

Les formes de l'assurance santé privée

Renaud LEGAL

Lundi 27 octobre 2008

1

Introduction :

- De quoi dépend la place tenue par l'assurance santé privée?

→ le principal reste le facteur historico-idéologique. A ce propos, Polton et Rochaix (2004) parlent de « *compromis social historique qui a fondé l'Etat providence* », renvoyant ainsi à la conception historique, propre à chaque pays, des rôles respectifs du marché et de l'Etat en terme de couverture sociale.

Ainsi, de nombreux pays où la taille de ce marché est importante ont une tradition de financement privé de la santé et de marchés d'assurance, comme aux Etats-Unis par exemple.

De façon symétrique, dans les pays où le rôle de l'Etat en matière de santé a été historiquement défini comme prépondérant, comme en Angleterre avec le plan de Lord Beveridge ou en France avec la création de la Sécurité Sociale, les assurances privées ne tiennent qu'un rôle secondaire et l'attachement de la population au système national est très forte.

2

Plan de la séance :

I L'ASP : un cadrage

- Une typologie fonctionnelle des différents types d'ASP
- Les USA : un exemple de couverture primaire principale
- L'Angleterre : un exemple de couverture duplicative

II L'assurance complémentaire santé en France

- Bref historique des complémentaires
- Le paysage à l'heure actuelle
- Quelques problèmes posés par ce type d'assurance

3

I L'ASP : un cadrage

4

1. Une typologie fonctionnelle (1/3)

L'OCDE reconnaît **4 fonctions essentielles** (non forcément exclusives) donc 4 types d'assurance.

1. Couverture *primaire* :

l'assurance privée constitue le seul accès à une couverture maladie de base pour les personnes qui ne relèvent pas d'un régime public :

soit parce qu'il n'en existe pas, soit parce qu'elles ne remplissent pas les conditions requises pour en bénéficier (couverture primaire ***principale***)

soit encore qu'elles y aient le droit mais aient choisi d'en sortir (couverture primaire ***substitutive***).

5

1. Une typologie fonctionnelle (2/3)

Quand la couverture publique de base demeure, l'assurance santé privée peut alors remplir **trois fonctions** :

2. si elle couvre les mêmes soins que la couverture publique mais chez des prestataires différents, on parlera de ***couverture duplicative***.

3. si elle complète les copaiements laissés à la charge du patient par la couverture publique (ticket modérateur), on parle de ***couverture complémentaire***.

4. si elle prend en charge des soins non pris en charge par la couverture publique, on parlera de ***couverture supplémentaire***.

6

1. Une typologie fonctionnelle (3/3)

		Admissibilité à l'assurance-maladie publique	
		Personnes couvertes par le régime public	Personnes non couvertes par le régime public
Prestations maladies couvertes par le régime d'assurance-maladie privée	L'assurance privée couvre les soins curatifs médicalement nécessaires généralement couverts par le régime public	2. Assurance privée duplicative	1. Assurance privée primaire : - principale - substitutive
	L'assurance privée couvre le ticket modérateur du régime public	3. Assurance privée complémentaire	
	L'assurance privée couvre les prestations de santé non couvertes par les régimes publics ou l'assurance privée primaire	4. Assurance privée supplémentaire	

7

2. Les USA : primaire principale (1/14)

- **Historique :**

Dans les années 30, les hôpitaux solvabilisent leur demande en créant des plans d'assurance santé : les *Blue Cross*.

Pendant la guerre, le gouvernement interdit les augmentations salariales.

⇒ les entreprises développent des à côtés de la rémunération, dont des plans d'assurance santé.

Encore aujourd'hui l'assurance maladie est explicitement conçue aux Etats-Unis comme un élément de la politique de la main d'œuvre et de la rémunération, et l'un de ses effets recherchés est de limiter la mobilité du salariat.

8

2. Les USA : primaire principale (2/14)

- **L'assurance maladie primaire, qq chiffres :**

-Aujourd'hui plus de 2/3 des Américains sont couverts par le biais d'une assurance privée liée à l'emploi.

-La prime d'assurance mensuelle pour une personne seule s'élevait en moyenne à 202\$ en 2000, dont 86% étaient pris en charge par l'employeur.

