

CHAPITRE 13

Le rôle des subventions en ce qui concerne la micro assurance : compenser « l'écart de recouvrement »

Reinhard Busse

Que les mécanismes de la réassurance permettent de résoudre efficacement ou non le problème des risques d'insolvabilité liés aux fluctuations aléatoires des dépenses, les unités de micro assurance peuvent se trouver confrontées à un *écart de recouvrement*, c'est-à-dire à un dépassement systématique des recettes par les dépenses d'indemnisation (Preker, Langenbrunner et Jakab, chapitre 1 du présent ouvrage). L'écart de recouvrement n'ayant pas un caractère aléatoire, la réassurance ne résout pas le problème. Par conséquent, à ce problème financier, il convient de rechercher des solutions en dehors du cadre de la gestion du risque : du côté des subventions.

Le présent chapitre se fonde essentiellement sur l'histoire de l'assurance santé en Europe occidentale.¹ Nous y expliquons les raisons de l'écart de recouvrement, notamment les dépenses de santé non assurables, et nous y présentons un modèle d'analyse du rôle, dans la compensation de cet écart, des subventions financées par la fiscalité, par les donateurs extérieurs et par d'autres sources.² Nous y étudions le rôle et l'ampleur des subventions fiscales dans les pays d'Europe occidentale, en traitant des questions comme de savoir si les subventions fiscales réduisent les inégalités du système, ou de savoir si elles ne sont qu'une mesure à court terme ou si elles restent constamment nécessaires. Deux raisons nous conduisent à partir de l'expérience des pays d'Europe occidentale, bien qu'il s'agisse de traiter du contexte apparemment différent qui est celui des micro assureurs dans les pays à revenu faible et intermédiaire :

- la plupart des caisses d'assurance santé ont été au départ une forme de micro assurance ;
- le meilleur moyen d'estimer la dépendance à long terme vis-à-vis des subventions fiscales est d'étudier les systèmes bien développés dans les pays ayant derrière eux une longue histoire de l'assurance sociale et de santé.

C'est de cette expérience que l'on peut tirer quelques leçons pour les pays à revenu faible et intermédiaire qui s'embarquent sur le chemin de l'assurance.

L'auteur tient à remercier pour leurs précieux commentaires sur l'ébauche de ce chapitre Joe Kutzin, Conseiller résident senior de l'OMS pour le Projet d'analyse de la politique de santé MANAS, Bishkek, Kirghizie, ainsi que Michael Cichon, responsable de la Branche financière, actuarielle et statistique du Secteur de la protection sociale de l'Organisation internationale du travail.

278 Le rôle des subventions en ce qui concerne la micro assurance...

D'OÙ VIENT L'ÉCART DE RECOUVREMENT ?

D'où peut provenir un écart de recouvrement ? On peut trouver des réponses dans la théorie comme dans l'histoire.

Dans l'étude prévisionnelle des recettes d'un système d'assurance, cinq facteurs essentiels entrent en jeu : le taux de contribution ou la prime par tête, la base de la contribution, le taux de déclaration, le taux de perception et les dépenses. Une erreur d'estimation sur n'importe lequel de ces facteurs est susceptible d'entraîner un déficit.

Pour le calcul d'un niveau de recettes qui satisfasse leurs besoins, les micro assureurs ont deux options : déterminer une prime par tête ou, ce qui est plus courant, fixer le pourcentage de la base de contribution, le *taux de contribution*. La base de contribution est généralement le revenu du travail, mais elle peut aussi inclure un autre revenu (le revenu des investissements par exemple) ou des actifs.

L'Encadré 13.1 comprend des formules simples pour le calcul de la prime par tête nécessaire et du taux de contribution. Ces formules tiennent compte de facteurs tels que l'honnêteté des déclarations de revenu des assurés (*le taux de déclaration*) ou la capacité du micro assureur à percevoir en totalité les primes ou contributions (*le taux de perception*). Ces deux taux fluctueront entre un maximum de 100 % (si la totalité du revenu est déclarée ou perçue) et un 0 % théorique. Comme on peut le voir dans les formules de l'Encadré, lorsque les 100 % ne seront pas atteints par ces facteurs, il sera nécessaire d'accroître les primes ou contributions - sous peine d'observer un déficit.

ENCADRÉ 13.1 LE CALCUL DE LA PRIME ET DU TAUX DE CONTRIBUTION

La formule de base pour le calcul de la prime est la suivante :

$$(1a) \text{ Prime par tête nécessaire} = \frac{\text{(total des dépenses - co-paiements - autre revenu)}}{\text{nombre de bénéficiaires.}}$$

Si l'on prend l'exemple facile d'une dépense totale de 1 000 unités de compte monétaires (UC), d'un montant de co-paiements de 100 UC (en supposant qu'il n'y a pas d'autre revenu) et de 100 bénéficiaires, on obtient une prime de 9 UC.

La formule de calcul du taux de contribution, donnée par Cichon et autres (1999) est la suivante :

$$(2a) \text{ Taux de contribution nécessaire} = \frac{\text{(total des dépenses - co-paiements - autre revenu)}}{\text{base de contribution.}}$$

Si l'on suppose les mêmes dépenses, les mêmes co-paiements et le même nombre de bénéficiaires, et une base de contribution de 10 000 UC (soit en moyenne 100 UC par individu), on obtient un taux de contribution de 9 %.

Si l'on prend en compte à la fois le taux de déclaration et le taux de perception, les formules sont les suivantes :

$$(1b) \text{ Prime par tête nécessaire} = \frac{\text{(total des dépenses - co-paiements - autre revenu)}}{\text{nombre de bénéficiaires} \times \text{taux de perception.}}$$

En retenant les valeurs de (1a), un taux de perception de 90 % ferait passer la prime nécessaire à 10 UC, et un taux de 80 % à 11,25 UC (Remarque : la prime étant indépendante du revenu des bénéficiaires, le taux de déclaration n'entre pas dans la formule).

$$(2b) \text{ Taux de contribution nécessaire} = \frac{\text{(total des dépenses - co-paiements - autre revenu)}}{\text{base de contribution} \times \text{taux de déclaration} \times \text{taux de perception.}}$$

En retenant les valeurs de (2a), un taux de déclaration et un taux de perception égaux à 90 % feraient passer la contribution nécessaire à 11,1 %, et des taux égaux à 80 % la feraient passer à 14,1 % environ (elle augmenterait alors de plus de moitié).

