

ASSURANCE MALADIE :

LES PISTES DE L'INSTITUT MONTAIGNE

A l'instar des autres pays développés, le taux de croissance des dépenses de santé, en France, dépassera durablement celui de son PIB. Ces dépenses deviendront un poste important de consommation des ménages. Cette évolution est salubre car les dépenses de santé, qui contribuent au bien être général, constituent également des recettes pour des pans entiers de notre économie, ainsi qu'un facteur de croissance, de création de richesse et d'emplois. Cependant, une question centrale, à laquelle une réponse collective doit impérativement être apportée, reste pendante :

Quelle part¹ de ces dépenses de santé sera prise en charge au titre de la solidarité nationale ? A quelles priorités de soins et de services correspondent-elles ? Au moment où est rendu public le constat du Haut Conseil pour l'Assurance Maladie, l'Institut Montaigne propose quatre pistes de réflexion et d'action à partir des travaux qu'il conduit :

1. Instaurer une véritable Assurance Maladie Universelle.
2. Réinventer l'hôpital.
3. Garantir la qualité par l'évaluation.
4. Assurer le « *continuum santé* ».

¹ Aujourd'hui, cette part s'élève à 76 %.

1. INSTAURER UNE VERITABLE ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE²

Depuis la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), c'est le critère de résidence et non plus l'exercice d'une activité professionnelle qui est déterminant pour l'accès à l'assurance maladie obligatoire. L'Institut Montaigne tire les conséquences de cette évolution en proposant l'instauration de l' « *Assurance Maladie Universelle* » (AMU) qui présente les caractéristiques suivantes :

1.1 *Un financement universel*

A travers une CSG santé déductible, assise sur l'ensemble des revenus dont le taux serait modulé entre revenu d'activité, revenu de remplacement (notamment les retraites) et revenu de l'épargne.

- Pour les salariés, la CSG santé se substituerait aux actuelles cotisations patronales et salariales. Ils percevraient alors un salaire brut égal au salaire actuel, augmenté des cotisations patronales relatives à l'assurance maladie.
- La CSG santé clarifie et rend lisible la contribution de chacun, déconnecte le financement de la nature de l'activité professionnelle et constitue un instrument pédagogique : le déficit enregistré lors de l'année en cours devrait être compensé par une augmentation à due proportion de la CSG l'année suivante, et non transféré -comme c'est le cas aujourd'hui- sur les générations futures.

1.2 *Une couverture santé solidaire (CSS)*³

Elle recense les soins et les services de santé pris en charge intégralement au titre de la solidarité nationale. La couverture de ces biens et services est fonction à la fois du contexte dans lequel ceux-ci sont prescrits (la pathologie), de celui qui les prescrits et de celui qui en bénéficie.

Cette prise en charge est liée à l'observation de protocoles thérapeutiques qui décrivent, avec précision, l'ensemble des soins nécessaires au traitement d'une pathologie ou une situation médicale quelle qu'elle soit. Ces soins, validés par des experts, doivent être conformes aux données actuelles de la science et réévalués périodiquement. Un même acte pourra ainsi être ou non pris en charge au titre de la Couverture Santé Solidaire selon qu'il relève du protocole avec, bien entendu, toutes les souplesses et dérogations que commandent le bon fonctionnement du système.

Les accidents de la circulation, les accidents résultant de la pratique de sport, les accidents du travail et les prestations en espèces (indemnités journalières) consécutives à des arrêts de travail

² « *Vers une assurance maladie universelle* », Institut Montaigne, octobre 2002 (ce rapport est téléchargeable gratuitement à l'adresse suivante : http://www.institutmontaigne.org/Doc/Detail/pop_detail_doc_Trav.asp?DocId=229#).

³ Le groupe de travail qui étudie cette question au sein de l'Institut Montaigne est présidé par Claude Le Pen, professeur à l'université de Paris Dauphine. Il publiera ses travaux fin février 2004.

n'entrent pas dans le champ de la CSS. Ils sont couverts par des assurances obligatoires souscrites par la personne elle-même ou son employeur (entreprise).

