

L'organisation du financement des soins

Ce cours vous est proposé par Jérôme Wittwer, Professeur des universités en économie, Université de Bordeaux, et AUNEGe, l'Université Numérique en Économie Gestion.

Ceci est la version corrigée de l'étude de cas.

Étude de cas « Comparaison des systèmes français et allemand de financement des soins »

Consignes

A la lecture du texte ci-dessous vous répondrez aux questions suivantes :

1. Comment peut-on expliquer que le taux de couverture par une assurance complémentaire santé soit beaucoup plus faible en Allemagne qu'en France ?
2. L'équité dans le financement est-elle, selon vous, mieux assurée dans le système français que dans le système allemand ?
3. Pourquoi le système allemand réserve-t-il l'accès à l'assurance privée aux ménages les plus aisés ?
4. Comment la concurrence entre assureurs santé opère-t-elle en Allemagne pour la couverture du panier de soins obligatoires ? Sur quels leviers les assureurs peuvent-ils jouer pour distinguer leurs offres ?
5. Dans quelle mesure l'équité dans l'accès aux soins est-elle satisfaite dans le système allemand ?

Énoncé

Lire attentivement l'extrait ci-dessous de l'article de S. Minery et Z. Or (Comparaison des soins ambulatoires en France et en Allemagne : quels enseignements ?), Questions d'économie de la santé, n°290 juin 2024).

« L'assurance maladie est obligatoire dans les deux pays. En France, l'assurance maladie obligatoire est publique et offre un panier de soins généreux, mais exige un partage des

coûts pour tous les soins, y compris les visites chez le médecin et les hospitalisations. Ainsi, 96 % de la population possède une assurance maladie complémentaire privée pour couvrir les restes à charge. En Allemagne, l'assurance maladie obligatoire est fournie dans le cadre d'un régime public (*Gesetzliche Krankenversicherung* – GKV) ou d'une assurance maladie privée de substitution (*Privatliche Krankenversicherung* – PKV). Les personnes dont le revenu est supérieur à un seuil fixe (66 600 euros bruts par an en 2023) ou qui appartiennent à certaines catégories professionnelles (tels les indépendants et fonctionnaires) peuvent souscrire une assurance privée, sans possibilité toutefois de retour vers les caisses publiques. 87 % de la population est couverte par le régime public, 11 % par une assurance privée et les 2 % restants (comme les soldats) par des programmes spéciaux. Il n'y a pas de reste à charge pour les assurés publics en cas de visite chez le médecin (généraliste ou spécialiste) et d'hospitalisation (sauf forfait journalier de 10 euros, plafonné à 24 jours), mais certaines prestations à l'hôpital ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie publique (chambre privée...). Pour les médicaments, le reste à charge est faible : 10 % du prix de vente par boîte, mais le reste à charge ne peut pas dépasser dix euros ni être de moins de cinq euros (sauf si le prix du médicament est inférieur). Le recours à l'assurance privée complémentaire est donc beaucoup moins répandu en Allemagne où il concerne un quart de la population et représentait 1,4 % des dépenses de santé en 2019, contre 13,2 % en France. Globalement, le reste à charge les ménages est faible, aussi bien en Allemagne (12 % des dépenses de santé en 2021) qu'en France (8,9 %). Concurrence entre les caisses d'assurance maladie en Allemagne contre payeur unique en France.

En France, l'affiliation à l'Assurance maladie est automatique et il n'y a pas de concurrence entre les différents régimes. Les différentes caisses (Caisse nationale de l'Assurance maladie-Cnam, Mutualité sociale agricole-MSA...) agissent comme payeur unique. L'assurance maladie en Allemagne est pour sa part un système multi-payeurs, avec 96 caisses d'assurance maladie publique et 46 caisses privées en 2023. Contrairement à la France, les assurés allemands peuvent choisir librement leur caisse en fonction des informations disponibles sur les coûts et la qualité de couverture. Les caisses peuvent se faire concurrence sur les prix pour attirer les affiliés : elles peuvent proposer des options tarifaires qui permettent aux assurés de bénéficier de prestations supplémentaires ou de réduire leurs cotisations. En revanche, le panier des soins pris en charge par l'assurance maladie publique est défini au niveau fédéral par le G-BA qui liste les services devant être couverts par tout assureur. Il couvre un large éventail de prestations et ce n'est que dans une faible mesure que les caisses le complètent par des prestations

supplémentaires. Par ailleurs, les assureurs sont contractuellement obligés d'accepter tout demandeur, quel que soit son profil de risque (état de santé). »