(Suite de l'Encadré page suivante)

ENCADRÉ 13.1 (suite)**Correction pour tenir compte des déficits de revenu**

Si la prime nécessaire ou le taux de contribution nécessaire sont inférieurs à ces niveaux (c'est-à-dire si la prime effective ou si le taux de contribution réel est au-dessous du niveau qui est nécessaire), il convient d'introduire dans les formules une nouvelle variable, à savoir un déficit :

(1c) Prime effective par tête = (total des dépenses – co-paiements – autre revenu – déficit) / nombre de bénéficiaires × taux de perception.

En se fondant sur (1b) mais en supposant une prime effective par tête de 9 UC seulement, le déficit atteindrait 100 UC avec un taux de perception de 90 % ou 212,50 UC avec un taux de perception de 80 %.

(2c) Taux effectif de contribution = (total des dépenses – co-paiements – autre revenu – déficit) / base de contribution × taux de déclaration × taux de perception.

En se fondant sur (2b) mais en supposant un taux effectif de contribution de 9 % seulement, le déficit atteindrait 211,11 UC avec des taux de déclaration et de perception de 90 % ou 500,63 UC avec des taux de 80 %.

Correction pour tenir compte de la couverture des indigents

On peut montrer les effets de l'inclusion de personnes indigentes dans la couverture de l'assurance, par rapport aux calculs de la prime par tête (1a) et du taux de contribution (2a). Supposons que dans les deux cas, on ajoute au nombre d'assurés (de bénéficiaires) 20 individus indigents ayant des besoins comparables à ceux des autres membres en matière de santé. Il en résultera une dépense stable par tête.

Ces 20 nouveaux affiliés ne pouvant payer de prime ni de co-paiement, les dépenses totales passeront de 900 UC à 1.100 UC. L'ajout des 20 indigents entraînera soit une augmentation des primes des bénéficiaires initiaux, qui passeront alors à 11 UC (le taux de contribution nécessaire atteignant alors 11 %), soit un déficit de 200 UC (qui pourra s'ajouter au déficit résultant des taux de déclaration et de perception imparfaits). Des subventions peuvent permettre de combler ce genre d'écart de recouvrement, dû à l'extension de la couverture santé aux indigents.

Ainsi, une mauvaise appréciation du taux de déclaration ou du taux de perception peut facilement entraîner un déficit - si les taux réels sont inférieurs à 100 %. Même si ces déficits constituent un certain type d'« écart de recouvrement », les subventions ne sont pas censées les couvrir. Pour résoudre le problème, il conviendra plutôt d'analyser les raisons des lacunes observées.

Susceptibles d'entraîner un véritable écart de recouvrement, les dépenses et la base de contribution, en revanche, méritent une attention soutenue.

Côté dépenses, Dror a souligné plusieurs problèmes (chapitre 5 du présent ouvrage). Un écart de recouvrement peut refléter :

- des anticipations d'avantages accrus du côté de la demande, sans hausse de la prime ni du revenu en guise de contrepartie ;
- un risque moral induit par l'offre ainsi qu'une tarification monopolistique, si la concurrence entre les offreurs est faible ou inexistante ;

280 Le rôle des subventions en ce qui concerne la micro assurance...

- des pressions dues à l'inflation ou à une pandémie (comme par exemple le SIDA).

Si la dépense globale n'est pas affectée par des anticipations irréalistes de revenus élevés de la part des prestataires, un écart de recouvrement provenant des autres raisons citées devrait pouvoir justifier l'obtention de subventions. (Lorsque l'on estime que certaines anticipations de revenu sont « irréalistes », une attitude libérale peut être justifiée. Après tout, on peut supposer que des professionnels solidement formés travaillent dans des régions rurales à revenus faibles, dans lesquelles le différentiel de revenu entre eux-mêmes et les assurés doit nécessairement être élevé.) Le problème des dépenses, qui ne sera pas davantage abordé ici, est à lui seul un sujet d'étude (Dror, chapitre 5 du présent ouvrage).

En ce qui concerne la base de contribution, il convient de faire une distinction entre un écart de recouvrement relatif à l'ensemble des assurés et un écart qui se concentre sur certains segments de la population des assurés. Dans le premier cas, la base économique est trop faible en comparaison des dépenses (voir ce qui précède).

Dans le second cas, la concentration de cet écart sur certains segments de la population ne posait pas initialement de problème en Europe occidentale, l'assurance sociale et de santé étant liée au travail. Tous les affiliés avaient un emploi, même si leurs revenus, le nombre de personnes à leur charge et leur état de santé pouvaient varier notablement.

Progressivement, la couverture sociale a été étendue aux segments de la population inactive en Europe occidentale, tout d'abord aux Pays-Bas (en 1968) et plus tard en Suisse (en 1996), en Belgique (en 1998) et en France (2000). Depuis 1968, instaurée dans le cadre de la Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles, l'AWBZ universelle néerlandaise couvre les soins à long terme et les programmes de prévention à l'échelle de la population, et principalement les services « non assurables ».

La création de systèmes d'assurance sociale et de santé couvrant toute ou presque toute la population a obligé les planificateurs à s'efforcer de trouver des moyens d'inclure tout le monde sans créer un écart de recouvrement. Les affiliés ne souhaitent pas toujours voir leurs contributions servir à couvrir les dépenses de santé des affiliés qui ne contribuaient pas.³ Un déficit provenant de l'extension de la couverture santé aux indigents est une raison prioritaire justifiant les subventions. Ce sont les subventions qui peuvent permettre d'éviter que la population contribuant à l'assurance soit excessivement sollicitée (avec pour effet une diminution de l'acceptabilité de l'ensemble du système) et que ceux qui ne peuvent pas contribuer (pleinement) au financement en soient exclus.

