (2016). "A quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ?" *Revue française d'économie* **31**(4): 15-62

Cet article analyse la solidarité assurée par le système d'assurance maladie français grâce à un nouvel outil mesurant les transferts opérés entre classes de revenu par les consommations de soins et leur financement, appliqué au modèle de microsimulation Inès-Omar 2012. L'indice de solidarité est décomposé selon les sources de financement (assurances obligatoires et complémentaires, restes à charges) et discuté au regard de principes d'équité. La solidarité tient moins à l'équité horizontale dans la consommation de soins qu'à l'équité verticale du financement garantie par la progressivité de l'assurance obligatoire. Les inégalités sociales de santé contribuent largement à expliquer l'importance des transferts reçus de l'assurance publique par les plus modestes, même si les barrières d'accès aux soins limitent la solidarité du système.

Nay, O., Bejean, S., Benamouzig, D., et al. (2016). "Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities." *The Lancet* **387** (10034) : 2236-2249

Since 1945, the provision of health care in France has been grounded in a social conception promoting universalism and equality. The French health-care system is based on compulsory social insurance funded by social contributions, co-administered by workers' and employers' organisations under State control and driven by highly redistributive financial transfers. This system is described frequently as the French model. In this paper, the first in The Lancet's Series on France, we challenge conventional wisdom about health care in France. First, we focus on policy and institutional transformations that have affected deeply the governance of health care over past decades. We argue that the health system rests on a diversity of institutions, policy mechanisms, and health actors, while its governance has been marked by the reinforcement of national regulation under the aegis of the State. Second, we suggest the redistributive mechanisms of the health insurance system are impeded by social inequalities in health, which remain major hindrances to achieving objectives of justice and solidarity associated with the conception of health care in France.

Paris, V. et Polton, D. (2016). "L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ?" *Regards*(49): 69-79.

L'analyse comparative des dépenses de santé menée par l'OCDE depuis de nombreuses années montre que coexistent dans tous les pays, à des degrés divers, des financements publics (qu'ils soient apportés dans le cadre d'assurances sociales ou de systèmes nationaux de santé financés par l'impôt),

des dépenses payées directement par les patients et des financements par des assurances privées. Cette intervention combinée de couvertures publiques et privées s'opère-telle selon le schéma que nous connaissons en France, retrouve-t-on le même modèle dans d'autres pays ? Ou au contraire, cette configuration est-elle assez spécifique à notre système de santé ? Un examen approfondi montre que la situation de la France est effectivement particulière, tant par le niveau d'intervention de l'assurance privée que par le rôle qu'elle joue dans le système. Dès lors on peut s'interroger sur les avantages et les inconvénients d'un tel schéma de financement, au regard d'autres modèles possibles que l'on trouve chez nos voisins. La question se pose également, dans un contexte général de tension sur les finances publiques, de la dynamique d'évolution de ces différents modèles.

2015

Dormont, B. et Peron, M. (2015). "Does health insurance encourage the rise in medical prices?". York, H.E.D.G. <https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1516.pdf>

Our purpose is to evaluate the influence of health insurance coverage on the use of specialists who balance bill. We estimate the impact on patients' behavior of a shock consisting of better coverage of balance billing, while controlling for supply side drivers. We use a panel data set of 43,111 French individuals observed between January 2010 and December 2012. Individuals are observed when they are all covered by the same supplementary insurer, with no coverage for balance billing, and after 3,819 of them switched to other supplementary insurers which offer better coverage. Our estimations show that better coverage contributes to a rise in medical prices by increasing the demand for specialists who balance bill: for individuals who enjoy better coverage the proportion of consultations of specialists who balance bill is increased by 9%, and balance billing charged per consultation by 32%. However, the impact of the coverage shock depends on local supply side organization. When the proportion of specialists who do not balance bill their patients is high enough, patients have a real choice between specialist type: there is neither evidence of an inflationary effect of supplementary coverage, nor of limits in access to care due to balance billing

Franc, C. et Pierre, A. (2015). "Compulsory private complementary health insurance offered by employers in France: implications and current debate." *Health policy* **119**(2): 111-116.

In January 2013, within the framework of a National Inter-professional Agreement (NIA), the French government required all employers (irrespective of the size of their business) to offer private complementary health insurance to their employees from January 2016. The generalization of group complementary health insurance to all employees will directly affect insurers, employers and employees, as well as individuals not directly concerned (students, retirees, unemployed and civil servants). In this paper, we present the issues raised by this regulation, the expected consequences and the current debate around this reform. In particular, we argue that this reform may have adverse effects on equity of access to complementary health insurance in France, since the risk structure of the market for individual health insurance will change, potentially increasing inequalities between wage-earners and others. Moreover, tax exemptions given to group contracts are problematic because public funds used to support these contracts can be higher at individual level for high-salary individuals than those allocated to improve access for the poorest. In response to the criticism and with the aim of ensuring equity in the system, the government decided to reconsider some of the fiscal advantages given to group contracts, to enhance programs and aids dedicated to the poorest and to redefine an overall context of incentives.

Franc, C. et Pierre, A. (2015). "Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas." *Economie et Statistique / Economics and Statistics* **475**(1): 31-49.

En France, le financement des soins se caractérise par la juxtaposition des remboursements de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et des assurances complémentaires (AMC). Les dépenses de santé restant à la charge des assurés après intervention de ces deux niveaux de couverture constituent des indicateurs incontournables de l'accès aux soins mais ont été peu étudiées à ce jour, faute de sources nationales adéquates. Cet article vise à pallier ce manque en mobilisant les données

administratives d'une mutuelle particulière gérant simultanément l'AMO et l'AMC, permettant ainsi une analyse des restes à charge avant et après intervention de la complémentaire (RACO et RACC). Les données concernent l'année 2002 correspondant à une période d'observation où la population d'intérêt bénéficiait d'un contrat unique de complémentaire santé, c'est-à-dire avant la mise en place d'une surcomplémentaire. L'étude porte donc sur un champ limité et une période relativement ancienne, mais elle permet néanmoins d'illustrer le type d'interaction pouvant exister entre l'AMO et l'AMC. Dans un premier temps, nous étudions le niveau, la distribution et la concentration des RACO et des RACC sur l'ensemble des dépenses ambulatoires puis par poste de soins. Dans un second temps, nous analysons la concentration des RAC après intervention de l'AMO et de l'AMC en tenant compte de deux indicateurs des besoins de soins : le fait d'être exonéré ou non du ticket modérateur et le niveau des dépenses avant remboursements. Dans notre échantillon, 5 % (resp. 1 %) de la population supportaient en 2002 des RACC de plus de 511 euros sur les dépenses ambulatoires (resp. 1 272 euros). Le RACC des individus exonérés du ticket modérateur était en moyenne 70 % plus élevé que celui de ceux qui n'en étaient pas exonérés. Nous montrons que, même si l'AMO et l'AMC assurent successivement une certaine mutualisation, elles ne réduisent pas de la même façon la concentration des restes à charge qui peut exister sur les individus les plus malades. Ainsi, pour les postes de soins le plus souvent associés à la maladie et pour lesquels il existe une certaine liberté tarifaire (consultations, actes médicaux techniques et autres prescriptions), l'effet mutualisant de l'AMC apparaissait en 2002 relativement faible en comparaison de celui de l'AMO.

2014

Batifoulier, P. (2014). "Quel avenir pour le système de protection sociale en matière de santé ?" Cahiers français(81): 14-26.

La branche santé a été particulièrement affectée par les politiques de maîtrise des dépenses publiques. Tandis que la volonté de ne pas alourdir le coût du travail mettait un terme à l'augmentation des cotisations sociales, les dépenses de santé ont crû continuellement sous l'effet du progrès technique et de l'augmentation des besoins, créant un déficit récurrent de l'assurance maladie. Les pouvoirs publics y ont répondu par la fiscalisation du financement de la santé, mais aussi par une privatisation des dépenses, dont une part croissante est assumée par des assurances complémentaires. Des dispositifs spéciaux ont été mis en place pour les plus pauvres et les plus malades. Philippe Batifoulier montre que ces politiques sont à l'origine de nouvelles inégalités et créent une segmentation entre les patients à l'origine d'effets pervers. Il défend la définition de besoins prioritaires en matière de santé, indépendamment de la contrainte financière.

Ginon, A.-S. (2014). "La déconnexion juridique des paniers de soins. Étude des liens entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire." RDSS. Revue de droit sanitaire et social(05): 831.

Guthmuller, S., Jusot, F., Wittwer, J., et al. (2014). "Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès des bénéficiaires potentiels à Lille en 2009." Regards(46): 61-74.

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est un dispositif, sous la forme d'une aide financière, mis en place en 2005 pour favoriser l'accès aux soins des personnes ayant un revenu juste au-dessus du plafond de l'éligibilité à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Malgré sa montée en charge, le non-recours à l'ACS est important : seules 30 % à 40 % des personnes éligibles auraient fait valoir leur droit en 2012 (Fonds CMU, 2014). Comprendre les raisons du non-recours apparaît, dans ce contexte, essentiel pour améliorer l'efficacité du dispositif et permettre aux personnes aux revenus modestes d'accéder à une complémentaire santé. Suite à une expérimentation sociale, une enquête a été réalisée en 2009 à Lille auprès de personnes potentiellement éligibles à l'ACS afin de mieux connaître leurs caractéristiques et leurs motivations ou blocages à recourir au dispositif. Les résultats de cette enquête montrent que la population identifiée comme éligible à l'ACS à Lille est confrontée à des difficultés économiques et sociales et fait face à des besoins de soins importants. Le taux de recours à l'ACS est néanmoins faible puisque seules 18 % des personnes ont

entrepris des démarches pour l'obtenir. Les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer ce non-recours sont : penser ne pas être éligible, le manque d'information, la complexité des démarches et, pour les personnes non couvertes, le prix de la complémentaire, même après déduction du chèque santé.

Johanet, G. (2014). "Réponse à la note du Conseil d'analyse économique, "Refonder l'assurance maladie". " Sève : les tribunes de la santé(43): 89-92.

Cet article est un commentaire critique de la note du Conseil d'analyse économique intitulé "Refonder l'assurance maladie", de Dormont, Geoffard et Tirole.

Jusot, F. (2014). "La complémentaire santé : une source d'inégalités face à la santé ?" Sève : les tribunes de la santé(43): 69-78.

La généralisation de l'accès à la complémentaire santé est vue aujourd'hui comme une condition nécessaire pour accéder aux soins et réduire les inégalités de santé. Le système français a en effet la particularité de laisser une partie du coût de tous les soins à la charge des patients, ce qui rend nécessaire la possession d'un contrat d'assurance complémentaire pour s'assurer contre le risque financier lié à la maladie. De nombreuses inégalités existent pourtant face à l'assurance complémentaire santé en France. Cet article propose un état des lieux des connaissances sur les inégalités face à l'accès à la complémentaire santé et les inégalités dans la qualité des couvertures et dans le coût des contrats, avant de discuter des politiques envisageables pour les réduire.

2013

Geoffard, P. Y. et De Lagasnerie, G.(2013). "Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation." Economie et statistique(455-456): 89-113.

Les évolutions du système de remboursement des dépenses de soins par l'assurance publique ont progressivement diminué la couverture publique du risque maladie. Ce système laisse à la charge des assurés des sommes qui peuvent s'avérer importantes lorsque ceux-ci traversent des épisodes de maladie longs et coûteux, et parfois même lorsqu'ils bénéficient d'exonérations au titre d'une affection de longue durée. L'assurance complémentaire est de fait devenue nécessaire. Cependant, 7 % de la population ne jouit pas d'une telle assurance. Cet article étudie une réforme possible de l'assurance maladie obligatoire qui prend la forme d'un plafond annuel de la participation financière en soins de ville. Un tel plafond serait financé par l'instauration de franchises annuelles. Nous évaluons cette réforme à partir de micro-simulations appliquées aux données de l'enquête santé soins médicaux 2003, appariée avec les données de remboursement de l'assurance maladie publique (SNIIR-AM) (résumé d'auteur).

Guthmuller, S., Jusot, F., Wittwer, J., et al. (2013). "Faire valoir ses droits à l'Aide complémentaire santé : les résultats d'une expérimentation sociale." Economie et statistique(455-456): 53-70.

L'Aide complémentaire santé (ACS) ou « chèque santé » a été mise en place en 2005 pour inciter les ménages dont le niveau de vie se situe juste au-dessus du plafond CMU-C à acquérir une couverture complémentaire santé grâce à une subvention. Même si le nombre de bénéficiaires a lentement progressé depuis son introduction, le recours à l'ACS reste faible. Deux hypothèses peuvent expliquer cet état de fait : le défaut d'information sur l'existence du dispositif, son fonctionnement et sur les démarches à entreprendre pour en bénéficier ; un montant d'aide insuffisant, la complémentaire resterait trop chère même après déduction de l'aide. Afin de tester la validité de ces deux hypothèses, une expérimentation sociale contrôlée a été mise en place par l'université Paris-Dauphine à Lille auprès d'un échantillon de 4 209 assurés sociaux potentiellement éligibles à l'ACS. Un montant majoré d'aide ainsi qu'un accès différencié de l'information sur le dispositif ont été proposés de manière aléatoire à certains assurés.

Tabuteau, D. (2013). "Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation." Sève : les tribunes de la santé(41): 37-55.

Malgré sa tradition colbertiste, l'Etat n'a, en France, ni organisé le système de santé ni véritablement assuré sa régulation avant la fin du XX^{ème} siècle. La distribution des pouvoirs y est de ce fait particulièrement complexe. Depuis les années 1980, l'affirmation du pouvoir de l'Etat s'est accompagné de la multiplication d'agences et de structures sanitaires mais également de l'autonomisation de l'assurance maladie obligatoire et de l'institutionnalisation des assurances complémentaires. Les pouvoirs normatifs et budgétaires sont ainsi fragmentés et rendent délicate une approche globale des problématiques sanitaires et médico-sociales. Le système de santé est désormais confronté à une intensification des conflits de légitimité qui pourrait paradoxalement renforcer le rôle du pouvoir politique et conduire l'assurance maladie à se rétracter au profit d'une protection sociale d'entreprise.

2012

Del sol, M. (2012). "De quelques faces cachées de l'accès à une assurance-complémentaire individuelle." Droit social(7/8): 732-740.

La dépense courante de soins et biens médicaux est assurée à plus de 75 % par la Sécurité sociale et, pour faire face aux restes à charge, 94 % des personnes peuvent mobiliser leur assurance-maladie complémentaire. Ces données globales permettent aux pouvoirs publics de fermer assez facilement les yeux sur le phénomène de renoncement aux soins mais également sur les différences fondamentales entre assurances sociales et assurances privées. Les rapports assurance obligatoire et assurance-maladie complémentaire se sont donc métamorphosés silencieusement. Cet article s'interroge sur les conditions d'accès à une couverture maladie complémentaire dès lors que les pouvoirs publics font du bénéfice d'une telle couverture un élément déterminant de l'accès aux soins.

Dormont, B. et Jusot, F. (2012). "L'avenir de la protection sociale." Esprit(5): 86-89.

Cet article résume les acquis d'une journée d'étude organisée en 2011 à l'université Paris Dauphine par la chaire Santé de Dauphine et le Laboratoire d'économie de Dauphine Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (Leda-Legos). Depuis plusieurs années, des enquêtes enregistrent une augmentation des chiffres de renoncement aux soins dans l'ensemble de la société française, ce qui traduit un échec des stratégies actuelles de réduction des dépenses de santé. Mais quelles sont les pistes alternatives ?

Jusot, F., Perraudin, C. et Wittwer, J. (2012). "L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de Famille 2006." Economie et statistique(450-2011): 29-46.

La Sécurité sociale prenant en charge 75,8 % des dépenses de soins en France, l'accès aux soins repose en partie sur la possession d'un contrat de couverture complémentaire. Des dispositifs ont été mis en place par les autorités publiques afin d'améliorer l'accès des ménages les plus pauvres à une couverture complémentaire comme la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide complémentaire santé (ACS). Cependant, en dépit de ces dispositifs, subsiste-t-il des barrières financières limitant l'accessibilité à la complémentaire santé ? La persistance de personnes non couvertes ou faiblement couvertes peut-elle s'expliquer par les difficultés financières des ménages les plus modestes ? A partir de l'enquête Budget de Famille 2006 de l'Insee, cette étude décrit la distribution selon le niveau de revenu du taux de couverture par une complémentaire santé puis évalue l'accessibilité financière d'une complémentaire santé par analyse de la distribution des dépenses engagées par les ménages pour en bénéficier. Enfin sont étudiés les déterminants du recours à une complémentaire santé ainsi que ceux en jeu dans le niveau de dépenses engagées pour cet achat.

Meyer, C. et Caniard, E. (2012). "Les complémentaires et la crise : menace ou opportunité ?" Sève : les tribunes de la santé(36): 55-66

Dans un contexte de crise, à côté d'un système obligatoire fragilisé par les moindres recettes, qu'en est-il des organismes complémentaires en santé ? Les marges diminuent, les résultats sont lissés ; quelle que soit leur forme, ils se restructurent et se développent. Les transferts des régimes de base

contribuent à leur croissance, mais les organismes complémentaires bénéficient peu des timides politiques d'efficience, et ont été taxés de + 10 % en trois ans. Le taux de couverture de la population s'améliore, pourtant leur contribution à la solidarité fait débat. Entre développement et protection sociale, leur rôle est en jeu.

Pierre, A., Gosselin, A., Perronnin, M., et al. (2012). "Impact d'une sur-assurance santé sur le reste à charge des patients." *Economie publique*(28-29): 149-164

En santé, un individu averse au risque choisit de s'assurer afin de réduire le risque financier associé à la maladie. L'hypothèse naïve conduit à supposer que l'introduction d'une assurance santé réduit le risque à charge (RAC), c'est-à-dire la dépense de santé qu'il supporte in fine après les remboursements des organismes d'assurance maladie. Toutefois, sous hypothèse de sensibilité au prix de la demande de soins, la souscription d'un contrat d'assurance santé induit une modification du comportement de consommation de soins, qu'il s'agisse d'aléa moral ou d'accès aux soins. Le lien entre assurance et RAC n'est donc pas si clair. A partir d'un panel de données individuelles d'assurés auxquels une sur-complémentaire d'assurance a été offerte (SHI), cet article teste hypothèse selon laquelle l'assurance permet de réduire le RAC lié aux dépenses de santé et étudie ensuite dans quelle mesure l'évolution des RAC est susceptible de caractériser une amélioration de l'accès aux soins.