Il appartient au législateur, en fonction du choix du taux de la CSG santé, de définir les priorités retenues, autrement dit de délimiter le champ de la CSS. Le principe de réalité commande en effet de garder à l'esprit que l'Assurance Maladie Universelle ne couvrira jamais la totalité des prises en charge de prévention, de soins et de services rendus accessibles par les progrès scientifiques et validés comme utiles.

A titre indicatif, voici un exemple de ce que pourrait être les priorités de la couverture santé solidaire :

- les actions de prévention de tous ordres à tous âges,
- la prise en charge des pathologies lourdes par leur chronicité ou leur sévérité, ce qui inclut le plus souvent les hospitalisations,
- les soins qui concernent mères et enfants et ceux afférents aux personnes âgées.

A contrario, les soins suivants pourraient ne pas relever de la couverture santé solidaire :

- la plupart des pathologies transitoires chez l'adulte,
- la majeure partie des soins ambulatoires,
- les soins dentaires des adultes, l'optique, l'audition, etc.

Les soins ci-dessus mentionnés sont avancés à titre indicatif dans le but de susciter la discussion.

Les biens et services non-inclus dans la CSS, en raison de leur nature ou de la manière dont ils sont dispensés, relèvent de l'assurance supplémentaire souscrite à titre individuel ou collectif (entreprise), assortie d'une aide personnalisée pour celles des personnes qui ne disposent pas de revenus suffisants. L'assurance supplémentaire couvre au premier euro les risques qui n'entrent pas dans le champ de la couverture santé solidarité.

1.3 Une gouvernance responsable

Un Haut conseil de la santé de 13 membres bénéficiant d'une double légitimité, politique et scientifique, aurait pour mission de proposer les grandes orientations en matière de politique de santé, notamment dans le domaine de la prévention, de garantir la qualité des soins dispensés et l'efficacité des dépenses publiques en matière de santé

- Le législateur, après consultation du Haut conseil, arrêterait notamment les missions d'intérêt général, le champ de la couverture santé solidaire, le niveau de la CSG santé (en tenant compte des résultats des années antérieures), la définition des priorités de santé publique et la politique d'éducation et de recherche.
- La gestion de l'Assurance Maladie Universelle, les relations avec les professionnels de santé, y compris les hôpitaux, ainsi que la « *gestion du risque* » - vérification de la pertinence des soins-, révéleraient, pour ce qui concerne la couverture Santé Solidaire, d'une Caisse d'Assurance Maladie Universelle bénéficiant d'une véritable autonomie, y compris en matière de délégation de gestion du risque à des opérateurs de soin en concurrence.
- Cette caisse serait administrée par un conseil dont la composition reflèterait les différentes composantes de la société française. L'Institut Montaigne propose ici de s'inspirer de la composition du Conseil économique et social.

2. REINVENTER L'HOPITAL⁴

L'hôpital public est un point critique. En l'absence d'évolution managériale le concernant, c'est l'ensemble du système de soins qui risque, à terme, d'être déstabilisé. Pour l'Institut Montaigne, deux pistes d'action sont simultanément à suivre :

2.1 Clarifier le financement

Il est proposé de distinguer :

- Un budget de service public couvrant les urgences réelles, la formation, la prévention, la permanence des soins et éventuellement des contraintes d'aménagement du territoire.
- Un budget de soins relevant des acheteurs de soins au premier rang desquels l'Assurance Maladie Universelle. Quel que soit l'établissement (public, privé, etc.) le financement des soins serait établi sur la base d'une tarification à

⁴ « *L'Hôpital réinventé* », Institut Montaigne, janvier 2004 (ce rapport est téléchargeable gratuitement à l'adresse suivante : http://www.institutmontaigne.org/Doc/Detail/pop_detail_doc_Trav.asp?DocId=999#).

l'activité pertinente. **Le basculement souhaitable vers ce nouveau système, véritable levier potentiel d'évolution, devrait se produire comme en Allemagne ou en Hollande sur une période de temps relativement courte (2-3 ans).** La période de 10 ans, semble-t-il envisagée aujourd'hui par le ministère de la Santé, est en réalité une prime au *statu quo*.