Les quatre facteurs évoqués jusqu'à présent - le taux de déclaration, le taux de perception, les dépenses et la base de contribution - sont tous liés à l'incapacité de percevoir des contributions pour des raisons diverses. Une autre raison expliquant un écart entre les recettes d'une caisse d'assurance santé et les dépenses est le fait de ne pas vouloir fixer un taux de contribution suffisamment élevé pour couvrir les dépenses. Parmi les décisionnaires, qui fait un tel choix ? Si les caisses d'assurance, dans la plupart des pays d'Europe occidentale, sont gérées de manière autonome, l'État ou la législation exercent une influence décisive dans la fixation des contributions. En France, selon la loi, les taux de contribution sont négociés entre l'État, les représentants des salariés, les représentants des employeurs et les organismes de la sécurité sociale, mais c'est l'État qui décide en dernière instance. Aux Pays-Bas, le Bureau d'assurance des soins de santé (College voor zorgverzekeringen, CvZ) gère les fonds centralisés exigés selon l'AWBZ et la Loi sur les fonds de

maladie (ZFW) et propose au Ministère de la santé les taux de contribution pour l'année à venir. C'est alors le Ministère de la santé qui fixe les taux.

Seuls l'Allemagne et le Luxembourg ont délégué à des organismes autonomes le pouvoir de décision des taux de contribution : le Luxembourg à l'Union des caisses de maladie et l'Allemagne aux caisses d'assurance elles-mêmes. Les décisions restent cependant soumises à l'approbation de l'État. En Allemagne, pour les fonds gérés au niveau de la région, «l'État» est l'unité d'assurance santé officielle au sein du ministère responsable de la santé du Länder. Un organisme indépendant, le Bureau d'assurance fédéral, est charge de superviser les caisses d'assurance santé à l'échelle du pays. Légalement, les caisses d'assurance santé doivent établir un taux de contribution ni trop élevé ni trop faible pour couvrir l'ensemble des dépenses et pour maintenir les réserves au niveau requis (Code social, livre V, article 220). L'État peut refuser son approbation si le taux calcule ne satisfait pas cette condition, mais il peut aussi intervenir si un organisme d'assurance santé ne propose pas un changement de taux alors qu'il devrait le faire. De même, sous la supervision du Bureau fédéral pour l'assurance sociale, les assureurs suisses peuvent fixer eux-mêmes leurs primes d'assurance communautaire.

Est-il utile de le dire, ni le fait de ne pas vouloir fixer un taux de contribution adéquat ni une réglementation empêchant les micro assureurs de le faire - bien que cela entraîne un écart de recouvrement - ne justifient qu'il y ait des subventions. Pour résorber le déficit, il faut plutôt que changent le cadre reglementaire ou la manière dont les décisions sont supervisées.

POUR COMBLER L'ÉCART DE RECOUVREMENT : UN MODÈLE

Au premier abord, il paraît simple de combler l'écart de recouvrement au moyen de subventions fiscales. Cependant, à y regarder de plus près, un certain nombre d'autres possibilités apparaissent, chacune représentant une logique différente et des implications potentiellement différentes (Figure 13.1).

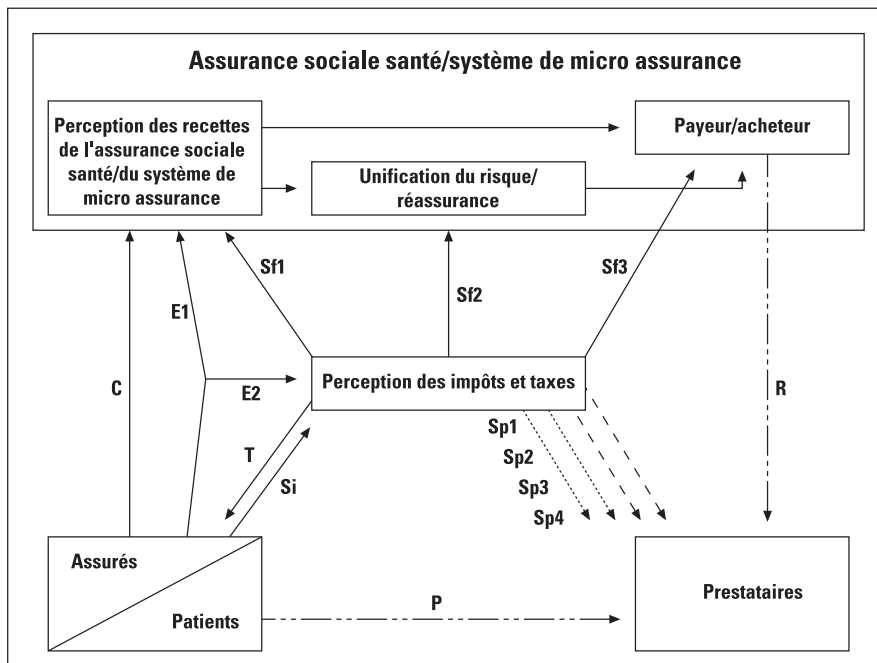
Les subventions peuvent alimenter le système de trois manières : en étant versées aux individus (Si, sur la Figure 13.2), à l'unité de micro assurance sociale ou communautaire (Sf) ou aux prestataires (Sp).

Verser les subventions aux individus

La première option consiste à verser les subventions directement à celui qui en a besoin, généralement défini en termes de faible revenu mais cette notion inclut parfois les personnes en mauvaise santé (Si). Les subventions, qui dans les cas extrêmes couvrent la totalité de la contribution, permettent aux individus de bénéficier d'une couverture d'assurance santé dont ils n'auraient pas les moyens.