-D'après une enquête réalisée en 2003 par Kaiser, 80% des grandes entreprises et 31% des petites entreprises proposent à leurs employés plus d'un type de contrat.

9

2. Les USA : primaire principale (3/14)

- Les Américains ont aussi la possibilité de souscrire une **assurance maladie privée à titre individuel.**

Dans ce cas, les primes d'assurance sont déterminées selon les caractéristiques individuelles des personnes (*Experience Rating*) et non de façon mutualisée au niveau d'un groupe (*Community Rating*).

Dans ce contexte, les primes demandées aux personnes s'assurant individuellement et présentant des risques élevés s'avèrent le plus souvent rédhibitoires, ce qui explique le faible recours à ce type d'assurance.

10

2. Les USA : primaire principale (4/14)

- **Inconvénients majeur de ce système :**

Ne rien proposer pour la couverture des frais de soins des personnes n'ayant pas droit, directement ou par l'intermédiaire de leur famille, à un contrat collectif.

Cette lacune concerne les retraités (seules 20% des entreprises prennent en charge leurs retraités au titre de l'assurance maladie d'après le NEHIS 94), les chômeurs et toute personne à laquelle un handicap ou une maladie interdit d'exercer une activité.

Le problème est naturellement crucial pour les retraités, dont les besoins médicaux sont les plus élevés, ce qui a motivé en 1965 l'instauration du programme public *Medicare*.

11

2. Les USA : primaire principale (5/14)

- ***Medicare* pour les personnes âgées ou handicapées :**

- programme financé par l'Etat fédéral
- s'adresse essentiellement aux personnes de plus de 65 ans, sans conditions de revenus, mais aussi aux sujets handicapés ou souffrant de maladies chroniques âgés de moins de 65 ans, soit au total 37,3 millions de personnes en 1995, dont 33 millions de personnes âgées.
- administration confiée au *Blue Cross*.

12

2. Les USA : primaire principale (6/14)

- **Medicare recouvre en fait deux programmes distincts :**

-la partie A :

elle garantit le remboursement intégral des dépenses hospitalières dans la limite de 60 jours d'hospitalisation par an. Au-delà, le patient se voit imposer un ticket journalier de 170 dollars.

-la partie B :

Elle permet un remboursement des dépenses autres qu'hospitalières à hauteur de 40%, en raison d'un système de ticket modérateur, de franchises, et surtout parce que le médicament n'est pas pris en charge.

Pour accéder à la partie B, les assurés doivent verser des cotisations mensuelles, qui ne couvrent maintenant que le quart¹³ des prestations versées.

2. Les USA : primaire principale (7/14)

- **Medicaid pour les plus modestes**

Medicaid est un autre programme public, dont le financement est assuré conjointement par l'administration fédérale et les Etats.

il couvre les dépenses de santé des personnes défavorisées et concernait à ce titre en 1995 36,2 millions de personnes, dont la moitié d'enfants.

Toutefois les critères d'éligibilité à *Medicaid* sont très variables d'un Etat à l'autre et ne garantissent pas en pratique un accès universel aux soins.

L'administration Clinton prévoyait initialement une réforme de grande envergure pour remédier à cet état de fait, mais⁴le projet est demeuré lettre morte.

2. Les USA : primaire principale (8/14)

- **Le *Managed Care* :**

Pour répondre aux préoccupations des employeurs concernant le coût de l'assurance maladie, les assureurs privés ont mis au point dès les années 70 un système de gestion coordonnée de filières de services médicaux, le *Managed Care*.

L'*American Public Health Association* définit le *Managed Care* en ces termes : « tout système de financement et/ou de distribution organisé dans le but de contrôler l'utilisation des services de santé par ses affiliés, en vue de contenir les dépenses, d'améliorer la qualité, ou de répondre à ces deux objectifs. »

15

2. Les USA : primaire principale (9/14)

- L'idée générale est que la production de soins est un processus qui gagne en efficacité s'il gagne en cohérence.
- En reliant, par la contractualisation ou incorporation dans une structure hiérarchique, des médecins généralistes, des spécialistes, des infirmières et des hôpitaux sélectionnés, on peut améliorer la cohérence de ce processus et être plus efficace.