2011

(2011). "Coût de la santé pour les ménages : Vers la démutualisation des populations fragiles ?". Paris, UFC-Que choisir

<https://www.quechoisir.org/sante-bien-etre/systeme-de-sante/assurance-maladie/etude-cout-de-la-sante-pour-les-menages-vers-la-demutualisation-des-populations-fragiles>

En 2010, ce ne sont pas moins de 41,9 milliards d'euros que les ménages ont dépensé pour se soigner, équivalent au quart de la consommation de soins et de biens médicaux. Les dépenses de santé à la charge des ménages connaissent une croissance rapide, deux fois supérieure à l'évolution des revenus depuis 2006. Alors que les usagers ont vu leurs dépenses croître de 6,7 milliards d'euros ces cinq dernières années, l'UFC « Que Choisir » s'interroge sur la viabilité d'un système qui entretient structurellement cette augmentation. Ainsi, qu'il s'agisse des transferts de charges de l'assurance maladie vers les ménages, de l'absence de régulation des dépassements honoraires, ou d'une fiscalité continument alourdie sur les complémentaires santé (multipliée par 7 entre 2005 et 2011) qui couvrent 94 % de la population, les pouvoirs publics contribuent largement à l'explosion du coût de la santé pour les usagers. Mais, ils ne sont pas les seuls responsables? Les organismes complémentaires santé, dont les cotisations représentent 60 % des dépenses de santé des Français, sont également à l'origine de ces hausses de tarifs, à travers des frais qui semblent hors de contrôle. Ainsi, en 2009, alors que les organismes complémentaires ont versé 24,3 milliards d'euros de prestations, ils ont exposé les consommateurs à 7 milliards d'euros de frais de fonctionnement. Ceux-ci ont représenté près de 22 % des cotisations. Dans ce contexte, l'UFC-Que Choisir, attentive à l'évolution du coût de la santé et à l'accessibilité financière des complémentaires santé, prérequis pour l'accès au soin, a souhaité cibler son étude sur les seniors, population exposée à des actes de soins plus fréquents, et dont le taux d'effort pour l'acquisition d'une complémentaire santé est deux fois et demi supérieur à celui de la population générale.

Domin, J. p. (2011). "L'accès à une bonne couverture complémentaire santé : un nouveau privilège ?" *Cahiers de sante publique et de protection sociale (les)*(1): 48-53.

La loi du 13 août 2004 prône une régulation du système de santé et renforce le rôle des organismes complémentaires d'assurance-maladie (Ocam). La politique dite de « responsabilisation » des assurés sociaux repose en effet sur la coordination entre régimes obligatoires et assureurs complémentaires. La loi couronne ainsi un long processus de transfert des dépenses de l'assurance-maladie obligatoire (AMO) vers l'assurance-maladie complémentaire (AMC), entamé dès les années 1980. Cet article aborde la question sous deux aspects. Le transfert d'une part croissante de la dépense de santé vers les organismes complémentaires renforce leur poids, mais accélère la concentration et la

restructuration du marché. Cette évolution renforce la sélection des malades et fragilise les droits de salariés.

Duval, J., Lardellier, R. et Legal, R. (2011). "La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge." Série statistiques - document de travail - Drees(161): 31-50,

Cette étude présente pour l'année 2008 la redistribution opérée par les systèmes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire entre les classes d'âge. Les mécanismes de financement de l'assurance maladie obligatoire répondent à deux principes : la solidarité des bien portants vis-à-vis des malades et l'accessibilité des soins à tous, quelle que soit leur capacité financière. Ainsi, alors que les remboursements des soins de l'assurance maladie obligatoire dépendent du risque maladie, son financement est lié aux revenus, via notamment les cotisations et les contributions sociales. Du respect de ces principes découlent des transferts intergénérationnels importants, des actifs vers les retraités. Le risque maladie augmentant avec l'âge, ce sont en effet les retraités qui ont les dépenses moyennes de soins les plus élevées alors que leurs contributions sont plus faibles.

Ewald, F., Lorenzi, J. h. et Lequoy, J. f. (2011). "Assurance et santé." Sève : les tribunes de la santé(31): 23-83.

Les articles de ce dossier examinent les relations entre assurance et santé.

Grignon, M. (2011). "Financement public ou privé de la dépense de soins : un bilan des connaissances." Journal d'économie médicale **29**(3): 113-124.

[BDSF. Notice produite par ORSRA qR0xl9n8. Diffusion soumise à autorisation]. Ce texte présente un point des connaissances en économie sur le bien-fondé du financement public de la dépense de soins et le degré de partage entre financement public et privé (ce que le public laisse à la charge des patients). La littérature montre qu'il existe de nombreux arguments en faveur d'une prise en charge élevée, voire totale, de la dépense jugée nécessaire, sans ticket modérateur ou franchise. Les inconvénients de la prise en charge collective (absence de choix du consommateur, risque moral) sont plus que compensés par les avantages, évidents en termes d'équité, mais aussi en efficacité (notamment absence d'anti-sélection et de risque de prime). On peut montrer que les riches trouvent avantage à une prise en charge publique même à financement progressif. Tout cela pourrait changer si la révolution épidémiologique se poursuit (rectangularisation de l'espérance de vie) et si le progrès technique contribue à faire croître la dépense de soins plus rapidement que la richesse nationale.

Tabuteau, D. (2011). "L'assurance maladie dans la tourmente économique et politique (2007-2011)." Sève : les tribunes de la santé(32): 77-88.

Les années 2007-2010 ont été placées pour l'assurance maladie sous les signes des crises économiques et financières mais aussi de réformes menées le plus souvent dans la discrétion de législations techniques. Elles auront été ainsi marquées par l'absence de véritable débat public sur le financement de la protection sociale, malgré la succession de déficits historiques, mais aussi par la priorité donnée au terme de 'responsabilisation' des assurés sociaux et par l'affirmation d'une logique de concurrence dans le système de santé et d'assurance maladie (Résumé de l'éditeur).

Tabuteau, D. (2011). "Santé et assurance-maladie : l'inquiétante dilution des services publics." Droit social **2011**(12): 1277-1282.

Cet article dresse un historique des réformes de l'assurance maladie mises en place depuis 1988, dont l'objectif principal était la régulation des dépenses de santé en soulignant les deux principes directeurs : la responsabilisation des acteurs, notamment de l'assuré social et la mise en concurrence du système de santé.

2010

Batifoulier, P., Domin, J. p. et Abecassis, P. (2010). "Marchandisation et politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire". Paris, A.F.S. (RT6 Working Paper 2010-3)

Cette étude est organisée en deux temps. Nous verrons dans une première partie que le secteur de l'assurance maladie complémentaire connaît aujourd'hui une transformation profonde, notamment en raison d'un transfert progressif des dépenses de l'assurance maladie obligatoire. Mais, cette évolution génère de nouvelles inégalités, créées par la politique de santé, qui viennent s'ajouter aux inégalités sociales existantes. Cette dérive inégalitaire ne peut pas être considérée comme l'expression d'un antagonisme naturel entre efficacité économique et justice sociale. En matière de santé, les inégalités s'accroissent et les dépenses demeurent à un niveau élevé. Les inégalités ne sont donc pas le prix à payer pour des dépenses décroissantes. L'analyse de cette crise de régulation fait l'objet de la seconde partie. Les errements de la politique de santé sont reliés à la crise du régime des idées et notamment aux limites atteintes par la conception normative du patient, fraudeur parce que rationnel. Ces limites ont conduit le législateur à amender sa politique en exonérant certains patients de la contribution au financement de leurs propres dépenses de santé. Ces aménagements notables restent prisonniers d'une conception strictement économiste du patient et n'ont pas desserré le dilemme entre efficacité et équité dans les politiques de santé.

Domin, J. p. (2010). "L'assurance maladie complémentaire. Vecteur de la reproduction des inégalités dans l'emploi." Notes de l'les (les)(14)

Alors que depuis 1945 l'assurance maladie voyait son rôle grandir dans la couverture des dépenses de santé, les années 1980 ont initié un mouvement de constitution puis d'affirmation d'un marché des régimes complémentaires. Cet article, montre la conséquence de cette évolution : alors que l'assurance maladie obéit à une logique salariale de mutualisation transversale aux emplois et aux entreprises, le marché des complémentaires relève, lui, d'une logique de l'emploi, avec de fortes disparités entre chômeurs et occupés, entre cadres et employés, entre petites et grandes entreprises. L'assurance maladie, quand elle se détache du salaire socialisé, dépend davantage de l'emploi. Nous avons ici un exemple de plus du risque encouru lorsqu'on ne fait plus du salaire le support des droits sociaux (résumé de l'éditeur)

Dormont, B. (2010). "Liberté ou solidarité : le dilemme des complémentaires." Sève : les tribunes de la santé(28): 65-74.

Pour couvrir des dépenses de santé en croissance continue, la stratégie actuellement retenue en France consiste à geler le taux des prélèvements obligatoires et à élargir le champ des assurances complémentaires, tout en réaffirmant leur caractère facultatif. Mais il y a conflit entre la liberté individuelle de s'assurer et légalisation des conditions d'accès aux soins grâce à la mutualisation des risques. Il faut établir une distinction entre assurance supplémentaire (soins non essentiels pour la santé) et assurance complémentaire (soins de base). Pour une société comme la nôtre, qui décide de faire jouer la solidarité pour l'accès aux soins de base, l'assurance complémentaire doit être obligatoire et régulée de façon à exclure la segmentation des contrats et la sélection des risques. Le débat doit se concentrer sur la définition du panier de base et son évolution avec le progrès technique médical. Quels sont les services de santé auxquels tous doivent avoir accès ? Pour ces services, une société qui donne la priorité à la solidarité ne peut pas accorder la liberté de ne pas s'assurer. (résumé de l'éditeur).

Grignon, M. (2010). "Le financement du système de santé et le partage obligatoire-volontaire : un point des connaissances." Revue française des affaires sociales(4): 53-73.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xFpEns. Diffusion soumise à autorisation]. La première partie de cet article passe en revue les différents modes de financement de la santé et leurs forces et faiblesses respectives. La seconde partie recense les connaissances théoriques et empiriques relatives à ces diverses formes de partage de la dépense de soins entre système obligatoire et système volontaire. En conclusion, il ressort que tout système de financement pur (purement obligatoire ou purement volontaire) est rejeté, d'un point de vue normatif (le bien-être social est moindre que dans un système mixte) ou positif (il ne serait pas choisi dans un vote référendaire).

Le Pen, C. (2010). "Assurance-maladie : le modèle de 45 est-il mort ?" Débat (le)(161): 116-128.

Les sondages le montrent, l'opinion publique est nostalgique d'un temps révolu où une Sécurité sociale généreuse et financièrement équilibrée donnait aux Français le sentiment qu'ils ne seraient jamais plus abandonnés face aux conséquences financières de la maladie et de la mort. Aujourd'hui au contraire, ils perçoivent avec angoisse une Sécurité sociale déficitaire, fragilisée, en voie même de privatisation, qui leur demande année après année de payer plus pour les couvrir moins. La question se pose donc de savoir si cette perception correspond à une réalité, d'apprécier les changements intervenus dans l'organisation et la gestion de la Sécurité sociale depuis 1945 et d'anticiper les tendances d'évolution futures de manière à identifier les points de rupture et de continuité avec le modèle de Sécurité sociale à la française, notamment en ce qui concerne les formes de la solidarité. Ce que nous montrerons ici c'est que le trouble actuel provient moins d'une diminution du niveau de protection sociale des Français - qui a plutôt progressé que d'une remise en cause de certains des principes fondateurs du modèle de 45.

Tabuteau, D. (2010). "Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé." Sève : les tribunes de la santé(HS): 37-51.

Depuis un quart de siècle, les politiques de santé ont connu des mutations sans précédent. La maîtrise des dépenses de santé et les crises sanitaires ont régulièrement mobilisé les pouvoirs publics. Mais les législations sur la santé publique, la régulation des activités médicales, la bioéthique ou les droits des malades ont marqué cette période. Ces transformations ont pour fil directeur l'affirmation progressive d'un pouvoir d'Etat dans l'organisation et la régulation du système de santé. Elles révèlent également l'amorce de ruptures majeures pour l'évolution du système de santé et d'assurance maladie (résumé de l'éditeur).

Tabuteau, D. (2010). "La métamorphose silencieuse des assurances maladie." Droit social(1): 85-92.

Cette contribution commente l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 qui donne un rôle important aux organismes de protection complémentaire dans la validité d'accords conclus par une assurance maladie obligatoire, cette dernière recouvrant l'ensemble de la population et non les seuls souscripteurs de contrats de protection complémentaire. Plus fondamentalement, ce nouvel article consacre la possibilité de prestations de soins dont le financeur principal n'est plus l'assurance maladie. La véritable métamorphose en cours des assurances maladie obligatoire et complémentaire apparaît alors comme le fruit du repli à la dérobée de l'assurance maladie obligatoire et de l'expansion nolens volens des organismes de protection complémentaire. Mais elle révèle également la minutieuse construction du socle d'un nouvel équilibre entre les assurances maladies (d'après introduction de l'auteur)

2009

(2009). "Assureurs maladie en France ! Quelle gestion du risque ?" Prescrire : la revue 29(312): 780-784.

Cornilleau, G. (2009). "Financement de l'assurance maladie et système de remboursement des soins." Regards croisés sur l'économie(5): 90-97.

Le financement de l'assurance maladie pose un problème récurrent, car la hausse de la dépense de soins augmente structurellement plus rapidement que le produit intérieur brut (PIB). Il en résulte mécaniquement un déficit de l'assurance maladie, le « trou » de la Sécurité sociale, qui se creuse particulièrement vite quand la croissance économique ralentit. Cette évolution est régulièrement dramatisée par le monde politico-médiatique. Pour équilibrer les finances de l'assurance maladie, deux moyens peuvent être mis en œuvre à court terme : la hausse des cotisations (aujourd'hui principalement de la contribution sociale généralisée (CSG)) ou la baisse des remboursements. Les pouvoirs publics étant très réticents à l'augmentation des prélèvements obligatoires, ils ont souvent choisi la voie du déremboursement pour alléger les dépenses de l'assurance maladie. Ces déremboursements sont alors mis à la charge des systèmes d'assurances complémentaires (assurances privées, mutuelles et institutions de prévoyance). Cette évolution, contrariée par le développement des affections de longues durées (ALD), peut avoir des conséquences très

dommageables sur la santé publique et l'égalité devant les soins. Il en résulte une croissance nette de la part du financement de la santé par les complémentaires, qui ne participent par ailleurs que de très loin à la régulation de l'offre de soins. Ce système n'est donc satisfaisant ni du point de vue de la protection sociale et de l'équité de la redistribution, ni du point de vue de l'efficacité économique et sociale.

Domin, J. P. (2009). "Le médecin, le patient et l'assureur : le développement de l'assurance maladie complémentaire et ses conséquences sur la décision médicale." Journal d'économie médicale **27**(4): 235-253, r

[BDSP. Notice produite par ORSRA 9IksR0x9. Diffusion soumise à autorisation]. Ce travail s'interroge sur les tensions entre les transformations du secteur de la santé, notamment l'intervention croissante des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), et les principes déontologiques. Toute la question est de savoir si cette transformation peut avoir une réelle influence sur la décision médicale ? L'argumentation est menée en deux temps. Si l'indépendance de la profession a été érigée comme un principe déontologique fondamental et indépassable, les évolutions récentes du marché de l'assurance maladie complémentaire ne sont pas sans conséquences sur les décisions prises par les praticiens dans le cadre de leur exercice. (résumé d'auteur).

Dormont, B. (2009). "Un système si parfait." Regards croisés sur l'économie(5): 11-26.

Cet article décrit l'organisation et l'évolution du système de santé français. La régulation du système s'est concentrée sur la « responsabilisation » des patients, tout en introduisant des dispositifs correcteurs pour en modérer les conséquences pour les populations à bas revenus. Ces dispositifs engendrent des inégalités de couverture qui peuvent miner la cohésion de l'ensemble.

Geoffard, P. y. (2009). "Concurrence en santé : marché des soins, marché de l'assurance." Regards croisés sur l'économie(5): 128-137.

À quoi peut servir la concurrence dans le domaine de la santé ? Dans bien des cas, la concurrence permet d'améliorer l'efficacité productive et allocative de l'économie, nous explique l'auteur dans cet article. En matière de santé en revanche, rien n'est aussi simple : sur le marché des soins, la concurrence n'a guère d'utilité, et sur le marché de l'assurance, elle pourrait permettre d'améliorer l'efficacité des systèmes de soins à condition d'être drastiquement encadrée. L'exemple américain témoigne éloquentement des limites des systèmes d'assurances concurrentiels mal régulés.

Huteau, G., Chadelat, J. F., Tauran, T., et al. (2009). "Acteurs et périmètre de la protection sociale." Regards. (35): 9-61.

[BDSP. Notice produite par EHESP FEm8tR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Sommaire du dossier : L'assuré social et le patient : un duo d'inséparables ; Quel avenir pour les complémentaires Santé ? L'organisation actuelle de la Sécurité sociale a-t-elle un sens ou un intérêt ? Les URSSAF, un rapide historique pour expliquer l'avenir ; Les difficultés réelles d'une politique d'accueil du jeune enfant.

Kerleau, M., Fretel, A. et Hirtzlin, I. (2009). "Regulating Private Health Insurance in France : New Challenges for Employer-Based Complementary Health Insurance". Paris, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne (CES Working Paper 2009.56)

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/42/39/31/PDF/09056.pdf>

En France, l'assurance maladie de base relève du système public de l'assurance sociale. En dépit d'une couverture qui reste étendue, l'élargissement des co-paiements et des franchises rend nécessaire l'accès à une assurance santé complémentaire. Dans un contexte qui voit les contraintes pesant sur les dépenses publiques se durcir, le marché pour l'assurance complémentaire est de fait appelé à se développer. Cette tendance n'est pas sans conséquence sur la régulation de l'assurance maladie privée. Au début des années 2000, les autorités publiques se sont dotées d'instruments destinés à inciter les employeurs à mettre en place des dispositifs d'assurance de groupe rendus obligatoires pour les salariés en même temps qu'elles encourageaient les partenaires sociaux à négocier collectivement l'implémentation de couvertures complémentaires dans l'ensemble des entreprises,

quels que soient leur taille ou secteur d'activité. Ce document explore ce qui est en jeu dans cette nouvelle forme de couplage entre l'assurance santé et l'entreprise.