Éléments de correction

1. En Allemagne les consultations ne donnent pas lieu à copaiements, c'est également le cas pour les hospitalisations hormis des forfaits journaliers plafonnés. Les copaiements par boîte de médicaments (10%) sont également plafonnés (10€). Le risque financier lié aux consommations de soins est ainsi beaucoup moins important qu'en France. Il n'y a pas non plus de dépassement d'honoraires dans le système public. Ne pas être couvert par une assurance complémentaire santé ne fait pas peser le risque de reste-à-charge importants. En conséquence, les assurés allemands ne jugent pas utiles, pour la plupart, d'être couverts par une assurance complémentaire qui couvrirait les copaiements.
2. La part des consommations de soins faisant l'objet d'un paiement direct par les ménages est plus importante en Allemagne qu'en France. Ceci est la conséquence d'un taux de couverture par une complémentaire santé beaucoup plus faible en Allemagne. De ce point de vue l'équité horizontale dans le financement (même contribution financières pour le même revenu) semble moins bien satisfaite en Allemagne puisque les reste-à-charge, qui pèsent sur les malades, sont plus importants qu'en France. Ce constat doit être tempéré par le fait que la couverture par une complémentaire santé en France conduit à des contributions financières (les primes d'assurance) qui sont indépendantes du revenu ce qui entre en contradiction avec le principe d'équité verticale dans le financement (qui impose que les contributions soient fonction du revenu des assurés). Ainsi il n'est pas possible de répondre de manière univoque à la question.
3. La première raison tient à la capacité des ménages aisés à payer des primes d'assurance élevées correspondant aux services rendus par les assureurs du marché privés. L'impossibilité de revenir dans le secteur public ferait également peser un risque financier aux ménages ayant des revenus moins élevés compte tenu de primes élevées (et indépendantes du revenu) sur le marché privé. Ensuite, la demande de services additionnels aux services offerts par le secteur public répond à la demande des ménages à revenus élevés. C'est un moyen de mieux satisfaire leur demande. Cela conduit également à des rémunérations plus élevées pour les médecins exerçant

dans le secteur public. C'est ainsi un moyen de d'augmenter les revenus des médecins en faisant peser la charge financière sur les ménages les plus aisés.

4. Les marges de différenciation pour les caisses d'assurance santé en Allemagne sont réduites. Elles ont la possibilité d'offrir des prestations supplémentaires aux paniers de soins obligatoires en contreparties de participation financières individuelles. Elles ont également la possibilité de jouer sur la cotisation sociale des individus pour leur faire profiter d'une gestion parcimonieuse des ressources du système de santé.
5. L'accès financier aux soins dans le secteur public est largement favorisé par la gratuité des visites chez les généralistes et les spécialistes. En outre, les restes à charge à l'hôpital sont plafonnés ainsi que les copaiements par boîte de médicaments. Les copaiements dans le secteur publics sont ainsi réduits, beaucoup plus réduits qu'en France, et ainsi un faible obstacle au recours aux soins si ce n'est pour les ménages les plus démunis. L'accès financier aux soins est ainsi largement assurés même pour les individus non couverts par une assurance complémentaire. L'absence de dépassement d'honoraire dans le secteur public est une autre garantie d'accessibilité financière aux soins.

Références

Comment citer ce cours ?

Economie de la santé, Jérôme Wittwer, AUNEGe (<http://aunege.fr>), CC – BY NC ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Cette œuvre est mise à disposition dans le respect de la législation française protégeant le droit d'auteur, selon les termes du contrat de licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). En cas de conflit entre la législation française et les termes de ce contrat de licence, la clause non conforme à la législation française est réputée non écrite. Si la clause constitue un élément déterminant de l'engagement des parties ou de l'une d'elles, sa nullité emporte celle du contrat de licence tout entier.