282 Le rôle des subventions en ce qui concerne la micro assurance...

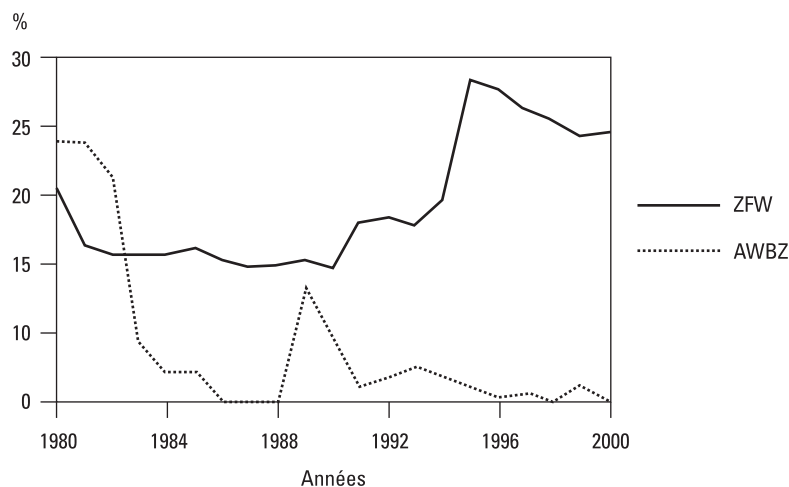
Figure 13.1 Le rôle de la fiscalité et des subventions fiscales dans les flux financiers dans le cadre de l'assurance sociale ou des unités de micro assurance de type communautaire



- C Contributions (liées au revenu et autres)
 E impôts santé spécifiques /hypothéqués
 P dépenses privées (partage du coût des services d'assurance /micro assurance sociale, assurance santé volontaire et dépenses ponctuelles pour l'assurance santé ou les services de micro assurance hors assurance sociale).
 R versement /remboursement des prestataires (directement dans le cadre d'un modèle de contrat ou indirectement dans le cadre d'un modèle de remboursement des patients).
 Sf1 Contributions financées par la fiscalité, par exemple pour les non salariés.
 Sf2 Subventions générales pour le financement unifié /la réassurance de l'assurance /micro assurance sociale.
 Sf3 Subventions pour les unités d'assurance /systèmes communautaires.
 Si Subventions aux individus pour leur permettre de s'assurer.
 Sp1 Subventions générales non spécifiées aux prestataires.
 Sp2 Versements ne concernant pas un service (par exemple investissements)
 Sp3 Remboursement de l'assurance santé non sociale /des services de micro assurance non sociaux (par exemple la santé publique).
 Sp4 Remboursement des services de l'assurance santé non sociale /des individus couverts par la micro assurance.
 T Impôts et taxes finançant les soins (en général).

Ce genre de subvention peut être dirigé directement vers les individus qui en ont besoin. Cependant, les subventions directes présentent aussi des inconvénients : le fait de devoir définir les conditions et les limites d'application, vérifier que les candidats remplissent ces conditions et que les bénéficiaires utilisent ces subventions dans le but prévu - ici, la souscription de l'assurance santé. Aussi a-t-on besoin d'un mécanisme de contrôle passablement complet, ce qui est peut-être envisageable en Suisse mais pas dans tout pays dans lequel apparaît l'assurance santé.

Figure 13.2 Les subventions fiscales dans l'assurance sociale néerlandaise entre 1980 et 2000



Remarque : il s'agit des versements au pool, Sf2 sur la Figure 13.2.

Source : F. Bertens, entretien avec l'auteur, 26 janvier 2001

Verser les subventions aux caisses d'assurance ou aux unités de micro assurance

Verser directement aux caisses d'assurance sociale ou aux unités de micro assurance (Sf1) les contributions à l'attention de ceux qui ont besoin de ce financement est donc sans doute plus indiqué. Un certain nombre de pays d'Europe centrale et de l'Est ont choisi cette option (voir plus loin). Les subventions doivent alors couvrir 100 % des contributions pour ceux qui ont besoin d'en bénéficier, sinon on retrouve les mêmes problèmes qu'avec les subventions versées directement aux individus.

Cette option a elle aussi ses désavantages. Ceux qui n'ont pas besoin de contribuer peuvent se sentir moins concernés par la caisse d'assurance. Ceux qui ne bénéficient pas des subventions risquent de se sentir victimes d'une injustice, si leurs revenus ne sont que légèrement au-dessus de la limite d'admissibilité. Une autre série de problèmes concerne la capacité (et la disposition) de l'organisme qui subventionne (ministère des finances ou financeur externe) à verser le montant nécessaire aussi longtemps qu'il sera nécessaire.

Un certain nombre de ces désavantages peuvent être surmontés, si les subventions sont dirigées vers les ressources financières unifiées de l'assurance santé ou des micro assureurs (Sf2) plutôt que vers les individus. Si l'on veut que de telles subventions puissent combler l'écart de recouvrement pour l'ensemble de la population (plutôt que de juguler simplement la hausse des contributions pour ceux qui ont les moyens de payer l'assurance), encore faut-il que tous les individus adhèrent au système. Cela signifie que le montant de la contribution ne doit

284 Le rôle des subventions en ce qui concerne la micro assurance...

pas être trop élevé, pour ne pas dissuader les pauvres d'adhérer comme cela peut se produire dans un régime de prime par tête (en lieu et place d'une contribution en fonction du revenu). Si la contribution est fixée en fonction du revenu, alors le versement d'une subvention au pool financier - ou à la réassurance - est une possibilité souple de compenser l'écart de recouvrement.

