

## QUELLE COMPLÉMENTARITÉ ENTRE AMO ET AMC ?

Actes de la 13<sup>e</sup> Matinée thématique du 19 octobre 2017

### SOMMAIRE

introduction de la matinée

■ Dr Jean-Martin Cohen-Solal ..... 3

#### TABLE RONDE 1

État des lieux sur le partage entre l'AMO et l'AMC et sur les dynamiques actuelles

■ Marianne Cornu-Pauchet ..... 5  
 ■ Claude Gissot ..... 7  
 ■ Grégoire de Lagasnerie ..... 7  
 ■ Catherine Pollak ..... 7  
 ■ Échanges avec l'auditoire ..... 9

#### TABLE RONDE 2

Faut-il des ajustements à la marge ou réinterroger le modèle ?

■ Brigitte Dormont ..... 11  
 ■ Anne-Marie Brocas ..... 13  
 ■ Étienne Caniard ..... 15  
 ■ Véronique Cazals ..... 17  
 ■ Cécile Waquet ..... 18  
 ■ Échanges avec l'auditoire ..... 20

### LE MOT DU PRÉSIDENT

#### Accès aux données de santé pour les chercheurs : le rapport risque/bénéfice est-il bien pesé ?

En mai 2018 entre en vigueur le règlement européen sur la protection des données (RGPD) qui vise à responsabiliser les acteurs concernés en leur demandant d'être capable de démontrer le respect du règlement. Dans le champ sanitaire ce règlement vient en quelque sorte couronner les exigences imposées par la loi santé.

Nous avons consacré l'an dernier une matinée du CES (Lettre du CES de septembre 2017<sup>1</sup>) sur cette question complexe des modalités d'accès aux données de santé. Les grands principes qui animent la loi santé, accès facilité aux données et protection de la personne, sont connus et indiscutables. Il n'est pas question

d'y revenir. L'inquiétude tient à la réalité pratique de l'accès aux données pour l'économiste de la santé dans son activité courante de recherche. Le propre même de la recherche en sciences humaines et sociales dans le champ de la santé, en économie en particulier, est de situer les comportements, ou plus largement les rapports aux systèmes de santé, dans l'environnement économique et social des individus étudiés. Dit autrement, les données de santé, de recours aux soins en particulier, n'ont d'intérêt pour les chercheurs en sciences humaines que si elles peuvent être rapprochées de variables socio-économiques : revenu, statut d'activité, couverture assurantielle, lieu d'habitation, composition du ménage...

<sup>1</sup> [www.ces-asso.org/sites/default/files/lettre\\_du\\_college\\_ndeg\\_2-2017\\_0.pdf](http://www.ces-asso.org/sites/default/files/lettre_du_college_ndeg_2-2017_0.pdf)

(Suite page suivante)

### ÉDITORIAL

#### L'assurance « complémentaire » : une exception française coûteuse

La place de l'assurance privée dans le financement des dépenses de santé en France apparaît relativement élevée au regard des comparaisons internationales, et sur longue période, cette part a tendance à augmenter. Au-delà de cette place croissante, ce qui en fait sa singularité est sa nature : il s'agit pour l'essentiel d'une assurance dite complémentaire, c'est-à-dire qui intervient en complément des remboursements de la Sécurité sociale, pour prendre en charge les co-paiements laissés par le système public pour les consommations de soins à tarif réglementé et pour les dépenses excédant les tarifs de responsabilité quand les tarifs sont libres. Les dépenses prises en charge par les assurances privées ne relevant pas de cette logique complémentaire restent aujourd'hui relativement limitées.

L'assurance publique et l'assurance privée complémentaire interviennent conjointement pour les mêmes populations, sur le

même panier, pour des soins prodigués par les mêmes professionnels de santé. Cette articulation génère des coûts de gestion en doublon, si bien que la France apparaît comme le deuxième pays, derrière les États-Unis, ayant les coûts les plus élevés. Ils s'élèvent à 6 % des dépenses, dont la moitié pour l'assurance privée, contre une moyenne de 4 % pour l'ensemble des pays de l'OCDE. Ce différentiel représente 5 milliards d'euros annuels !

