

# 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.

---

## Table des matières

<b>Préambule</b> .....	<b>2</b>
<b>Obligation d'assurance : presque une règle</b> .....	<b>2</b>
<b>Concurrence sur le marché du financement des soins : une grande hétérogénéité de situations</b> .....	<b>4</b>
<b>Un financeur/payeur unique</b> .....	<b>5</b>
<b>Des assureurs en concurrence</b> .....	<b>6</b>
<b>Au-delà du panier de soins</b> .....	<b>7</b>
<b>Les reste-à-charge (copaiements ou tickets modérateurs)</b> .....	<b>8</b>
<b>Les services de santé hors paniers de soins</b> .....	<b>10</b>
<b>Les assurances supplétives/duplicatives</b> .....	<b>11</b>
<b>Organisations du financement et fonctions du financement</b> .....	<b>13</b>
<b>Références</b> .....	<b>16</b>

## Préambule

**Objectifs d'apprentissage : être en capacité de caractériser l'organisation du financement des soins et d'identifier ses principales spécificités.**

Comme nous l'avons déjà vu, l'organisation du financement des soins répond à des objectifs en termes d'équité qui rendent spécifique sa mise en œuvre. Le régulateur poursuit généralement, au-delà des objectifs d'efficacité (produire des services de qualité au moindre coût), des objectifs d'équité dans l'accès et dans le financement des soins. Si chaque pays décline différemment ces objectifs d'équité en fonction des préférences nationales, la plupart des pays visent un accès égal à un large panier de soins pour l'ensemble de la population et des contributions financières indépendantes du risque santé individuel. Certains pays vont plus loin et organisent le financement des soins de telle sorte que les contributions financières individuelles soient fonctions de la capacité à payer des individus, c'est-à-dire du revenu des individus (objectif d'équité dans le financement).

En raison de ces objectifs spécifiques, l'intervention de l'État est très forte dans tous les pays développés. Si l'organisation du financement des soins est d'une grande variété comme nous allons l'illustrer par la suite, et ceci même si l'on se restreint aux frontières de l'Union Européenne, il existe une règle presque universelle qui est celle de l'obligation de couverture. Si le périmètre de la population concernée peut varier d'un pays à l'autre, il s'agit généralement de l'ensemble de la population résidente de manière régulière et légale sur le territoire national.

## Obligation d'assurance : presque une règle

L'obligation d'assurance (chacun doit être couvert et personne ne peut se voir refuser une couverture santé) répond à **deux objectifs**.

**Le premier est lié au mécanisme d'antisélection** que nous avons décrit auparavant et qui conduit à un marché segmenté entre les personnes avec des risques (perçus) faibles, qui vont opter pour des contrats d'assurance peu coûteux et couvrant imparfaitement le risque, et des personnes avec des risques (perçus élevés), qui vont opter pour des contrats coûteux et offrant une bonne couverture (ou renoncer à une couverture si la prime d'assurance excède leurs capacités à payer). Le phénomène d'antisélection a le double inconvénient de laisser une partie de la population mal couverte et deuxièmement d'imposer des contributions financières (via les primes d'assurance) qui varient en fonction du risque. Les deux principes d'équité sont ainsi directement mis à mal. L'obligation d'assurance a le double avantage, d'une part, d'éviter que

des individus soient mal couverts, et, d'autre part, de mutualiser les risques c'est-à-dire de faire en sorte que les plus à risque choisissent les mêmes contrats que les moins à risque (le risque du « pool » d'assurés se trouve alors être le risque moyen de la population). Si on ajoute à l'obligation d'assurance l'interdiction de faire payer des primes d'assurance en fonction du risque, l'obligation d'assurance permet alors d'éviter que les assurés avec un risque de santé élevés payent une prime élevée.

**Le deuxième objectif de l'obligation d'assurance est de lutter contre une forme d'aléa moral** qui découle du fait que, dans la plupart des pays développés, les soins urgents sont prodigués, que l'individu soit couvert par une assurance santé ou non. Ne pas se couvrir contre le risque santé revient alors à ne pas contribuer financièrement à la couverture d'un risque pour lequel on est couvert de fait (tout au moins pour les dépenses engagées que l'on n'est pas en mesure de couvrir pas son revenu). L'obligation d'assurance est alors un moyen d'éviter cette situation d'aléa moral.

L'obligation d'assurance est naturellement associée à un panier de soins. On est contraint de s'assurer pour un panier de soins défini. Ce panier s'impose à tous les assureurs (dans le cas où il existe plusieurs assureurs) afin d'éviter les mécanismes d'auto-sélection qui se mettent en œuvre dès lors que les assureurs proposent plusieurs contrats d'assurance. Si l'obligation d'assurance est la règle dans la très grande majorité des pays développés le périmètre du panier de soins couvert est en revanche très variable. Il est très large en France (même si le taux de couverture est très hétérogène) alors qu'il est, par exemple, plus restreint au Canada (une partie importante des soins dentaires et les médicaments en sont exclus).