16

2. Les USA : primaire principale (10/14)

- **Le Managed Care est-il efficace ?**

Les assureurs opérant avec des réseaux fermés obtiennent des résultats indéniables en termes de réduction des coûts ; les effets sont particulièrement visibles sur les taux d'hospitalisation et la durée des séjours, ainsi que sur les prescriptions d'examens coûteux.

La pression des *HMO* a induit dans les zones où le *Managed Care* était particulièrement répandu, une restructuration forte de l'offre de soins afin de l'ajuster aux besoins réels : réduction du nombre de lits d'hôpitaux, fermeture de certains établissements.

17

2. Les USA : primaire principale (11/14)

Les *HMO* ont démontré leur aptitude à peser sur les tarifs des producteurs et à gérer globalement le capital-santé des assurés en investissant davantage que les assureurs traditionnels dans la prévention.

En revanche, la concurrence a induit une très forte croissance des frais de gestion et marketing. Les coûts administratifs s'élèveraient à 22% des dépenses de santé aux Etats-Unis, contre 5% au Royaume-Uni (Woolhandler et Himmelstein, 1995).

18

2. Les USA : primaire principale (12/14)

- **Les non assurés aux Etats-Unis :**

Les marchés de base non régulés posent des problèmes d'accès, du fait qu'ils représentent la seule couverture possible pour certaines catégories de population.

Sans couverture universelle, à l'heure actuelle plus de 15% de la population américaine ne bénéficie d'aucune couverture maladie.

L'absence de couverture maladie reste largement liée au niveau de revenu : ainsi plus de 80% de l'augmentation du nombre de non assurés entre 1993 et 1998 a touché les personnes dont le revenu est inférieur à 200% du seuil de pauvreté.

19

2. Les USA : primaire principale (13/14)

- Les groupes pour lesquels la probabilité de ne pas avoir d'assurance maladie est la plus forte sont :

-les jeunes adultes et surtout les hommes (les hommes adultes représentent 38% des non assurés)

-les personnes vivant dans les familles à faibles revenus (56% des non assurés ont un revenu inférieur à 200% du seuil de pauvreté fédéral)

-les travailleurs à faibles revenus employés dans des petites entreprises

(*experience rating* => l'apparition à l'année n de deux maladies graves (cancers, etc.) dans un effectif total de 10 personnes peut se traduire à l'année n+1 par un surcoût insupportable pour l'employeur et l'employé).

20

2. Les USA : primaire principale (14/14)

- Pour remédier à ce grave problème, la réforme Clinton de 1994 avait pour principal objectif d'instaurer une assurance universelle.
- Mais la réforme a échoué, en effet comme l'analyse Lacronique (1995), il s'agissait d'« *un projet trop compliqué impossible à comprendre pour la majorité des Américains, apparaissant comme une série d'exceptions à un principe de base de couverture universelle et de cotisation obligatoire, telle est la principale source de l'échec de la réforme du système de santé américain* ».

21

3. L'Angleterre : duplicative (1/9)

- **Historique :**

Le système de protection sociale britannique ou NHS (*National Health System*) actuel remonte à la publication en 1942 du rapport « *Social Insurance and Allied Service* » de Lord William Beveridge.

La couverture étant minimale, Kerschen (1995) indique que «*le plan laisse une large place à l'épargne personnelle et à l'assurance volontaire pour dépasser le niveau des prestations ou couvrir des risques particuliers* ».

Ce sont les difficultés rencontrées par le NHS qui en provoquant l'émergence d'une demande de soins privés qu'il fallait solvabiliser, a permis l'essor de l'ASP duplicative en Angleterre.

22

3. L'Angleterre : duplicative (2/9)

- **Organisation actuelle de la couverture publique :**

Les Anglais considèrent que la santé relève de la responsabilité de l'Etat.

Le système de santé est universel : tout citoyen ou résident y bénéficie de soins gratuits, financés par l'impôt et organisés par une puissante administration.