Dans les autres pays, la nature de l'intervention des assurances privées apparaît bien différente. L'assurance privée peut ainsi constituer la couverture maladie de base pour une fraction de la population. Cette configuration peut se retrouver à titre exceptionnel dans quelques États européens (Allemagne pour les 10 % les plus riches de la population, Espagne pour les fonctionnaires...), mais cela ne concerne qu'une minorité de la popula-

(Suite page suivante)

## Collège des économistes de la santé

CESP – Équipe 1 – Hôpital Paul Brousse  
Bâtiment 15/16  
16, avenue Paul Vaillant Couturier  
94807 Villejuif cedex

Tél.: 06 67 52 04 16

E-mail: [sg@ces-asso.org](mailto:sg@ces-asso.org)

Site internet: [www.ces-asso.org](http://www.ces-asso.org)

### Directeur de rédaction:

Jérôme Wittwer,  
assisté de Denis Raynaud  
et Bruno Detournay

### Secrétariat de rédaction:

Claire Maugé

### IRDES Conception maquette:

Franck-Séverin Clérembault (Irdes),  
Anne Evans (Irdes)

### Mise en pages:

Franck-Séverin Clérembault (Irdes)

ISSN: 2266-7857

Tous droits réservés. Les reproductions des textes, graphiques ou tableaux sont soumises à autorisation écrite et préalable du Collège des économistes de la santé.

## Le mot du président (suite)

Ceci suppose généralement pour l'économiste de la santé d'accéder à des données de plusieurs sources appariées entre elles : données d'enquête et données du SNDS par exemple. D'un certain côté, la réforme en cours facilite ce type rapprochement en assouplissant les conditions du recours au NIR pour l'appariement, d'un autre côté, elle peut le compliquer sévèrement en rendant très limitatif l'accès à des données considérées indirectement identifiantes. Plus précisément, le stockage et l'utilisation de ce type de données appariées demande le respect d'un référentiel de sécurité qui risque concrètement de réduire l'accès à de nombreux chercheurs qui ne travaillent pas dans des structures à même de garantir le respect de ce référentiel. Ainsi, certaines bases de données, résultats de l'appariement entre données du SNDS et données d'enquête, largement disponibles aujourd'hui sur le réseau Quetelet, ne le seront certainement plus demain. Par ailleurs les structures pouvant garantir le référentiel de sécurité ne pourront que très difficilement permettre l'accès à leurs données

appariées à des chercheurs extérieurs à la structure. C'est un recul potentiellement significatif dans l'accès effectif aux données pour de nombreux chercheurs en économie de la santé dont on a du mal à mesurer le bénéfice réel.

Alors que la lutte contre les inégalités de santé est une priorité de la stratégie nationale de santé, il serait mal venu que la mise en œuvre de la réforme limite dans les faits la diversité des travaux sur ce sujet qui demande par nature d'utiliser des sources des données détaillées et de sources différentes. La richesse de la recherche en économie de la santé suppose que l'ensemble des chercheurs puissent accéder, dans des conditions pratiques et de sécurité raisonnables, à des données susceptibles de produire de la connaissance utile à tous et aux utilisateurs du système de santé en particulier. ■

**Jérôme Wittwer**

Président du Collège  
des économistes de la santé

## ÉDITORIAL, suite...

tion qui a pu choisir une assurance privée plutôt que l'assurance publique majoritaire. On parle dans ce cas d'assurance substitutive.

L'assurance privée peut aussi couvrir des biens et services qui ne sont pas du tout couverts par l'assurance publique, dans une logique de séparation des paniers entre assurance publique et privée. On parle alors d'assurance supplémentaire. Au Canada, les médicaments en ville et les soins dentaires sont ainsi couverts par des assurances privées. Aux Pays-Bas, on retrouve le même principe d'assurance supplémentaire pour les soins dentaires, les lunettes ou la kinésithérapie qui ne sont pas inclus dans le panier de soins public.

L'assurance privée peut parfois doubler avec l'assurance publique obligatoire pour financer un meilleur accès ou une qualité additionnelle, notamment en permettant l'accès à des prestataires privés. Dans ce cas, les bénéficiaires, en plus de financer le système public obligatoire, choisissent de payer des primes additionnelles privées. On parle alors d'assurance duplicative. Un tel système favorise une « médecine à deux vitesses », ce qui soulève des questions d'équité. Cependant, certains pays encouragent la souscription d'assurances privées duplicatives via des

exonérations fiscales. En Australie, en faisant payer plus cher à l'hôpital public les patients « privés » qui ont une disposition à payer supérieure, ce système participe au financement du système public.