Le choix du périmètre du paniers de soins obligatoirement couvert peut être compris du point de vue de l'analyse économique selon **deux perspectives**.

Soit l'assurance maladie est **financée par des prélèvements obligatoires** le régulateur doit mettre en regard les bénéfices individuels d'un accès financier élargi à un panier de soins et le coût des prélèvements obligatoire<sup>1</sup>. Soit l'assurance maladie obligatoire est **financée par les individus eux-mêmes** et le régulateur doit alors considérer l'arbitrage entre les gains d'une couverture obligatoire (lutte contre l'antisélection et les défauts de rationalité des individus) et les coûts liés à la non prise en compte des préférences individuelles (on force un choix qui pourrait en toute rationalité différer d'un individu à l'autre). Cette question du coût du non-respect des

---

<sup>1</sup> Coût de fonctionnement du système socio-fiscal, effet des prélèvements sur l'activité économique mais aussi impact sur le bien-être de la population de la réduction des consommations privées entraînée par les prélèvements obligatoires.

préférences individuelles pèse également sur le niveau de couverture (ou plus précisément sur l'arbitrage entre copaiements à la charge du patient et niveau de la prime d'assurance), les préférences face au risque peuvent en effet être hétérogènes dans une population (Pierre et al 2017). Dans le système Suisse l'assurance maladie est obligatoire et le panier de soins couverts s'imposent à tous les assureurs mais les individus ont le choix du niveau de copaiement (et donc du niveau de prime d'assurance, plus les copaiements sont élevés plus la prime est faible).

Le coût de la non prise en compte des préférences individuelles pèse également sur une assurance maladie financée par des prélèvements obligatoires même si cette question se pose différemment puisque dans ce cas les contributions financières à l'assurance maladie sont fonction du revenu des individus (et non seulement du contrat acheté). Ainsi les conséquences distributionnelles sont très différentes puisqu'un élargissement du périmètre du panier de soins couvert par l'assurance maladie obligatoire aura un impact moins fort pour les ménages modestes (et plus fort pour les ménages aisés) quand l'assurance maladie est financée par prélèvements obligatoires (dès lors que ces prélèvements sont proportionnels ou progressifs avec le revenu). Le périmètre du panier de soins revêt ainsi un enjeu distributionnel (Fouquet et Pollak, 2022).

Si le caractère obligatoire de l'assurance maladie est presque la règle dans les pays développés<sup>2</sup>, la réalité d'une concurrence entre assureurs est très variable.

## **Concurrence sur le marché du financement des soins : une grande hétérogénéité de situations**

Nous évoquerons ici la question du financement du panier de soins faisant l'objet d'une couverture obligatoire.

On peut distinguer deux types d'organisation. Une organisation fondée sur un financeur unique et une organisation fondée sur une mise en concurrence de plusieurs assureurs.

---

<sup>2</sup> Nous n'évoquerons pas la situation très singulière des Etats-Unis du point de vue de l'organisation du financement des soins. La régulation (obligation d'assurance, restriction de la tarification au risque, « managed competition »...) s'est très significativement renforcée (notamment suite à « l'Affordable Act ») mais l'organisation du financement des soins reste cependant éloignée des modèles très régulés des pays européens.

## Un financeur/payeur unique

L'archétype d'une telle organisation est celle des systèmes beveridgiens fondés sur un financement par l'État des consommations de soins entrant dans le panier de soins. Il est alors plus précis de parler de financeur, ou payeur, même si l'on peut considérer que l'État joue dans ce cas un rôle d'assureur malgré tout.

Il existe un autre type de modèle qui est celui de l'assureur unique dans le cadre d'un système bismarckien fondé sur une logique assurantielle. C'est le cas du système de soins français. Ce qui différencie en particulier les deux systèmes de financement ce sont les mécanismes d'ajustement budgétaires permettant la convergence des recettes et des dépenses. Dans un système beveridgien les mécanismes naturels sont ceux de l'ajustement des dépenses aux recettes dans le cadre d'une gestion par l'État d'un budget fixé a priori après délibérations démocratiques. Les systèmes bismarckiens reposent plus spontanément sur un ajustement des recettes aux dépenses dans une logique assurantielle, l'augmentation du risque (des dépenses) se répercutent sur les primes d'assurances ou plus largement sur les contributions financières alimentant les ressources de l'assureur santé (qu'elles relèvent de prélèvements obligatoires ou de copaiements).

Cette distinction sur les mécanismes d'ajustement à l'œuvre est en réalité aujourd'hui quelque peu artificielle puisque les systèmes bismarckiens ont été progressivement contraints d'introduire des objectifs de dépenses de plus en plus contraignants conduisant à une convergence vers des modes d'ajustements budgétaires (les dépenses doivent s'ajuster à des budgets fixés a priori).