2.2 Supprimer les « boulets »

L'hôpital public à « *des boulets aux pieds* ». Pour le soulager et donner à l'hôpital public les moyens de s'adapter, l'Institut Montaigne propose d'offrir la possibilité aux établissements qui le souhaitent de devenir des établissements de soins privés à but non lucratif, participant au service public, à l'instar de l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris ou l'hôpital St Joseph à Marseille.

Ces établissements bénéficient de règles de gestions souples qui relèvent du domaine privé. En matière de ressources humaines par exemple, ils peuvent employer des personnels sous contrat de droit privé y compris des médecins qui sont alors salariés dans le cadre d'une convention collective de branche. Les personnels relevant de la fonction publique hospitalière seraient détachés auprès de ces établissements de soins par l'ARH selon une formule s'inspirant des précédents que constituent La Poste ou de France Télécom.

Les deux pistes d'action suggérées, pour autant qu'elles soient suivies, sont de nature à réinventer l'hôpital public pour lui permettre d'assurer pleinement ses missions et conforter l'ensemble de notre système de soins.

3. GARANTIR LA QUALITE PAR L'EVALUATION

La qualité ne se déclame pas, elle s'évalue. Au-delà de l'accréditation *a priori* (à la française), l'évaluation *a posteriori* des pratiques médicales impose l'existence :

- de systèmes d'information dignes de ce nom, à même de suivre ou de reconstituer la trajectoire d'un patient dans le labyrinthe que constitue le système de soins,
- d'un dossier médical électronique, retraçant les épisodes de soins, ainsi que les éléments médicaux propres au patient.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge de la santé des individus, tant à l'hôpital qu'en médecine ambulatoire, doit conduire à analyser et à segmenter des paramètres relatifs aux personnels – professionnels de toutes catégories – mais aussi les patients, les structures de soins, les outils utilisés pour la prévention, le diagnostic, les traitements, etc. Tout ceci converge vers un « *point final* », qui est la façon dont un patient « *x* » est pris en charge par

un médecin ou une équipe « y », de façon individuelle et spécifique. Cette prise en charge est retracée dans le dossier patient.

Un vrai dossier médical – après « *anonymisation* » – servira de support à la mise en œuvre de procédures d'évaluation visant par exemple à apprécier la coordination et la pertinence des soins dispensés. La mise en œuvre de ces procédures d'évaluation *a posteriori* doit devenir un instrument normal de gestion pour veiller à la qualité des soins dispensés et à la réduction du nombre d'erreurs médicales. Des institutions à même de réaliser de telles évaluations *a posteriori* – véritables audits médicaux – émergeront à l'initiative des professionnels de santé. Ces évaluations pourront être commanditées par l'ARH, les acheteurs de soins, le conseil d'administration des établissements de soins, les assureurs en responsabilité civile ou des associations de patients agréés.

4. ASSURER LE « *CONTINUUM SANTE* »

La santé est un tout allant de la prévention au traitement et au suivi en passant par le diagnostic. Le *continuum* commence dès avant la naissance et se poursuit jusqu'aux derniers instants de la vie avec parfois une période plus ou moins longue qualifiée de « *dépendance* » exigeant des soins et services médicaux spécifiques.

Ce *continuum* revêt plusieurs volets :

- ***La dépendance*** :

Les soins et services médicaux relatifs à la dépendance pour maladie chronique, handicap ou grand âge, relèvent clairement de l'Assurance Maladie Universelle. En revanche, la partie purement sociale, telle les aides au domicile du malade, relève de dispositifs financés et gérés au niveau local.