Cette typologie de l'assurance privée décrit des situations bien différentes, mais qui toutes s'appuient sur une forme de séparation entre assurance publique et assurance privée. L'assurance privée sous une forme essentiellement complémentaire est rare. Au sein des pays de l'OCDE, seules la Corée du sud ou la Slovénie nous ressemblent. En Belgique, l'assurance est aussi complémentaire, mais elle représente une part marginale des dépenses.

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en France et la perspective de voir se développer un marché de sur-complémentaire, troisième étage qui complète la complémentaire d'entreprise obligatoire, nous garantira sans contestation possible une place unique au monde ! Mais à quel coût ? ■

**Denis Raynaud**

Directeur de l'Institut de recherche  
et documentation en économie de la santé (Irdes)

Cette Matinée thématique du Collège a été organisée par le CES le jeudi 19 octobre à la Mutualité française (255, rue de Vaugirard, 75015 Paris). Elle a reçu le soutien de la Mutualité française.



### Dr Jean-Martin Cohen-Solal

*Délégué auprès du Président de la Mutualité française*

**A**u nom de la Mutualité Française et de son président Thierry Beaudet, je tiens à vous dire que nous sommes très heureux que vous vous réunissiez dans nos locaux. Sachez que cette maison est aussi la vôtre : l'économie de la santé est au centre de nos réflexions. Pour la Mutualité Française, c'est aussi devenu une actualité toujours plus brûlante au fil des années.

En préparant mon intervention de ce matin, je me suis rappelé que j'avais moi-même fait des études d'économie de la santé. Mon constat d'alors était le suivant : à la suite de mes études de médecine, il y a fort longtemps, je m'étais rendu compte qu'un médecin correctement formé ne connaissait rien à l'économie de la santé. Je m'intéressais déjà aux politiques de la santé à l'époque et donc j'avais suivi le DESS d'économie de la santé de Dauphine. Cela m'avait passionné de découvrir, non seulement l'économie en général, mais aussi celle de la santé en particulier. A vous écouter, à vous lire, j'observe les progrès immenses que cette discipline a faite et la place qu'elle a progressivement prise dans le pilotage des systèmes de santé. Cela nous concerne aussi en tant que mutualistes ; vos réflexions, votre travail sont en effet extrêmement importants et très utiles pour nous empêcher, nous mutualistes, de réfléchir en vase clos. Nous avons besoin du monde extérieur pour nous chahuter dans nos réflexions et les perspectives que nous dressons.

Je voulais également vous dire quelques mots sur le fond.

D'une part, le thème de la matinée nous intéresse évidemment particulièrement. Lorsqu'on observe le monde de la santé, on a l'impression que le débat sur l'existence des mutuelles, des complémentaires santé a, pour l'heure, été réglé. Depuis quelques années, il est clair que l'on a besoin d'une complémentaire santé pour accéder aux soins. Ce n'était pas le cas quand je faisais mes études d'économie de la santé. Or, aujourd'hui ce sont des faits établis : sans complémentaire, les Français ont des difficultés à accéder aux soins. En effet, les complémentaires prennent en charge plus de 13 % des dépenses de santé. C'est le cas depuis une dizaine d'années. Il n'empêche que le ressenti des citoyens est tout autre : ils ont le sentiment que les complémentaires coûtent de plus en plus cher et que le reste à charge augmente de plus en plus. En fait, même si de façon macro les chiffres n'évoluent pas en termes relatifs, en termes absolus et en termes de taux d'effort des citoyens, la réalité est tout autre. Le montant en euros des cotisations des complémentaires a progressé de 2,1 % par an en moyenne chaque année. Les montants pris en charge sont quant à eux passés de 23,3 milliards en 2010 à 26,5 milliards en 2017. Le fait marquant est que l'on dit qu'il y a une stabilité de la répartition des prises en charge entre régime obligatoire, régime complémentaire et ménages. La réalité, que traduit notamment la perception des ménages, est que la complémentaire coûte de plus en plus cher, que le

reste à charge augmente, les ressources et les dépenses de l'Assurance maladie obligatoire croissant selon une courbe quasiment symétrique.

Par ailleurs, l'attention récente des pouvoirs publics à notre égard témoigne bien de la place que nous occupons. Preuve en étaient les programmes santé des différents candidats à l'élection présidentielle.

On voit aussi que la nature des restes à charge couverts a beaucoup évolué.