Les instruments de pilotage des dépenses de soins (du panier obligatoire) sont principalement de **trois types** :

1. Ceux visant à **améliorer l'efficacité du système de soins**, c'est-à-dire à réduire les ressources mobilisées pour produire une même quantité et qualité de soins
2. Ceux visant **prioriser** dans le panier de soins ceux dont **l'efficience est la plus élevée**
3. Ceux visant à **contrôler l'offre de soins** (le nombre de professionnels et d'établissements)

Réguler l'offre de soins est particulièrement efficace pour contrôler les dépenses de soins. En effet, la capacité d'un système de soins à délivrer des soins est naturellement étroitement dépendante de la capacité du système à délivrer des soins. Cette capacité est supposée être dimensionnée au panier de soins et à la demande associée et ne constitue ainsi pas en soi un instrument premier de régulation des dépenses. Une capacité étroitement régulée de l'offre de soins est néanmoins un moyen pour le financeur de maîtrise de la demande, et de la demande induite en particulier. Cette régulation capacitaire est néanmoins pour partie aveugle puisqu'elle conduit d'une certaine façon à déléguer aux offreurs de soins la tâche de prioriser les soins par la gestion des files d'attente en particulier. Si la politique de régulation est trop

restrictive elle fait courir le risque de rationnements des soins, ou d'allongement des délais d'attentes, ne correspondant pas nécessairement à une logique de priorisation raisonnée des soins.

Prioriser les soins couverts en définissant le panier de soins remboursables ne restreint pas la quantité de soins à proprement parlé elle délimite le périmètre couvert. La définition de ce périmètre doit être le résultat de la confrontation des bénéfices sanitaires des soins à leurs coûts comme nous en discutons dans un chapitre précédent. Les mécanismes de lutte contre l'aléa moral et la demande induite relèvent du même principe de régulation visant à contraindre les consommations de soins dans le périmètre du panier de soins.

Concernant les instruments visant l'efficacité du système de soins une organisation à financeur unique (qu'elle soit d'inspiration beveridgienne ou bismarckienne) ne joue évidemment pas sur les mécanismes concurrentiels qu'instille une concurrence entre assureurs (voir plus bas). Cela ne veut pas pour autant dire que les mécanismes concurrentiels sont absents de la régulation mais ils ne concernent plus alors la concurrence entre assureurs mais entre offreurs de soins. Le financeur unique peut en effet mettre en concurrence les offreurs de soins en jouant le rôle d'acheteur de soins dans une logique de marché public favorisant les mieux disant. Le système britannique assoit pour partie son modèle de régulation sur ce mécanisme (Proper 2018). Il peut également organiser une concurrence indirecte en administrant les prix, comme dans le cadre des tarifications prospectives de type T2A qui fixent le prix au regard du coût moyen, contraignant les offreurs de soins à maîtriser leurs coûts.

Les système de concurrence organisée sur le marché de l'assurance mise plus directement sur la délégation aux assureurs de l'organisation de la concurrence entre offreurs de soins.

## Des assureurs en concurrence

D'autres systèmes de santé ont opté pour une organisation reposant sur la mise en concurrence de la couverture du panier de soins obligatoire. En Europe, la Suisse, les Pays-Bas mais aussi l'Allemagne laissent ainsi la possibilité aux individus de choisir entre plusieurs assureurs (qu'ils soient privés (à but lucratifs ou non) comme en Suisse ou au Pays-Bas ou à des caisses régionales comme en Allemagne.

Ces systèmes diffèrent sur la façon dont les assureurs sont financés : par des primes individuelles en Suisse<sup>3</sup>, par un mixte de contributions publiques et de primes individuelles aux Pays-Bas et essentiellement par des fonds provenant de cotisations sociales en Allemagne (avec une part

---

<sup>3</sup> Même si des aides publiques existent pour les ménages aux revenus les plus faibles.

marginale laissée aux primes individuelles) (Or et al 2024). On constate ainsi l'existence d'une grande variété de logiques de financement (et ainsi de principes mises en œuvre du point de vue de l'équité dans le financement).

La concurrence entre financeurs est conçue comme un instrument de régulation favorisant une gestion efficace du système de soins. Les assureurs sont censés organiser la concurrence entre offreurs de soins pour une provision efficace (à moindre de coût) du panier de soins. Ceci suppose que les assureurs aient la possibilité de contractualiser avec les offreurs de soins sur les prix des soins et/ou l'organisation des soins. Derrière la logique concurrentielle se cache en effet l'idée que les assureurs vont chercher à attirer leurs clients par le niveau des primes demandées et la qualité des services offerts.