Legal, R. (2009). "L'influence de l'offre de soins et du niveau des primes sur la demande d'assurance complémentaire santé en France." Revue économique 60(2): 441-453

Les assurances complémentaires pèsent de plus en plus dans le paysage de la protection sociale. Dans ce contexte, identifier les préférences individuelles en matière de couverture complémentaire devient une question cruciale, aussi bien pour les organismes complémentaires que pour les pouvoirs publics. Cet article utilise la base de données d'un important assureur santé français et profite des variations interdépartementales exogènes du niveau des primes pour estimer la sensibilité de la demande d'assurance complémentaire au montant de la prime et au contexte local d'offre de soins. Nos résultats montrent que le poids de la contrainte budgétaire semble prépondérant dans le processus de décision de l'assuré. Dès lors, toute augmentation brutale du niveau des primes aurait des conséquences graves en matière de couverture.

Matallah, M. (2009). "Quel avenir pour la mutualisation en assurance santé." Sève : les tribunes de la santé(24): 47-52.

Les 33 % de Français qui consomment le moins consomment dix fois moins que les 67 % restants. Pendant très longtemps, ils ont accepté une mutualisation intégrale de leur absence de risque avec la consommation des autres. L'énorme augmentation des cotisations de ces dernières années a changé la donne. Il devient de plus en plus difficile de justifier les hausses, surtout en utilisant des arguments très uniformes, insistant sur les désengagements de la sécurité sociale et la hausse des dépenses de santé. L'assurance santé, qui a, depuis 1945, reproduit très rigoureusement les mécanismes de solidarité du régime obligatoire, pourra-t-elle maintenir durablement le cap ?

Van Roekeghem, F. (2009). "L'assurance maladie : sortie de crise ?" Sève : les tribunes de la santé(22): 81-89.

Notre système de protection sociale est confronté à de réelles difficultés, tenant notamment à l'importance des pathologies lourdes et à la crise financière. Dégradation sensible de la situation de l'assurance maladie au début des années 2000, évolution défavorable de la conjoncture économique, croissance rapide des dépenses de santé ont conduit, en 2003, le Haut Conseil pour l'assurance maladie à dresser un constat alarmiste. Depuis 2004, de nombreux points ont évolué positivement. Toutefois, la soutenabilité de notre système n'est pas complètement acquise. Une politique de soins efficiente, mobilisant toujours plus les marges de manœuvres qui existent, permet de rendre plus soutenable notre système de protection sociale à l'avenir. Il est de notre devoir de ne pas léguer à nos enfants un système surendetté.

2008

Benamouzig, D. (2008). "Grandes manœuvres autour de la santé." Alternatives économiques(270): 52-61

La réforme du système de santé est sur les rails. Au menu : une régionalisation dont on attend qu'elle permette de coordonner la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médicosocial, et une redéfinition des biens et des services pris en charge par l'assurance maladie. Cette dernière mesure aurait pour conséquence d'alourdir les dépenses laissées à la charge des mutuelles et des ménages.

Elbaum, M. (2008). "Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie." Lettre de l'OFCE : observations et diagnostics économiques(301)

Après un historique sur la participation financière de l'assuré dans les soins médicaux, cet article analyse l'impact de l'instauration des franchises médicales, en janvier 2008, sur les dépenses de santé en France. Il démontre l'efficacité limitée de cette mesure, ainsi que l'inégalité sociale qui en découle.

Franç, C. et Couffinal, A. (2008). "Analyse économique du secteur de l'assurance maladie complémentaire pour la France." Lettre du collège (la) 19(2): 2-4

Labrie, Y. et Boyer, M. (2008). "Le secteur privé dans un système de santé publique : l'exemple français." IES : Les notes économiques

La France est l'un des pays où le secteur privé à but lucratif joue un rôle très important dans le système de santé, en particulier dans le secteur des soins hospitaliers. L'expérience française permet de dégager des leçons pertinentes quant à l'intérêt de permettre à des entreprises privées de participer à l'offre de soins de santé au Québec et au Canada.

Langlois, P. (2008). "Quelles voies pour une réforme en profondeur de l'assurance maladie ?" Droit social(2): 187-189.

Les années se succèdent, comme les plans et les réformes. Les déficits de l'assurance maladie perdurent et, surtout, les dépenses ne cessent de croître plus qu'il n'était prévu, conduisant à la recherche constante de nouveaux moyens de financement. N'est-il pas temps de songer à une alternative à la régulation centralisée, radicalisée par la réforme Juppé en 1995 qui a généré des dispositifs relativement complexe dont l'efficacité est très relative ? On ne peut avoir la prétention de proposer la recette miracle mais de proposer une réflexion fondée sur une véritable décentralisation.

Prieur, C. (2008). "Dépenses de santé. Pourquoi ne pas dire la vérité aux Français ?" Sève : les tribunes de la santé(18): 95-104.

Les dépenses de santé augmentent plus vite que ne croît la richesse nationale. Il s'en suit deux conséquences majeures. D'abord, il convient de réguler le système productif de soins en lui faisant porter la contrainte qui lui serait appliquée s'il était nationalisé ou abandonné au marché. En second lieu, il faudra choisir entre les différentes modalités de financement possibles qui incarnent des valeurs fortes. La majeure partie des dépenses de santé doit relever du financement solidaire, pilier de l'accès de tous à des soins de qualité. Le surplus doit être partagé entre un financement mutualisé généralisé et un appel au revenu direct des ménages à condition qu'il soit équitable.

Spaeth, J. M. (2008). "Les syndicats et l'assurance maladie." Sève : les tribunes de la santé(18): 29-37.

La sécurité sociale est un condensé de contradictions et l'assurance maladie en est un des éléments les plus sensibles. Elle est toujours trop chère pour celui qui cotise, dont les soins ne sont pourtant jamais assez remboursés. Les professionnels de santé jurent la main sur le cœur qu'il faut les payer plus pour qu'ils soignent mieux, et les gouvernements, obsédés par les prélèvements obligatoires et aiguillonnés par les employeurs "écrasés" de charges, sont régulièrement tentés de tout réformer de fonds en comble. Quant aux organisations syndicales, elles n'ont jamais réussi à surmonter leurs divergences, voire leurs antagonismes, sur la conception même de l'assurance maladie. Cet article apporte quelques éclairages pour mieux en comprendre la genèse. Et surtout, il esquisse des pistes pour relever les immenses défis auxquels est confronté cet élément réellement vital du pacte social.

2007

Grignon, M., Perronnin, M. et Lavis, J. N. (2007). "Does free complementary health insurance help the poor to access health care ? Evidence from France." Health economics **17**(2):203-19.

The French government introduced a 'free complementary health insurance plan' in 2000, which covers most of the out-of-pocket payments faced by the poorest 10% of French residents. This plan was designed to help the non-elderly poor to access health care. To assess the impact of the introduction of the plan on its beneficiaries, we use a longitudinal data set to compare, for the same individual, the evolution of his/her expenditures before-and-after enrollment in the plan. This before-and-after analysis allows us to remove most of the spuriousness due to individual heterogeneity. We also use information on past coverage in a difference-in-difference analysis to evaluate the impact of specific benefits associated with the plan. We attempt at controlling for changes other than enrollment through a difference-in-difference analysis within the eligible (rather than enrolled) population. Our main result is the plan's lack of an overall effect on utilization. This result is likely

attributable to the fact that those who were enrolled automatically in the free plan (the majority of enrollees), already benefited from a relatively generous plan. The significant effect among those who enrolled voluntarily in the free plan was likely driven by those with no previous complementary coverage.

Laurent, D. (2007). "Financeurs publics et financeurs privés." Sève : les tribunes de la santé(15): 31-37.

La concurrence entre financeurs publics et financeurs privés peut être, au vu d'exemples européens concrets, sources d'innovations tant pour gérer le risque maladie que pour diversifier et améliorer la qualité des services offerts. Cette concurrence ne prend tout son sens que si elle contribue à améliorer l'accès aux soins, leur qualité et leur pertinence. Dans un contexte de concurrence assumée, la plupart des innovations présentées pourraient être mises en œuvre pour améliorer la gestion et la qualité des systèmes publics, notamment en France.

Saliba, B. et Ventelou, B. (2007). "Complementary health insurance in France : who pays ? Why ? Who will suffer from public disengagement ?" Health policy **81**(2-3): 166-182

The study is based on a rare database with information about health status, socioeconomic characteristics and the complementary health insurance choices of the French population. We intend to characterise a two-stage decision process: first, the decision to purchase complementary health insurance, and then the factors related to choice of policy quality. Our econometric study indicates that (i) income level has a strong and significant effect on the decision to purchase complementary insurance, whilst there is no evidence that health risk considerations affect this decision at all; (ii) the individual decision about quality is associated barely if at all with any rational explanatory variables. The population's concrete behaviour, revealed by the study, is consistent with an allocation of low-risk people to private insurance and high-risk people to public insurance. Complementary insurance is not especially relevant to patients with serious diseases, who depend much more on the public system. If the public insurance system were to disengage significantly from coverage of serious illness, a vacuum would be created that would leave people at high risk without full coverage. These results have broad implications for numerous national systems of social protection seeking a new mix between private and public insurance.

Symery, M. (2007). "Sécurité sociale et solidarité : quel avenir ?" Sève : les tribunes de la santé(17): 105-114.

La diminution progressive de la prise en charge collective pour les soins qui ne concernent pas les affections longue durée, laissant peu à peu la place aux assurances privées et à une part croissante des frais à la charge du malade, contribue à créer des inégalités sociales, alors que le système assurantiel privé est reconnu moins efficace et plus coûteux que celui basé sur la solidarité. Plus qu'un choix de financement pour pérenniser notre système de santé, c'est un choix de société qui se présente. A nous d'être vigilant pour ne laisser personne au bord de la route.

2006

(2006). "Health, insurance, equity." Annales d'économie et de statistique(83-84)

Ce fascicule spécial rassemble les communications de la troisième conférence de l'Institut d'économie Politique (IDEP) sur le thème de la santé, de l'assurance et de l'équité, tenue à Marseille en juin 2004. Cette conférence présentait plus de 60 contributions sur différentes questions relatives à l'économie et à la gestion des systèmes de santé.

(2006). "La réforme de l'assurance maladie." Actualité et dossier en santé publique(53-54): 28-87.

Dossier consacré à la réforme de l'assurance maladie : une réforme, pour quoi faire ? ; La réforme et ses outils institutionnels ; l'engagement et la responsabilité des acteurs ; la qualité des pratiques

médicales ; Le rôle des caisses d'assurance maladie ; La réforme et l'hôpital ; La réforme et la politique du médicament.

Grignon, M., Perronnin, M. et Lavis, J. n. (2006). "Does free supplementary health insurance help the poor to access health care ? Evidence from France". Hamilton, McMaster University ([CHEPA Working paper 06-02](#))

Le gouvernement français a introduit "un plan d'assurance-maladie complémentaire" en 2000. Pour évaluer l'impact de ce plan sur ses bénéficiaires, les auteurs utilisent dans ce document un ensemble de données longitudinales afin de comparer, pour un même individu, l'évolution de ses dépenses avant et après l'inscription à ce plan.

Lewalle, H. (2006). "Regard sur l'assurance maladie privée dans l'Union européenne." [Revue française des affaires sociales](#)(2-3): 141-166.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE nuwtYR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les systèmes de santé qui se sont développés dans l'UE partagent des valeurs et des principes communs qui fondent le "modèle social européen". Ils sont structurés sur une logique de solidarité bismarckienne ou bévériidgienne et couvre l'ensemble de la population. Depuis deux décennies, ils sont confrontés à une forte croissance des dépenses de santé, compte tenu de l'évolution des pratiques médicales, de plus en plus onéreuses, de l'accroissement de la demande de soins et du vieillissement démographique. En adoptant des mesures de maîtrise des dépenses, les États ont alourdi la participation aux frais des patients, accroissant, en conséquence, la nécessité de recourir aux assurances complémentaires, soit pour couvrir "les restes à charges", soit pour accéder à des soins privés. Nonobstant, l'assurance maladie privée ne remplit qu'une fonction secondaire. L'étendue de la protection obligatoire et la façon dont elle est organisée déterminent fondamentalement la demande et les formes de protection privée.

Segouin, C., Brechat, P. H. et Bertrand, D. (2006). "Les rôles des assurances maladie obligatoires et complémentaires dans la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13.08.2004." [Journal d'économie médicale](#) **24**(5): 241-247

[BDSP. Notice produite par ORSRA 8MR0xsKi. Diffusion soumise à autorisation]. L'équilibre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), quelles que soient les hypothèses de financement, reste fondamental. Le point clé est la répartition de la prise en charge des soins entre le ménage (le consommateur), l'assistance (les personnes non couvertes par l'AMO), l'assurance (les mutuelles, les assurances privées et les institutions de prévoyance) et la solidarité (les régimes obligatoires d'Assurance Maladie). La loi du 13 août 2004 intègre dans cette prise en charge les assurances maladie complémentaires (AMC). Seront examinées successivement l'évolution des dépenses de santé, la réforme de l'Assurance Maladie, et la nouvelle place des AMC.

Simon, M. O. (2006). "Les Français, la réforme de l'assurance maladie et la complémentaire santé". Paris, C.R.E.D.O.C.

La complémentaire santé représente aujourd'hui la moitié de l'activité des institutions de prévoyance. Le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), qui traditionnellement interroge les salariés couverts par des contrats maladie d'entreprise (les institutions de prévoyance diffusant essentiellement des contrats collectifs), a voulu aller plus loin et recueillir l'opinion de l'ensemble de la population française sur le rôle des complémentaires santé dans le contexte particulier de la réforme de l'assurance maladie. Après un premier sondage réalisé en mai 2004 alors que les discussions sur la réforme battaient leur plein, une nouvelle édition a été réalisée fin 2005 par le Crédoc, pour connaître le niveau d'information et l'opinion sur la réforme de l'assurance maladie et son impact sur les complémentaires santé. Afin de permettre les comparaisons, la méthodologie de l'enquête de mai 2004 a été reproduite : 1 200 personnes âgées de 18 à 70 ans ont été sondées, selon un échantillon représentatif de la population française en terme d'âge, de sexe, de localisation géographique et de situation professionnelle.

Turquet, P. (2006). "L'obtention d'une couverture complémentaire maladie dans le cadre de l'entreprise." Sciences sociales et santé **24**(3): 95-119.

La couverture collective est aujourd'hui, en France, le premier mode d'obtention d'une assurance maladie complémentaire. Les travaux de l'Irdes montrent que les contrats d'entreprise se révèlent plus avantageux et de meilleure qualité pour leurs bénéficiaires que les contrats individuels. Afin de mieux comprendre les disparités en matière d'accès à ce type de dispositif entre individuel et collectif, sont ici restitués pour partie les résultats consacrés à la couverture complémentaire des frais de santé en entreprise. On s'intéresse tout particulièrement aux raisons pour lesquelles les entreprises ont choisi d'adopter de tels contrats, aux modalités de mise en œuvre ainsi qu'aux garanties ainsi obtenues. On s'interroge, enfin, sur les conséquences d'un éventuel développement de l'assurance privée. (Résumé d'auteur).

Volovitch, P. (2006). "Quelle utilisation de l'économie dans le champ de l'assurance maladie ?" Revue de l'Ires (la)(51): 3-24.

Les dépenses de santé, du fait de leur poids dans le PIB, de l'évolution prévisible de ce poids, et du niveau nécessairement élevé de leur mutualisation ne peuvent laisser les économistes indifférents. Dans le même temps la spécificité du domaine de la santé, la forte demande d'égalité, la prééminence reconnue aux seuls professionnels, font que l'introduction du raisonnement économique dans le champ des dépenses de santé se heurte à de fortes réticences. Quelles ont été les différentes formes d'introduction de l'outil économique dans le champ de l'assurance maladie au cours des vingt dernières années ? Pourquoi certains domaines relevant pourtant de l'économie (nombres de professionnels, revenus...) n'ont-ils pas ou peu, été explorés ? Apparaît alors ce que nous appelons une "inversion des priorités". Des domaines où la collectivité est forte sont délaissés, tandis que la collectivité s'aventure dans des domaines où sa légitimité est moins forte. Cet article tente de montrer que cette inversion des priorités s'articule avec l'état de l'organisation des rapports entre professionnels et pouvoirs publics. La construction d'un acteur collectif fort du côté des professionnels devient alors une condition pour une utilisation de l'outil économique dans le champ de l'assurance maladie.

2005

Franc, C. (2005). "Quelles perspectives pour l'assurance maladie complémentaire ?" Sève : les tribunes de la santé(6): 43-48.

Majnoni d'intignano, B. (2005). "L'organisation du système de santé." La santé(324): 39-45

Contrairement à ceux des autres pays européens, le système de santé français ne participe pas d'une conception unique, mais tient à la fois de l'universalisme cher à Beveridge et du modèle bismarckien où les droits sociaux sont liés à l'exercice d'une profession. Cette dualité, avec le partage des responsabilités qu'elle implique, n'est pas étrangère aux problèmes récurrents de financement rencontrés par la France. Cet article explique comment la gestion de l'assurance maladie mise en place après la Libération n'a pu empêcher une envolée des dépenses que n'accompagne au demeurant pas une excellence de résultats. Si les taux de croissance modestes de l'économie rendent impérative la maîtrise des coûts de santé, il paraît peu probable que les dernières orientations décidées en 2004 soient de nature à en terminer avec les déficits.

2004

Bras, J. I. (2004). "Déficit de l'assurance maladie : dérembourser ou prélever ?" Droit social(6): 645-655.

Buchmueller, T. c., Couffinhal, A., Grignon, M., et al. (2004). "Access to physician services : does supplemental insurance matter ? Evidence from France." Health Economics **13**(7): 669-687.

Cornilleau, G. et Ventelou, B. (2004). "La réforme de l'assurance maladie." Lettre de l'OFCE : observations et diagnostics économiques(251)

Après une analyse du déficit de l'assurance maladie, cet article présente la réforme de la santé 2004 sous trois aspects : création de la Haute Autorité de Santé responsable de l'évaluation médicale et de la définition des bonnes pratiques, modification de l'accès aux soins par le passage par le médecin traitant et la suppression de la gratuité complète des soins par la contribution d'un euro par consultation, financement par une hausse de la CSG, un transfert du budget de l'Etat (taxe sur le tabac), une augmentation de la contribution des entreprises et un rééchelonnement du remboursement de la dette sociale.