- ***Le décloisonnement ville-hôpital*** :

La rupture du *continuum* au niveau ville-hôpital est une source considérable de gaspillage financier mais aussi un signe de non qualité. Le mode de financement des hôpitaux que préconise l'Institut Montaigne – s'il est mis en œuvre rapidement – permet aux acheteurs de soins de susciter de véritables réseaux de soins coordonnés ville-hôpital, sans avoir à recourir à des modes de financement spécifiques, comme c'est le cas aujourd'hui, source de bureaucratie et de marginalisation de fait de ces réseaux. Ce décloisonnement devrait donner une véritable impulsion et un surcroît de professionnalisation à l'hospitalisation à domicile.

- ***L'articulation Assurance Maladie Universelle – Assurance supplémentaire*** :

Un nouveau concept va s'imposer, celui d'une protection globale de la santé recouvrant au-delà de l'assurance, de nouveaux modes de services et d'organisation de soins. Cette demande nouvelle concernera une gamme variée de services :

information, orientation, prévention, second avis médical, assistance à domicile, etc. La banalisation des réseaux généraux ou par pathologies améliorera la coordination et la continuité des soins.

Dans ce contexte, à elles seules, ni l'Assurance Maladie Universelle, ni l'assurance supplémentaire, ne pourront répondre à cette demande. C'est pour cette raison, et sans *a priori* idéologique, qu'il faut sereinement envisager, en tenant compte des situations locales, des mécanismes de délégation de gestion du risque de l'Assurance Maladie Universelle vers l'assurance supplémentaire, et de l'assurance supplémentaire vers l'Assurance Maladie Universelle, voire les deux conjointement vers de nouveaux acteurs, institutions médicales et de service à même de répondre à ces nouvelles demandes. Cette vision, et les actions qui en découlent, sont plus réalistes et plus opératoires que ce que les débats actuels suggèrent sur le sujet (co-paiement, co-responsabilité, etc.).

Daniel Laurent

Assurance Maladie Publique

et

Assurance Maladie Privée

en Europe

Daniel Laurent
Professeur des Universités

Assurance Maladie Publique et Assurance Maladie Privée en Europe

Si on considère qu' "un système de santé est un ensemble plus ou moins cohérent de moyens de financement, d'information, de prévention et de traitement organisé en vue de maintenir et d'améliorer la santé" (Béatrice Majnoni d'Intignano et Philippe Ulmann, Le Système de Santé : contradictions macro-économiques, La Jaune et le Rouge, février 2001) l'assurance, sous ses différentes formes, publique ou privée, obligatoire ou volontaire, constitue l'une des composantes majeures de ce système puisqu'elle en garantit la viabilité financière.

Le risque maladie comme tout risque est un "capital", l'assurance contribue par la mutualisation à solvabiliser ce risque (François Ewald, l'Etat providence, Grasset, 1986). En effet, les systèmes de couverture, qu'ils soient financés par les contribuables, les entreprises ou les particuliers, mettent en œuvre une solidarité publique ou privée face à la maladie qui réalise une mutualisation à un instant donné entre malades et bien portants.

L'autre pilier du système de santé est constitué par les producteurs de soins (médecine ambulatoire, centres d'analyses et d'examens, hôpitaux, cliniques,...). Ces deux composantes du système de santé, moyens de financement, organisation de la production de soins, influent fortement l'une sur l'autre et cette interaction ne peut que s'amplifier.

On peut décomposer les dépenses de soins à partir de leur origine selon la relation générale :

(1) Dépenses de soins = (Impôts + Cotisations sociales) + Assurance + Reste à charge (patients)

Les impôts et les cotisations sociales constituent des prélèvements obligatoires qui traduisent une mutualisation d'une partie du risque maladie sur l'ensemble de la collectivité nationale. Ils correspondent à la part assurance maladie des systèmes publics de protection sociale.

La composante assurance traduit la mutualisation du risque maladie par une institution d'assurance (Mutuelle, Compagnie d'Assurance, Institution de Prévoyance,...) qui collecte des cotisations volontaires à titre individuel ou à travers une entreprise pour prendre en charge certaines catégories de soins. Enfin, il peut rester ou non un reliquat plus ou moins important à la charge du patient. Cette relation et la part respective des différents facteurs doivent être situées dans le contexte général de l'évolution des dépenses de santé.