L'impact de ce qui est convenu d'appeler « **managed competition** » ou concurrence organisée dans la littérature est particulièrement controversé (voir par exemple Scheffler 2017). Les conditions d'efficacité sont difficiles à obtenir : il est nécessaire que les individus soient parfaitement informés des services et des prix offerts par les assureurs, que les coûts de changement d'assureurs pour les assurés soient faibles, que les assureurs n'aient pas de moyen indirects de sélection des risques (ou que les mécanismes de péréquation entre assureurs soient particulièrement efficaces) et que les pouvoirs de marché soient équilibrés entre assureurs et offreurs de soins. Ces conditions sont délicates à obtenir et à maintenir. En outre, ce type d'organisation ajoute de la complexité pour les offreurs de soins qui sont potentiellement conduits à contractualiser avec plusieurs assureurs (Shmueli et al 2015)

Les expériences aux Etats-Unis de « managed competition », c'est-à-dire de concurrence entre assureurs pour couvrir des paniers de soins déterminés par le régulateur, sont assez récentes. Les résultats sont également contrastés (Einav et al 2015).

## Au-delà du panier de soins

Nous avons vu que la plupart des pays développés, en Europe en tous les cas, l'assurance maladie reposait sur l'obligation de couverture d'un panier de soins couvert soit dans un cadre de payeur unique (État ou caisse d'assurance) soit dans un cadre concurrentiel (« managed competition »).

Cette présentation schématique des modes d'organisations de l'assurance maladie ne permet pas de couvrir l'ensemble de la diversité des organisations rencontrées dans les différents systèmes de soins des pays européens.

Cette diversité s'exprime essentiellement dans **trois dimensions** :

1. Le niveau des copaiements, leur modulation et éventuellement leur couverture,
2. La couverture des services de soins hors paniers de soins relevant de l'assurance obligatoire,
3. Les possibilités pour les assurés d'échapper au système du payeur unique ou du marché organisé.

## Les reste-à-charge (copaiements ou tickets modérateurs)

On observe une grande diversité de situations tant sur le montant des copaiements que sur leur modulation en fonction des types de soins. La particularité du système français tient au fait que les copaiements s'appliquent à tous les types de soins bien qu'avec des taux différents (généralement plus faibles à l'hôpital qu'en ville) alors que dans de nombreux pays les soins de premiers recours (visite chez le médecin généraliste) sont exonérés de tickets modérateurs (c'est le cas de l'Allemagne et du Royaume-Uni par exemple).

Rappelons que les copaiements ont pour fonction théorique de limiter le coût de l'aléa moral mais l'inconvénient de constituer un possible obstacle financier de recours aux soins. Pour faire face à cet inconvénient plusieurs dispositifs peuvent être mis en place. Le premier consiste à limiter ou à annuler les copaiements pour les soins dont le risque de renoncement pour raison financière est élevé et les conséquences pour la santé publique importantes. C'est pour cette raison que les soins de premiers recours, qui doivent permettre une prise en charge précoce des problèmes de santé, sont exonérés de copaiements dans de nombreux pays européens. Il est aussi possible d'exonérer certaines populations soit parce qu'elles sont plus à risque de renoncer aux soins pour raisons financières, les populations les plus pauvres, soit parce qu'elles sont plus à risque en termes sanitaires, les populations souffrant d'affections chroniques par exemple. C'est le cas de la France avec le système des ALD (Affections de Longue Durée) qui exonèrent de tickets modérateurs des personnes qui sont reconnus par l'assurance maladie comme souffrant d'affections chroniques (pour les soins en liens avec leurs pathologies chroniques).

Au-delà des questions de renoncement aux soins, les copaiements ont le désavantage de faire contribuer financièrement les personnes malades en contradiction avec le principe d'équité horizontal dans le financement (et plus largement de faire peser un risque financier à l'ensemble des assurés). Pour limiter cet impact négatif certains pays ont mis en place ce qu'il est d'usage d'appeler un bouclier sanitaire qui borne annuellement le montant des copaiements. Ainsi au-delà d'un certain montant de copaiements payés par l'assuré, les copaiements ne s'appliquent plus jusqu'à la fin de l'année. Il est possible de fixer des plafonds variables avec le revenu des

individus. C'est un façon simple de borner le risque financier lié aux soins. Ce type de bouclier sanitaire existe dans la plupart des pays européens (Belgique, Pays-Bas, Allemagne, Suède, etc.).<sup>4</sup>

Enfin, certain pays, la France en premier lieu, ont pris le parti d'organiser un marché de l'assurance pour permettre aux assurés de couvrir les tickets modérateurs. **C'est le marché de la complémentaire santé.** Les copaiements perdent alors naturellement toute vertu de maîtrise des dépenses. Il serait plus juste de parler de système de paiement mixte, avec un payeur unique pour une proportion du prix des soins et un marché organisé (« managed competition ») pour couvrir la partie résiduelle du prix. C'est une organisation inhabituelle dont la logique théorique est difficile à cerner puisque le marché régulé de l'assurance santé a pour objet théorique d'organiser la concurrence entre offreurs de soins alors que le rôle des complémentaires santé en la matière est de fait très réduit en France. En effet les négociation avec les offreurs de soins se font au travers de négociations entre l'ensemble des payeurs (avec un rôle de leader incontestable de l'Assurance Maladie Obligatoire) et les offreurs de soins. En outre, la couverture par les assureurs complémentaires du ticket modérateur ne répond pas à la même logique distributive que celle de l'assurance maladie obligatoire puisque les primes des assureurs complémentaires ne dépendent pas des revenus des assurés. En outre, les primes d'assurance sur le marché de l'assurance complémentaire sont fonction de l'âge et donc du risque santé. Enfin, si le marché de la complémentaire santé est fortement régulé il ne garantit pas que les pools d'assurés soient du même niveau de risque (notamment entre le marché de la couverture collective, via les employeurs, et le marché de la couverture individuelle) ce qui crée des différences de primes corrélées avec le niveau de risque remettant en question le principe d'équité dans le financement également.