Le versement d'une subvention à l'organisme acheteur (Sf3) est parfois approprié, si par exemple les différences de revenu et de risque entre les caisses d'assurance ou entre les micro assureurs ne sont pas suffisamment compensées par le mécanisme d'unification. On peut citer par exemple les caisses d'assurance /la micro assurance réservées aux indépendants lorsque pour la plupart des autres assurés, la contribution est partagée avec un tiers (généralement leur employeur). Sans subvention, les travailleurs indépendants devraient payer bien davantage que les salariés. Sf3 peut aussi être approprié en cas d'importantes disparités de revenu par habitant entre les régions, ne faisant pas l'objet d'une homogénéisation via le mécanisme d'unification (par exemple pour le maintien de la conformité avec le système dans les régions à revenu élevé). Sf3 permettrait alors de subventionner les acheteurs organisés au niveau de la région et situés dans les régions à revenu faible. Là encore, il s'agit de choisir entre subventionner la prestation de services ou subventionner l'achat de ces services. Dans un cas comme dans l'autre, un ciblage géographique peut être plus facile, pour la plupart des pays, qu'un ciblage en fonction du revenu individuel ou des profils de risque.

Verser les subventions aux prestataires

Les prestataires constituent le troisième groupe possible de bénéficiaires des subventions. Ces subventions peuvent répondre à plusieurs objectifs :

1. Des utilisations générales, non spécifiées, y compris la couverture des dettes (Sp1).
2. Des utilisations spécifiques mais pas liées aux services, souvent pour les investissements (Sp2).
3. Le remboursement pour des services non couverts par l'assurance, comme les mesures concernant la santé publique (Sp3).
4. Le remboursement pour des services à destination d'individus non assurés, les nécessaires (Sp4).

Les options 1 et 4 conduisent à des déficits dans le système, tandis que les options 2 et 3 peuvent être intégrées avec profit dans le financement global. Les subventions de type Sp1 font diminuer les chances de voir des prestataires être d'accord avec la caisse d'assurance sur des niveaux de remboursements compatibles avec la durabilité du système. Les subventions de type Sp4 sont le signal d'alarme indiquant que les autres subventions du système ne sont pas orientées d'une manière propre à garantir aux pauvres les mêmes droits qu'au reste de la population. Leur situation sera meilleure avec des subventions de type Si ou Sf1. Les subventions de type Sp4 peuvent aussi coûter davantage au financeur que ce que lui coûteraient les autres types de subventions, car aucune contribution d'assurance n'est alors payée pour les individus concernés, et le coût du remboursement est alors entièrement supporté par l'organisme qui subventionne (à l'exception possible des honoraires payés de manière ponctuelle).

Les subventions de type Sp2 permettent aux prestataires d'offrir leurs services dans les zones éloignées, là où les micro assureurs sont souvent basés. Sans subventions, les coûts d'investissement risqueraient d'être trop élevés pour un investisseur potentiel, qui serait alors réticent à s'installer en un lieu où manquerait le pouvoir d'achat « garanti » que promettent les zones urbaines, plus riches. Par ailleurs, les subventions de type Sp2 permettent de contenir les remboursements, et ainsi d'éviter un facteur éventuel d'écart de recouvrement. Les subventions de type Sp3 offrent une possibilité de restreindre les avantages de l'assurance sociale /micro assurance aux services assurables, c'est-à-dire d'exclure les services non assurables qui devraient être facilités pour une question de santé publique (par exemple les vaccinations).

COMPENSER L'ÉCART DE RECOUVREMENT : L'EXPÉRIENCE EUROPÉENNE

Pour résoudre le problème des écart de recouvrement, les pays d'Europe occidentale ont adopté différentes approches.

Aux Pays-Bas

Premier système d'assurance sociale et de santé universelle, l'AWBZ des néerlandais est un bon point de départ pour notre exposé. Avant l'AWBZ, une grande partie des soins que couvre aujourd'hui ce système était financée par le revenu global. Le nouveau système d'assurance a permis à l'État d'économiser beaucoup d'argent, et une partie de cette économie a été reconvertie dans le fonds AWBZ en tant que subvention structurelle. Avec les années, cette subvention gouvernementale a évolué à diverses reprises avec l'ajout ou la suppression d'avantages du champ d'application de la Loi. Aussi le fonds AWBZ est-il constitué à la fois de contributions (C) et de subventions gouvernementales (Sf2) (Figure 13.2).

Au départ, le système d'assurance santé pour les personnes âgées et le système d'assurance volontaire ont été en partie financés par l'État. Le 1^{er} avril 1986, le financement de ces deux systèmes a été repris par le Fonds général pour le système de caisses d'assurance santé. Lorsque la Loi sur (l'accès à) l'assurance médicale et la loi régissant le Financement conjoint des patients âgés du fonds maladie sont entrées en vigueur à la date mentionnée ci-dessus, La ZFW a été amendée dans le sens où l'État verserait une dotation annuelle au fonds unifié (Sf2) destinée à financer l'assurance santé pour tous. Le montant de la dotation, déterminé chaque année, a grandement fluctué avec l'inclusion et l'exclusion d'avantages et de segments de la population, dans l'un ou l'autre de ces deux systèmes (Figure 13.2).

En France

Avec son système de contributions d'assurance sociale fixées par l'État, la France est l'exemple d'un autre type d'écart de recouvrement. Le système de la Sécurité Sociale a connu un déficit tout au long des années quatre-vingt-dix, principalement à cause des soins de santé. La volonté politique de ne pas corriger le taux de contribution aux besoins était fondée sur l'idée que les contributions sociales alourdisaient les coûts salariaux au détriment de l'emploi. Dans le cadre

286 Le rôle des subventions en ce qui concerne la micro assurance...

d'une tentative de résoudre ces problèmes d'ordre structurel, sources de difficultés financières, le Premier ministre Alain Juppé, en décembre 1995, a présenté un plan de réforme du financement de la Sécurité Sociale.

Elargir la Contribution Sociale Généralisée était une des principales propositions de ce plan. Cette taxe, prélevée sur tous les types de revenu (épargne, subventions, pensions, revenus de valeurs mobilières) a été fixée à 1,1 % en 1991. Initialement destinées à financer les allocations familiales, les recettes provenant de cette taxe ont été consacrées à la santé à partir de 1996. Par ailleurs, les cotisations salariales pour l'assurance maladie ont été pour une grande part remplacées par une hausse de cette taxe à partir de 1998. Le taux de cotisation d'assurance maladie est descendu de 5,5 % à 0,75 % et la CSG est passée de 3,4 % à 7,5 %, le taux de cotisation global passant ainsi de 8,9 % à 8,25 % mais avec une base de taxation et de contribution élargie. La contribution de l'employeur est restée la même.