Système de santé et évolution des dépenses

Dans l'ensemble des pays développés, les dépenses de santé représentent une part significative du PIB (en 1998 : USA : 13,6 % du PIB ; Allemagne : 10,6 % ; France : 9,6

%; Pays-Bas : 8,6 %; Italie : 8,4 %; Suède : 8,4 %; Royaume-Uni : 6,8 %). Dans les pays de l'OCDE, les dépenses de santé augmentent en moyenne au même rythme que le PIB (Eco-Santé, OCDE, 2000). Le secteur de la santé suscite des développements scientifiques et technologiques qui sont à l'origine de nouvelles activités, telle l'instrumentation médicale, le secteur de la biogénétique et des biotechnologies. Ces activités occupent une place prépondérante dans la nouvelle économie et sont en forte croissance partout dans le monde.

L'augmentation des dépenses de santé est une évolution naturelle et souhaitable : des dépenses pertinentes sont un investissement pour l'avenir, elles contribuent à la croissance, à l'innovation, au bien-être de la population et à l'emploi. Cet accroissement des dépenses sera stimulé par l'allongement de la durée de vie et par la multiplication des phénomènes de dépendance dont il est difficile de mesurer l'ampleur à long terme mais qui, en tout état de cause, exigeront le redéploiement des moyens existants et des moyens nouveaux. Ainsi pour la France (Bui Dang Ha Doan, "La dynamique des dépenses de santé", Futurible, décembre 1999), le vieillissement démographique devrait, de 1992 à 2020, augmenter en francs constants les remboursements maladie de la Sécurité Sociale de plus de 28 % , alors que la croissance démographique serait de l'ordre de 11 %.

Assurance publique en Europe

Rappelons qu'il existe, en général, en Europe, une assurance maladie de base obligatoire, ce qui constitue une différence majeure avec les Etats-Unis.

On distingue habituellement en matière de système public d'assurance le modèle bismarckien et le modèle beveridgien (Denis Clair Lambert, "Les systèmes de santé – Analyse et évolution comparée dans les grands pays industriels", Seuil, 2000).

Le modèle bismarckien

Dans le modèle bismarckien, le risque maladie est couvert par des cotisations proportionnelles aux salaires versées par les actifs et leurs employeurs. La couverture du risque maladie est liée à l'exercice d'une activité professionnelle. Le système repose sur des caisses gérées paritairement par les représentants des employeurs et les syndicats de salariés. Ce sont les caisses qui négocient les tarifs des honoraires des médecins (exerçant essentiellement dans le domaine libéral) dans le cadre de conventions et des hôpitaux qui sont à dominante publique. L'Allemagne et la France à quelques nuances près illustrent ce modèle.

Ainsi, en Allemagne, la gestion du système est organisée non seulement par branche professionnelle mais aussi par région. La médecine ambulatoire est totalement privée. Les hôpitaux, en presque totalité publics, appartiennent aux collectivités locales. Les caisses qui collectent les cotisations versées par les employeurs et les salariés sont autonomes et

en concurrence entre elles. Elles fixent librement leur taux de cotisation. Les médecins ont un budget global annuel en fonction du nombre et du type de patient. Ce budget concerne les remboursements des consultations et les prescriptions d'actes et de médicaments. Les sanctions prises en cas de dépassement se traduisent par le remboursement d'honoraires. Les patients choisissent leur médecin parmi ceux conventionnés par leur caisse. L'accès direct aux spécialistes et aux soins hospitaliers non urgents n'est pas possible. Les hôpitaux sont de plus en plus financés en fonction de leur activité sur la base d'un coût par pathologie. Au sein de l'Europe, cinq pays ont un système de type bismarckien : Allemagne, Autriche, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas (la France, nous le verrons, évolue vers un système mixte).