Delvallee, C. et Ventelou, B. (2004). "Assurance maladie : redéfinir le partage entre couverture obligatoire et complémentaire ?" Revue de l'OFCE: observations et diagnostics Economiques(91): 333-348

L'article cherche à évaluer l'effet d'une modification du partage public/privé en matière d'assurance maladie, cette évolution étant toujours plausible compte tenu d'une certaine orientation du système de santé français vers le déremboursement public. Le travail est effectué à partir d'une base de données microéconomiques, permettant de lier conditions économiques (revenus déclarés), accès aux soins, consommation de soins et données de santé. On peut alors proposer des évaluations macroéconomiques - i.e. quelle réduction du déficit de l'assurance maladie ? - mais aussi microéconomiques : quels types de ménages et de malades risquent le plus de souffrir des déremboursements, quelle population cibler pour l'aide à l'achat d'une assurance complémentaire, quelle hausse peut-on prévoir pour les primes d'assurance ? On s'interroge enfin sur la rationalité d'une telle mesure, qui, pour être utile et efficace, devrait être accompagnée non seulement d'une politique de redistribution visant à compenser ses effets sur les personnes âgées et/ou les malades dénués d'assurances privées, mais aussi de mécanismes conduisant à un élargissement du pouvoir de régulation des assureurs maladie - notamment des assurances complémentaires - sur la demande et l'offre médicale : par exemple, une plus grande participation de celles-ci à la production de soins.

Fragonard, B., Ravoux, V., Allemand, H., et al. (2004). "Réforme de l'assurance maladie : quelle réforme pour l'assurance maladie ?" Elan social(57-58)

Ce fascicule spécial consacré à la réforme de l'assurance maladie rassemble les points de vue de divers acteurs du système de santé français : Bernard Fragonard, président du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, l'Association des Directeurs de Caisses d'Assurance Maladie, Hubert Allemand, médecin conseil national, Institut Montaigne, etc.

Kervasdoué, J. de., Ulmann, P., Lequet-slama, D., et al. (2004). "La régulation des dépenses de santé." Revue d'Economie Financière(76)

Ce numéro spécial de la Revue d'économie financière est entièrement consacré à la régulation des dépenses de santé en France, avec quelques exemples de l'étranger. Les thèmes abordés sont les suivants : est-il possible (souhaitable) de maîtriser les dépenses de santé ? ; la régulation des systèmes de santé : quelques expériences étrangères de réformes en Europe ; l'assurance maladie : financement collectif et régulation par le marché, la concurrence par le financement fonctionne-t-elle ? ; bilan et perspectives sur l'évolution du financement de l'assurance-maladie ; le rôle de l'assurance maladie dans la régulation de la demande de soins ; l'assurance maladie complémentaire dans la régulation ; le panier de soins ; la prise en charge de la dépendance ; la tarification à l'activité ; les modes de rémunération des médecins ; la régulation dans l'industrie pharmaceutique ; les politiques de régulation et systèmes d'information.

Pauly, M. v. (2004). "Mix without stirring : public finance and private markets in health insurance." Economie publique(15): 65-86.

This paper argues that the variation across countries in the relative mix of public sector and private market roles in allocating medical care resources may be explained, not as an evaluation of more or

less efficient structures, but rather as determined by differences in characteristics across countries that make one of the other way of organizing financing and production more appropriate. In particular, it is argued that the share of private financing and production is likely to be higher than the degree of heterogeneity of preferences across citizens in terms of the intensity of care, the methods for control of moral hazard, the values attached to new technology, the level of excess burden in the country's tax structure, and the extent to which monopsony power is available to and attractive to government. Some informal evidence is provided in support of this hypothesis, and it is used to explain the evolution of the Medicare system in the United States.

Polton, D. (2004). "Recent reforms affecting private health insurance in France." Euro observer - newsletter of the European observatory on health systems and policies 6(1): 4-5.

Polton, D. et Rochaix, L. (2004). "Partage optimal entre assurance maladie privée et publique : la situation française au regard d'expériences étrangères." Economie publique - études et recherches(14): 7-23

Turquet, P. (2004). "Vers un renforcement de l'assurance privée dans la couverture maladie en France ?" Revue internationale de sécurité sociale 57(4): 77-103.

La Sécurité sociale française ne finance la dépense courante de soins et biens médicaux qu'à hauteur de 75,7 %, imposant par conséquent un taux de participation financière important aux particuliers. Ceux-ci ont la possibilité de contracter une assurance de type complémentaire auprès d'un organisme privé mais la couverture ainsi obtenue génère de nombreuses inégalités, tant en termes d'accès que de contenu. La réforme de l'assurance maladie prévue pour 2004 pourrait cependant contribuer à accroître la place dévolue à l'assurance privée en matière de prise en charge des soins de santé et ce, au prix d'un affaiblissement de la solidarité nationale.

Volovitch, P. (2004). "Réforme de la Sécu : le dossier." Alternatives Economiques(224): 48-59

Il y a de nombreuses bonnes raisons de réformer l'assurance maladie : l'inorganisation de l'offre de soins, les niveaux de prise en charge, la mauvaise gouvernance ... Encore faut-il mener ces réformes sans oublier l'essentiel : la solidarité. Ce dossier fait une analyse claire de cette problématique.

2003

Caniard, E. (2003). "Le crédit d'impôt, outil d'organisation de la protection sociale complémentaire." Droit social(5): 518-526.

Dorénavant, pour garantir l'accès aux soins et permettre au progrès médical d'être au service de tous, les pouvoirs publics ne peuvent plus se préoccuper des seuls régimes obligatoires, mais doivent s'interroger sur l'organisation et le sens des interventions des régimes complémentaires. La fiscalité, jusqu'alors peu utilisée comme outil au service des politiques sanitaires et sociales, peut-elle constituer une réponse efficace ? Cet article tente d'analyser cette problématique.

Grignon, M. (2003). "Coordination avec le régime obligatoire : les quatre options offertes aux mutuelles", Paris, F.N.M.F.

Comment mieux partager le risque entre les régimes obligatoires et les organismes complémentaires ? L'auteur apporte dans cet article, des éléments de réponse à cette question.

Le Pen, C. (2003). "Guérir l'assurance maladie." Sociétal(42): 10-16.

Cet article tente à montrer que la réforme de l'assurance maladie semble possible en France en se basant sur trois points-clés : la clarification des rapports entre l'Etat et les caisses d'assurance maladie, la redéfinition des rôles entre assurance maladie de base et couverture complémentaire, une meilleure coordination de l'ensemble du système de santé. Mais les dépenses de santé vont continuer

d'augmenter sous le triple effet de la démographie, de la technologie et de l'évolution de la demande sociale.

2002

Buchmueller, T. c., Couffinhal, A., Grignon, M., et al. (2002). "Access to physician services : does supplemental insurance matter ? Evidence from France". Cambridge, N.B.E.R.

Les personnes couvertes par une complémentaire santé ont-elles des dépenses de soins plus élevées que les personnes non couvertes ? Si oui, cette augmentation est-elle proportionnelle à la qualité des contrats ? Traduit-elle un recours plus fréquent au système de santé ou un mode d'accès différent ? L'enquête périodique sur la santé et la protection sociale (ESPS), menée en 1998 a fourni pour la première fois des informations sur la qualité objective des couvertures complémentaires maladie. L'étude présentée ici évalue l'impact du niveau de couverture complémentaire sur le recours au généraliste et au spécialiste.

2001

(2001). "La CMU : un an après le bilan". Paris, Cnamts

La loi instaurant la couverture maladie universelle a été votée en juillet 1999, et son entrée en vigueur a été fixée au 1er janvier 2000. Un premier dossier réalisé en octobre 2000 faisait un bilan de dix mois d'application du dispositif. Ce deuxième dossier réalisé en avril 2001 dresse un état des lieux du dispositif après un an d'application. Les points abordés sont les suivants : profils des bénéficiaires, types de soins, facilité de l'accès aux soins, renouvellements des droits, tiers payant et aide médicale d'Etat.

2000

Couffinhal, A. (2000). "De l'antisélection à la sélection en assurance santé : pour un changement de perspective." Economie et prévision(142): 101-120

1999

Aproberts, L. (1999). "La protection sociale d'entreprise ou la solidarité fragmentée." Revue de l'Ires (la)(30): 93-120.

Les discussions françaises sur la protection sociale en général et sur les retraites en particulier reposent souvent sur l'hypothèse implicite, que les dispositifs d'entreprise pourraient en partie compléter, remplacer ou prendre le relais des dispositifs nationaux. Cet article tente à démontrer que ces deux formes de protection sociale ont des effets fondamentalement différents de par leur nature même. Dans une première partie, il esquisse un cadre d'analyse générale de la protection sociale, qui prend en compte la variété de ses formes institutionnelles et qui définit des concepts permettant de les distinguer les unes des autres. Dans la seconde partie, il analyse les rôles respectifs joués par les différents acteurs impliqués dans la protection sociale en France - employeurs, syndicats, pouvoirs publics et organismes assureurs - et leur implication quant au niveau de fonctionnement de la protection sociale : interprofessionnel, branche ou entreprise. Dans la dernière partie, il analyse les solidarités opérant dans les dispositifs couvrant des groupes restreints de salariés en les comparant avec les solidarités à l'œuvre dans les dispositifs obligatoires fonctionnant à une échelle nationale.

Volovitch, P. (1999). "Egalité devant les soins, égalité devant la santé : quel rôle pour l'assurance-maladie ?" Revue de l'Ires (la)(30): 149-176

La prise en charge collective des dépenses de santé doit-elle relever des mécanismes de l'assistance, de ceux de l'assurance sociale ou de ceux de l'assurance privée ? Les travaux préliminaires à la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) en France ont conduit à des débats renouvelés sur ces questions. La plupart de ces débats sont repris dans cet article, qui démontre que la fin des obstacles financiers à l'accès aux soins est certainement une condition nécessaire à l'égalité d'accès de tous aux soins. Les expériences étrangères montrent cependant qu'elle n'est pas la condition

suffisante à une réelle égalité face à la maladie. La prise en charge des dépenses de santé par les systèmes de protection sociale a une dimension solidaire forte. Parce qu'elle n'intervient que de façon curative, elle échoue à réduire les inégalités face à la santé. Il s'agit bien d'une solidarité inachevée.

1998

Henriet, D. et Rochet, J. C. (1998). "Les justifications de l'intervention publique dans les systèmes de santé." Economie publique - études et recherches(2): 15-33.

L'importance du secteur public dans le secteur de la santé varie d'un pays à l'autre. Comment expliquer cette diversité ? Cet article s'attache à examiner les justifications de l'intervention publique dans les systèmes de santé en distinguant la fonction d'assurance de la fonction d'offre de soins. En particulier, la justification en termes de redistribution en nature permet d'expliquer la variabilité des systèmes.

1995

Dupeyroux, J. j. et al. (1995). "La protection sociale demain." Droit social(9-10): 712-843.

La gouvernance de la couverture santé dans les autres pays de l'OCDE

FOCUS : PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE LA COUVERTURE SANTE DANS LES PAYS DE L'OCDE

En raison de la spécificité du système français, il est difficile de le comparer à ceux des autres pays de l'OCDE. Il est donc préférable d'analyser les différences en termes de couverture obligatoire ou non, plutôt qu'en opposant assurance publique et assurances privées.

L'article de Valérie Paris (2020)²² décrit les principaux mécanismes de financement mobilisés dans les pays de l'OCDE pour la couverture santé de base de la population, mais aussi les types de couverture « secondaire » qui existent dans presque tous ces pays. Puis il recense ce que l'on sait aujourd'hui de l'impact des différents modes de financement sur les trois fonctions qu'ils doivent assurer et sur les objectifs du système de santé.

Elle recense 4 types principaux de financement résumés dans ce tableau

Source principale de couverture santé	Descriptif	Exemples de pays
Gouvernement	<u>Financement non contributif</u> : financé par les impôts et taxes entrant dans le budget général du gouvernement	Australie, Canada, Danemark, Espagne, Finlande, Islande, Irlande, Italie, Lettonie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Portugal, Royaume-Uni, Suède
Assurance sociale/ obligatoire	Lorsque la couverture santé repose sur une assurance sociale obligatoire pour tout ou partie de la population Un seul assureur	Grèce, Corée, Estonie, Lituanie, Luxembourg, Pologne, Slovaquie, Turquie, Hongrie
Assurance privée obligatoire	Pour tous les résidents ou pour certains groupes de population. Droit à prestations est contributif	États-Unis (sauf + de 65 ans), Pays-Bas, Suisse
Assurance privée volontaire	Droit à prestations est contributif. Les primes sont généralement ajustées au risque et non liées au revenu.	Dans les pays de l'OCDE, ce type de couverture n'intervient plus qu'au-delà de la couverture de base, pour compléter la protection financière des individus

A cette principale strate, se superpose un niveau de couverture secondaire

²² Paris, V. (2020). La couverture santé dans les pays de l'OCDE. *Les Tribunes de la santé*, 65(3), 47-59. <https://doi.org/10.3917/seve1.065.0047>.

Couverture santé secondaire	Descriptif	Pays
assurance « duplicative	Double la couverture de base, en particulier dans les pays où le gouvernement couvre toute la population. Couvre également les services non pris en charge par le système public	Australie, Royaume-Uni
assurance complémentaire	Prise en charge de tout ou partie des sommes laissées à la charge de l'utilisateur par la couverture santé de base	France, Belgique
assurance supplémentaire	Couverture des biens et services qui ne sont pas pris en charge par l'assurance de base.	Canada, Pays-Bas
Système mixte	.	Corée, Danemark, Slovaquie

ÉLÉMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

Etudes comparées

Andresciani, C., Di giacchino, D. et Sabani, L. (2024). "The political economy of the public/private mix in healthcare: assessing the decongestion effect argument". Roma, Sapienza Università de Roma. ([Working paper in Public Economics 253](https://ideas.repec.org/p/sap/wpaper/wp253.html))
<https://ideas.repec.org/p/sap/wpaper/wp253.html>

This paper examines the "decongestion effect" argument, which suggests that the expansion of the private healthcare sector can reduce pressure on the public healthcare system, thereby improving access and quality of care for public sector patients. To this purpose, we develop a probabilistic voting model that endogenizes the public healthcare budget and incorporates a private sector where agents, differentiated by income, can opt out of the public system while still contributing to it fiscally. Our findings indicate that a higher proportion of individuals opting out leads to lower political support for public healthcare and a decline in public healthcare quality, ultimately negating the decongestion effect argument. Using data from 26 European countries, we empirically test our model by examining the relationship between unmet medical needs -used as a proxy for the quality of public healthcare sector- and private health insurance coverage. After controlling for individual and country-level characteristics, our results indicate that as private insurance coverage expands, income disparities in unmet medical needs widen: wealthier individuals benefit more, while poorer individuals face increased unmet needs, providing no evidence supporting the decongestion effect.

Minery, S., Or, Z. (2024). "Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne". Paris, Irdes ([Les rapports de l'Irdes n° 590](https://www.irdes.fr/recherche/rapports/590-comparaison-des-depenses-de-sante-en-france-et-en-allemande.pdf))
<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/590-comparaison-des-depenses-de-sante-en-france-et-en-allemande.pdf>
<https://www.irdes.fr/recherche/2024/qes-290-comparaison-des-soins-ambulatoires-en-france-et-en-allemande.html>

L'Allemagne est le berceau de l'assurance maladie sociale, le premier régime d'assurance maladie, introduit par le chancelier allemand Otto von Bismarck à la fin du XIXe siècle. Si la France s'est inspirée du modèle allemand pour introduire la Sécurité sociale, les systèmes de santé ont évolué différemment dans les deux pays. Le modèle allemand est caractérisé, d'une part, par la coexistence

de l'assurance maladie publique et de l'assurance maladie privée substitutive, qui fournissent ensemble une couverture universelle, et, d'autre part, par une gouvernance décentralisée, donnant un pouvoir de décision important aux organismes corporatistes : associations de caisses d'assurance maladie, d'hôpitaux, de médecins, de psychothérapeutes et de dentistes. En France, malgré une gouvernance très centralisée, l'organisation et le financement des soins restent segmentés. Les dépenses de santé en Allemagne et en France sont parmi les plus élevées au monde derrière les États-Unis : respectivement, 12,7 % et 12,1 % du Produit intérieur brut (PIB) en 2022. Cette étude comparative des dépenses de santé apporte un éclairage nouveau sur la structure des dépenses de santé dans les deux pays, à partir de données comparables sur les prix et les volumes de soins. En évaluant les principaux mécanismes et politiques qui définissent et régulent les volumes et les prix des soins de santé, elle identifie également des éléments intéressants pour améliorer la gestion des dépenses de santé en France.

Tessier, L. (2024). "Quelle place pour les mutuelles de santé et assurances-maladie à base communautaire dans les systèmes de protection sociale en santé? Revue d'expériences", Document de Travail de l'OIT <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/302863/1/1902105923.pdf>

Malgré une littérature abondante sur les mutuelles, la description des modalités opérationnelles d'intégration de celles-ci au sein des architectures des systèmes nationaux de PSS reste peu documentée, et le périmètre des définitions varie largement, rendant les comparaisons peu aisées. Aussi ce travail s'appuie-t-il sur une revue de portée réalisée préalablement (Niang et al., 2023) ainsi que la réalisation de dix-sept études de cas portant sur une variété de pays, en Europe (Allemagne, Belgique et France), en Afrique (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Mali, Maroc, Rwanda, Sénégal et Tanzanie), en Asie (Cambodge, Japon et Laos) et en Amérique latine (Colombie et Uruguay) présentées dans la partie II. Celles-ci sont structurées pour refléter l'évolution, l'architecture, le rôle des mutuelles ou autres mécanismes à base communautaire ainsi que les fonctions qu'elles remplissent.

Thomson, S., Cylus, J., Al Tayara, L., et al. (2024). "Monitoring progress towards universal health coverage in Europe: a descriptive analysis of financial protection in 40 countries." *The Lancet Regional Health – Europe* **37**. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/n/whohps43/pdf/>

Background Ensuring that access to health care is affordable for everyone financial protection is central to universal health coverage (UHC). Financial protection is commonly measured using indicators of financial barriers to access (unmet need for health care) and financial hardship caused by out-of-pocket payments for health care (impoverishing and catastrophic health spending). We aim to assess financial hardship and unmet need in Europe and identify the coverage policy choices that undermine financial protection.