Le rôle des complémentaire santé en France se comprend mieux si l'on considère leurs rôles dans la couverture des dépassements d'honoraires. L'existence de ces dépassements (autorisant certains médecins à pratiquer un prix supérieur au tarif régulé par l'assurance maladie, voir chapitre ???) est à rapprocher du rôle de l'assurance supplétive ou duplicative que nous discutons plus bas.

---

<sup>4</sup> Plafonds qui existent en France pour les franchises (qui s'appliquent pour chaque visite chez un médecin et pour chaque boîte de médicaments achetée) qui sont non assurables à la différence des tickets modérateurs.

## Les services de santé hors paniers de soins

La forte régulation de la couverture du panier de soins obligatoire laisse la place à un marché pour les soins se situant en dehors du panier obligatoire. On parle **d'assurance supplémentaire**. La taille de ce marché est bien entendu inversement proportionnelle à la taille du panier de soins obligatoire.

Dans certains pays ils peuvent concerner une grande partie des soins dentaires voire des médicaments comme ça peut être le cas au Canada. L'intensité de la régulation (définition des paniers couverts, administration des prix, péréquation des risques entre assureurs, etc.) de ces marchés hors paniers de soins obligatoires sont très variables d'un pays à l'autre et fonction de la nature des soins considérés et de leur importance en particulier pour la santé publique des populations.

Des travaux ont montré que l'absence de régulation du marché de l'assurance pour les soins hors panier de soins obligatoire pouvait avoir un impact sur le marché de la couverture de soins du panier obligatoire (dans le cas d'une concurrence organisée pour la couverture du panier obligatoire). Les contrats d'assurance pour la couverture du hors panier de soins peuvent en effet être utilisés par les assureurs pour indirectement sélectionner les individus en fonction de leurs risques. En considérant que les individus ont, par souci de simplicité, tendance à souscrire les contrats pour les soins hors panier auprès du même assureur que le contrat pour le panier obligatoire le marché de la couverture supplémentaire joue un rôle de sélection qui se répercute sur le risque du pool du contrat couvrant le panier obligatoire (Dormont et al 2012).

En France la situation est singulière compte tenu du périmètre très large du panier de soins obligatoire. Le marché du hors paniers de soins est ainsi très réduit. En dehors de la couverture des tickets modérateurs, le marché de l'assurance complémentaire propose essentiellement de couvrir les dépassements honoraires des médecins autorisés à les pratiquer (essentiellement des spécialistes, dits de secteur 2) et les dépassements d'honoraires pour les soins dentaires et l'optique très fréquents et souvent importants.

Dans le cas des soins prothétiques la situation est proche d'une situation de couverture supplémentaire au regard du montant très faible des tarifs de l'assurance maladie obligatoire. Pour autant, la régulation est le plus souvent à l'initiative de l'assurance maladie obligatoire (du payeur unique) comme l'a montré la réforme du « 100% santé » conduisant l'assurance maladie obligatoire et les assureurs complémentaires à couvrir à parts égales les dépenses de soins de paniers de soins assez larges pour les soins prothétiques l'optique et les audioprothèses.

Il en va de même pour les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes dont l'initiative de la régulation revient également à l'assurance maladie obligatoire par le biais de la contractualisation avec les spécialistes de secteur 2 (contrat Optam). Dans le cas de la couverture des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes il s'agit cependant plutôt d'une assurance duplicative qui vient couvrir les dépenses liées à des soins appartenant au panier de soins obligatoires couverts majoritairement par l'assurance maladie obligatoire mais seulement marginalement pour un certains nombres de médecins pratiquant des dépassements importants (des spécialistes essentiellement).

## Les assurances supplétives/duplicatives

Certains pays à payeur unique permettent aux individus de couvrir le panier de soins obligatoires en recourant à des assureurs privés. Le système de soins le plus emblématique de ce type d'organisation est celui de l'Allemagne qui permet aux ménages les plus aisés de quitter le système du marché organisé pour opter pour un assureur privé en charge de couvrir les soins relevant du panier de soins obligatoires. Les professionnels de santé en Allemagne peuvent être offreurs de soins pour des assurés du système organisé ou pour une assurance supplétive ou encore pour les deux types d'assurance conjointement. Les prix pratiqués par les offreurs de soins seront néanmoins différents en fonction de l'assureur. On parle **d'assurance supplétive**, qui vient remplacer le marché organisé pour la couverture du panier de soins obligatoire.