La prise en charge des dépenses hospitalières a énormément crû, ce qui est un aspect souvent non perçu. Cette part croît de façon importante dans toutes les complémentaires, pas seulement en raison des forfaits journaliers et des chambres particulières. Les remboursements du ticket modérateur ville/hôpital et le forfait journalier représentent 63 % de la prise en charge des mutuelles. La couverture des dépassements d'honoraires, honoraires des postes dentaires, optiques, audioprothèses, dispositifs médicaux, chambres particulières correspond aujourd'hui à plus du tiers de la prise en charge des mutuelles.

Plus spécifiquement, sur les dépassements d'honoraires chez les médecins, il faut noter qu'à partir d'un dépassement d'honoraires de 40 %, à savoir 35 euros de consultation chez un généraliste, les complémentaires remboursent plus que la Sécurité sociale. Cela signifie que la part des complémentaires est supérieure à celle du régime obligatoire dans bien des cas, sans même avoir à atteindre le niveau moyen de dépassement, qui est actuellement de 52 %.

Les complémentaires santé financent aussi, une part de la solidarité nationale par les taxes qu'elles supportent : à hauteur de 5 milliards d'euros, dont à peu près la moitié finance la CMU, l'autre moitié finançant directement l'assurance maladie obligatoire (AMO). D'ailleurs, grâce à un montage fiscal assez particulier, tous les excédents réalisés ces dernières années par le Fonds de financement de la CMU allaient, non pas en réduction des taxes, mais en recettes supplémentaires pour l'AMO.

Au total, les taxes sont passées de 1,75 % à 13,27 % entre 2000 et 2012, soit 76 € par adhérent et par an (contre 5 € en moyenne en 2001).

Pour conclure, est-ce que le système d'aujourd'hui a vécu ?

Il y a de nombreux scénarios qui sont évoqués sur la relation régime obligatoire/régime complémentaire.

D'abord celui d'un statut quo amélioré.

Deuxièmement, le décroisement, avec des interventions sur des paniers distincts au premier euro. Troisièmement, une complémentaire obligatoire, en plus de l'assurance maladie obligatoire, avec une possibilité de surcomplémentaire.

Quatrièmement une assurance maladie obligatoire renforcée avec suppression du régime complémentaire.

Et enfin le bouclier sanitaire, comme mécanisme de régulation des restes à charge.

Toutes ces hypothèses ont leur intérêt, leurs défauts, leurs artefacts, c'est intéressant d'en débattre sans tabou.

Le choix de basculer d'un financement de la protection sociale fondé sur les cotisations sociales vers plus de CSG dans le cadre du prochain PLFSS signifie d'abord un changement de modèle de financement. En parallèle, l'approche privilégiée aujourd'hui par les pouvoirs publics est celle du reste à charge et de leur maîtrise. C'est un objectif affiché du Président de la République et du gouvernement. Il veut aller vers un reste à charge maîtrisé et vers une meilleure lisibilité des contrats. La Mutualité Française y travaille avec différents partenaires : les syndicats de professionnels de santé, évidemment l'assurance maladie obligatoire, les économistes de la santé, les usagers. Le problème qui se pose est de savoir comment aller vers un reste à charge maîtrisé dans des secteurs où les tarifs sont totalement libres ?

De ce fait la Mutualité Française a inscrit ces sujets dans ses réflexions. Elle en fait même un axe majeur dans la

perspective de son Congrès de juin 2018. Nous souhaitons, bien sûr, une prise en charge solidaire, telle que l'incarne l'assurance maladie obligatoire. Pour nous, la complémentarité AMO et AMC est nécessaire et forte, sans naïveté pour autant. Pour améliorer l'efficacité du système, un partage de responsabilités, d'informations, de données est indispensable. On a besoin de mieux travailler ensemble. Il est hors de question d'opposer l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire mais il faut trouver des voies performantes à cette complémentarité. Au-delà du débat AMO et AMC, il ne faut pas oublier qu'il y a plusieurs types d'AMC : il y a UNE assurance maladie obligatoire mais DES assurances maladies complémentaires avec des statuts et des objectifs différents et qui sont dans un secteur concurrentiel.

De plus, les populations couvertes par les différents types de complémentaires ne sont pas les mêmes. Vous savez bien, par exemple, que les mutuelles couvrent plus de 70 % des personnes de plus de 65 ans.