Honda, A., Cartailier, J., Cailhol, J., et al. (2023). "Factors for Consideration When Setting Prices for Private Healthcare Providers Operating in Public Systems: A Comparison of France and Japan." *Health Serv Insights* **16**

BACKGROUND: Most publicly-funded health systems purchase healthcare from private providers, but the optimal purchasing arrangements between public purchasers and private healthcare providers are yet to be determined. OBJECTIVE: This study compares the healthcare purchasing arrangements made with private providers in 2 social health insurance (SHI)-based systems to identify factors that influence the prices paid for private healthcare service provision. RESULTS: France and Japan use different approaches to determine the payment arrangements with public and private providers. The presence of for-profit healthcare providers in the French health system explains the different payment rates for public and private healthcare providers in that country. In both France and Japan, in addition to payment rates, several policy tools are used to assure the provision of public good services and the availability of necessary healthcare for all, which public providers are required to deliver but private providers can choose to deliver. CONCLUSION: This study highlights the importance of considering the profit-making status of the private healthcare providers operating in the healthcare market, and clarity in the roles and responsibilities of the public, for-profit and not-for-profit providers when determining healthcare purchasing arrangements. Regulatory policy instruments, used alongside payment rates, are essential to influence efficiency, equity, and quality in mixed (public-private) health systems.

OCDE. (2023) Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE. Paris, OCDE

https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2023_5108d4c7-fr.html

Le Panorama de la santé fournit un ensemble complet d'indicateurs sur la santé de la population et la performance des systèmes de santé dans les pays membres de l'OCDE et les principales économies émergentes. Ceux-ci portent sur l'état de santé, les facteurs de risque pour la santé, l'accès et la qualité des soins de santé, ainsi que les ressources disponibles pour la santé. L'analyse s'appuie sur les dernières statistiques nationales officielles comparables et d'autres sources.

➤ Pour les années précédentes, consulter :

<https://www.oecd.org/content/oecd/en/search.html?q=panorama&orderBy=mostRelevant&page=0&facetTags=oe.cd-policy-areas%3Apa11>

Dave, U., Lewis, E. G., Patel, J. H., et al. (2024). "Private health insurance in the United States and Sweden: A comparative review." *Health Sci Rep* 7(3): e1979.

BACKGROUND AND AIMS: The United States of America and Sweden both contain a public and private component to their healthcare systems. While both countries spend a similar amount per capita on public healthcare expenditures, the United States spends significantly more in the private healthcare sector. Sweden has a social democratic model of health care, and given its identity as a welfare state, private health insurance providers have a small and nuanced role. **METHODS:** This paper was completed after searches were queried for "Sweden," "United States," and variants of the words "insurance," "public," "private," "Medicare," "Medicaid," "public," and "costs." A preliminary search in May 2022, yielded 78 articles, of which 45 were ultimately considered relevant for this review. Inclusion criteria consisted of English language articles, topic relevance, and verification of MEDLINE-indexed journals. These searches were performed in PubMed, Google Scholar, Embase, and Cochrane. Summary findings of these searches are compiled in this review. **RESULTS:** Sweden guarantees low-cost appropriate care to all citizens with equitable access; however, drawbacks of its system include high financial burden, lack of primary care infrastructure, as well as geographical and socioeconomic inequities. On the other hand, the United States' healthcare system is built around the private sector with public health insurance reserved only for the most vulnerable patient populations. **CONCLUSION:** Our goal is to provide an overview, compare the role of private health insurance in both countries, and highlight policies that have had beneficial effects in each nation. Possible solutions to the drawbacks of each nation's health insurance policies could be addressed by additional support to Sweden's vulnerable population by developing a program similar to the US' Medicare Advantage program. Conversely, the United States may benefit from increasing access to public health insurance, especially in instances where families face unemployment.

Gruber, J. (2022). "Financing Health Care Delivery". Cambridge, N.B.E.R. (*NBER Working Paper 30254*)

<https://www.nber.org/papers/w30254>

I review the key issues that arise in financing health care delivery. I begin by documenting the key features of health care markets that make financing so central in this sector, such as the skewed and unpredictable nature of health care spending and market failures in health care delivery. I then review the key issues that public and private payers face in designing health care markets, from the proper mix of public and private provision to the role of risk bearing for consumers and providers. Finally, I illustrate how these issues manifest in practice by comparing the design of insurance systems in the United States and Canada..

Okma, K. et Tenbenschel, T. (2021). "Les réformes de la santé dans le monde." *Revue d'économie financière*(143): 15-46.

Cet article présente les principales conclusions d'un projet de recherche atypique portant sur les réformes de santé de douze pays de taille petite à moyenne (généralement exclus des études comparatives internationales), initiées au début du XXIe siècle. Les dix-neuf coauteurs ont tous vécu et travaillé dans l'un ou plusieurs de ces pays. Situés sur divers continents, les pays diffèrent en termes

de taille, de population, de géographie et de niveau de revenu ainsi qu'en termes de contexte culturel et politique. Pourtant, ils ont en commun des objectifs politiques visant à préserver l'accès de leur population aux soins de santé, à améliorer la santé de la population et à protéger les revenus des familles contre le coût élevé des soins médicaux – autant de politiques depuis longtemps adoptées par la plupart des pays industrialisés. Tous cherchent à modifier certaines des caractéristiques de base de leurs systèmes de santé : palette des sources de financement, propriété, administration ou modes de paiement associés aux services de santé. L'étude ne permet pas de déterminer quel est le « meilleur » modèle.

Benoit, C., Del Sol, M. et Martin, P. (2021). "Private Health Insurance and the European Union". Basingstoke, Palgrave Macmillan

Research has paid little attention to date on how European Union law and regulation affect both the public-private mix in healthcare and the organization of private health insurance as an industry. Filling this gap, this collective book provides insights on the political economy of EU insurance regulation, its impact on private health insurers and on its interactions with domestic healthcare policy-making in four countries. Assembling original contributions drafted by a multidisciplinary team, Private Health Insurance and the European Union offers a thorough examination of a largely unrecognized source of EU influence in healthcare – and sheds a new light on the role played by private actors in social policy. Europeanized, marketized but still governed by the State? Private Health Insurance in France.

Flood, C.M. (2020). "Is Two-Tier Health Care the Future". Ottawa, University of Ottawa

Canadians are deeply worried about wait times for health care. Entrepreneurial doctors and private clinics are bringing Charter challenges to existing laws restrictive of a two-tier system. They argue that Canada is an outlier among developed countries in limiting options to jump the queue. This book explores whether a two-tier model is a solution. In *Is Two-Tier Health Care the Future?*, leading researchers explore the public and private mix in Canada, Australia, Germany, France, and Ireland. They explain the history and complexity of interactions between public and private funding of health care and the many regulations and policies found in different countries used to both inhibit and sometimes to encourage two-tier care, such as tax breaks. This edited collection provides critical evidence on the different approaches to regulating two-tier care across different countries and what could work in Canada.

Paris, V. (2020). "La couverture santé dans les pays de l'OCDE." Les Tribunes de la santé N° 65(3): 47-59.

Cet article décrit les mécanismes de financement mobilisés dans les pays de l'OCDE pour assurer une couverture santé à leurs résidents. La couverture santé de base est le plus souvent garantie par le gouvernement ou l'assurance sociale. L'assurance privée facultative offre dans deux tiers des pays de l'OCDE un second niveau de couverture (duplicatif, complémentaire et/ou supplémentaire). Ces types de couverture santé et les mécanismes de financement qui les sous-tendent diffèrent dans leur capacité à collecter des ressources pour le système de santé, à mutualiser les risques et à assurer une redistribution (horizontale et verticale). La couverture de base est effectivement universelle dans deux tiers des pays de l'OCDE et offre très souvent un panier de soins homogène. On observe certaines régularités entre le type de couverture et l'organisation et la rémunération des offreurs de soins, mais il est plus compliqué d'établir un lien entre « type » de couverture et accès aux soins, état de santé et inégalités de santé et d'accès aux soins.

Bekker, M. P. M., Mays, N., Kees Helderman, J., et al. (2018). "Comparative institutional analysis for public health: governing voluntary collaborative agreements for public health in England and the Netherlands." Eur J Public Health 28(suppl_3): 19-25.

Democratic institutions and state-society relations shape governance arrangements and expectations between public and private stakeholders about public health impact. We illustrate this with a comparison between the English Public Health Responsibility Deal (RD) and the Dutch 'All About Health...' (AaH) programme. As manifestations of a Whole-of-Society approach, in which governments, civil society and business take responsibility for the co-production of economic utility and good health,

these programmes are two recent collaborative platforms based on voluntary agreements to improve public health. Using a 'most similar cases' design, we conducted a comparative secondary analysis of data from the evaluations of the two programmes. The underlying rationale of both programmes was that voluntary agreements would be better suited than regulation to encourage business and civil society to take more responsibility for improving health. Differences between the two included: expectations of an enforcing versus facilitative role for government; hierarchical versus horizontal coordination; big business versus civil society participants; top-down versus bottom-up formulation of voluntary pledges and progress monitoring for accountability versus for learning and adaptation. Despite the attempt in both programmes to base voluntary commitments on trust, the English 'shadow of hierarchy' and adversarial state-society relationships conditioned non-governmental parties to see the pledges as controlling, quasi-contractual agreements that were only partially lived up to. The Dutch consensual political tradition enabled a civil society-based understanding and gradual acceptance of the pledges as the internalization by partner organizations of public health values within their operations. We conclude that there are institutional limitations to the implementation of generic trust-building and learning-based models of change 'Whole-of-Society' approaches.

Paris, V., Hewlett, E., Aaraaen, A., et al. (2016). "Health care coverage in OECD countries in 2012". Paris, Ocde (OECD Health Working Paper 88)

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/health-care-coverage-in-oecd-countries-in-2012_5jlz3kbf7pzv-en

This paper provides a detailed description of health coverage in OECD countries in 2012. It includes information on the organisation of health coverage (residence-based vs contributory systems), on the range of benefits covered by basic health coverage and on cost-sharing requirements. It also describes policies implemented to ensure universal health coverage –in most countries- and to limit user charges for vulnerable populations or people exposed to high health spending. The paper then describes the role played by voluntary health insurance as a secondary source of coverage. Combining qualitative information collected through a survey of OECD countries on benefits covered and cost-sharing requirements with spending data collected through the system of health accounts for 2012, this paper provides valuable information on health care coverage in OECD countries at a time universal health coverage is high on the policy agenda of many countries

Lafon, A. et Louvel Montaut, A. (2017). "La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens - La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse." Dossiers de la Drees (les)(19)

Ce dossier décrit la place des organismes privés d'assurance maladie en Europe, à travers l'exemple de six pays. Au sein de ces pays existe une couverture de base et obligatoire instaurée par les pouvoirs publics. Toutefois, en Suisse, aux Pays-Bas et dans une moindre mesure en Allemagne, la gestion de cette couverture de base est confiée aux assureurs privés, mis en concurrence. Dans l'ensemble des pays étudiés, des organismes privés proposent aussi en sus une offre d'assurance maladie facultative qui vient améliorer la couverture de base. À l'exception de la France, les marchés de l'assurance privée sont principalement le fait d'un nombre réduit d'acteurs. Ces marchés sont généralement en phase de concentration, en raison notamment des évolutions de la réglementation européenne. Des organismes d'assurances à but lucratif y exercent à côté d'autres organismes à but non lucratifs, parfois appelés « mutuelles ». La couverture de base, lorsqu'elle est gérée par des assureurs privés, est très contrainte par les pouvoirs publics. La couverture facultative d'assurance maladie, en revanche, l'est très peu, sauf en France. Autres évolutions notables du secteur, les contrats collectifs gagnent du terrain dans plusieurs pays de même que la contractualisation entre assureurs privés et fournisseurs de soins, via l'émergence de réseaux de soins.

Sagan, A. et Thomson, S. (2016). Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies

If public resources were unlimited, there would be no gaps in health coverage and no real need for voluntary health insurance (VHI). Most health systems face fiscal constraints, however, and VHI is often seen as a way to address these pressures. This study draws from the experiences of 34 countries to assess VHI's contribution to health spending and to understand its role in Europe and in relation to

publicly financed coverage. It looks at who sells VHI, who purchases it and why. It also reviews public policy on VHI at the national and European Union (EU) levels and the related national policy debates. The analysis shows that, while the markets for VHI vary considerably in size, operation and regulation, the vast majority are small. The substantial markets tend to be the oldest, to have a tradition of non-profit insurers and to be the most heavily regulated to ensure VHI policies are accessible and affordable. The study also suggests that VHI is normally a better way of meeting the population's health needs than out-of-pocket payments, although there are notable exceptions. VHI can contribute to financial protection, especially where it plays a substitutive and complementary role covering co-payments. Nevertheless, it is a complex, challenging and highly context-specific policy instrument that may undermine other health-system goals, including equitable access, efficiency, transparency and accountability, even where markets are well regulated. Policy-makers should therefore exercise real caution before expanding VHI to fill coverage gaps. This report is accompanied by a set of country profiles. The study draws on contributions from national experts from the countries in the EU and the European Free Trade Association, and other countries in the WHO European Region.

Sagan, A. et Thomson, S. (2016). Voluntary health insurance in Europe: Country experience. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies

No two markets for voluntary health insurance (VHI) are identical. All differ in some way because they are heavily shaped by the nature and performance of publicly financed health systems and by the contexts in which they have evolved. This volume contains short, structured profiles of markets for VHI in 34 countries in the WHO European Region. These are drawn from European Union Member States plus Armenia, Iceland, Georgia, Norway, the Russian Federation, Switzerland and Ukraine. The book is aimed at policy-makers and researchers interested in knowing more about how VHI works in practice in a wide range of contexts. Each profile, written by one or more local experts, identifies gaps in publicly financed health coverage, describes the role VHI plays, outlines how the market for VHI operates, summarizes public policy towards VHI, including major developments over time, and highlights national debates and challenges. The book is part of a study on VHI in Europe prepared jointly by the European Observatory on Health Systems and Policies and the WHO Regional Office for Europe. A companion volume, "An introduction to voluntary health insurance in Europe", provides an analytical overview of VHI markets across the 34 countries.

Toth, F. (2016). "Classification of healthcare systems: Can we go further?" *Health policy* **120**(5): 535-543.

This article addresses the issue of the classification of healthcare systems, with the intent to take a step further than the previously analysed models of healthcare organisation. As concerns the financing of healthcare services, the standard tripartite classification (according to which healthcare systems are divided into three groups: voluntary insurance, social health insurance and universal coverage) is enriched with two additional types: compulsory national health insurance and residual programs. With respect to the provision of services and the relationship between insurers and providers, it is important to distinguish between vertically integrated and separated systems. What differentiates this analysis from the majority of previous studies is its underlying logic. Assuming that all systems are hybrid, the article proposes to put aside the classic logic for classifying healthcare systems (according to which individual countries are pigeonholed into different classes depending on the prevailing system) in favour of the identikit logic. The concept of segmentation (of healthcare services or population) proves to be remarkably useful to this purpose.

Rebba, V. (2014). "The Long-Term Sustainability Of European Health Care Systems". Padoue, Université de Padoue

<http://economia.unipd.it/sites/decon.unipd.it/files/20140191.pdf>

Over the past thirty years, health expenditure has grown at a faster rate than the economy in almost every OECD country. The main drivers of public health spending are income growth, insurance coverage, demographics, and, above all, technological change. According to the projections of the major international institutions (European Commission, OECD, International Monetary Fund), public health spending for the of EU-15 countries could significantly increase by 2050. These projections vary

in an extremely wide range, between +27% and +84%, depending on the assumptions made. However, the big challenge will be the growth of public spending on long-term care which could more than double over the 2010-2050 period, owing to the sharp rise of frailty and disability at older ages, especially amongst the very old (aged 80+) which will be the fastest growing segment of the EU population in the decades to come. The European countries are facing a common challenge: the need to secure the economic and financial sustainability of their health care systems without undermining the values of universal coverage and solidarity in financing. Command and control policies aimed at expenditure restraints and largely operating through regulatory controls (controls over inputs and wages, budget caps, etc.) are widely used during periods of recession. They can hold expenditures down in the short term. However, they do little or nothing to moderate the underlying pressures which push health spending up over the long-run. Other policies to guarantee both economic and financial sustainability in the long-run should be explored: 1) the adoption of new regulation tools on supply and demand side; 2) a new balanced mix of public and private financing, strengthening the role of supplementary private health insurance, to allow investment and innovation, without imposing unsustainable burdens on public budgets and without denying care to the disadvantaged. The former policies focus on economic sustainability, improving the way health systems address the rise in chronic disease and seek to incentive and reward patients, providers and buyers for healthy behaviour, quality and efficiency of care. The latter policies could ensure long-term financial stability of the health care systems but may determine negative effects in terms of equity and, therefore, they must be carefully designed.

Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., et al. (2013). "Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification." *Health policy* **113**(3): 258-269.

This article classifies 30 OECD healthcare systems according to a deductively generated typology by Rothgang and Wendt [1]. This typology distinguishes three core dimensions of the healthcare system: regulation, financing, and service provision, and three types of actors: state, societal, and private actors. We argue that there is a hierarchical relationship between the three dimensions, led by regulation, followed by financing and finally service provision, where the superior dimension restricts the nature of the subordinate dimensions. This hierarchy rule limits the number of theoretically plausible types to ten. To test our argument, we classify 30 OECD healthcare systems, mainly using OECD Health Data and WHO country reports. The classification results in five system types: the National Health Service, the National Health Insurance, the Social Health Insurance, the Statist Social Health Insurance, and the Private Health System. All five types belong to the group of healthcare system types considered theoretically plausible. Merely Slovenia does not comply with our assumption of a hierarchy among dimensions and typical actors due to its singular transformation history.

Mou, H. (2013). "The political economy of the public-private mix in health expenditure: an empirical review of thirteen OECD countries." *Health policy* **113**(3): 270-283.

