

## 6) L'efficience des dépenses d'assurance maladie

L'assurance maladie (cf. [fiche sur son organisation, ses prestations et son financement](#)) constitue l'un des principaux enjeux pour la maîtrise des finances publiques. Les dépenses entrant dans le champ de « [l'objectif national de dépenses d'assurance maladie](#) » (ONDAM) se sont en effet élevées à 191 Md€, soit 8,3 % du PIB, en 2017 et leur « *croissance tendancielle* » est estimée par le ministère chargé de la santé entre 3,5 et 4,5 % par an.

Bien qu'ils obligent à lever des prélèvements obligatoires pour les financer, avec des conséquences négatives sur la compétitivité des entreprises françaises et l'attractivité du territoire, le poids important et la forte croissance tendancielle des dépenses publiques d'assurance maladie sont justifiées.

En effet, les dépenses de santé, rapportées au PIB, ont augmenté dans tous les pays depuis le milieu du siècle dernier pour des raisons légitimes : d'abord, la santé est un « *bien supérieur* », au sens où la demande des ménages pour ce bien croît plus vite que leurs revenus parce qu'ils souhaitent être mieux soignés ; ensuite, même si le progrès technique réduit le coût de certains traitements et pourrait le réduire encore plus fortement à l'avenir, il conduit plutôt à appliquer des traitements plus coûteux. Enfin, le vieillissement de la population accroît la consommation de soins. Le poids et la croissance des dépenses publiques d'assurance maladie peuvent donc répondre à de vrais besoins qu'il faut pouvoir satisfaire.

La principale question soulevée par ces dépenses est celle de leur efficience, c'est-à-dire du rapport entre, d'un côté, leur contribution à la santé et au bien-être de la population et, d'un autre côté, leur coût. Si l'utilité que retirent les ménages de l'amélioration de leur état de santé est supérieure au « [coût économique](#) » des prélèvements obligatoires nécessaires pour financer les dépenses publiques d'assurance maladie, il importe peu que celles-ci représentent une part élevée et croissante du PIB.

Or l'économie de la santé met en avant de nombreux facteurs d'inefficience de ces dépenses, à la fois sur les plans théorique et empirique, ce que confirment les nombreux rapports des organismes chargés de contrôler l'assurance maladie pour ce qui concerne la France.

### A) L'analyse économique des dépenses d'assurance maladie

Le « marché » des biens et services de santé réunit trois catégories d'acteurs : des consommateurs (les ménages), des producteurs (les professionnels et établissements de santé), parmi lesquels les médecins ont un rôle central car ils prescrivent les soins, et des assureurs. Une telle situation de marché à trois acteurs se retrouve chaque fois que des assureurs interviennent pour couvrir des dommages supportés par des consommateurs qui font appel à des producteurs pour les réparer. L'analyse économique des dépenses d'assurance maladie utilise ainsi largement des concepts développés en économie de l'assurance.

## 1) Les effets des asymétries d'information

Au centre de cette analyse se trouvent les « *asymétries d'information* » entre ces trois acteurs : l'assureur et le médecin connaissent imparfaitement la situation du malade et l'assureur connaît mal ce que le médecin pense réellement de l'état de son patient et les efforts qu'il fait pour le soigner au mieux.

### a) *L'aléa moral*

Il en résulte, s'agissant du comportement du patient, ce que les économistes de l'assurance appellent un « *aléa moral* » : lorsqu'un agent économique est assuré contre un risque, il tend à faire moins d'efforts pour prévenir la survenue de ce risque.

Les économistes de la santé distinguent un « *aléa moral ex ante* » et un « *aléa moral ex post* ». Le premier correspond au comportement d'un assuré social qui prend des risques ou ne fait pas d'efforts de prévention parce qu'il sait que, s'il tombe malade ou s'il est accidenté, le coût des soins sera remboursé. Le deuxième correspond au comportement de l'assuré malade qui, sachant que le coût des soins est remboursé, multiplie les diagnostics et les traitements inutiles. Or l'assureur ne peut pas compter sur le médecin pour l'en empêcher car celui-ci peut lui-même avoir personnellement intérêt à prescrire des consultations ou des traitements inutiles.