Dans certains pays, ce type d'assurance supplétive peut également être souscrit de manière additionnelle au système organisé (sans l'option de le quitter). Dans ce cas, l'assurance privé donne généralement accès à une offre de soins qui n'est pas accessible pour les assurés du système organisé (comme au Royaume-Uni ou en Espagne, Lafon et al 2017). Ce sont des **assurances duplicatives**, pour accéder à des offreurs de soins non couverts par le marché organisé (et généralement plus coûteux).

Comme nous l'avons précisé plus haut, le marché de l'assurance complémentaire en France est spécifique. Les assureurs complémentaires proposant des contrats couvrant les dépassements d'honoraires élevés permettent l'accès à des offreurs de soins qui sont difficilement accessibles financièrement pour une grande partie de la population. On peut ainsi considérer que les assureurs complémentaires jouent alors le rôle d'une assurance duplicative. Ils offrent un contrat d'assurance donnant accès à des soins du panier obligatoire prodigués par des offreurs de soins dont les tarifs ne sont pas couverts par les contrats d'assurance complémentaires relevant du marché organisé.

Comment peut-on justifier de tels aménagements de l'organisation du marché de l'assurance santé, qu'il soit très encadré comme en Allemagne ou plus libérale comme en France ? On peut

trouver **deux explications**, liées entre elles, l'une relevant de la demande de soins et l'autre de l'offre :

1. L'offre de soins couverte par les assurances supplétives concerne généralement des soins qui offrent une qualité de service plus importante que les mêmes soins couverts par le marché organisé. Les dimensions de la qualité de service en jeu sont principalement les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous (ou une date d'intervention programmée) et la qualité hôtelière de l'accueil en établissement de soins. Il s'agit ainsi de permettre l'expression d'une demande de service des ménages les plus aisés sans que les coûts supplémentaires associés à ces services améliorés ne pèsent sur le coût des soins couverts dans le marché organisé,
2. Concernant l'offre de soins, c'est un moyen d'augmenter le revenu des professionnels de santé en faisant peser le surcoût uniquement sur les ménages les plus aisés. Cela peut être compris comme une forme de discrimination du second degré par la qualité des services de soins. Ce mécanisme de régulation consiste à faire payer plus (en contrepartie d'une qualité de service augmentée) ceux qui ont une disposition à payer forte (les ménages aisés) pour réduire le prix pour les ménages qui ont une disposition à payer plus faible (c'est-à-dire ceux restant dans le marché organisé).<sup>5</sup> Comme nous l'avons discuté dans le chapitre ???, le secteur 2 (à honoraires libres) en France peut être justifié en ce sens dès lors que les pratiques tarifaires des médecins diffèrent en fonction des patients ou que les médecins alternent entre exercice à honoraire libres et exercice à honoraires régulés (ou exercice sous forme de salariat). (référence Rochet ?)

Les risques associés à ces modes d'organisation sont de deux natures. Tout d'abord, il détourne de fait des professionnels de santé (et les établissements dans lesquels ils exercent) des soins offerts aux assurés couverts par le marché organisé. Le risque est donc de rationner les soins (ou d'augmenter les délais d'attente de manière délétère) pour ces personnes et ce d'autant plus que les professionnels sont mieux rémunérés quand ils répondent à la demande de personnes couvertes par une assurance supplétive. La régulation du marché supplétif doit donc être attentif à l'impact possible du marché d'assurances supplétives sur l'offre de soins aux personnes couvertes par le marché organisé. En deuxième lieu, le risque est celui couramment appelé de « médecine à deux vitesses » qui conduit à une segmentation du marché des soins non seulement en termes de qualité de service mais de qualité des soins à proprement parlé, c'est-

---

<sup>5</sup> Cette interprétation ne fait sens que si les professionnels de santé délivrent des soins pour les deux populations. Sinon, c'est une simple segmentation des marchés, les professionnels de santé exerçant soit dans l'un soit dans l'autre, sans bénéfice pour le marché organisé.

à-dire avec un impact significatif sur la santé publique des populations et donc des inégalités de santé. Les délais d'attente en eux même peuvent conduire à une telle situation si la gestion des priorités sanitaires ne supprime pas celles des priorités acquises par l'assurance supplétive.

## Organisations du financement et fonctions du financement

La figure 1 ci-dessous propose de résumer schématiquement l'organisation type du financement des soins et ses déclinaisons possibles dans les pays européens et au-delà. On distingue les soins du panier obligatoire des soins hors panier. On précise l'origine du financement des soins : des contributions (impôts, cotisations sociales) fonction du revenu, des primes individuelles forfaitaires (ne dépendant pas du revenu) et des paiements directs par les patients (Reste-à-charge, RAC). Le panier de soins peut être couvert par un financeur unique (État ou caisse d'assurance maladie) et dans ce cas les contributions des individus sont généralement fonction de leurs revenus. Il peut également être couvert par des assurances en concurrence (« managed competition ») et dans ce cas les contributions au financement des individus peuvent prendre des formes différentes : contributions indépendantes du revenu, prime individuelle forfaitaire ou un mixte des deux types de contribution comme aux Pays-Bas.