This study investigates the factors that may have influenced the public-private mix of health expenditure in 13 OECD countries from 1981 to 2007. The degree to which health services are socialized is regarded as the product of a trade-off between the desire to redistribute income through the fiscal system and the losses some citizens will incur when the public health care system expands. The estimation results show that, greater income inequality and population aging are associated with a smaller share of public health expenditure in total health expenditure. The more ideologically left-leaning the electorate is, the larger the share of public health expenditure. Private health insurance tends to erode the political support for the public health care systems in countries with private duplicate health insurance, but not in countries with private primary health insurance. The findings suggest that the role of private sources of funding for health care is likely to grow in developed countries. The expansion of public coverage to include pharmaceuticals and long-term care in some countries may (theoretically) encounter less opposition if the current insurance holders have no duplicate coverage, if the voters as a whole share more left-leaning political ideology, and if low-income voters are more politically mobilized.

Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., et al. (2013). "Statutory health insurance competition in Europe: a four-country comparison." *Health policy* **109**(3): 209-225.

This paper explores the goals and implementation of reforms introducing choice of and competition among insurers providing statutory health coverage in Belgium, Germany, the Netherlands and Switzerland. In theory, health insurance competition can enhance efficiency in health care administration and delivery only if people have free choice of insurer (consumer mobility), if insurers do not have incentives to select risks, and if insurers are able to influence health service quality and costs. In practice, reforms in the four countries have not always prioritised efficiency and implementation has varied. Differences in policy goals explain some but not all of the differences in implementation. Despite significant investment in risk adjustment, incentives for risk selection remain and consumer mobility is not evenly distributed across the population. Better risk adjustment might make it easier for older and less healthy people to change insurer. Policy makers could also do more to prevent insurers from linking the sale of statutory and voluntary health insurance, particularly where take-up of voluntary coverage is widespread. Collective negotiation between insurers and providers in Belgium, Germany and Switzerland curbs insurers' ability to influence health care quality and costs. Nevertheless, while insurers in the Netherlands have good access to efficiency-enhancing tools, data and capacity constraints and resistance from stakeholders limit the extent to which tools are used. The experience of these countries offers an important lesson to other countries: it is not straightforward to put in place the conditions under which health insurance competition can enhance efficiency. Policy makers should not, therefore, underestimate the challenges involved.

Turquet, P. (2012). "Health insurance system financing reforms in the Netherlands, Germany and France: Repercussions for coverage and redistribution?" *International social security review* **65**(1): 29-51.

For a number of years, the Dutch, German and French health insurance systems have been attempting to contain costs and diversify their sources of finance, which traditionally have come mainly from social contributions. Diversification may involve broader-based public finance, as well as greater recourse to private resources and operators. In the case of the Netherlands and Germany, the reforms go hand in hand with efforts to introduce competition between health insurance bodies. In France, private complementary insurance has become indispensable for adequate access to health care. However, these measures have repercussions for redistribution, which social assistance programmes have difficulty in addressing.

Paolucci, F. (2011). "Health care financing and insurance. Options for design". New York, Springer

As a contribution to the search for suitable and sustainable solutions to finance rising medical care expenditures, the book proposes a typology of healthcare financing and insurance schemes, based on the dimensions of basic vs. supplementary services and mandatory vs. voluntary coverage, to analyse the design and the complex interactions between various financing and insurance arrangements in several OECD countries. This study provides a better understanding of the strengths and weaknesses of the financial and organisational structures of different countries? healthcare financing and insurance schemes. Its main contributions are the development of a novel and rigorous theoretical framework analysing the economic rationales for the optimal design of healthcare financing and insurance schemes, and an empirical and institutional analysis investigating the consequences for efficiency and affordability of the complex interactions between basic and supplementary sources of financing (4ème de couv.)

Meng, Q., Yuan, B., Jia, L., et al. (2011). "Expanding health insurance coverage in vulnerable groups: a systematic review of options." *Health Policy Plan* **26**(2): 93-104.

Vulnerable groups are often not covered by health insurance schemes. Strategies to extend coverage in these groups will help to address inequity. We used the existing literature to summarize the options for expanding health insurance coverage, describe which countries have tried these strategies, and identify and describe evaluation studies. We included any report of a policy or strategy to expand health insurance coverage and any evaluation and economic modelling studies. Vulnerable populations were defined as children, the elderly, women, low-income individuals, rural population, racial or ethnic minorities, immigrants, and those with disability or chronic diseases. Forty-five databases were searched for relevant documents. The authors applied inclusion criteria, and extracted

data using pre-coded forms, on contents of health insurance schemes or programmes, and used the framework approach to establish categories. Of the 21,528 articles screened, 86 documents were finally included. Descriptions about the USA dominated (72), with only five from Africa, six from Asia and two from South America. We identified six main categories: (1) changing eligibility criteria of health insurance; (2) increasing public awareness; (3) making the premium more affordable; (4) innovative enrollment strategies; (5) improving health care delivery; and (6) improving management and organization of the insurance schemes. All six categories were found in the literature about schemes in the USA, and schemes often included components from each category. Strategies in developing countries were much more limited in their scope. Evaluation studies numbered 25, of which the majority were of time series design. All studies found that the expansion strategies were effective, as assessed by the author(s). In countries expanding coverage, the categories identified from the literature can help policy makers consider their options, implement strategies where it is common sense to do so and establish appropriate implementation monitoring.

Bolin, K., Hedblom, D., Lindgren, B., et al. (2010). "Asymmetric Information and the Demand for Voluntary Health Insurance in Europe". Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper n° 15689)

<http://www.nber.org/papers/w15689>

Several past studies have found health risk to be negatively correlated with the probability of voluntary health insurance. This is contrary to what one would expect from standard textbook models of adverse selection and moral hazard. The two most common explanations to the counter-intuitive result are either (1) that risk-aversion is correlated with health ? i.e. that healthier individuals are also more risk-averse ? or (2) that insurers are able to discriminate among customers based on observable health-risk characteristics. We revisited these arguments, using data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Self-assessed health served as an indicator of risk: better health, lower risk. We did, indeed, observe a negative correlation between risk and insurance but found no evidence of heterogeneous risk-preferences as an explanation to our finding.

Avitabile, C. (2009). "The Health Insurance Puzzle in Europe: The Role of Information". Naples, Center for Studies in Economics Studies and Finance (CSEF Working papers 221)

<http://www.csef.it/WP/wp221.pdf>

Using microdata from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, this working paper studies whether the cost of acquiring health information is an important determinant of the decision to buy private hospital health insurance for individuals aged 50+, in eight European countries. I first test whether, conditional on health insurance companies' risk assessments, individuals have residual private information on insurance determinants other than their risk type. The results show that there are individual characteristics, not observed by the insurers, that are positively correlated with hospital insurance coverage and negatively correlated with the ex post probability of requiring hospital treatment. However, this opposite association is significantly different from zero only in countries with low quality healthcare systems. This study then provides evidence that education and cognitive ability act as substitutes for quality of health promotion in determining the propensity to take out a voluntary private hospital insurance.

Klein, T. (2009). "Choisir une couverture complémentaire santé : comment font les pays de l'OCDE ?" Note de veille (la)(146)

Dans les principaux pays de l'OCDE, les marchés de l'assurance santé privée sont d'ampleur variable mais partout dynamiques. Dans une perspective de maîtrise des dépenses de santé, la concurrence sur l'assurance-santé doit pousser les organismes à mieux réguler l'offre de soins plutôt que de privilégier la sélection des meilleurs risques (les populations jeunes aisées). Les pouvoirs publics ont souvent introduit des mécanismes de régulation de l'assurance santé ainsi que des outils d'information et d'aide au choix d'une couverture complémentaire pour permettre aux assurés de jouer leur rôle d'aiguillon de la compétition. Quoique nécessaires et de nature à rendre plus efficace un marché segmenté, ces dispositifs ne constituent évidemment pas une recette miracle pour maîtriser les dépenses de santé. Ils peuvent cependant améliorer le service rendu aux assurés et contribuer à créer une émulation saine entre assurance-maladie obligatoire et assurance-maladie complémentaire.

Turquet, P. (2009). "Le financement de l'assurance maladie en Allemagne et aux Pays-Bas : la solidarité à l'épreuve de la mise en concurrence des assureurs". Paris, L'Harmattan (Emploi et politiques sociales : tome 1. Défis et avenir de la protection sociale.)

Après avoir exposé les grands traits des récentes réformes du financement de l'assurance maladie en Allemagne et aux Pays-Bas, cet article s'interroge sur l'objectif poursuivi (la mise en concurrence des assureurs) et sur les conséquences, notamment en matière de redistribution.

Busse, R., Sandier, S. et Ulmann, P. (2004). "Voluntary health insurance in the European Union". Londres, Observatoire Européen des Systèmes de Santé
<https://iris.who.int/handle/10665/107601>

Ce rapport passe en revue les marchés de l'assurance maladie non obligatoire dans les pays de l'Union européenne. Il examine leur rôle dans le mode d'accès aux soins, évalue leur impact sur la liberté des individus et des services. Il termine sur les tendances récentes et les futurs challenges des organismes de protection sociale et des décideurs politiques au niveau des Etats et de l'Union européenne.

Mossialos, E. et Thomson, S. (2004). "Private health insurance and access to health care in the European Union." Euro observer - newsletter of the European observatory on health systems and policies 6(1): 1-4.

Etudes spécifiques sur quelques pays de l'OCDE

Dedad, M., Knies, A. et Lugovskyy, V. (2025). "Refining the Analysis of Medicare Plan Choices and Utilization: A Disaggregated Approach". Rochester, S.S.R.N.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5134953

At age 65, most Americans choose between government-run Traditional Medicare (TM) or privately managed Medicare Advantage (MA). While research often compares these two plans broadly, such comparisons oversimplify critical differences. Within TM and MA, subplans subsidized by Medicaid or supplemented with additional coverage add complexity. Using Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS) data, we dissect TM and MA into subgroups, analyzing prices, quality, and demand. Our findings reveal significant heterogeneity across subplans and biases in traditional TM vs. MA comparisons. Uniquely, we estimate substantial quality differences between subplans using a revealed preferences approach, offering insights beyond conventional survey methods.

Or, Z. (2025). "Canada Can Find a Third Way, but Private Insurance Is Not a Silver Bullet." Healthc Pap 23(1): 26-31.

Canada's public healthcare system grapples with persistent challenges, including long waiting times and limited coverage for essential services. Fierlbeck and Berman propose a "third way" for Canadian healthcare, which involves a greater role for private service provision and private insurance, alongside improved price controls and efficiency measures. While they provide many sensible policy ideas, several critical issues require clarification, particularly the definition of private insurance, the scope of services it would cover and the potential financial impact on low-income populations. Rather than leaning heavily on private insurance and market-based solutions, expanding the public benefits package and reinforcing regulatory frameworks for integrating private capacity would be more equitable and sustainable paths forward.

GAO (2024). "Private Health Plans : Comparison of Employer-Sponsored Plans to Healthcare.gov Marketplace Plans". Washington, G.A.O.

<https://www.gao.gov/products/gao-25-106798>

In 2023, about 165 million individuals in the U.S. got their health coverage through an employer and about 16 million got coverage through Affordable Care Act Marketplaces. Comparing the costs of these plans isn't straightforward. For example, people with employer-sponsored plans pay their premiums with pre-tax dollars. People with Marketplace plans pay their premiums with after-tax dollars. Other factors (e.g., geographic area, level of coverage) can also affect costs. We estimated that people with employer-sponsored plans had lower average premiums, but their average contributions to those premiums were higher than those in Marketplace plans.

Hardiman, A. (2024). "The Effect of Public Health Insurance on Individual Consumption: Evidence from Medicaid Expansion". Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4722128

This paper examines the impact of the Affordable Care Act Medicaid expansion on individual consumption by leveraging nationally representative panel data of near-elderly adults in the United States. I take advantage of the panel structure to control for unobservable differences across individuals and to identify individuals who are more likely to be impacted by the expansion ex-ante. Using a difference-in-difference approach, I find that the ACA Medicaid expansion increases total monthly consumption by \$144.13, which is equivalent to a 14.4 percent increase from the pre-expansion mean. This growth in total consumption is driven primarily by a rise in non-durable spending and housing consumption. Additionally, I observe that individuals in expansion states are 3.9 percentage points more likely to be homeowners than those in non-expansion states. These effects are driven by a reduction in out-of-pocket medical spending and an improvement in financial well-being.

Ludlow, T., Fookien, J., Rose, C., et al. (2024). "Out-of-pocket expenditure, need, utilisation, and private health insurance in the Australian healthcare system." *Int J Health Econ Manag* **24**(1): 33-56.

Despite widespread public service provision, public funding, and private health insurance (PHI), 20% of all healthcare expenditure across the OECD is covered by out-of-pocket expenditure (OOPE). This creates an equity concern for the increasing number of individuals with chronic conditions and greater need, particularly if higher need coincides with lower income. Theoretically, individuals may mitigate OOPE risk by purchasing PHI, replacing variable OOPE with fixed expenditure on premiums. Furthermore, if PHI premiums are not risk-rated, PHI may redistribute some of the financial burden from less healthy PHI holders that have greater need to healthier PHI holders that have less need. We investigate if the burden of OOPE for individuals with greater need increases less strongly for individuals with PHI in the Australian healthcare system. The Australian healthcare system provides public health insurance with full, partial, or limited coverage, depending on the healthcare service used, and no risk rating of PHI premiums. Using data from the Household, Income and Labour Dynamics in Australia survey we find that individuals with PHI spend a greater share of their disposable income on OOPE and that the difference in OOPE share between PHI and non-PHI holders increases with greater need and utilisation, contrary to the prediction that PHI may mitigate OOPE. We also show that OOPE is a greater concern for poorer individuals for whom the difference in OOPE by PHI is the greatest.

Sénat (2024). "L'assurance maladie aux Pays-Bas". Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/lc340-notice.html>

À la demande de la mission commune d'information sur les complémentaires santé et leur impact sur le pouvoir d'achat des Français, la Division de la Législation comparée a effectué des recherches sur l'assurance maladie et le rôle des assureurs privés aux Pays-Bas. Le système d'assurance maladie néerlandais est constitué de trois volets : les soins de santé de base couverts par l'assurance maladie universelle obligatoire, les soins de longue durée et les assurances maladie complémentaires volontaires.

Baicker, K., Chandra, A. et Shepard, M. (2023). "Achieving Universal Health Insurance Coverage in the United States: Addressing Market Failures or Providing a Social Floor?". Cambridge, N.B.E.R. ([NBER Working Paper 30854](https://www.nber.org/papers/w30854))
<https://www.nber.org/papers/w30854>

The United States spends substantially more on health care than most developed countries, yet leaves a greater share of the population uninsured. We suggest that incremental insurance expansions focused on addressing market failures will propagate inefficiencies and are not likely to facilitate active policy decisions that align with societal coverage goals. By instead defining a basic bundle of services that is publicly financed for all, while allowing individuals to purchase additional coverage, policymakers could both expand coverage and maintain incentives for innovation, fostering universal access to innovative care in an affordable system.

Lavaste, K. (2023). "Private health insurance in the universal public healthcare system: The role of healthcare provision in Finland." *Health policy* **132**: 104820.

Voluntary private health insurance (VPHI) has gained popularity in universal public healthcare systems. We studied how the local provision of healthcare services correlated with VPHI take-up in Finland. Nationwide register data from a Finnish insurance company was aggregated to the local level and augmented with high-quality data on public and private primary care providers' geographical closeness and fees. We found that the sociodemographic characteristics explained the VPHI take-up more than public or private healthcare provision. The VPHI take-up was negatively associated with distance to the nearest private clinic, while the associations with distance to public health stations were statistically weak. Fees and co-payments for healthcare services were not associated with insurance take-up, meaning that the geographical closeness of providers explained the take-up more than the price of services. On the other hand, we found that VPHI take-up was higher when local employment, income and education levels were higher.

Lee, H. M. et Ko, H. (2022). "The impact of benefits coverage expansion of social health insurance: Evidence from Korea." *Health Policy* **126**(9): 925-932.

Despite mandatory social health insurance in Korea, the fraction of total healthcare spending paid out-of-pocket has been considerably high. In 2013, the Korean government expanded benefits coverage of social insurance for patients diagnosed with the costliest disease groups (cardiovascular and cerebrovascular diseases, cancer, and intractable diseases). We analyze individual longitudinal information from the 2010 to 2016 Korea Health Panel to estimate the impact of the policy change on healthcare spending, utilization, and enrollment in private supplemental health insurance. Impacts on other health-related and financial measures are additionally assessed to evaluate the effects in multiple dimensions. Our difference-in-differences approach with entropy balancing weights shows that the expansion of benefits coverage of public health insurance reduced out-of-pocket spending on health by 30% without accompanying increases in healthcare utilization. The impact was smaller for the individuals with high socioeconomic characteristics, who are more likely to use other costly services that remained unaffected by the policy. We do not find evidence that expanding social insurance benefits coverage changed the demand for supplemental private health insurance.

Wray, C. M., Khare, M. et Keyhani, S. (2021). "Access to Care, Cost of Care, and Satisfaction With Care Among Adults With Private and Public Health Insurance in the US." *JAMA Netw Open* **4**(6): e2110275.

IMPORTANCE: Contemporary data directly comparing experiences between individuals with public and private health insurance among the 5 major forms of coverage in the US are limited. **OBJECTIVE:** To compare individual experiences related to access to care, costs of care, and reported satisfaction with care among the 5 major forms of health insurance coverage in the US. **DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS:** This survey study used data from the 2016-2018 Behavioral Risk Factor Surveillance System on 149 290 individuals residing in 17 states and the District of Columbia, representing the experiences of more than 61 million US adults. **EXPOSURE:** Private (individually purchased and employer-sponsored coverage) or public health insurance (Medicare, Medicaid, and Veterans Health

Administration [VHA] or military coverage). MAIN OUTCOMES AND MEASURES: A pairwise multivariable analysis was performed, controlling for underlying health status of US adults covered by private and public health insurance plans, and responses to survey questions on access to care, costs of care, and reported satisfaction with care were compared. Estimates are weighted. RESULTS: A total of 149 290 individuals responded to the survey (mean [SD] age, 50.7 [0.2] years; 52.8% female). Among the respondents, most were covered by private insurance (95 396 [63.9%]), followed by Medicare (35 531 [23.8%]), Medicaid (13 286 [8.9%]), and VHA or military (5074 [3.4%]) coverage. Among those with private insurance, most (117 939 [79.0%]) had employer-sponsored coverage. Compared with those covered by Medicare, individuals with employer-sponsored insurance were less likely to report having a personal physician (odds ratio [OR], 0.52; 95% CI, 0.48-0.57) and were more likely to report instability in insurance coverage (OR, 1.54; 95% CI, 1.30-1.83), difficulty seeing a physician because of costs (OR, 2.00; 95% CI, 1.77-2.27), not taking medication because of costs (OR, 1.44; 95% CI, 1.27-1.62), and having medical debt (OR, 2.92; 95% CI, 2.69-3.17). Compared with those covered by Medicare, individuals with employer-sponsored insurance were less satisfied with their care (OR, 0.60; 95% CI, 0.56-0.64). Compared with individuals covered by Medicaid, those with employer-sponsored insurance were more likely to report having medical debt (OR, 2.06; 95% CI, 1.83-2.32) and were less likely to report difficulty seeing a physician because of costs (OR, 0.83; 95% CI, 0.73-0.95) and not taking medications because of costs (OR, 0.78; 95% CI, 0.66-0.92). No difference in satisfaction with care (OR, 0.96; 95% CI, 0.87-1.06) was found between individuals with employer-sponsored private health insurance and those with Medicaid coverage. CONCLUSIONS AND RELEVANCE: In this survey study, individuals with private insurance were more likely to report poor access to care, higher costs of care, and less satisfaction with care compared with individuals covered by publicly sponsored insurance programs. These findings suggest that public health insurance options may provide more cost-effective care than private options.