En économie de l'assurance, deux instruments peuvent être mobilisés pour limiter l'aléa moral. D'abord, les « *franchises* » appliquées aux remboursements incitent l'assuré à avoir un comportement moins risqué et moins dispendieux en laissant une partie du coût du risque à sa charge. En assurance maladie, existent des franchises et « *forfaits* », notions très proches et correspondant à un montant fixe en euros (par consultation, boîte de médicaments...), ainsi que des « *tickets modérateurs* », c'est-à-dire des montants laissés à la charge des assurés et correspondant à un pourcentage du prix des services ou biens médicaux. Les assureurs utilisent parfois aussi des systèmes de « *bonus/malus* » mais pas en assurance santé car ils y sont très difficilement applicables en pratique.

De nombreuses études empiriques ont analysé l'importance de cet aléa moral depuis une célèbre [évaluation par expérience naturelle](#) menée en 1974 aux Etats-Unis par la Rand Corporation. Sous réserves d'importantes difficultés méthodologiques, elles confirment que l'aléa moral est significatif et que les franchises et tickets modérateurs réduisent la consommation de services et biens médicaux par les ménages, tout au moins de soins de ville. Cet impact est toutefois moins significatif en France<sup>1</sup>. Si l'assurance maladie obligatoire couvre seulement environ 77 % des dépenses de santé, du fait notamment des tickets modérateurs, les assureurs complémentaires remboursent en effet une bonne partie du « *reste à charge* » des ménages, qui ne financent que 8 % de leurs dépenses de santé.

### b) *La tarification des services de santé et la demande induite*

Les médecins peuvent avoir un intérêt financier personnel à inciter leurs patients à les consulter plus souvent et à multiplier les actes médicaux, ou à accepter les sollicitations de leurs clients qui vont dans ce sens, ce que les économistes désignent par l'expression « *demande induite* ». De tels comportements sont d'autant plus probables que les médecins

---

<sup>1</sup> Cf. « Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral » P.Y. Geoffard ; économie et prévision, 2000, et « La lancinante réforme de l'assurance maladie » P.Y. Geoffard ; Cepremap, éditions de la rue d'Ulm, 2006.

sont payés « à l'acte », ce qui est le cas en France pour les soins de ville, et leur existence est confirmée par les études empiriques<sup>2</sup>.

Les assureurs des dommages sont confrontés au même problème, qui tient à leur ignorance des besoins réels de leur client que seul le réparateur connaît. Ils peuvent le résoudre en déléguant un expert pour vérifier que le devis du réparateur correspond bien à ces besoins. Les médecins contrôleurs de la sécurité sociale ont une mission semblable, mais leur tâche est beaucoup plus difficile. De nombreux médecins considèrent en effet que leur diagnostic et leurs prescriptions résultent d'un « *colloque singulier* » avec leur patient qui est incontrôlable.

Pour limiter la demande induite, les économistes recommandent d'adopter des modes de rémunération forfaitaires : soit un forfait par patient (capitation) ; soit un forfait par pathologie traitée ; soit un forfait global indépendant du nombre de clients et de leur état de santé. Ce dernier mode de rémunération est en fait celui qui est appliqué à l'hôpital où les médecins sont des fonctionnaires dont le traitement est largement indépendant de leur activité et de leurs résultats. Ce mode de rémunération peut cependant inciter à une baisse de la qualité des soins prodigués, voire à une sélection des patients les plus faciles à soigner.

En France, la « *tarification à l'activité* » des établissements de santé est une combinaison de rémunération à l'acte et forfaitaire. Chaque séjour d'un malade est remboursé par l'assurance maladie à l'hôpital sur la base d'un tarif correspondant au coût moyen du « *groupe homogène de séjours* » auquel se rattache sa pathologie. Ce tarif est indépendant de la quantité et de la qualité des soins qui lui sont donnés, ce qui constitue l'élément forfaitaire, mais les recettes de l'hôpital dépendent du nombre de séjours, ce qui rapproche d'une rémunération à l'acte.

## 2) Les effets de la concurrence entre assureurs

Des assureurs en situation de concurrence tendent à segmenter leur clientèle le plus finement possible par classe homogènes de risque et à faire payer à chaque classe une prime fonction de son risque spécifique. En effet, si un autre assureur peut identifier une sous-classe moins risquée à l'intérieur d'une classe de risque, il peut prendre ce marché en proposant une prime plus faible. Les assurés qui présentent d'importants risques détectables, notamment des maladies coûteuses, sont alors obligés de payer des primes très élevées qui peuvent être incompatibles avec leurs revenus.