Pour conclure, je voudrais dire que cette complémentarité a aussi du bon puisqu'on a en France le reste à charge le moins élevé des pays de l'OCDE, bien que les Français ne le perçoivent pas toujours. Le Gouvernement actuel ne semble pas dévier dans le choix de maîtrise des restes à charge contrairement à d'autres pays qui les ont laissés filer. Aussi votre travail d'aujourd'hui est très intéressant pour nous éclairer sur les voies et moyens de la complémentarité constructive régime obligatoire/régime complémentaire. ■

## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS PAR L'AMO ET L'AMC POUR LES PLUS MODESTES : ÉTAT DES LIEUX ET ENJEUX

Marianne Cornu-Pauchet

Directrice du Fonds CMU

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :

[www.ces-asso.org/diaporama-de-la-13eme-matinee-thematique-quelle-complementarite-entre-amo-et-amc](http://www.ces-asso.org/diaporama-de-la-13eme-matinee-thematique-quelle-complementarite-entre-amo-et-amc)

J e vais faire un point spécifique sur la manière dont les soins, les frais de santé pour les plus modestes sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. La mixité de notre système d'assurance maladie fait que les individus peuvent être exposés à des restes à charge élevés et Catherine Pollak a bien indiqué que ces restes à charge pouvaient aller jusqu'à 5 000 €. Compte tenu de ce constat, il a été mis en place pour les assurés qui sont en situation de pauvreté importante, des aides publiques pour accéder à une complémentaire santé qui doit permettre d'amortir pour partie les effets secondaires de notre système d'assurance maladie, à savoir le risque de restes à charge élevés.

### La prise en charge AMO-AMC pour les plus modestes

Pour les personnes dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est doublée d'une assurance maladie complémentaire qui fait l'objet d'aides publiques spécifiques. Tout d'abord pour les personnes qui sont très pauvres, c'est-à-dire qui ont des revenus mensuels nets inférieurs à 727 €, le dispositif de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet la prise en charge gratuite de tous les soins, excepté en cas de demandes particulières des assurés - comme une demande de chambre individuelle à l'hôpital ou des demandes de déplacement d'un médecin de nuit pour des raisons non justifiées.

Cette CMU-C a été créée en même temps que la CMU par la loi CMU de 1999. Ensuite, en 2004, l'aide au paiement d'une complémentaire Santé (ACS) a été mise en place, dispositif encore aujourd'hui assez peu connu, et qui a été mis en place à l'époque en réponse aux effets de seuil. En effet, les bénéficiaires qui sortaient de la CMU-C lorsque leur revenu dépassait le seuil ouvrant droit à la CMU C, n'avaient plus d'aide alors même qu'ils restaient en situation de précarité. L'ACS est une aide publique à l'achat d'un contrat complémentaire santé sur le marché privé : c'est un dispositif totalement spécifique. Elle prend la forme d'un chèque qui est accordé au bénéficiaire sous conditions de ressources, puisqu'il faut avoir un revenu mensuel inférieur à 981 € pour une personne seule. Ce chèque - modulé selon l'âge- peut être valorisé lors du paiement de la prime d'assurance santé auprès d'une mutuelle, d'un institut de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance gestionnaire de l'ACS.

Pour les plus démunis, la prise en charge de l'assurance maladie complémentaire est conçue pour annuler ou limiter le risque de restes à charge élevés, avec deux moyens : d'abord la définition d'une couverture large, c'est-à-dire que la CMU C et l'ACS prennent en charge le ticket modérateur pour l'ensemble des soins, que ce soit en ville ou à l'hôpital et par ailleurs la prise en charge du forfait journalier hospitalier à 100 %, que ce soit à l'hôpital ou en séjour psychiatrique. Mais ce qui est intéressant surtout dans la couverture maladie complémentaire de ces dispositifs - et c'est un sujet qui est d'actualité aujourd'hui avec les objectifs présidentiels d'aboutir à des restes à charge zéro pour les soins coûteux - c'est la mise en place très tôt de tarifs plafonds opposables aux professionnels de santé. Pourquoi ? Parce que pour les soins coûteux, tels que les prothèses dentaires, l'optique et les audioprothèses, la liberté tarifaire peut alourdir de manière importante les dépenses de santé. Pour la CMU-C, des tarifs plafonds définis par décret ont été introduits pour l'ensemble de ces soins coûteux : pour les prothèses dentaires, l'optique et les audioprothèses.