Néanmoins, comme le souligne Join-Lambert et Lefresne (2004) :
« *les affrontements sur la mission propre de l'Etat dans ce système ont été vifs : la question de la délimitation entre la politique publique et la responsabilité privée a été, et continue d'être, une question non résolue.* »

23

3. L'Angleterre : duplicative (3/9)

- **L'accès au médecin :**

Le médecin de famille , le GP (*General Practitioner*), commande l'accès au NHS et filtre (*Gate Keeper*) la demande de soins spécialisés des hôpitaux.

Tout anglais doit s'inscrire auprès d'un GP de son choix et le consulter avant toute hospitalisation ou toute consultation d'un spécialiste.

La plupart des médecins généralistes (environ neuf sur dix) travaillent en groupe.

Les médecins généralistes sont des contractants indépendants rémunérés par le Ministère (*National Health Service*, NHS) duquel ils reçoivent des rémunérations adaptées à leur activité sous forme de capitation (paiement *per capita*).

3. L'Angleterre : duplicative (4/9)

- **L'accès au médecin (suite) :**

Quand aux spécialistes attachés aux hôpitaux ainsi qu'aux médecins qui travaillent dans les services de soins communautaires, ils sont des salariés.

Les soins dispensés sont gratuits.

Aucune avance de frais n'est demandée.

Si le patient s'adresse à un médecin privé, il ne pourra obtenir de remboursement de la part du NHS.

25

3. L'Angleterre : duplicative (5/9)

- **L'accès à l'hospitalisation :**

Les hôpitaux et les cliniques, organismes publics, sont généralement autogérés à l'intérieur du système public et ont le pouvoir de fixer localement la rémunération et les conditions de travail de leur personnel, d'accumuler des excédents, d'emprunter et de disposer de leurs actifs.

L'admission à l'hôpital se fait par l'intermédiaire du médecin généraliste, du service des urgences ou encore du service des accidents. Les patients ont le choix entre 5 établissements proches de chez eux. Les séjours sont gérés par le NHS et sont gratuits.

26

3. L'Angleterre : duplicative (6/9)

- L'accès à l'hospitalisation (suite) :

Les hôpitaux, peu ou mal reconstruits depuis la dernière guerre et sous financés, offrent un confort médiocre.

Mais le grand écueil du NHS tient surtout aux files d'attentes (*Waiting lists*) qu'il génère du fait des capacités d'accueil insuffisantes de ses hôpitaux publics.

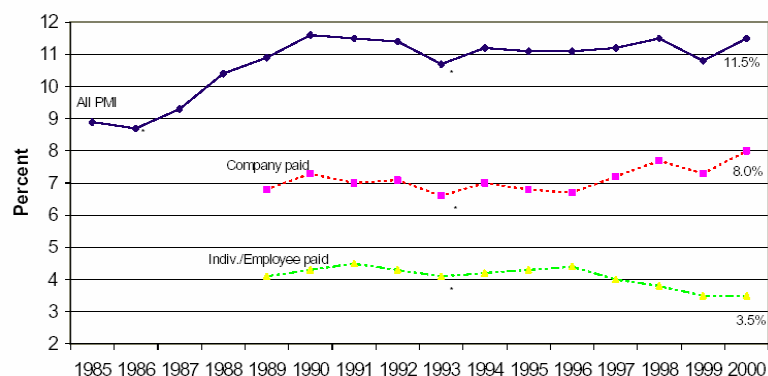
Même si la réforme du NHS lancée par le gouvernement de Tony Blair a largement permis de réduire ce phénomène (faisant passer le nombre de personnes attendant pour un lit d'hôpital de 1.297.700 en mars 1998 à 850.000 en décembre 2004, soit une baisse de 35%), les files d'attente restent le cancer du NHS et ouvrent ainsi largement la voie aux assurances privées...

27

3. L'Angleterre : duplicative (7/9)

- Conséquences :

Figure 1: Percentage of UK Population Covered by PMI



* Decreases due to re-estimation of multiplier which converts subscribers to persons covered.

Source: Laing and Buisson, UK Private Medical Insurance Market Sector Report 2000 & 2001.