Le modèle beveridgien, ou système national

La couverture est universelle, tous les résidents du pays accèdent gratuitement aux soins. Le financement est assuré par l'impôt et l'Etat gère ou contrôle le système de soins. Le National Health Service (NHS) britannique illustre ce modèle : un financement qui repose sur l'impôt, un service national de santé où les soins ambulatoires et hospitaliers sont délivrés par des personnels salariés. Bien que nationalisé, le système de santé est très décentralisé vers les médecins généralistes ou des groupements de médecins qui jouent un rôle essentiel puisqu'ils sont des acheteurs de soins, notamment de soins hospitaliers. Les hôpitaux publics sont ainsi placés en situation de concurrence. Les médecins généralistes du service de santé sont rémunérés sur la base de la capitation en fonction du nombre de patients suivis. L'Angleterre a deux fois moins de médecins et de lits d'hôpitaux que la France, les Anglais dépensent deux fois moins par habitant pour leur santé. Le modèle beveridgien est aujourd'hui adopté, outre le Royaume-Uni, par l'Espagne, l'Italie, le Portugal, l'Islande, l'Irlande et les pays scandinaves.

Le système français, depuis l'adoption de la couverture maladie universelle, évolue vers un modèle mixte (Bismarck-Beveridge). Le critère professionnel n'est plus le seul critère pour bénéficier de l'assurance maladie, dorénavant, le critère de résidence est pris en compte, les cotisations des salariés ont été remplacées par la CSG assise sur l'ensemble des revenus, y compris pour les retraités. Quant au rôle de l'Etat, il a eu tendance à croître depuis les dernières années : vote de l'enveloppe par le Parlement, responsabilité des hôpitaux publics, tutelle de fait des cliniques privées, fixation des honoraires des médecins, des prix des médicaments,...

De l'assurance publique à l'assurance privée

Dans la plupart des pays, les systèmes publics d'assurance, qu'ils soient des systèmes nationaux (beveridgiens) ou d'assurance sociale (bismarckiens) imposent des limites ou des restrictions qui ouvrent la voie à des systèmes d'assurances privées.

Citons :

- 1) Un reste à charge pour l'assuré, ou ticket modérateur. Le système public ne couvre pas la totalité des soins. C'est le cas, selon les pays, pour les soins dentaires, l'optique, les médicaments, les consultations de médecins. Observons qu'en France les dépenses hospitalières sont prises en charge dans leur quasi-totalité (90 %), les soins de médecine ambulatoire très partiellement (64 %), quant aux soins dentaires, ils le sont marginalement (30 %). Notre pays est celui où les cotisations d'assurance maladie au titre de régime obligatoire sont les plus élevées et où le remboursement des dépenses de santé est le plus faible et cela pour des performances sanitaires très moyennes (Michel Mougeot, "Régulation du système de santé", La Documentation Française, 1999).
- 2) Le passage obligé par un médecin généraliste référent ("gate keeper") pour accéder à un médecin spécialiste ou à des soins hospitaliers non urgents. C'est pratiquement le cas dans tous les systèmes publics européens, la France est l'une des rares exceptions.
- 3) La dégradation de l'hospitalisation publique, soit en terme de qualité des soins, soit en terme de service. L'exemple le plus révélateur est celui de l'Angleterre. Au 31 mars 2000, 1 238 000 personnes étaient inscrites sur les listes d'attente du N.H.S. pour une intervention chirurgicale fin 1999 ; 500 000 personnes avaient attendu plus de 13 semaines avant de subir une intervention chirurgicale.

Ces différentes raisons expliquent qu'une fraction des résidents d'un pays s'adresse aux assurances privées pour bénéficier de remboursements complémentaires au système public ou de services que n'offre pas ce système.

Assurance privée en Europe

Les pays scandinaves constituent un cas particulier. La part de marché de l'assurance privée y est très faible, voire inexistante. Dans ces pays, les dépenses de santé sont financées par l'impôt, les médecins rémunérés à la capitation, les soins de base gratuits et le système décentralisé au niveau des collectivités locales, municipalités, comtés, ... L'absence d'une offre alternative de soins libérale (médecins, cliniques) au système public limite l'intervention des assureurs privés (Jean-Pierre Fourcade, "Le système de santé danois", Rapport au Sénat n°186, Paris, 1998).