Par ailleurs, pour les soins courants, les tarifs conventionnels doivent être appliqués. En ce qui concerne les consultations chez les médecins, quel que soit le secteur de conventionnement du praticien, qu'il soit en secteur 1 ou secteur 2, les tarifs conventionnels sont opposables pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Cependant aujourd'hui, on peut faire le constat que les prises en charge des personnes en situation de pauvreté forment un système « à deux étages ». La CMU C assure la gratuité des soins pour des populations dont les ressources sont inférieures à 727 € par mois. Mais au-delà de ce seuil, l'ACS qui prend le relais, peut laisser un reste à charge important pour les assurés, du fait :

- 1) du reste à charge à l'acquisition du contrat de complémentaire privée, puisque le chèque n'est pas forcément suffisant pour payer la totalité de la prime
- 2) et d'un reste à charge sur les dépenses de santé puisque l'ACS n'est pas assortie de tarifs plafonds concernant les prothèses dentaires, les audioprothèses et l'optique.

Le fonds CMU-C produit chaque année un bilan sur le prix et le contenu des contrats privés de complémentaire santé proposés aux bénéficiaires de l'ACS. Avant 2015, il ressortait de ces différents constats que les assurés avaient beaucoup de mal à choisir, parmi le maquis des contrats

privés de complémentaire santé, ceux qui étaient le plus adaptés à leurs besoins en santé. Ils se dirigeaient plutôt vers des contrats relativement chers avec des garanties qui n'étaient pas forcément adaptées. Quand on regardait le prix moyen des contrats souscrits dans le cadre de l'ACS, on se rendait compte qu'il y avait une importante question d'efficacité, de visibilité.

### La réforme de l'ACS en 2015

C'est pourquoi en 2015, les pouvoirs publics ont réformé l'ACS en définissant trois contrats types : les contrats A, B et C. Ces trois contrats types ont l'avantage de proposer des garanties minimales : la prise en charge du ticket modérateur à 100 % pour tous les soins, la prise en charge du forfait journalier hospitalier et des prises en charge complémentaires pour les soins coûteux variables selon le contrat.

Le contrat A est le contrat d'entrée de gamme : il prend en charge le ticket modérateur pour l'optique et 125 % du tarif de sécurité sociale pour les prothèses dentaires. Le contrat intermédiaire B comporte des montants de prise en charge complémentaire pour les lunettes au-delà de la part couverte par l'assurance maladie obligatoire et les prothèses dentaires sont financées à hauteur de 225 % du tarif de sécurité sociale. Et enfin, le contrat C, qui est le contrat de niveau supérieur en termes de garanties, est le seul contrat qui prévoit un financement de l'audioprothèse au-delà de la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, à hauteur de 450 euros.

Ces trois contrats ont été définis par les pouvoirs publics puis, pour garantir un rapport qualité prix des contrats acceptable, les pouvoirs publics ont procédé à une mise en concurrence. A la suite de cette mise en concurrence, onze groupements d'organismes complémentaires ont été retenus. Ces onze groupements ont des offres qui répondent aux cahiers des charges de ces trois contrats, qui sont les seuls contrats pour lesquels les bénéficiaires peuvent utiliser leur chèque ACS.

Pour finir je vais vous faire un petit bilan de cette réforme. En premier lieu, ce qui est intéressant, c'est de constater que le fait de définir trois contrats types a permis aux assurés d'avoir une meilleure visibilité puisqu'ils n'avaient finalement qu'à choisir entre trois contrats et pouvaient mieux sélectionner celui qui correspond à leurs besoins de santé.

Quand on analyse le niveau de garantie souscrit aujourd'hui, il est supérieur à ce qu'il était auparavant. Regardons la répartition des contrats ACS en fonction de la classification de la DREES qui classe l'ensemble des contrats du marché privé en cinq niveaux, du niveau de garantie le plus faible qui est le niveau E au niveau de garantie le plus élevé qui est le niveau A. En 2014, avant la réforme, les contrats ACS étaient pour 43 % d'entre eux des contrats qui correspondaient à une garantie de marché de niveau E et donc assez faible. Après la mise en place de la réforme, le contrat A (qui est le contrat

d'entrée de gamme de l'ACS et correspond à la catégorie E) ne représente plus que 22 % du total. Ce que l'on constate aujourd'hui c'est que les contrats B et C, c'est-à-dire le contrat intermédiaire et le contrat le plus couvrant, sont souscrits par deux tiers des bénéficiaires, ce qui montre bien qu'en termes de lisibilité cette réforme a permis d'améliorer les choses pour les assurés.