Jeurissen, P. et Maarse, H. (2021). "The market reform in Dutch health care: Results, lessons and prospects". Copenhagen, O.M.S. Bureau régional de l'Europe (Health Policy Series 55)

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/the-market-reform-in-dutch-health-care-results-lessons-and-prospects>

In January 2006, the Dutch embarked upon a reform of their health care system based upon the principles of regulated competition with more freedom of choice and risk-bearing health insurers with opportunities for free purchasing and liberalization of investments by institutions. Goals of this health reform were better accessibility, lower costs, more quality and maximum solidarity. This unique path of the Netherlands attracted a lot of interest worldwide.

Bertens, R. M. et Vonk, R. A. A. (2020). "Small steps, big change. Forging a public-private health insurance system in the Netherlands." *Soc Sci Med* **266**: 113418.

CONTEXT: History helps us to better understand the particulars of the form and functions of institutions. In this paper we present the case study of the evolution of health care financing in the Netherlands over the past 150 years, through the lens of incremental institutional change. METHODS: Our historical and political analysis is based on a review of secondary literature as well as relevant policy documents, parliamentary debates and archival material. We use the conceptual framework of incremental institutional change (i.e. layering, conversion, drift and displacement) for our analysis. FINDINGS: The constitutional program of the mid-nineteenth century laid down the foundations of a 'private initiative first, government last'-approach to health care financing in the Netherlands. Over the course of 150 years this led to the evolution of a complex layered system of financial arrangements consisting of direct public funding, national, social and private health insurance with complex interdependencies. This was not a conscious strategy, but a result of the fact that the central government in the Netherlands preferred to tackle specific problems in health care financing with very specific measures, so as not to intrude on the trade of civil society and commercial business in health care. CONCLUSIONS: Regulatory authority and statist power in and over health care financing is not something that was created through dramatic reform in the Netherlands, but came about through many decades of small, incremental, yet accumulating changes. This provides a case study for further analysis of incremental versus rapid change in health care systems internationally.

Sen, A. P. et DeLeire, T. (2018). "How does expansion of public health insurance affect risk pools and premiums in the market for private health insurance? Evidence from Medicaid and the Affordable Care Act Marketplaces." *Health Econ* **27**(12): 1877-1903.

Private insurance market risk pools are likely to be directly affected by expansions of public insurance, in turn affecting premiums. We investigate the effects of Medicaid expansion on private health insurance markets using data on the plans offered through the health insurance "Marketplaces" (also known as Exchanges) established by the Affordable Care Act. We employ geographic matching to compare premiums for private plans in neighboring counties that straddle expansion and nonexpansion states and find that premiums of Marketplace plans are 11% lower in Medicaid expansion states, controlling for demographic and health characteristics as well as measures of health care access. These results are consistent with evidence on the composition of the private insurance risk pool in expansion versus nonexpansion states and associated differences in expected health spending.

Shepard, M., Baicker, K. et Skinner, J.S. (2019). "Does One Medicare Fit All? The Economics of Uniform Health Insurance Benefits". Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 26472)
<https://www.nber.org/papers/w26472>

There is increasing interest in expanding Medicare health insurance coverage in the U.S., but it is not clear whether the current program is the right foundation on which to build. Traditional Medicare covers a uniform set of benefits for all income groups and provides more generous access to providers and new treatments than public programs in other developed countries. We develop an economic framework to assess the efficiency and equity tradeoffs involved with reforming this generous, uniform structure. We argue that three major shifts make a uniform design less efficient today than when Medicare began in 1965. First, rising income inequality makes it more difficult to design a single plan that serves the needs of both higher- and lower-income people. Second, the dramatic expansion of expensive medical technology means that a generous program increasingly crowds out other public programs valued by the poor and middle class. Finally, as medical spending rises, the tax-financing of the system creates mounting economic costs and increasingly untenable policy constraints. These forces motivate reforms that shift towards a more basic public benefit that individuals can "top-up" with private spending. If combined with an increase in other progressive transfers, such a reform could improve efficiency and reduce public spending while benefiting low income populations.

Sen, A. P. et DeLeire, T. (2018). "How does expansion of public health insurance affect risk pools and premiums in the market for private health insurance? Evidence from Medicaid and the Affordable Care Act Marketplaces." *Health Econ* **27**(12): 1877-1903.

Private insurance market risk pools are likely to be directly affected by expansions of public insurance, in turn affecting premiums. We investigate the effects of Medicaid expansion on private health insurance markets using data on the plans offered through the health insurance "Marketplaces" (also known as Exchanges) established by the Affordable Care Act. We employ geographic matching to compare premiums for private plans in neighboring counties that straddle expansion and nonexpansion states and find that premiums of Marketplace plans are 11% lower in Medicaid expansion states, controlling for demographic and health characteristics as well as measures of health care access. These results are consistent with evidence on the composition of the private insurance risk pool in expansion versus nonexpansion states and associated differences in expected health spending.

Toth, F. (2016). "The Italian NHS, the Public/Private Sector Mix and the Disparities in Access to Healthcare." *Global Social Welfare* **3**: 171-178.

Cabral, M. et Cullen, M. r. (2016). "Estimating the Value of Public Insurance Using Complementary Private Insurance". Cambridge, N.B.E.R.
www.nber.org/papers/w22583

The welfare associated with public insurance is often difficult to quantify. Relative to private insurance, a fundamental difficulty is that public insurance is typically compulsory, so the demand for coverage is unobserved and thus cannot be used to analyze welfare. However, in many public insurance settings, individuals can purchase private insurance to supplement their public coverage. In this paper, we outline an approach to use data and variation from private complementary insurance to quantify welfare associated with several counterfactuals related to compulsory public insurance. Using administrative data from one large firm on employee long-term disability insurance, we then apply this approach empirically to quantify the value of disability insurance among this population. We use premium variation among the employer-provided disability policies to quantify the surplus that would be generated by increasing the replacement rate of disability insurance for our sample population---a counterfactual that is within the set of insurance contracts observed in this setting. In addition, we estimate a lower bound on the surplus generated by public disability insurance in this context. Our findings suggest that public disability insurance generates substantial surplus for this population, and there may be gains to increasing the generosity of coverage in this context.

Lange, R., Schiller, J. et Steinorth, P. (2015). "Demand and Selection Effects in Supplemental Health Insurance in Germany". Berlin, D.I.W. (*SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research 757*)
https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.505648.de/diw_sp0757.pdf

This paper empirically assesses the selection effects and determinants of the demand for supplemental health insurance that covers hospital and dental benefits in Germany. Our representative dataset provides doctor-diagnosed indicators of the individual's health status, risk attitude, demand for medical services and insurance purchases in other lines of insurance as well as rich demographic and socioeconomic information. Controlling for a wide range of individual preferences, we find evidence of adverse selection for individuals aged 65 and younger for hospital coverage despite initial individual underwriting by insurers. The reverse is true for individuals older than 65; individuals with supplemental hospital coverage are healthier on average. In addition, insurance affinity and income are the most important drivers of the demand for both types of coverage.

Abraham, J. M., Feldman, R. et Graven, P. (2014). "How will the Affordable Care Act change employers' incentives to offer insurance?". Washington, U.S. Census Bureau (*CES Working Paper 14-02*)

This study investigates how changes in the economic incentives created by the Affordable Care Act (ACA) will affect the probability that private-sector U.S. employers will offer health insurance. Using the Medical Expenditure Panel Survey Insurance Component for 2008-2010, we predict employers' responses to key ACA provisions. Our simulations predict that overall demand for insurance will rise, driven by workers' desire to avoid the individual mandate penalty and the availability of premium tax credits in exchanges. Our analyses also suggest that the average probability of an establishment offering insurance will decline from .83 to .66 with ACA implementation, although there is considerable variation by firm size, industry and union status.

Boone, J. (2014). "Basic versus Supplementary Health Insurance: The Role of Cost Effectiveness and Prevalence". Le Tilburg, Center for Economic Research.
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2516298

In a model where patients face budget constraints that make some treatments unaffordable, we ask which treatments should be covered by universal basic insurance and which by private voluntary insurance. We argue that both cost effectiveness and prevalence are important if the government wants to maximize the health gain that it gets from its health budget. In particular, basic insurance should cover treatments that are used by people who at the margin buy treatments that are highly cost effective. This is not the same as covering treatments that are themselves highly cost effective.

Cabral, M. et Mahoney, N. (2014). "Externalities and Taxation of Supplemental Insurance: A Study of Medicare and Medigap". Cambridge, N.B.E.R. (*NBER Working Paper n° 19787*)
<http://www.nber.org/papers/w19787>

Most health insurance policies use cost-sharing to reduce excess utilization. The purchase of supplemental insurance can blunt the impact of this cost-sharing, potentially increasing utilization and exerting a negative externality on the primary insurance provider. This paper estimates the effect of private Medigap supplemental insurance on public Medicare spending using Medigap premium discontinuities in local medical markets that span state boundaries. Using administrative data on the universe of Medicare beneficiaries, we estimate that Medigap increases an individual's Medicare spending by 22.2%. We find that the take-up of Medigap is price sensitive with an estimated demand elasticity of -1.8. Using these estimates, we calculate that a 15% tax on Medigap premiums would generate combined tax revenue and cost savings of \$12.9 billion annually. A Pigouvian tax would generate combined annual savings of \$31.6 billion.

Grunow, M. et Nuscheler, R. (2014). "Public and private health insurance in Germany: the ignored risk selection problem." *Health Econ* **23**(6): 670-687.

We investigate risk selection between public and private health insurance in Germany. With risk-rated premiums in the private system and community-rated premiums in the public system, advantageous selection in favor of private insurers is expected. Using 2000 to 2007 data from the German Socio-Economic Panel Study (SOEP), we find such selection. While private insurers are unable to select the healthy upon enrollment, they profit from an increase in the probability to switch from private to public health insurance of those individuals who have experienced a negative health shock. To avoid distorted competition between the two branches of health care financing, risk-adjusted transfers from private to public insurers should be instituted.

Dormont, B., Geoffard, P. y. et Lamiraud, K. (2013). "Assurance maladie en Suisse : les assurances supplémentaires nuisent-elles à la concurrence sur l'assurance de base ?" *Economie et statistique*(455-456): 71-87.

L'objet de cet article est d'analyser le fonctionnement d'un système de concurrence régulée en assurance maladie. En considérant le cas de la Suisse, on s'intéresse aux interférences potentielles entre le marché des assurances supplémentaires et la concurrence sur le marché de l'assurance de base. L'organisation actuelle de l'assurance maladie en France diffère de celle du système suisse. Mais les assurances complémentaires participent de plus en plus à la couverture des soins dans notre pays. La question de la régulation du marché des assurances complémentaires doit donc être posée. L'analyse du système suisse, qui s'appuie sur un marché régulé d'assurance maladie, peut illustrer certains enjeux du système français (résumé d'auteur).

Lamiraud, K. (2013). "Switching costs in competitive health insurance markets". Cergy Pontoise, E.S.S.E.C. Business school ([Working Paper n° 07-02.](#))
<http://hal-essec.archives-ouvertes.fr/docs/00/80/84/20/PDF/WP1305.pdf>

Cet article analyse la présence de coûts de changement (coûts de switching) lorsque les consommateurs ont la possibilité de changer d'assureur pour l'assurance maladie de base. Nous nous intéressons au cas de la Suisse qui a mis en place une forme relativement pure de concurrence en assurance maladie. Nous identifions différents types de coûts de changement : l'excès de choix (en termes de nombre de compagnies présentes sur le marché), le biais de statu quo, la possession d'un contrat d'assurance supplémentaire pour les assurés déclarant un mauvais état de santé, les stratégies tarifaires des firmes qui utilisent l'assurance supplémentaire comme produit d'appel, la mauvaise régulation des réserves des caisses et les limites liées au mécanisme initial de compensation des risques.

Sampath, P. et Wilson, D. (2011). "A case study and state of science review: private versus public healthcare financing." *Glob J Health Sci* **4**(1): 118-126.

Medicare is a popular program in Canada that offers universal access to medically-necessary healthcare services for all Canadians through a public insurance plan in each province. In spite of its popularity, healthcare privatization has been debated, often over concerns about wait times for healthcare services. A case report focused on the 2005 Supreme Court's response to the "Chaoulli v. Quebec" challenge of the Quebec law banning the purchase of private health insurance for publicly-

insured services is presented, along with findings from a state of science review to determine if there would be any benefit from adopting the United States model of private health insurance. This review reveals private health insurance would have significant negative implications, especially by creating inequity in healthcare access for low-income groups. Further study is needed to determine whether Canada's publicly-funded healthcare system would benefit in any way from increased private financing.

Wilenski, H. I. (2011). "U.S. Health Care and Real Health in Comparative Perspective: Lessons from Abroad". Berkeley, University of California ([Working Paper Series Institute for Research on Labor and Employment, UC Berkeley.](#))

Among the 19 rich democracies, I have studied for the past 40 years, the United States is odd-man-out in its health-care spending, organization, and results. The Obama administration might therefore find lessons from abroad helpful as it moves toward national health insurance. In the past hundred years, with the exception of the U.S., the currently rich democracies have all converged in the broad outlines of health care. They all developed central control of budgets with financing from compulsory individual and employer contributions and/or government revenues. All have permitted the insured to supplement government services with additional care, privately purchased. All, including the United States, have rationed health care. All have experienced a growth in doctor density and the ratio of specialists to primary-care personnel. All evidence a trend toward public funding. Our deviance consists of no national health insurance, a huge private sector, a very high ratio of specialists to primary-care physicians and nurses, and a uniquely expensive (non)system with a poor cost-benefit ratio. The cure: increase the public share to more than 65% from its present level of 45%. In regards to funding the transition cost and the permanent cost of guaranteed universal age: no rich democracy has funded national health insurance without relying on mass taxes, especially payroll and consumption taxes. Whatever we do to begin, broad-based taxes will be the outcome. Three explanations of "why no national health insurance in the U.S.?" are examined.

Siskou, O., Kaitelidou, D. et Economou, C. (2009). "Private expenditure and the role of private health insurance in Greece : status quo and future trends." [European journal of health economics \(the\)](#) **10**(4): 467-474

The health care system in Greece is financed in almost equal proportions by public and private sources. Private expenditure, consists mostly of out-of-pocket and under-the-table payments. Such payments strongly suggest dissatisfaction with the public system, due to under financing during the last 25 years. This gap has been filled rapidly by the private sector. From this point of view, one might suggest that the flourishing development of private provision may lead in turn to a corresponding growth in private health insurance (PHI). This paper aims to examine the role of PHI in Greece, to identify the factors influencing its development, and to make some suggestions about future policies and trends. In the decade of 1985?1995 PHI show increasing activity, reflecting the intention of some citizens to seek health insurance solutions in the form of supplementary cover in order to ensure faster access, better quality of services, and increased consumer choice. The benefits include programs covering hospital expenses, cash benefits, outpatient care expenses, disability income insurance, as well as limited managed care programs. However, despite recent interest, PHI coverage remains low in Greece compared to other EU countries. Economic, social and cultural factors such as low average household income, high unemployment, obligatory and full coverage by social insurance, lead to reluctance to pay for second-tier insurance. Instead, there is a preference to pay a doctor or hospital directly even in the form of under-the-table payments (which are remarkably high in Greece), when the need arises. There are also factors endogenous to the PHI industry, related to market policies, low organisational capacity, cream skinning, and the absence of insurance products meeting consumer requirements, which explain the relatively low state of development of PHI in Greece.

Devolder, P., et al. (2008). "Construction d'un index médical pour les contrats privés d'assurance maladie". Bruxelles, K.C.E. ([KCE Report 96B](#))
<https://kce.fgov.be/fr/construction-dun-index-medical-pour-les-contrats-privés-dassurance-maladie-0>

Des contrats privés d'assurance maladie sont conclus par bon nombre de personnes ou par leurs employeurs pour couvrir des frais résultant de soins de santé et qui ne sont pas remboursés par

l'assurance maladie obligatoire. On estime que plus de cinq millions de personnes sont couvertes par de tels contrats en Belgique. Il est fréquent que ces contrats ne soient pas renouvelés par les assureurs ou que leurs conditions contractuelles soient modifiées et en particulier leurs tarifs. La loi du 20 juillet 2007 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie vise à protéger les assurés en limitant notamment les possibilités de modification des conditions tarifaires des contrats d'assurance maladie aux cas de réelles augmentations du coût des prestations garanties. Le KCE a été chargé par le législateur de mettre au point une méthodologie de construction d'un index médical qui traduirait, sur la base de paramètres objectifs, l'augmentation réelle des coûts auxquels doivent faire face les assureurs et qui pourrait donc être utilisé pour limiter l'adaptation annuelle des primes demandées. Le premier chapitre contiendra une comparaison internationale concernant les mécanismes d'indexation. Dans le chapitre suivant, la première section explique les différentes méthodes de construction d'un indice des prix spécifiques aux contrats privés d'assurances maladie retenues en abordant leurs avantages et inconvénients respectifs. Sur base de cette analyse, nous avons retenu une méthode d'approche actuarielle et ce pour des raisons techniques évidentes. L'objet de la seconde section est de présenter les données collectées auprès d'Assuralia, Union professionnelle des entreprises d'assurances. Nous évoquerons ensuite les paramètres objectifs et représentatifs retenus lors de la mise en œuvre de cette méthode actuarielle. La section suivante sera quant à elle réservée à la présentation théorique du cheminement intellectuel suivi dans la construction de l'indice et l'illustration de ces concepts au travers d'exemples clairs. Nous terminerons par quelques conclusions (Résumé des auteurs).