28

3. L'Angleterre : duplicative (8/9)

- En 2000, 11,5% de la population détient une ASP (Laing et Buisson 2001).
- Les hauts revenus sont les plus enclins à détenir une ASP (40% des adultes détenteurs d'une ASP sont dans le dernier décile de revenu comparé à 5% dans le premier décile). (Emmerson et al. 2000).
- D'après les données de l'Enquête Générale sur les Ménages de 1995, 12% des individus de la tranche d'âge 45-64 ans détiennent une ASP contre seulement 5% des individus âgés de plus de 65 ans.
- Le taux de détention d'ASP diffère également de façon importante selon les secteurs d'activités : ainsi les travailleurs tertiaires en particulier les individus qui occupent des fonctions managériales sont 22% à détenir une ASP contre 2% chez les ouvriers spécialisés et les individus qui travaillent dans le service à la personnes.

29

3. L'Angleterre : duplicative (9/9)

- **Avantages de l'ASP duplicative :**

- déplace une partie de la demande et des coûts des hôpitaux et prestataires publics vers les hôpitaux et prestataires privés.
- plus grande liberté de choix

- **Inconvénients de l'ASP duplicative :**

- soulève des problèmes de principe, notamment celui de la différence d'accès aux soins selon qu'on relève d'un régime d'assurance public ou privé.
- pose entre autres la question du coût d'opportunité du maintien de ces duplications, et celle de la nécessaire conciliation entre les objectifs contradictoires de l'action publique.

30

II L'assurance complémentaire santé en France

31

1. Bref historique des complémentaires (1/10)

i/Les sociétés de secours mutuels comme première forme de prévoyance non généralisée :

Dès le **XVIII^e siècle**, à la suite des différentes guildes, confréries et sociétés de compagnons qui organisaient déjà la solidarité entre les membres d'une même profession, apparaissent en France des sociétés chargées spécifiquement de prendre en charge les questions liées à la **prévoyance** (maladie, incapacité, décès).

Ces sociétés prennent le nom de **sociétés de secours mutuels**.
Ce sont les ancêtres de nos mutuelles actuelles.

32

1. Bref historique des complémentaires (2/10)

- La loi du **15 juillet 1850** constitue le premier texte légal consacré aux sociétés de secours mutuels, par lequel elles peuvent se faire reconnaître «*établissement d'utilité publique*».
- C'est finalement la loi du **1er avril 1898** qui en accordant aux sociétés de secours mutuel une véritable liberté d'association et en étendant leur champ d'action à celui des risques d'accidents, vieillesse et décès permet le véritable **essor de la mutualité**.
- En **1898**, 11.825 sociétés rassemblent 1.909.479 membres. En tenant compte des adhésions familiales, il est possible d'estimer à environ **10% le nombre de Français couverts par une société mutualiste** à la fin du siècle.

33

1. Bref historique des complémentaires (3/10)

ii/ L'élaboration du système d'assurance sociale français :

Quand la France recouvre les départements d'Alsace-Lorraine, deux options s'offrent alors :

- soit étendre le modèle allemand qui prévaut en Alsace-Lorraine à l'ensemble du territoire français
- soit réformer la couverture des deux départements.

C'est la première option qui est choisie par Alexandre Millerand (président du conseil en 1920) malgré les contestations virulentes de nombreux parlementaires qui ne voient pas d'utilité à la création d'une assurance nationale et proposent de plutôt développer le rôle de la mutualité.

34

1. Bref historique des complémentaires (4/10)

Le **5 avril 1928** est votée une loi refondue le 30 avril 1930 qui installe juridiquement **les premières formes d'Assurances Sociales**.

Cette loi institue **la première forme de prévoyance obligatoire** couvrant la maladie, la maternité, l'invalidité, les conséquences des accidents pour la seule population ouvrière. Il est également prévu de couvrir les risques de vieillesse, même si l'ensemble des salariés n'est pas couvert.

35

1. Bref historique des complémentaires (5/10)

- **La couverture maladie des Assurances Sociales :**

Il s'agit d'une couverture familiale couvrant, outre l'assuré, le conjoint et leurs enfants de moins de 16 ans.

La garantie maladie porte sur les frais médicaux et pharmaceutiques, l'hospitalisation, les frais dentaires ainsi que les indemnités journalières.