Un fonds de réduction de la dette sociale (la Caisse d'Amortissement de la dette sociale) a également été créé, pour gérer une nouvelle taxe sur le revenu, le Remboursement de la Dette Sociale (RDS). Cette taxe est destinée à financer le déficit de la Sécurité Sociale (Lancry et Sandier, 1999, pp. 443 à 470). Depuis 1996, cette nouvelle taxe de 13 ans, fixée à 0,5 % du revenu total est imposée à tout le monde sauf aux bénéficiaires de l'assistance sociale et des pensions d'invalidité.

Il existe maintenant en France trois sources différentes de financement de la Sécurité Sociale : les contributions sociales (C), la taxe destinée à la santé ou CSG (E1) et le RDS (E2) (Figure 13.2). E2 est un mécanisme à travers lequel le financement de l'assurance sociale santé (initialement fondé sur les contributions) est devenu en partie fondé sur la fiscalité. Les débats tourneront à l'avenir autour du choix collectif entre les taxes proportionnelles, notamment la CSG, et les impôts progressifs comme l'impôt sur le revenu (Bouget, 1998).

En Suisse

Tandis que les Pays-Bas alimentent le pool financier du risque par la fiscalité et que la France a transféré une grande partie de son financement des contributions vers la taxation spécifique, la Suisse suit une approche encore différente. Au lieu de subventionner le système d'assurance sociale santé, la Suisse accorde les subventions directement aux individus, sur la base de moyens testés, pour leur permettre de payer l'assurance santé (Si, sur la Figure 13.2). Avant 1996, date de l'introduction du système actuel d'assurance obligatoire, les caisses d'assurance santé recevaient des subventions à concurrence de 30 % environ de leurs dépenses (Sf3). Cependant, pour les personnes en mauvaise santé, les primes devenaient si coûteuses qu'aucune assurance santé ne leur était plus accessible, surtout dans les cantons dans lesquels les dépenses étaient les plus élevées. La nouvelle loi a rendu l'assurance obligatoire, elle a institué une évaluation communautaire par canton, et elle a supprimé les subventions directes aux caisses d'assurance santé. Les subventions aux individus sont calculées de différemment d'un canton à un autre, mais elles peuvent inclure une subvention de la totalité de la prime, selon la police d'assurance choisie (Minder, Schoenholzer et Amiet, 2000).

Quel montant de subventions à partir des taxes ?

Dans tous ces exemples, il existe un certain degré de subvention fiscale, mais il est difficile de dire quelle en est l'importance. Les statistiques internationales sont souvent imprécises en ce qui concerne les sources de financement des soins de santé, quand il s'agit de savoir par exemple si les dépenses par le biais de la taxation incluent des versements à l'assurance sociale financés par la fiscalité (Sf sur la Figure 13.2) ou si ces paiements sont comptabilisés en tant que dépenses d'assurance sociale santé.

L'Autriche et la Suisse, par exemple, financent une grande partie des soins hospitaliers directement par la fiscalité. La part des dépenses d'assurance sociale y apparaît donc relativement faible. Aux Pays-Bas, ainsi que dans d'autres pays, les soins hospitaliers sont financés exclusivement par les caisses d'assurance santé, auxquelles la fiscalité procure d'importantes subventions. Les subventions fiscales versées au pool des fonds d'assurance santé (Sf2) sont également importantes en Belgique et au Luxembourg. En Belgique, le pool financier du système d'assurance santé (Sf2) reçoit près de 60 % de l'ensemble des subventions, et le reste est directement versé aux prestataires, pour couvrir principalement les investissements (Sp2). En Autriche et en Allemagne, les systèmes d'assurance sociale ne reçoivent pas de subventions fiscales - à l'exception, marginale mais valant la peine d'être mentionnée, des caisses des agriculteurs, dans l'un et l'autre pays (Sf3). Mis à part les taxes spéciales mentionnées précédemment, la France recourt aussi aux subventions fiscales directes pour les fonds concernant des affiliés ayant des revenus faibles et des besoins importants comme la caisse des agriculteurs.

Pour estimer le degré d'importance dans un pays des contributions à l'assurance sociale par cotisations salariales et patronales, il est nécessaire de combiner deux facteurs : le pourcentage des recettes de l'assurance sociale que représentent les contributions $C/(C + E1 + Sf)$ (Figure 13.2 ; données pour l'Europe occidentale, Tableau 13.1) et le pourcentage des dépenses globales de santé couvert par l'assurance sociale $(C + E1 + Sf)/(C + E + P + T)$.

D'après ce calcul, l'Allemagne et les Pays-Bas sont les seuls pays d'Europe occidentale à couvrir plus de 60 % de l'ensemble de leurs dépenses de soins par les contributions basées sur les salaires. Jusqu'en 1997, le pays dans lequel ce type de contribution représentait la plus grande part était la France, mais cette part y est descendue au-dessous de 60 % depuis que la base de contribution s'est élargie. Cette part est légèrement inférieure à 50 % en Autriche et au Luxembourg, et inférieure à 40 % en Belgique. A certains égards, la Belgique est plus proche d'un système de financement «mixte», les taxes y représentant 38 % et les contributions de la sécurité sociale 36 % en 1994 (Crainich et Closos, 1999, pp. 219 à 266).