Gruber, J. et Simon, K. (2008). "Crowd-out 10 years later: have recent public insurance expansions crowded out private health insurance?" *J Health Econ* **27**(2): 201-217.

Ten years ago, Cutler and Gruber [Cutler, D., Gruber, J., 1996. Does public health insurance crowdout private insurance? *Quarterly Journal of Economics* 111, 391-430] suggested that crowd-out might be quite large, but much subsequent research has questioned this conclusion. Our results using improved data and methods clearly show that crowd-out is still significant in the 1996-2002 period. This finding emerges most strongly when we consider family level measures of public insurance eligibility. We also find that recent anti-crowd-out provisions in public expansions may have had the opposite effect, lowering take-up by the uninsured faster than they lower crowd-out of private insurance.

Hurley, J. et Guindon, G. e. (2008). "Private Health Insurance in Canada". Hamilton, McMaster University ([CHEPA Working paper 08-04](#))

This study reviews the role of private health insurance in Canada. It begins with a brief overview of the Canadian health care system; considers the historical path that led to the current role for private health insurance; examines the current market for private health insurance; assesses the evidence for how private insurance contributes to or detracts from health financing goals; and offers some concluding comments on private health insurance in Canada.

Paccagnella, O., Rebba, V. et Weber, G. (2008). "Voluntary Private Health Care Insurance Among the Over Fifties in Europe: A Comparative Analysis of SHARE Data". Padoue, Université de Padoue ([Marco Fanno Working paper series 86](#))
<https://ideas.repec.org/p/pad/wpaper/0086.html>

Using data from SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), we analyze the effect of having a voluntary health insurance policy (VPHI) on out-of-pocket (OOP) health spending for individuals aged 50 or more in a host of European countries. We control for self selection into VPHI policy holding, and find that VPHI policy holders do not have lower OOP's than the rest of the population. In Southern European countries and Austria they even spend more. We also find that the main determinants of VPHI are different in each country and this reflects the differences in the underlying health care systems.

Wierink, M. (2008). "La réforme de l'assurance-maladie aux Pays-Bas, deux ans après." *Revue française des affaires sociales*(4): 237-251.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xnqqID. Diffusion soumise à autorisation]. Avec la loi sur les assurances maladie, qui a pris effet au 1er janvier 2006, les Pays-Bas ont mis en place un système d'assurances maladie privatisé mais fortement encadré. Les effets de cette réforme sur la maîtrise des dépenses de santé ne sont pas encore mesurables. Par contre, à partir d'une analyse secondaire de premiers travaux néerlandais disponibles, un premier bilan de cette nouvelle assurance-maladie est envisageable. En termes d'universalité de couverture de la population, elle a atteint son objectif. Mais en termes d'équité, le système d'allocations fiscales compense les inégalités sociales, devant l'assurance-maladie, seulement pour l'assurance de base, rendant cruciale la définition du panier de soins. Du point de vue du fonctionnement du nouveau marché des assurances maladie, les premiers constats qui sont faits incitent à la modestie. La concurrence se fait d'abord par les prix et les assureurs ont peu développé le "managed care". Les assurés, ayant des difficultés à s'orienter sur ce marché, sont peu mobiles. Si le dispositif législatif ne permet pas la sélection des risques pour l'assurance de base, il n'en est pas de même pour l'assurance complémentaire, qui est souvent proposée en même temps que l'assurance de base, ce qui peut conduire à une sélection indirecte. Mais la loi a renforcé le pouvoir des associations de patients, dont l'influence semble importante.

Augurzyk, B. et Tauchmann, H. (2008). "Less Social Health Insurance ? More Private Supplementary Insurance? ? Empirical Evidence from Germany". Essen, R.W.I. (Ruhr Economic Papers 46)

<https://www.econstor.eu/handle/10419/26811>

This paper uses individual level data to analyze the effect of changes in the compulsory benefit package of the German statutory health insurance scheme on the demand for private supplementary insurance. In particular, we aim at measuring the effect of excluding dentures from the benefit package in 1997 as well as the effect of re-including them in 1999. A difference-in-differences estimator is used. Individuals born prior to 1979 serve as control group because only the young were affected by the reform. Our results do not exhibit any significant effects on the demand for supplementary health insurance. Thus, the hypothesis that clients do make informed choices about their health insurances? coverage is not supported.

Schokkaert, E., Van Ourti, T., De Graeve, D., et al. (2007). "Supplemental health insurance and equality of access in Belgium". Louvain-la-Neuve, Université Catholique de Louvain

http://www.econ.kuleuven.be/fetew/pdf_publicaties/10461.pdf

It has been suggested that the unequal coverage of different socio-economic groups by supplemental insurance could be a partial explanation for the inequality in access to health care in many countries. We analyse the situation in Belgium, a country with a very broad coverage in compulsory social health insurance and where supplemental insurance mainly refers to extra-billing in hospitals. We find that this institutional background is crucial for the explanation of the effects of supplemental insurance. We find no evidence of adverse selection in the coverage of supplemental health insurance, but strong effects of socio-economic background. A count model for hospital care shows that supplemental insurance has no significant effect on the number of spells, but a negative effect on the number of nights. This is in line with patterns of socio-economic stratification that have been well documented for Belgium. It is also in line with the regulation on extra-billing protecting patients in common rooms. For ambulatory care, we find a positive effect of supplemental insurance on visits to a dentist and on number of spells at a day centre but no effect on visits to a GP, on drugs consumption and on visits to a specialist.

Vargas, M. h. et Elhewaihi, M. (2007). "What is the impact of duplicate coverage on the demand for health care in Germany ?". München, M.P.R.A. (MPRA Paper 6749)

http://mpra.ub.uni-muenchen.de/6749/1/MPRA_paper_6749.pdf

Duplicate coverage involves those individuals who hold public health insurance, and purchase additional private coverage. Using data from the German Institute for Economic Research, we try to investigate the impact of duplicate coverage on the demand for healthcare (measured in number of visits to doctors). Given the simultaneity of the choices to take out additional private health insurance coverage, we estimate a negative binomial model to measure this impact. We also estimate a Full Information Maximum Likelihood (FIML), known as Endogenous Switching Poisson Count Model and

we compare these results with the standard maximum log likelihood (ML) estimators of the negative binomial model. The Results show that, there is a positive difference on the level of health services demanded when there is a duplicate coverage. We found also that there is evidence to think that in Germany there is a feedback between duplicate coverage and the demand of health services.

Collins, S. r., Schoen, C., Davis, K., et al. (2007). "A roadmap to health insurance for all : principles for reform". New York, Commonwealth Fund

Presidential candidates, governors, and members of Congress are advancing proposals to expand health insurance coverage to all Americans the most important step in improving access to quality health care. This report, prepared for The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System, explores the different options and how each may not only increase coverage for the uninsured, but also improve quality and efficiency and gain control over spiraling health care costs. Proposals are grouped into three approaches: tax incentives and the individual insurance market; mixed private-public group insurance with shared responsibility for financing; and public insurance. The Commission believes the most pragmatic approach to coverage for all is mixed private-public group insurance that builds on the best features of our current system with shared responsibility for financing from individuals, employers, and government that minimizes dislocation for the millions of Americans who currently have good coverage.

Dey, M. et Flinn, C. (2007). "Household search and health insurance coverage". Moncalieri, Collegio Carlo Alberto

Health insurance in the United States is typically acquired through an employer-sponsored program. Often an employee offered employer-provided health insurance has the option to extend coverage to their spouse and dependents. We investigate the implications of the 'publicness' of health insurance coverage for the labor market careers of spouses. The theoretical innovations in the paper are to extend the standard partial-partial equilibrium labor market search model to a multiple searcher setting with the inclusion of multi-attribute job offers, with some of the attributes treated as public goods within the household. The model is estimated using data from the Survey of Income and Program Participation (SIPP) using a Method of Simulated Moments (MSM) estimator. We demonstrate how previous estimates of the marginal willingness to pay (MWP) for health insurance based on cross-sectional linear regression estimators may be seriously biased due to the presence of dynamic selection effects and misspecification of the decision-making unit.

Doiron, D., Jones, G. et Savage, E. (2006). "Healthy, wealthy and insured? The role of self-assessed health in the demand for private health insurance". Sydney, Centre for Health Economics Research and Evaluation ([Chere Working Paper 2006/02](http://ChereWorkingPaper2006/02))
<https://ideas.repec.org/p/her/chewps/2006-2.html>

Both adverse selection and moral hazard models predict a positive relationship between risk and insurance; yet the most common finding in empirical studies of insurance is that of a negative correlation. In this paper we investigate the relationship between ex ante risk and private health insurance using data from the 2001 Australian National Health Survey (NHS). The Australian health system provides a setting where the relationship between risk and insurance is more transparent than many other institutional frameworks; private health insurance is not tied to employment; community rating limits the actions of insurers; and private coverage is high for a country providing free public hospital treatment. We find a strong positive association between self-assessed health and private health cover. We use the detailed information available in the NHS to investigate whether we can identify factors responsible for the negative correlation between risk (lower SAHS) and insurance cover. However this relationship persists despite the inclusion of a large set of controls for personal and socio-economic characteristics, risk-related behaviours, objective health measures and an index of mental health. The opposite effect of self-assessed health and long-term conditions on coverage suggests that SAHS is capturing factors such as personality or risk preferences.

Fiebig, D. g., Savage, E. et Viney, R. (2006). "Does the reason for buying health insurance influence behaviour?". Sydney, Centre for Health Economics Research and Evaluation ([Chere Working Paper 2006/01](http://ChereWorkingPaper2006/01))

<https://ideas.repec.org/p/her/chewps/2006-1.html>

The inter-relationship between private health insurance cover and hospital utilisation is complex. The current policy approach in Australia appears to rely on relatively simple models of the relationships between health insurance coverage, and public and private hospital use. There is considerable evidence of unexplained heterogeneity among the privately insured population. Heterogeneity of preferences is likely to be important not just in determining the uptake of private health insurance, but also the impact of changes in private health insurance on the use of private treatment. A number of studies have used attitudinal variables to model heterogeneity of preferences in other contexts. This study uses the 2001 ABS National Health Survey to identify types among the insured population using their stated reasons for purchasing private health insurance. We find that insurance type is significantly associated with hospital utilisation, particularly the probability of being admitted as a public or private patient. We also find that the government's insurance incentives were more attractive to particular types of the insured population. This has implications for the effectiveness of the insurance incentives and for the design of policies that aim to reduce pressure on the public hospital system.

Lu, M. et Savage, E. (2006). "Do financial incentives for supplementary private health insurance reduce pressure on the public system? Evidence from Australia". Sydney, Centre for Health Economics Research and Evaluation ([Chere Working Paper 2006/11](#))

In many developed countries, budgetary pressures have made government investigate private insurance to reduce pressure on their public health system. Between 1997 and 2000 the Australian government implemented a series of reforms intended to increase enrollment in private health insurance and reduce public health care costs. Using the ABS 2001 National Health Survey, we examine the impact of increased insurance coverage on use of the hospital system, in particular on public and private admissions and lengths of stay. We model probability of hospital admission and length of stay for public (Medicare) and private patients. We use Propensity Score Matching to control for selection in the insurance decision and estimate a two-part model for hospital admission and length of stay on the matched sample. Our results indicate that there is selection associated with insurance choice. We also find that unconditional public patient and private patient lengths of stay in 2001 differ markedly depending on insurance duration. Those with shorter periods of insurance coverage behave more like the uninsured than those insured prior to the insurance incentives. While the insurance incentives substantially increased the proportion of the population with supplementary cover, the impact on use of the public system appears to be quite modest. Increased private usage outweighs reduced public usage and the insurance incentives appear to be an extremely costly way of reducing pressure on the public hospital system.

Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E., et al. (2006). "Private Health Insurance in the United Kingdom". Copenhagen_O.M.S. Bureau régional de l'Europe

This study provides a descriptive overview of the market for supplementary voluntary health insurance (VHI), or private medical insurance (PMI), in the United Kingdom. The structure of the study reflects the three principal dimensions of the market: the product (Chapter 2), demand (Chapter 3) and supply (Chapter 4). An appendix discusses the market for health cash plans, an alternative type of private medical expenses cover with a relatively broad take-up. The Introduction provides the background necessary for understanding the nature and role of the market for PMI.

Costa-font, J. et Jofre-Bonet, M. (2005). "The "Secession of the Wealthy": Demand for private health insurance and support for the National Health System". London, London School of Economics and Political Science

The purchase the private health insurance (PHI) as a mean to partially supplement the National Health System (NHS) coverage has been regarded as an indication of individuals lack of support of the NHS. This paper empirically tests the so called secession of the rich hypothesis whereby lack of support for the NHS explains the purchase supplementary PHI. We draw upon a simple empirical model of the decision to purchase PHI, which is jointly estimated with the contemporaneous support towards the NHS using a seemingly unrelated bivariate probit model to circumvent the endogeneity problem. We

use a representative database from Catalonia (Spain). After controlling for insurance premium, income and other structural determinants, we find that lack of support for the NHS influences negatively the purchase of PHI. Our findings suggest that there is some evidence in favour of the secession of the wealthy hypothesis.

Westerhout, W. M. T. (2004). "Competition in the Dutch health care system." Economie publique - Etudes et recherches(14): 47-54.

Nolan, B. (2004). "Health insurance in Ireland : issues and challenges." Economie publique - Etudes et recherches(14): 55-62.

Buchmueller, T. (2004). "Public and private health insurance in the US." Economie publique - Etudes et recherches(14): 25-35

Colombo, F. et Tapay, N. (2003). "Private health insurance in Australia : a case study". Paris, Oede (OECD Health Working Paper 8.)

En dépit de l'assurance publique universelle, l'assurance maladie privée couvre presque la moitié de la population australienne -- un taux élevé d'assurance en comparaison de la plupart des autres pays de l'OCDE. En reflétant (?) la croyance qu'un système de santé qui fonctionne bien devrait être basé sur un système mixte d'assurance public et privé, les décideurs australiens ont encouragé le développement des arrangements privés de financement et de provision des soins de santé qui fonctionnent en parallèle du système public. L'assurance maladie privée est considérée comme un moteur pour augmenter le choix des fournisseurs de soins et des options de soins ainsi que pour réduire les coûts et la forte demande envers les hôpitaux publics. L'Australie est intervenue largement sur le marché de l'assurance maladie privée. La régulation a favorisé la prise en charge de risque et les politiques d'incitation ont stimulé l'adhésion à la couverture privée. Ce document analyse le marché de l'assurance maladie privée. Il décrit comment l'assurance maladie privée interagit avec le système public et évalue sa contribution à l'équité, l'efficacité et la réactivité du système de santé. Cette analyse identifie certains facteurs affectant la performance, y compris les caractéristiques du marché de l'assurance, la régulation et le cadre financier, l'organisation du système de santé, ainsi que les incitations et le comportement des différents acteurs (tiré du résumé d'auteur).

Autres ressources

VIDEOS

- Répartition des dépenses entre l'assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire : auditions de la MECSS (2025)
- <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/actualites-accueil-hub/repartition-des-depenses-entre-l-assurance-maladie-obligatoire-et-assurance-maladie-complementaire-auditions-de-la-mecss>
- https://videos.assemblee-nationale.fr/video.16573307_67ee452bd0edc.mecss--evaluation-structurante--la-repartition-des-depenses-entre-l-assurance-maladie-obligatoire--3-avril-2025
- https://videos.assemblee-nationale.fr/video.16513096_67e518857a9f4.mecss--representants-de-france-assureurs-et-de-la-caisse-nationale-de-l-assurance-maladie-27-mars-2025

ARTICLES DE PRESSE

- [« Les citoyens, malades ou bien portants, auraient gros à gagner avec cette réforme »](#), par Brigitte Dormont, professeure d'économétrie et d'économie de la santé à l'Université Paris Dauphine-PSL
- [« Peut-être y a-t-il mieux à faire que de faire disparaître les complémentaires santé »](#), par Daniel Benamouzig, directeur de recherche CNRS au Centre de sociologie des organisations et titulaire de la chaire Santé de Sciences Po, et Cyril Benoît, chargé de recherche CNRS au Centre d'études européennes et de politique comparée de Sciences Po
- [« Le mouvement mutualiste a joué un rôle essentiel dans la longue gestation de la Sécurité sociale »](#), par Michel Dreyfus, historien, directeur de recherches émérite au CNRS
- [« Nous devons travailler à une meilleure articulation entre un système public de haut niveau et les mutuelles »](#), par Gaby Bonnard, ancien président de l'Unédic
- [« Le financement des soins médicaux deviendrait exclusivement étatique, à l'instar du NHS britannique »](#), par Didier Bazzocchi, vice-président du Cercle de recherche et d'analyse sur la protection sociale, Etienne Caniard, ancien président de la Fédération nationale de la Mutualité française, et Jean de Kervasdoué, professeur émérite du CNAM et ancien directeur des hôpitaux au ministère de la santé (1981-1986)
- [« Les acteurs mutualistes promeuvent un modèle vertueux, non lucratif et démocratique »](#), par Patrick Brothier, vice-président d'Aéma groupe, président de l'UMG santé-prévoyance Aésio Macif et président d'Aésio Mutuelle, et Pascal Michard, président d'Aéma Groupe
- [« Grande Sécu » : « Les primes des complémentaires sont doublement inégalitaires, aux dépens des plus pauvres et des plus âgés »](#), par Luis Godinho, président du Syndicat des audioprothésistes, membre du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie/HCAAM
- [« Grande Sécu » : décryptage d'un projet clivant »](#)

ENQUETES / DONNEES STATISTIQUES DE LA DREES

- [Enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé \(Enquête OC\) depuis 2019](#)
- [Couverture des risques sociaux par les organismes privés d'assurance](#)
- [Organismes complémentaires santé - Comptes détaillés](#)
- [Base de données sur les dépenses de santé et leur prise en charge par l'assurance maladie obligatoire](#)

COMPARAISONS INTERNATIONALES

<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor>

[Collections des HIT \(Health systems reviews\)](#)