Une participation de 15 à 20% est laissée à la charge des assurés, en fonction de leur niveau de revenus.

La loi prévoit la signature d'une convention entre les caisses et les professions de santé pour fixer les tarifs des principales prestations.

36

1. Bref historique des complémentaires (6/10)

- **Le positionnement au moment de la mise en place des Assurances sociales :**

La Mutualité : un partenaire politique incontournable :

Quand sont instaurées les Assurances Sociales dans les années 1928-1930, la Mutualité ne manque pas de faire valoir son expérience gestionnaire.

Les unions départementales peuvent alors créer une caisse primaire de répartition pour les risques maternité-décès et une caisse de capitalisation pour les services retraite et invalidité.

D'*antinomiques*, les systèmes obligatoire et facultatif de la prévoyance sociale deviennent *complémentaires*, d'autant que la mutualité se rend techniquement indispensable au fonctionnement des Assurances Sociales.

37

1. Bref historique des complémentaires (7/10)

- **Les compagnies d'assurance :**

une entrée sur le marché de la maladie :

- Travaillant de concert avec les Assurances Sociales à la garantie des salariés les plus modestes, la Mutualité laisse le champ libre aux compagnies commerciales pour assurer les autres tranches de la population.
- C'est ainsi que certaines d'entre elles s'engagent dans un secteur jusqu'alors presque exclusivement réservé à la Mutualité : le secteur de la maladie.

38

1. Bref historique des complémentaires (8/10)

- Ce marché est à cette époque un **marché porteur**, car la sophistication croissante de la médecine et la banalisation du recours à la chirurgie entraînent rapidement un surcoût des soins que les fragiles budgets des petites sociétés de secours mutuels ne peuvent assumer.

un positionnement stratégique sur le marché des contrats de groupe :

- Les conventions collectives, définies en 1936, constituent un vecteur efficace pour les **contrats d'assurance groupe** aux tarifs plus avantageux que les contrats individuels
- A la veille de la seconde guerre, exception faite des mutuelles syndicales déjà citées, la mutualité n'a guère progressé dans la pénétration de ce marché, alors que les compagnies d'assurances se sont engouffrées dans la brèche non couverte par la nouvelle législation.

1. Bref historique des complémentaires (9/10)

• Conséquences de la mise en place de la SS (45) :

- Les conséquences de l'instauration de la Sécurité Sociale sur l'activité des mutuelles et des sociétés d'assurance sont sans appel : elles sont *ipso facto* réduites au rôle d'organismes complémentaires.
- Il apparaît d'emblée que la Mutualité ne jouera pas auprès de la Sécurité Sociale le rôle d'organisme gestionnaire qui avait été le sien auprès des Assurances Sociales.

1. Bref historique des complémentaires (10/10)

- **L'apparition des institutions de prévoyance :**

- L'ordonnance du 4 octobre 1945 sur l'organisation de la Sécurité Sociale crée les institutions de prévoyance : des caisses de retraite et de prévoyance (essentiellement décès) autorisées à fonctionner en répartition.
- Si les institutions de prévoyance connaissent un essor significatif à travers la convention collective du 14 mars 1947 qui instaure un régime de retraite complémentaire des cadres et institue une prestation obligatoire en cas de décès, ce n'est véritablement qu'au cours des années 1960 qu'apparaissent des institutions de prévoyance distinctes des caisses de retraite, mais créées à leur initiative pour offrir à leurs affiliés les prestations de prévoyance complémentaires qu'elles n'ont statutairement pas le droit de proposer.