Tableau 13.1 Le financement par la fiscalité dans les systèmes d'assurance sociale des pays d'Europe occidentale, en 1999 et 2000

	<i>Autriche</i>	<i>Belgique</i>	<i>France</i>	<i>Allemagne</i>	<i>Luxembourg</i>	<i>Pays-Bas</i>	<i>Suisse</i>
Etendue des taxes destinées à financer l'assurance santé (% des recettes si disponible)	Généralement non (sauf 23 % pour la caisse des agriculteurs, soit 0,5 % du total)	Oui, 35 à 40 %	Oui (jusqu'à 8 %), plus des taxes spéciales (jusqu'à 34 %) ^a	Généralement non (sauf 52 % pour la caisse des agriculteurs, soit < 1 % du total)	Oui, max. 40 ^b	Oui, AWBZ < 1 %, ZFW < 25 %	subventions indirectes seulement (c'est-à-dire aux assurés et non aux caisses)

a. Supplément de 250 % sur les contributions des retraités, 10 % sur les autres contributions.

b. Pour l'assurance auto, les boissons alcoolisées et la commercialisation des produits pharmaceutiques.

Source : calculs de l'auteur, d'après diverses sources.

288 Le rôle des subventions en ce qui concerne la micro assurance...

En Europe centrale et en Europe de l'Est

Pour pouvoir inclure les pays d'Europe centrale et de l'Est dans la comparaison, il importe de prendre en compte à la fois les contributions directes sur la base des salaires et les contributions globales de l'assurance sociale au total des dépenses de santé. Ainsi, par exemple, en République Tchèque comme en République Slovaque, l'État verse des contributions pour tous ceux qui ne sont pas salariés (Sf1 sur la Figure 13.2). Il s'agit là de plus de 50 % de la population, c'est-à-dire non seulement des personnes retraitées ou sans emploi mais aussi des épouses non salariées et des enfants : des personnes qui dans les pays d'Europe occidentale seraient couvertes en tant que dépendantes d'un affilié (Busse, 2000, Hlavacka et Skackova, 2000). Les contributions sur la base des salaires couvrent environ 65 % du total des dépenses de santé - soit autant ou légèrement plus qu'en Allemagne et aux Pays-Bas et plus d'une fois et demi autant qu'en Belgique. Cette contradiction apparente est due à la faiblesse des contributions de l'État, une des principales sources des difficultés financières que connaissent ces pays.

DAVANTAGE DE SUBVENTIONS, EST-CE DAVANTAGE D'ÉQUITÉ ?

Lorsque l'on cherche à évaluer l'équité en matière de financement des soins, il est possible de procéder par analogie avec les systèmes d'imposition. Dans un système d'imposition *progressif*, la proportion du revenu qui est payée comme impôt augmente avec le revenu. Dans un système d'imposition *régressif*, cette proportion diminue lorsque le revenu augmente. Pour les contributions aux dépenses de santé, c'est la même chose : la proportion du revenu payée pour les soins augmente avec le revenu dans les systèmes de financement progressifs et diminue dans les systèmes de financement régressif.

En Europe occidentale, l'assurance sociale est légèrement moins progressive que l'impôt sur le revenu, mais elle est bien plus progressive que les systèmes de financement privés (Wagstaff et autres, 1999 ; van Doorslaer, Wagstaff et Rutten, 1993). Dans les pays plus pauvres, qui ont des systèmes fiscaux très différents et où la perception des revenus fonctionne de manière très variable, ces résultats peuvent ne pas être applicables. Toutefois, dans tous les cas, le paiement ponctuel privé est la forme la plus régressive de financement des soins.

Dans un système financé par les impôts et taxes, les différences relatives à l'importance des taxes dépendent du dosage entre l'impôt sur le revenu (progressif) et les impôts indirects (régressifs) ainsi que de leur taux de perception. Entre les pays disposant d'un système d'assurance sociale, les différences en termes d'équité dépendent de l'étendue de la composante fiscale et de sa progressivité, de la proportion des paiements privés directs et des différences dans les contributions à l'assurance sociale. Dans les pays d'Europe occidentale disposant d'un système d'assurance sociale, il n'y a pas de corrélation directe entre l'étendue des subventions fiscales et « l'équité financière » telle qu'elle est évaluée dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* (OMS, 2000). La Belgique et le Luxembourg, de par l'importance des subventions, arrivent presque à égalité avec l'Autriche et l'Allemagne. On peut donc penser que ce n'est pas l'étendue des subventions fiscales qui rend le financement des soins plus ou moins équitable mais la manière précise dont les différentes catégories de financement sont définies et combinées.

Les différences d'équité dans les contributions à l'assurance sociale dépendent de la mesure dans laquelle les contributions sont fondées sur le revenu (plutôt que

sur des primes par tête), elles dépendent aussi de la pression fiscale relative à laquelle sont soumis les riches et les pauvres (à travers les plafonds de revenu ou les bonus en l'absence de sinistre), de l'importance de l'unification des contributions et de leur correction en fonction de l'évolution des risques et du fait que les avantages sont entièrement garantis ou supposent un partage des coûts (Normand et Busse, 2002). Lorsque l'on étudie cela en détail, il convient d'accorder une attention particulière à l'inclusion ou à l'exclusion des personnes dépendantes : l'équité diminue lorsque des primes par tête sont perçues pour les personnes dépendantes comme pour les affiliés (comme c'est le cas aux Pays-Bas). Au contraire, l'inclusion des personnes dépendantes peut se traduire par davantage d'iniquité si le revenu contributif est plafonné : si un «millionnaire» dont l'épouse ne travaille pas ne paie qu'une prime alors qu'un couple de la classe moyenne ayant deux revenus paye deux primes.

CONCLUSION

De l'expérience des pays d'Europe, on doit pouvoir tirer plusieurs enseignements importants pour les pays qui découvrent aujourd'hui l'assurance. Premièrement, quelles que soient les qualités du système d'assurance sociale ou du système de santé communautaire conçu et mis en place, quel que soit son nombre d'années d'existence et quel que soit le niveau de richesse du pays, des subventions, sous une forme ou une autre, seront toujours nécessaires pour compléter le système de financement principal. Les subventions constituent le seul moyen d'assurer une couverture adéquate de la population, de stimuler l'offre de services dans des zones qui autrement ne seront pas desservies et d'encourager l'offre de certains services souvent liés à la santé publique. En Europe, l'importance des subventions est très variable : les subventions peuvent être limitées à des montants modestes comme elles peuvent atteindre 50 % du financement total.