### Les restes à charge en santé des bénéficiaires de l'ACS

Quand on analyse la dépense totale de soins des bénéficiaires de l'ACS, on constate que les bénéficiaires participent au financement de leur dépense totale de soins à hauteur de 6 %. Ce chiffre est sans doute un peu surestimé car dans les données que les organismes complémentaires nous remontent, la dépense totale hospitalière n'est pas totalement exhaustive. Les organismes complémentaires connaissent bien leurs remboursements - la partie complémentaire - mais ne disposent pas toujours de l'exhaustivité des remboursements correspondant à la partie assurance maladie obligatoire. Les dépenses hospitalières des bénéficiaires de l'ACS étant prises en charge à 100 %, on peut faire le diagnostic que ce 6 % est peut-être un peu élevé par rapport à la réalité. Cela dit, il est à comparer à l'ordre de grandeur du reste à charge pour l'ensemble des assurés : selon les chiffres de la DREES des comptes de la santé, la participation moyenne des assurés à l'ensemble des dépenses en santé s'élève à 8 %.

En revanche, quand on regarde la couverture sur différents soins, ce que l'on voit c'est que la participation des assurés peut être beaucoup plus élevée sur les soins coûteux. Par exemple, pour l'optique, le taux de couverture de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire n'est que de 16 % pour les bénéficiaires du contrat A, ce contrat ne couvrant que le ticket modérateur en optique. Il faut pointer ici deux choses. La première c'est que sur les soins courants (les consultations médicales notamment) nos données font état de restes à charge non négligeables. Ce qui veut dire que, en moyenne, sur l'ensemble des bénéficiaires de l'ACS examinés, l'opposabilité des tarifs conventionnels n'est pas toujours appliquée ; des dépassements leur sont appliqués. C'est un constat qui avait déjà été fait par la Cour des Comptes, c'est une réalité et on le retrouve ici. Ensuite le deuxième point c'est que sur le poste dentaire le taux de couverture très élevé cache deux niveaux de prise en charge : les consultations - qui sont prises en charge à 100 % et pour lesquelles le taux de couverture est important - et les prothèses dentaires. Ce qui ressort c'est que les bénéficiaires de l'ACS qui consomment des prothèses dentaires participent à hauteur d'un tiers à deux tiers de leurs dépenses en prothèses dentaires. Pour les audioprothèses, la participation peut aller jusqu'aux trois quarts de la dépense.

Aux restes à charge en santé, il faut enfin ajouter le reste à payer pour l'acquisition du contrat qui en moyenne, après valorisation de l'aide, s'établit entre 100 € et 260 €.

### **Perspectives : vers un RAC zéro pour les bénéficiaires de l'ACS ?**

Je vais terminer en ouvrant à nouveau la discussion sur le sujet du « RAC zéro ». Depuis le 1er octobre 2017, les titulaires de l'ACS bénéficient des mêmes tarifs plafonds pour les prothèses dentaires que ceux en vigueur pour les bénéficiaires de la CMU-C. C'est un premier pas vers le reste à charge zéro pour les bénéficiaires de l'ACS, cela va limiter leur participation financière aux soins prothétiques dentaires de manière assez importante.

La question qui se pose maintenant, c'est comment fait-on pour assurer l'effectivité de l'application de ces tarifs opposables, et faut-il aller plus loin car il restera quand même des actes prothétiques dentaires avec du reste à charge. De manière générale, quels sont les moyens de parvenir au reste à charge zéro pour ces bénéficiaires ? De mon point de vue, si on vise un reste à charge zéro sur ces soins coûteux, commencer par les assurés qui sont en situation de pauvreté me paraît être une priorité. ■

## **RESTE À CHARGE APRÈS REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE**

**Claude Gissot**

*Directeur de la Stratégie, des études et des statistiques (Cnam)*

**Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :**

[http://www.ces-asso.org/sites/default/files/ces\\_19\\_octobre\\_2017.pdf](http://www.ces-asso.org/sites/default/files/ces_19_octobre_2017.pdf)

## **LA PRISE EN CHARGE DES SOINS PAR L'AMO ET L'AMC POUR LES PLUS MODESTES : ÉTAT DES LIEUX ET ENJEUX**

**Grégoire de Lagasnerie**

*Chef de bureau « Économie de la santé », Direction de la Sécurité sociale*

**Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :**

<http://www.ces-asso.org/sites/default/files/amo-amc-vf.pdf>

## **AMO-AMC : QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES CONSÉQUENCES DE LA MIXITÉ DU SYSTÈME FRANÇAIS SUR L'ÉQUITÉ**

**Catherine Pollak**

*Chef de bureau « Assurance maladie et études sur les dépenses de santé » (Drees)*

**Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :**

[http://www.ces-asso.org/sites/default/files/matinee\\_ces\\_19\\_oct\\_2017\\_equite\\_partage\\_amo\\_amc\\_drees\\_cpollak.pdf](http://www.ces-asso.org/sites/default/files/matinee_ces_19_oct_2017_equite_partage_amo_amc_drees_cpollak.pdf)

**J**e vais commencer par une des questions qui a été évoquée par Denis Raynaud : l'enjeu de l'équité de l'articulation entre AMO et AMC en vous donnant quelques considérations sur les conséquences de la mixité du système français sur l'équité.