Dans les autres pays, le mode d'intervention et l'ampleur de l'assurance privée est directement lié aux performances du système public. On peut cerner trois modes d'intervention des assurances privées en fonction de la façon dont ces assurances s'articulent avec le système public d'assurance : le mode complémentaire, le mode substitutif, le mode dual ou duplication.

Le modèle complémentaire : L'assureur intervient en "payeur aveugle" en complément des remboursements du système public, le montant du remboursement est défini par référence à des tarifs arrêtés par ce système.

Par exemple en France, la prise en charge du ticket modérateur en médecine ambulatoire, c'est-à-dire la différence entre le tarif de responsabilité d'une visite ou d'une consultation définie par la CNAM dans le cadre des conventions conclues entre les prestataires de soins et le remboursement de la Sécurité Sociale.

Au titre de l'assurance complémentaire, les assureurs couvrent des frais peu ou pas remboursés par le système public (en optique et dentaire notamment), généralement, les dépenses hospitalières sont prises en charge en quasi-totalité par les systèmes publics. Une exception, la Belgique, où les systèmes d'assurances privées remboursent une partie significative des frais hospitaliers.

Observons qu'en France, de part le faible niveau de remboursement du système public, l'assurance complémentaire est devenue déterminante pour accéder aux soins, ce qui explique que le deuxième volet de la CMU consiste à prendre en charge la prime d'assurance complémentaire pour les personnes ne disposant pas de ressources suffisantes (CREDES, "Santé et protection sociale", février 1999). Cette assurance peut être souscrite, et c'est une nouveauté, auprès d'une caisse primaire de Sécurité Sociale. Pour ces assurés qui bénéficient en outre du tiers payant, le système devient un véritable système national de santé ("Panorama de l'assurance santé", Collection Jalma, 2001). Outre la France, ce type d'assurance complémentaire à l'assurance maladie obligatoire est développé en Belgique, en Italie, aux Pays-Bas, très faible en Allemagne et quasiment inexistant au Royaume-Uni, en Espagne, au Portugal.

Le mode substitutif : Ce mode est réglementé dans le cadre de la législation sur l'assurance maladie obligatoire. L'assureur privé, dans un cadre organisé, se substitue à l'assurance publique : c'est le cas en Allemagne et en Hollande. Les Allemands peuvent et les Hollandais doivent, au-delà d'un certain seuil de revenu (de l'ordre de 20 000 F mensuels), s'assurer intégralement auprès d'une caisse privée, laquelle fixe librement et perçoit leurs cotisations. Cette fraction de la population, de l'ordre de 10 % en Allemagne, peut choisir parmi les assureurs en concurrence entre la couverture de base et d'autres types de garanties ou de services que ne permet pas le service public, notamment l'accès direct aux médecins spécialistes.

En Allemagne, les assureurs privés proposent des contrats viagers : ils s'engagent à couvrir l'assuré pour toute sa vie, cela les amène à constituer des provisions pour couvrir les risques plus lourds des seniors. Le taux des cotisations est majoré pour les jeunes et minoré pour les personnes âgées, selon un calcul actuariel rigoureux. Ainsi, l'assurance maladie privée a pu faire état en 1997 d'un fonds de réserve auto-financé s'élevant à 90 milliards de DM, ce qui représente 250 % du montant des cotisations maladie encaissées (Jan Boethius, "Who pays for the healthcare of an aging population ?", International Insurance Society, Berlin, 1999). Par ailleurs, les médecins indiquent la pathologie sur les ordonnances; ce qui permet aux assureurs de constituer des bases de données très documentées et de mettre en œuvre des techniques fines d'analyse de ces données pour apprécier au mieux le risque maladie. Il est également intéressant de comparer le montant des cotisations d'assurance maladie acquittées dans le système privé en Allemagne à celui des cotisations (CSG plus part patronale) prélevées auprès d'une

