

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.

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-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). »

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.