Les copaiements, franchises et dépassements d'honoraires peuvent être pris en charge par des assurances complémentaires ; les primes sont individuelles et dépendent seulement du risque des individus (en fonction de la latitude laissée par les réglementations nationales aux assureurs complémentaires/supplémentaires pour conditionner le niveau de la prime des individus à leur risque). L'existence et le niveau du plafonnement des copaiements et franchises ainsi que la possibilité laissée aux individus de se couvrir contre ces dépenses sont très variables d'un pays à l'autre.

Les soins situés en dehors du panier de soins peuvent être couverts par des assurances supplémentaires sur un marché concurrentiel. Les primes sont alors individuelles et fonction du risque des individus (en fonction toujours de la latitude laissée par les réglementations nationales).

Cette rapide description des types d'organisation du financement des soins peut être confrontés aux fonctions usuellement dévolues à la régulation du financement. On peut ainsi reprendre les fonctions du financement décrites par Stable et al (2014) adaptées des travaux de Kutzin (2001) : mutualisation des risques, partage des coûts, liberté de choix, achat des services de soins.

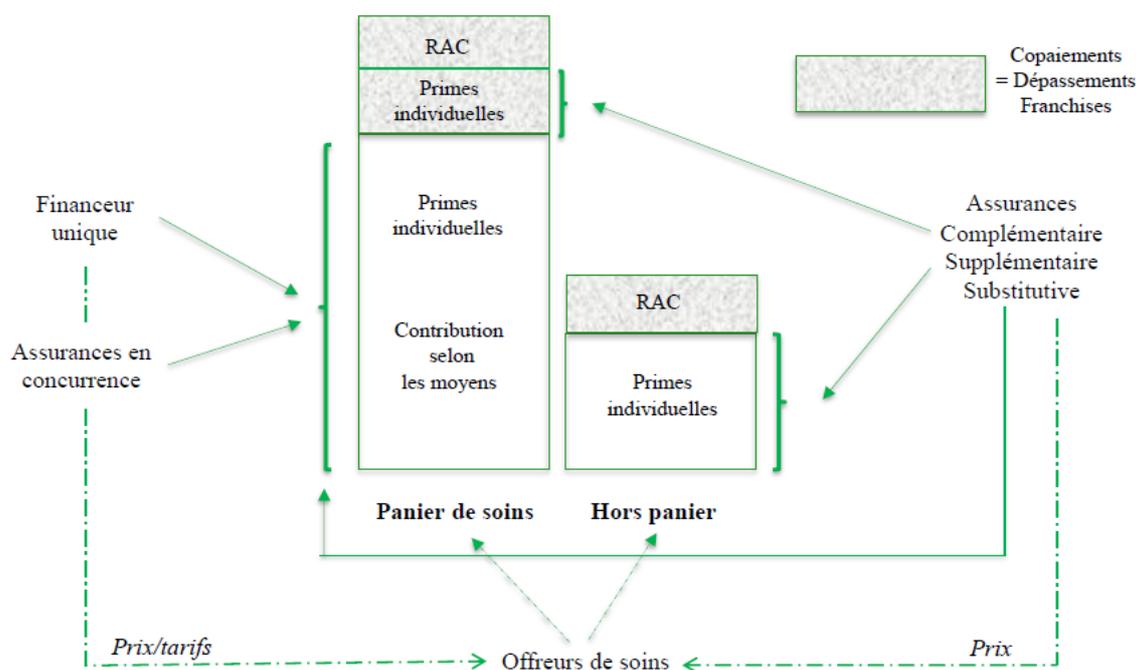


Figure 1 : Organisation schématique du financement des soins

Le financement des soins organise tout d'abord **la mutualisation des risques ou le « pooling » des risques**. Pour la couverture du panier de soins obligatoires le financeur unique réalise de fait une mutualisation complète des risques puisque tous les individus sont regroupés dans le même fond. La concurrence organisée se fixe le même objectif en interdisant la sélection des risques, en imposant des mêmes contrats pour tous les assureurs et en compensant ex-post les assureurs ayant *in fine* un pool d'assurés plus à risque.