41

2. Le paysage à l'heure actuelle (1/7)

- En 2003, les organismes complémentaires ont servi 17,7 Milliard d'euros sur un total de 145,3 Milliards d'euros de dépenses de biens et soins médicaux (12,2%) (*Source : Comptes de la Santé*)

- Sur ces 17,7 Milliards :

Mutuelles (1171)	57,1%
Institutions de prévoyance (73)	20,3%
Sociétés d'assurance (200)	22,6%

- Selon l'enquête SPS 2002 (IRDES) :
 - 86% bénéficient d'une Couverture Complémentaire
 - * 57% Mutuelles (30 millions d'individus dont 10 millions de fonctionnaires)
 - * 16% IP (9,4 millions d'individus)
 - * 23% Sociétés d'assurances (12,5 millions d'individus)
 - 5,2% sont bénéficiaires de la CMUC

42

2. Le paysage à l'heure actuelle (2/7)

2 modes d'obtention d'une CC :

1. **Par l'individu (Contrat individuel)** : souscrit par l'individu sur décision individuelle auprès :

- * Courtier
- * Commercial
- * Site Internet

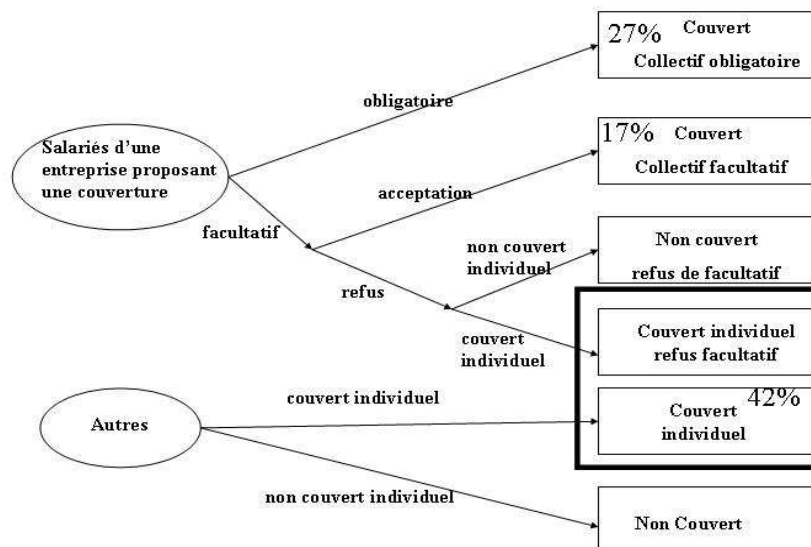
2. **Par le biais de l'entreprise (Contrat collectif)** :

- à adhésion obligatoire
- à adhésion facultative

(un ou plusieurs niveaux de garanties proposés)

43

2. Le paysage à l'heure actuelle (3/7)



2. Le paysage à l'heure actuelle (4/7)

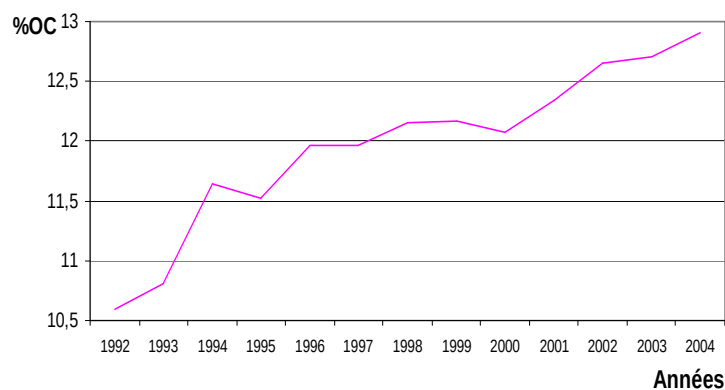
un rôle croissant des complémentaires santé :

- Augmentation des dépenses de soins médicaux mais pas de prise en charge élargie de la SS, au contraire.
- D'où un poids croissant des complémentaires santé (mutuelles, assureurs, IP) :
 - économiquement : poids dans la dépense totale
 - politiquement : création de l'UNOCAM, CMUC...

