



### 4. L'assurance maladie en France

- ➔ Je suis Pierre-Yves Geoffard. Je suis chercheur en économie à l'École d'économie de Paris. Je m'intéresse depuis de nombreuses années au système de soin et d'assurance maladie. L'assurance maladie en France. Le financement des soins en France s'appuie sur deux mécanismes d'assurance. C'est un système très original. On ne le retrouve nulle part ailleurs. On a à la fois l'assurance maladie obligatoire, donc la sécurité sociale, qui rembourse une grosse partie de la dépense, et des assurances complémentaires, des mutuelles ou des institutions de prévoyance, qui couvrent une deuxième partie de la dépense. Le régime obligatoire couvre à peu près 77 % de la dépense, une part relativement stable depuis de nombreuses années. Les régimes non-obligatoires, quant à eux, couvrent environ 13 % de la dépense avec une légère baisse depuis cinq ans, mais les chiffres sont à peu près stables. En ce sens, le reste à charge, ce qui est payé directement par les ménages ou par les individus au moment où ils consomment les soins, est en moyenne assez bas par rapport aux autres pays européens ou aux autres pays de l'OCDE. Une fois que sont intervenues l'assurance maladie obligatoire et la partie complémentaire, il reste à peu près 8 % de la dépense à la charge des ménages. Cette moyenne est basse, mais cache de très fortes disparités puisque le financement des soins et la répartition entre ces deux régimes d'assurance maladie sont très variables selon le type de soins. Notamment à l'hôpital, le pourcentage de reste à charge est très faible. Mais chaque dépense individuelle d'hôpital peut être très élevée, et donc la partie de reste à charge également, pour certains individus. En revanche, sur d'autres postes de soins, comme les soins de ville, il y a une plus faible prise en charge par le régime obligatoire et également un remboursement soit plus important de la part des complémentaires, soit qui laisse des restes à charge élevés. Il y a aussi les dispositifs, notamment les prothèses, pour lesquels le rapport est totalement inversé puisque, par exemple pour les prothèses optiques, les lunettes, la part de la dépense totale prise en charge par la sécurité sociale, donc le régime obligatoire, est seulement de 4 %, soit une contribution très faible de la sécurité sociale à la prise en charge des lunettes. La répartition entre l'assurance maladie obligatoire et les régimes complémentaires est variable, non seulement selon le type de soins, mais également selon les individus. Ce qui est très spécifique au système français, c'est que la même dépense de soins fait l'objet de deux remboursements, d'abord par la sécurité sociale, puis par le régime complémentaire. Il y a un tarif de convention, dont la sécurité sociale rembourse une certaine partie, puis la complémentaire qui rembourse, en général, la partie du tarif de convention qui n'est pas prise en charge par la sécurité sociale et les dépassements ou une partie de ces dépassements. Il y a ensuite le reste à charge. C'est un système qui est d'une complexité assez redoutable. Lorsqu'on l'explique à des observateurs étrangers, ils s'interrogent. Il est même difficile de concevoir un système plus complexe que le nôtre en termes de financement des soins. Cela montre aussi que la part du régime obligatoire, soit environ 77 %, ne suffit pas à garantir l'accès aux soins sans barrières financières. C'est d'ailleurs pour cela que la quasi-totalité de la population, 95 %, est couverte par une assurance complémentaire. Quels sont les restes à charge pour les ménages quand ils consomment des soins et qui peuvent être une barrière financière à l'accès aux soins pour certains ? Il est difficile d'avoir des éléments précis sur cette question. On connaît la distribution des restes à charge après intervention de la sécurité sociale, mais avant remboursement par les régimes complémentaires. On voit que, pour certaines personnes, le pseudo-reste à charge, à savoir la dépense non-





### 4. L'assurance maladie en France

- couverte par la sécurité sociale, peut représenter une somme importante. On estime qu'environ 10 % des gens peuvent avoir une dépense supérieure à 3 000 € qui leur reste à charge avant intervention des complémentaires. Quelle est la part du reste à charge remboursée par les complémentaires ? Au niveau individuel, au niveau des ménages, on ne dispose pas des informations statistiques pour répondre à cette question. Un reste à charge potentiellement élevé est une dépense qu'on peut appeler catastrophique pour certains, non-couverte par la sécurité sociale. On peut y répondre soit en développant l'assurance complémentaire, soit en rendant disponible l'assurance complémentaire pour tous, soit, comme dans d'autres pays, grâce à un bouclier sanitaire qui garantit que même si les ménages payent une partie de la dépense de soins, cette part est plafonnée à un montant annuel qui ne peut pas être dépassé. On couvre les individus contre une dépense parfois catastrophique. En France, on a cet empilement des deux systèmes assurantiels, l'un public et l'autre privé. Les assurances complémentaires sont des régimes privés, mais eux-mêmes composés de trois familles différentes : les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, régies par des codes différents et couvrant des populations différentes, par des contrats collectifs ou obligatoires. Il y a tout un maquis de dispositifs pour la couverture des soins. Cet empilement est-il efficace ? Au contraire, on peut penser qu'il pose de sérieux problèmes. Tout d'abord, puisque la même feuille de soins est remboursée deux fois, en partie à chaque fois, l'empilement des deux systèmes entraîne une duplication quasiment mécanique des frais de gestion, soit environ 7 milliards pour la sécurité sociale, alors qu'elle prend en charge environ 150 milliards de dépense, et autant de frais de gestion pour le régime complémentaire, alors qu'il rembourse 25 milliards de dépense. L'empilement des deux systèmes d'une part crée ce gaspillage de frais de gestion et d'autre part déresponsabilise chacun des acteurs. Aucun financeur n'est entièrement responsable d'un secteur de soins et de la régulation de l'offre de soins qui peut être associée au fait qu'il finance une partie des soins. Pour sortir de ces problèmes, il faut clarifier, reparamétrer, redécouper ce que prend en charge la sécurité sociale et ce que peuvent prendre en charge les complémentaires. C'est le cas dans de très nombreux pays, où une assurance publique couvre l'essentiel des dépenses et des dispositifs d'assurance privés, parfois obligatoires, souvent incités fiscalement, couvrent d'autres types de soins. Par exemple, dans le cas des prothèses, un type de dépenses sur lesquelles la sécurité sociale intervient moins que les mutuelles ou les complémentaires, le remboursement pourrait être confié intégralement aux complémentaires. Voilà les pistes de réformes que l'on étudie lorsqu'on s'interroge sur l'amélioration de l'efficacité et de l'équité du financement des soins en France.