Deuxièmement, il n'existe pas un moyen simple et parfait d'introduire des subventions dans le système de financement de la santé. En fonction des besoins du pays, de la capacité de l'administration, du système bancaire et des priorités politiques, les subventions peuvent être octroyées directement aux individus pour leur permettre de souscrire à l'assurance santé, versées à un pool financier (à travers des mécanismes parmi lesquels la réassurance) ou versées aux prestataires pour couvrir les investissements et les services non assurables. Dans la réalité, il s'agit de trouver un dosage équilibrer entre ces options, et il se peut que des aménagements soient nécessaires si l'on n'a pas réussi à obtenir un effet favorable aux plus pauvres (comme en Suisse).

Troisièmement, les subventions ne sont pas une garantie de justice sociale ni la garantie d'un accès plus facile pour les pauvres. La manière dont l'argent des subventions est obtenu a autant d'importance que la manière dont il est dépensé. Selon les moyens utilisés, l'obtention des fonds et leur dépense peuvent parfois aggraver la situation des pauvres, si le système de subvention est mal conçu.

NOTES

- 1 En se référant à la définition de l'assurance sociale qui est celle du Système des comptes nationaux, la micro assurance entre aussi dans cette catégorie si « le programme est mis en œuvre à l'attention d'un groupe et restreint aux membres de ce groupe » (SNA, 1993,

290 Le rôle des subventions en ce qui concerne la micro assurance...

annexe IV, para. 4.111). Tant qu'ils ne sont pas «imposés et contrôlés par des instances gouvernementales» (SNA, 1993, annexe IV, para. 4130) comme en Europe occidentale, ces systèmes doivent cependant être considérés comme une «assurance sociale privée».

- 2 Le modèle intègre des éléments issus d'autres cadres de financement de la santé (OCDE, 1992 ; Kutzin, 2001).
- 3 Pour le plus grand groupe d'indigents, les retraités, les contributions varient d'un pays à un autre d'Europe occidentale, à la fois du point de vue des sommes versées et en ce qui concerne l'organisme responsable du versement. Dans la plupart des cas, les retraités paient sur leur pension le même taux que les salariés sur leur revenu (ou bien, en Suisse, la même prime par tête). Ce montant peut être partagé entre le retraité et la caisse de retraite (qui se substitue à l'employeur, comme en Allemagne et au Luxembourg), ou il peut être assumé entièrement par le retraité (comme aux Pays-Bas). Cependant, le taux de contribution peut aussi être plus ou moins élevé. En Belgique, les retraités ne paient que la part salariale, soit 3,55 %. En Autriche, ils paient davantage, le taux de contribution étant supérieur à 11 %. Les retraités payant eux-mêmes, en moyenne, autant que les actifs (3,75 %), les deux tiers de la contribution sont destinés aux caisses de retraite (Commission Européenne, 1999). Ce type d'arrangement n'est envisageable que si une caisse a assez de membres non retraités pour couvrir les dépenses supplémentaires. Une caisse dont les membres seraient tous à la retraite - ou un micro assureur dont les affiliés seraient tous indigents - ne serait pas viable.

RÉFÉRENCES

- Bouget, D. 1998. "The Juppé Plan and the Future of the French Social Welfare System." *Journal of European Social Policy* 8(2):155-72.
- Busse, R. 2000. *Health Care Systems in Transition—Czech Republic*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. Also available at www.observatory.dk.
- Cichon, M., W. Newbrander, H. Yamabana, A. Weber, C. Normand, D. Dror, and A. Preker. 1999. *Modelling in Health Care Finance: A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing*. Geneva: International Labour Office.
- Crainich, D., and M-C. Closon. 1999. "Cost Containment and Health Care Reform in Belgium." Chapter 4 in E. Mossialos and J. Le Grand, eds., *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- European Commission, Directorate General for Employment and Social Affairs. 1999. *MIS-SOC [Mutual Information System on Social Protection in the European Union]—Comparative Tables*. Available at http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/missoc99/english/f_tab.htm. Last accessed on July 19, 2001.
- Hlavacka, S., and D. Skackova. 2000. *Health Care Systems in Transition—Slovakia*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. Also available at www.observatory.dk.
- Kutzin, J. 2001. "A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements." *Health Policy* 56(3):171-204.
- Lancry, P.J., and S. Sandier. 1999. "Twenty Years of Cures for the French Health Care System." Chapter 9 in E. Mossialos and J. Le Grand, eds., *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Minder, A., H. Schoenholzer, and M. Amiet. 2000. *Health Care Systems in Transition—Switzerland*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. Also available at www.observatory.dk.

Le rôle des subventions en ce qui concerne la micro assurance... 291

- Normand, C., and R. Busse. 2002. "Social Health Insurance Financing." Chapter 3 in E. Mosialos, A. Dixon, J. Figueras, and J. Kutzin, eds., *Funding Health Care—Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 1992. *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Health Policy Studies No. 2. Paris: OECD.
- SNA (System of National Accounts). 1993. *System of National Accounts 1993*. Brussels/Luxembourg, New York, Paris, Washington: Commission of the European Communities, International Monetary Fund, OECD, United Nations, World Bank.
- van Doorslaer, E., A. Wagstaff, and F. Rutten. 1993. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Wagstaff, A., E. van Doorslaer, H. van der Burg, S. Calonge, T. Christansen, G. Citoni, U.-G. Gerdtham, M. Gerfin, L. Gross, U. Häkinnen, P. Johnson, J. John, J. Klavus, C. Lachaud, J. Lauritsen, R. Leu, B. Nolan, E. Perán, J. Pereira, C. Propper, F. Puffer, L. Rochaix, M. Rodríguez, M. Schellhorn, G. Sundberg, and O. Winkelhake. 1999. "Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons." *Journal of Health Economics* 18:263–90.
- WHO (World Health Organization). 2000. *The World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.