Pour éviter ces effets indésirables, les pays où les assureurs santé sont en concurrence réglementent les prix, en plafonnant les primes exigibles, et interdisent aux compagnies de refuser un client au motif qu'il présente un risque trop élevé. Des transferts monétaires peuvent également être imposés entre les assureurs en faveur de ceux dont la clientèle est plus risquée. Ces réglementations sont toutefois complexes et tendent à limiter l'intensité de la concurrence. En outre, les ménages présentant peu de risques peuvent, de leur côté, refuser de s'assurer et obliger ainsi les assurances à ne couvrir que les cas les plus risqués, phénomène qualifié de « *anti-sélection* ».

La France n'a pas à résoudre de tels problèmes car elle a fait le choix d'un assureur public obligatoire en situation de monopole, mais elle doit faire en sorte que celui-ci soit performant.

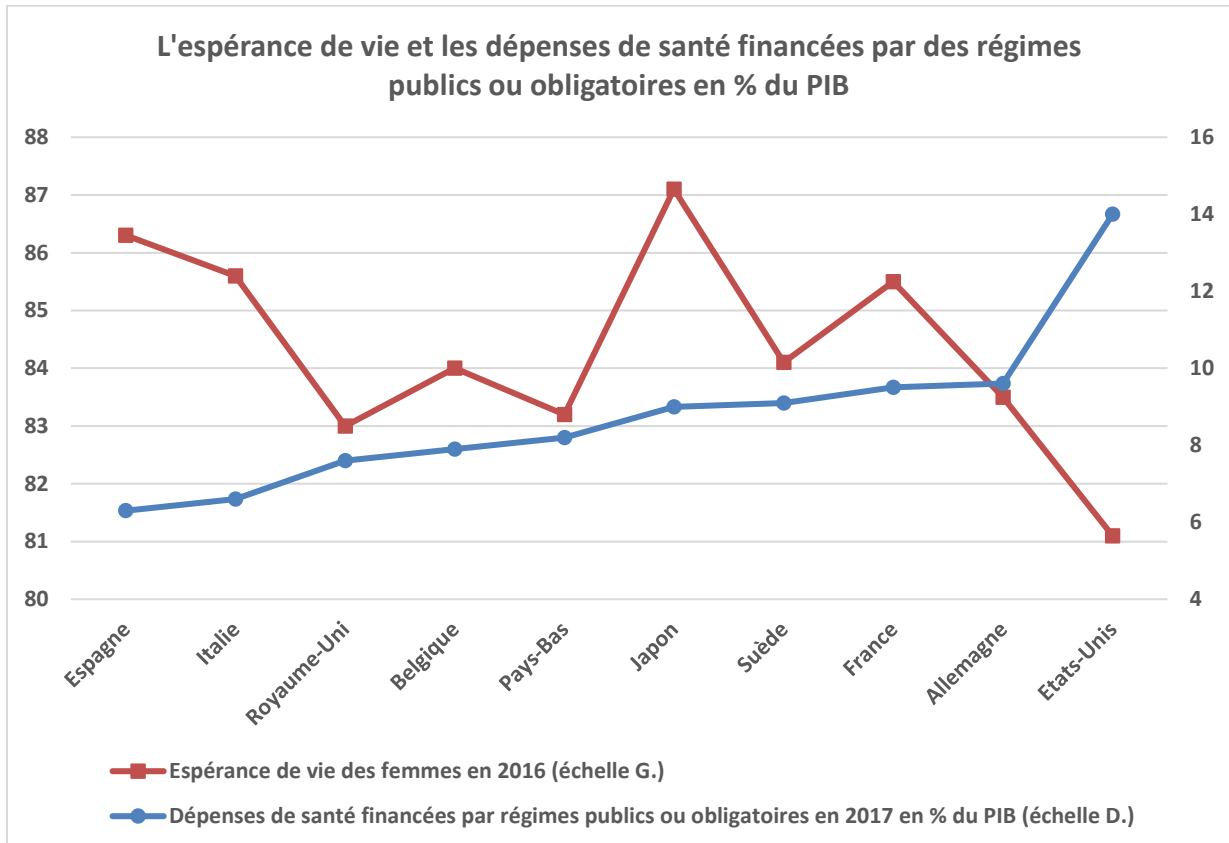
---

<sup>2</sup> L'effet des différents modes de rémunération des producteurs de soins est présenté dans une note de 2013 du Conseil d'analyse économique : « Pour un système de santé plus efficace » P. Askenazy, B. Dormont, P.Y. Geoffard et V. Paris.