45

2. Le paysage à l'heure actuelle (5/7)

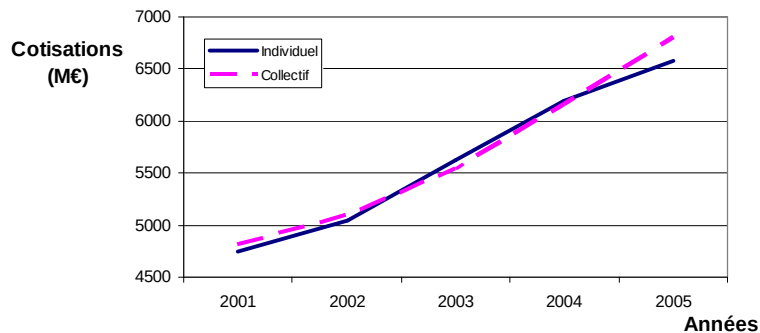
Part des OC dans la dépense de soins et biens médicaux :



46

2. Le paysage à l'heure actuelle (6/7)

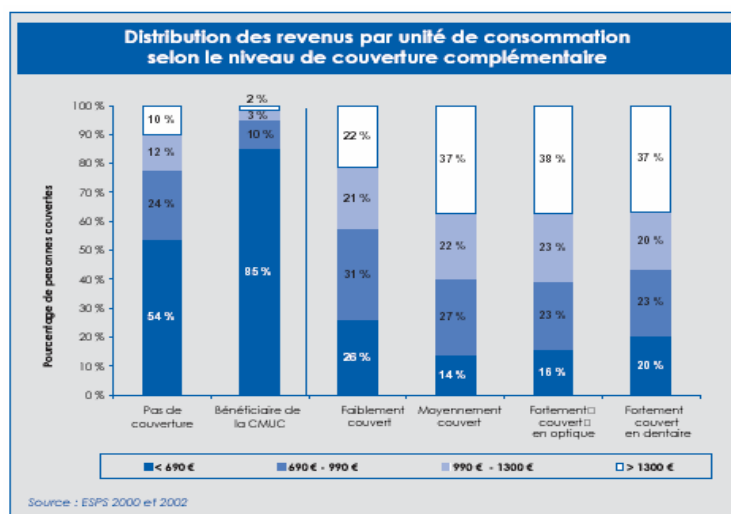
Evolutions des cotisations des assurances en cas de maladies (Source FFSA) :



47

2. Le paysage à l'heure actuelle (7/7)

- Niveau de couverture × Revenu :



48

3. Quelques problèmes posés par ce type d'assurance (1/3)

- **L'assurance santé privée complémentaire :**

Dans la mesure où le ticket modérateur est un instrument de modération de la demande dans le régime public, sa couverture par une assurance-maladie privée en neutralise l'effet ; c'est pourquoi certains états l'interdisent.

Ainsi la Suisse n'autorise pas la couverture par une assurance-maladie volontaire de la part laissée à la charge de l'utilisateur par l'assurance-maladie obligatoire.

En France, les assureurs complémentaires sont fortement dissuadés de rembourser le nouveau forfait d'un euro par consultation.

49

3. Quelques problèmes posés par ce type d'assurance (2/3)

- **L'assurance santé privée complémentaire (suite) :**

En outre, selon Polton et Rochaix (2004) : l'assurance complémentaire santé « réintroduit l'inéquité de financement que l'assurance obligatoire avait cherché à supprimer : inéquité à la fois verticale, dès lors qu'en règle générale les primes d'assurance complémentaire sont indépendantes du revenu et donc régressives, et horizontale, car elles varient fréquemment en fonction du risque. »

L'*équité horizontale* consiste à traiter de façon identique des cas identiques (exemple : même accès aux soins à localisation et cancéreuse et stade identiques).

En revanche, l'*équité verticale* consiste à traiter différemment des cas différents (exemple : réduire les différences de mortalité cancéreuse selon le milieu social).

50

3. Quelques problèmes posés par ce type d'assurance (3/3)

- **L'assurance santé privée supplémentaire :**

Il se peut que l'assurance-maladie privée supplémentaire assure des prestations non essentielles, ou inversement donne aux individus accès à des prestations qui devraient logiquement être incluses dans la couverture publique parce qu'elles impliquent un risque financier important ou répondent à une nécessité médicale.

Si l'assurance supplémentaire privée est regroupée avec l'assurance sociale primaire et offerte par les mêmes organismes ou leurs filiales –comme en Belgique, aux Pays-Bas et en Suisse – les différences de réglementation applicable à ces deux segments risquent d'inciter davantage les assureurs à sélectionner les bons risques parmi les assurés sociaux.

51