Sur le marché des complémentaires/supplémentaires santé la mutualisation des risques n'est en revanche pas garantie ce qui peut venir contrarier l'objectif de mutualisation des risques dans la couverture du panier de soins. Les assureurs commercialisant des contrats collectifs (pour les salariés d'une entreprise) ont ainsi des pools d'assurés généralement moins risqués que les assureurs proposant des contrats individuels

La deuxième fonction du financement des soins est celle de **l'organisation de la concurrence entre offreurs de soins**. La concurrence organisée entre assureurs a en effet pour principal objectif de mettre en concurrence les offreurs de soins. Les assurances contractualisent avec les offreurs de soins sur les prix et les services offerts. Nous avons discuté précédemment des difficultés pratiques de cette organisation et des résultats controversés de ce type d'organisation sur l'efficacité des systèmes de soins. Dans le cas d'un régime à financeur unique la négociation des

prix et des services est directement aux mains du financeur. Cependant, comme nous l'avons précisé dans le chapitre précédent, cela n'interdit pas la mise en concurrence entre offreurs de soins, elle prend seulement des formes différentes. Le financeur unique devient acheteurs de soins ou délègue cette mission à certains acteurs du système de soins (comme ce fut le cas avec les professionnels de santé des commissioning groups en Angleterre).

L'organisation du financement des soins décident également **des choix laissés aux individus**. La première vertu d'un régime de « managed competition » est de laisser aux individus le choix de leur compagnie d'assurance. La portée du choix est cependant limitée puisque les paniers de soins sont contraints à être identiques dans un régime de concurrence organisée. Concernant le choix des offreurs de soins il est difficile d'établir un lien entre le régime de financement du panier de soins (financeur unique ou concurrence organisée) et la liberté de choix des services de santé. Le système français laisse une liberté de choix très importante alors que le système britannique impose des contraintes liées à une régulation forte par un système de « gatekeeping ». Les deux systèmes répondent pourtant à un régime de financeur unique. De la même façon les systèmes allemand et néerlandais reposent sur un régime de concurrence régulée alors que le premier laisse une grande liberté de choix des services de santé quand le deuxième est plus contraignant. Dans le système des Pays-Bas, en effet, le niveau du copaiement laissé à la charge du patient va dépendre de la contractualisation entre l'offreur de soins et l'assureur. La liberté de choix est donc financièrement contrainte.

Enfin, l'organisation du financement des soins **fixe le partage des dépenses de soins entre les financeurs/assureurs et les patients**. Ce partage des coûts pèse sur la demande de soins et par là sur l'efficacité (en limitant le coût de l'aléa moral) et l'équité horizontale dans l'accès aux soins. L'équité dans le financement des soins est également étroitement liée à l'organisation du financement. L'équité horizontale dans le financement du panier de soins (même contribution pour un même revenu indépendamment de l'état de santé) est dépendante des reste-à-charge et de leur plafonnement ainsi que de la possibilité de souscrire une assurance complémentaire pour les couvrir. De ce point de vue les systèmes de santé sont très différents mais les différences ne sont pas liées au régime de financement (financeur unique ou concurrence organisée). L'équité verticale dans le financement (la contribution financière individuelle au système de soins augmente avec le revenu) est en revanche plus systématiquement satisfaite dans un système à régime de financeur unique qui s'appuie habituellement sur des contributions obligatoires fonctions croissantes du revenu (cotisations sociales ou impôt). Ce qui est plus rarement le cas pour les régimes à concurrence organisée. Mais ceci n'est pas une règle puisque le système allemand de « managed competition » est très majoritairement alimenté par des cotisations sociales et le système néerlandais largement financé par l'impôt.

## Références

Dormont B., Geoffard P-Y., Lamiraud K. (2012). Assurance maladie en Suisse : l'assurance supplémentaire nuit-elle à la concurrence sur l'assurance de base ?, Economie et Statistique, 2012, 455-456, 71-87.

Einav L. et Levin L. (2015), Managed Competition in Health Insurance, Journal of European Economic Association, 13(6), December 2015, 998-1021.

Fouquet, M., Pollak, C. (2022). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. DREES, Études et Résultats, 1220.

Kutzin J., A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, Health Policy, Volume 56, Issue 3, 2001, Pages 171-204,

Minery S., Or Z. (2024), Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne, IRDES, PARIS, 2024.

Pierre A., Jusot F. (2018), The Likely Effects of Employer-Mandated Complementary Health Insurance on Health Coverage in France, IRDES, Working Paper 67bis, Janvier 2017.

Propper C. (2018), Competition in health care: lessons from the English experience. Health Econ Policy Law. 2018 Jul;13(3-4):492-508.

Scheffler R. M. (2017), When Markets Are Heavily Concentrated, Managed Competition Cannot Work: Lessons From California, Health Affairs Blog, December 5, 2017.

Stabile M., Thomson S. (2014). The Changing Role of Government in Financing Health Care: An International Perspective, Journal of Economic Literature, American Economic Association, vol. 52(2), pages 480-518, June.

Shmueli A., Stam P., Wasem J., Trottmann M. (2015), Managed care in four managed competition OECD health systems, Health Policy, Volume 119, Issue 7, 2015, Pages 860-873.

### Comment citer ce cours ?

Économie de la santé, Jérôme Wittwer, AUNEGe (<http://aunega.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.

## Figures

Figure 1 : Organisation schématique du financement des soins ..... 14