## B) L'efficacité des dépenses d'assurance maladie en France

### 1) Les analyses globales des dépenses d'assurance maladie

La France est le troisième pays de l'OCDE pour le poids des dépenses de santé financées par des régimes publics ou obligatoires dans le PIB en 2017 (9,5 %). Or, il n'y pas de corrélation claire entre ces dépenses et l'espérance de vie. Les pays où les dépenses publiques de santé sont les plus importantes ne sont pas toujours ceux où l'espérance de vie est la plus grande<sup>3</sup>.



Source : OCDE ; espérance de vie des femmes à la naissance en 2016 ; dépenses de santé en 2017 ; FIPECO.

L'espérance de vie est certes une mesure partielle de l'état de santé d'une population, bien qu'elle soit fréquemment retenue, mais la même observation peut être effectuée en retenant d'autres critères. Comme le note le [Haut conseil de santé publique](#), si la France est au meilleur niveau pour certains indicateurs, comme l'espérance de vie des femmes ou le taux de mortalité par maladie cardio-vasculaire, elle se distingue également par des taux élevés de mortalité périnatale et par suicide ou encore par une forte fréquence des maladies liées à la consommation de tabac ou d'alcool. Ce dernier exemple rappelle que l'Etat de santé de la population résulte de bien d'autres facteurs que les soins disponibles : la consommation de tabac ou d'alcool résulte pour une grande part de leur prix. En outre, [l'espérance de vie en bonne santé](#) situe la France seulement dans la moyenne européenne.

Une note d'avril 2014 du [conseil d'analyse économique](#)<sup>4</sup> rappelle également que le taux de couverture des dépenses de santé par l'assurance maladie est très inégal, de même que l'accès

<sup>3</sup> Dans les pays les plus avancés. Dans les autres, il y a une nette corrélation entre dépenses publiques de santé et espérance de vie.

<sup>4</sup> « Refonder l'assurance maladie » B. Dormont, P.Y. Geoffard et J. Tirole

aux soins. Si le taux de couverture moyen est de 75 %, il est à peine supérieur à 50 % pour les soins ambulatoires, optique comprise, lorsque les assurés ne bénéficient pas de la prise en charge à 100 % liée à une « *affection de longue durée* » (ALD). Il en résulte, par exemple, que 1 % des assurés ont un « *reste à charge* » de 4 000 € sur une année, ce qui est incompatible avec les ressources de beaucoup d'entre eux.

L'accès aux soins n'est pas seulement limité par des contraintes financières, mais aussi par la faible densité de l'offre de soins de ville dans les régions où les professionnels libéraux de santé ne souhaitent pas s'installer. Comme le note, par exemple, la Cour des comptes dans son rapport de 2015 sur la sécurité sociale, la densité de médecins spécialistes libéraux par département varie dans une fourchette allant de 31 à 236 pour 100 000 habitants.

Dans son [panorama de la santé de novembre 2017](#), l'OCDE souligne que les dépenses de santé, publiques et privées, sont en France au 5<sup>ème</sup> rang de l'OCDE en 2016, que l'état de santé de la population et son accès aux soins y sont meilleurs que la moyenne de l'OCDE, que la qualité des soins y est plutôt bonne, mais aussi que les facteurs de risque (tabac, alcool...) y sont élevés et que le taux de vaccination y est trop faible.

Ces observations montrent que la santé n'est pas seulement une question de montant des dépenses publiques qui y sont consacrées et que l'efficacité de ces dépenses est un enjeu majeur. Dans une étude sur [l'efficacité de l'ensemble des dépenses publiques](#), France-Stratégie a rapproché les dépenses publiques de santé et un indicateur composite de la performance du système de santé combinant l'accès aux soins, la diffusion des nouveaux traitements, la prévalence de certaines pathologies, les efforts de prévention... Il en ressort que la France pourrait obtenir les mêmes résultats avec des dépenses bien plus faibles (de plus de 1 point de PIB) ou des résultats bien meilleurs avec les mêmes dépenses.

## **2) Les principales sources d'inefficience des dépenses d'assurance maladie**

De nombreux rapports, notamment ceux de la Cour des comptes sur la sécurité sociale mais aussi ceux des inspections générales des affaires sociales ou des finances, donnent de multiples exemples de dépenses insuffisamment efficaces dans les divers champs d'intervention de l'assurance maladie en France. Le [rapport de la Cour des comptes de juin 2017](#) sur la situation et les perspectives des finances publiques présente une synthèse des économies envisageables.