population de situation équivalente en France. Par exemple, un homme de 34 ans ayant un salaire mensuel brut correspondant à 22 000 francs et souscrivant une couverture haut de gamme paiera, s'il opte pour l'assurance privée en Allemagne, environ 310 euros, alors qu'en France, l'ensemble de ses cotisations au régime obligatoire et à l'assurance complémentaire lui reviendra à environ 700 euros, soit plus du double. Un couple marié du même âge avec un enfant, et dont les revenus seraient équivalents à 32 000 francs par mois, devrait cotiser pour une couverture de base à hauteur de 415 euros environ en Allemagne, contre 1 000 euros en France (Daniel Laurent, "Assurance maladie : diagnostic et remèdes", Sociétal n°30, 2000).

Aux Pays-Bas, un autre concept intéressant mérite d'être signalé : les "pools de risques aggravés", permettant de concilier concurrence et solidarité. Ainsi, le dispositif AWBZ couvre les risques maladie exceptionnels, considérés comme non assurables par le secteur privé, et s'applique de plein droit à l'ensemble de la population. Pour le régime de base, un tiers de la population (dont les revenus excèdent un certain seuil) relève de l'assurance privée, qui offre une couverture identique à celle de la caisse d'assurance maladie. Une collaboration existe par ailleurs, entre public et privé permettant d'offrir aux assurés dont les revenus sont inférieurs au seuil des produits mixtes : la couverture de base est souscrite auprès de la caisse d'assurance maladie, la couverture complémentaire auprès d'une assurance privée.

Le mode dual (ou duplication) : Dans certains pays, les carences du système public laissent le champ libre aux assureurs qui interviennent indépendamment du système public, dupliquant en quelque sorte ce système.

Ainsi, une partie de la population s'assure intégralement auprès d'assureurs privés, en plus du régime public obligatoire, afin de bénéficier de services de qualité, notamment en secteur hospitalier. Le cas de la Grande-Bretagne est bien connu : la motivation essentielle d'un tel choix, c'est l'existence de listes d'attente pour se faire soigner à l'hôpital public (plus d'un million de Britanniques sont en attente d'une intervention chirurgicale). La concurrence entre le National Health Service (NHS) et les assureurs privés présente cependant des points positifs. Les hôpitaux publics anglais disposent d'une grande autonomie, car ce sont les groupements de médecins qui sont acheteurs de soins hospitaliers. Le NHS a développé des centres d'appels médicaux, a créé une base de données informatiques pour aider les professionnels de santé à se conformer aux bonnes pratiques médicales, et il met à la disposition décideurs les outils analytiques nécessaires au bon usage des ressources financières. De leur côté, les assureurs privés contractent avec des cliniques privées en fonction de critères de performance sanitaire, formalisés par des cahiers des charges extrêmement rigoureux. Ils interviennent également dans des domaines peu ou pas couverts par le NHS, notamment les soins dentaires avec des solutions originales tel DENPLAN, développé par la branche santé de l'assureur Sun Life and Provincial, qui sélectionne des dentistes rémunérés à la capitation sur une base mensuelle. Le praticien définit au départ un abonnement mensuel pour chaque client adapté à son cas. Un million de Britanniques ont adhéré à ce plan, et 3 000 praticiens ont souscrit à cette formule.

En Italie, en Espagne ou au Portugal, les assureurs privés innovent en dehors du système national, en créant des centres d'appels, des réseaux de soins coordonnés. Ils nouent des relations contractuelles avec les hôpitaux et cliniques privés sur la base de coûts par pathologie et ne sont soumis à aucune contrainte, puisque l'existence d'un système public garantit la prise en charge de tous les résidents. En Espagne, 6 millions d'assurés ont opté pour une assurance privée indépendamment de leur affiliation au régime public obligatoire ; les fonctionnaires ont même la liberté de contracter une assurance privée en étant exonérés de la contribution au régime obligatoire, dans leur quasi totalité, ils ont choisi une couverture privée.

Dans ces pays, même si la concurrence constitue un aiguillon salutaire pour les systèmes publics, l'absence de régulation instaure de fait une protection sociale à deux vitesses.