La Cour souligne, par exemple, que la restructuration de l'offre de soins dans le secteur hospitalier doit être poursuivie et que le développement de la chirurgie ambulatoire reste insuffisant. Dans son panorama de 2017, l'OCDE note que la durée de séjour à l'hôpital, est en France la 3<sup>ème</sup> de l'OCDE. Selon une [étude de le DREES](#) de mai 2017, le nombre de journées d'hospitalisation complète pourrait baisser de 6 à 8 % de 2012 à 2030 malgré la croissance des besoins liés au vieillissement et grâce au « virage ambulatoire » et à des durées de séjour plus courtes en hospitalisation complète. Ce rapport note également que le nombre de lits pourrait diminuer de plus de 11 % à l'horizon de 2030 si leur taux d'occupation (77 % en 2014) était aligné sur la moyenne des cinq régions où il est le plus fort (82 %).

Malgré les efforts entrepris depuis longtemps pour la réduire, la consommation en volume de médicaments est encore supérieure de 22 % à celle observée dans les pays voisins de la France. L'OCDE souligne que la consommation d'antibiotiques est particulièrement forte. De nombreux médicaments restent admis au remboursement alors que leur valeur ajoutée

thérapeutique n'est pas significative. La culture de prescription privilégiant des médicaments nouveaux et chers reste forte à l'hôpital comme en ville. Un recours accru aux génériques permettrait d'économiser 2 Md€ selon la Cour des comptes.

Les tarifs et le volume des soins infirmiers et de kinésithérapie, des actes de biologie et d'imagerie médicale ou des remboursements de dispositifs médicaux individuels augmentent vite. Ces secteurs devraient dégager des gains de productivité permettant de baisser les tarifs et limiter le volume des dépenses pour une économie de plus de 1 Md€ selon la Cour.

Les dépenses d'indemnités journalières des arrêts pour maladie augmentent rapidement et pourraient être réduites. Le taux moyen d'indemnisation est de l'ordre de 50 % et chaque baisse de 1 point de ce taux réduirait d'un peu plus de 0,15 Md€ les dépenses publiques.

La gestion des caisses d'assurance maladie pourrait également être plus économe. La seule généralisation de la feuille de soins électronique permettrait ainsi un gain de 0,2 Md€. La délégation de la gestion de l'assurance maladie par le régime général à des mutuelles d'étudiants ou de fonctionnaires est particulièrement coûteuse. La reprise en gestion directe des personnes concernées par le réseau des caisses d'assurance maladie du régime général réduirait de 0,3 Md€ les dépenses publiques.

Les auteurs de la note précitée d'avril 2014 du conseil d'analyse économique (CAE)<sup>5</sup> posent la question plus stratégique de la juxtaposition, unique en Europe, de l'assurance maladie publique obligatoire de base et des assurances maladie complémentaires privées pour rembourser les mêmes dépenses.

Alors que l'assurance maladie obligatoire de base a pour vocation depuis sa création en 1945, de couvrir « chacun selon ses besoins », les mécanismes actuels de tickets modérateurs, forfaits et franchises, très mal corrigés par des dispositifs tels que celui applicable aux affections de longue durée, conduisent à laisser des montants à la charge des assurés souvent incompatibles avec leurs revenus. Cette déficience de l'assurance maladie obligatoire de base a ouvert le marché de l'assurance maladie complémentaire. Les organismes concernés couvrent ainsi une partie des montants laissés par l'assurance maladie de base à la charge des ménages, mais aggravent les inégalités financières d'accès aux soins en prélevant des primes forfaitaires ou fonction des risques. En outre, ils ne peuvent intervenir que marginalement dans l'organisation de l'offre de soins ainsi que dans la gestion et le contrôle des dépenses de santé, hors dépassements de tarifs et dépenses non remboursables.

Les frais de gestion de l'assurance maladie sont de 7,2 Md€ pour l'assurance maladie obligatoire et de 6,2 Md€ pour les assurances complémentaires. Cette duplication des coûts, alors qu'elles remboursent les mêmes dépenses, est inutile et place la France au deuxième rang de l'OCDE, derrière les Etats-Unis, pour le coût de gestion de l'assurance maladie. A cette inefficacité s'ajoute une contribution « considérable » des finances publiques à l'assurance complémentaire, selon les auteurs de la note du CAE. La souscription de contrats d'assurance santé complémentaire fait en effet l'objet d'aides publiques (couverture maladie universelle complémentaire et aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) et d'incitations fiscales et sociales (exemptions de cotisations sociales et déductibilité des contributions au titre de l'impôt sur le revenu), dont le coût total est compris entre 6,8 et 8,3 Md€ en 2016 selon un rapport de [l'inspection générale des affaires sociales](#).

---

<sup>5</sup> Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard et Jean Tirole.