Il faut avoir en tête que les objectifs de l'assurance privée et de l'assurance publique ne sont pas les mêmes. L'objectif d'une assurance privée est d'assurer une soli-

darité entre malades et biens portants mais du point de vue de l'Assurance Maladie, de la Sécurité sociale, de l'État au sens large, on souhaite que le système d'assurance maladie remplisse des objectifs d'équité qui vont au-delà, et notamment des objectifs d'équité horizontale et verticale. Tout d'abord, le système d'assurance maladie, pour assurer un bon fonctionnement de l'assurance privée, veille à ce que ou doit veiller à ce que le marché privé permette une bonne mutualisation du risque

et donc d'accessibilité financière à l'AMC. L'idée est que l'on souhaite garantir un égal accès à l'assurance et que le poids des dépenses de santé dans le revenu des ménages ne soit pas trop élevé. C'est ce point que j'aborderai en premier.

Ensuite, un des objectifs de l'assurance maladie est d'assurer une équité verticale dans son financement, ce qui renvoie au principe de « chacun selon ses moyens ». C'est l'idée qu'il y ait une déconnexion entre le financement et la consommation de soins, avec un financement qui soit au moins proportionnel aux capacités contributives des ménages, si ce n'est progressif pour assurer une forme de redistribution verticale entre les ménages les plus aisés et les ménages les plus modestes. Il s'agit de l'objectif d'équité verticale dans le financement.

Enfin l'État souhaite assurer une équité horizontale dans la consommation de soins, ce qui renvoie au principe de « à chacun selon ses besoins ». On souhaite que le système permette un accès aux soins qui soit fonction des besoins et de l'état de santé et non pas fonction des capacités contributives. Ce sera le point sur l'objectif d'équité horizontale.

### **Mutualisation du risque et accessibilité financière à l'AMC**

Le système d'assurance maladie obligatoire compense fortement les dépenses de santé avec l'âge. Les dépenses moyennes des consommations de soins augmentent fortement avec l'âge, le reste à charge après assurance maladie obligatoire augmente lui moins avec l'âge. Ce sont différents mécanismes du système d'assurance maladie obligatoire qui permettent de compenser cette augmentation des dépenses de santé et notamment les dépenses des personnes plus âgées qui sont orientées vers des soins qui sont mieux remboursés et le dispositif d'affectation longue durée (ALD). Cela crée une mutualisation du risque sur le marché privé qui est favorable sur le principe à un bon fonctionnement de l'assurance maladie complémentaire.

Si l'on se concentre sur le système ALD, les restes à charge après AMO des personnes en ALD sont effectivement plus élevés que ceux des personnes qui ne sont pas en ALD. L'écart s'explique surtout par l'âge plus élevé des personnes en ALD et lorsqu'on compare les restes à charge des plus de 65 ans en ALD et n'étant pas en ALD, ils sont relativement proches. Le système ALD limite le risque de sélection sur le marché privé.

Mais il subsiste quand même des restes à charge après assurance maladie obligatoire qui sont catastrophiques : 1% des consommateurs peuvent atteindre 5 000 € et pour les 10% des personnes ayant les dépenses les plus élevées les restes à charge dépassent 2 000 €. Ces restes à charge sont largement composés de dépenses hospitalières, y compris opposables, et de soins avec liberté tarifaire : soins dentaires, audioprothèses, dépassements d'honoraires et de soins d'optique qui sont eux plus répartis sur

l'ensemble des consommateurs. Le problème n'est pas tant la répartition des restes à charge moyen mais leur niveau, le risque de restes à charge y compris opposables catastrophiques et le fait qu'ils soient largement composés des restes à charge hospitalier. Ce qui je pense justifie largement l'existence d'une assurance complémentaire et aussi explique la volonté de son universalisation et du besoin de régulation.

Comme je vous le disais, l'assurance maladie compense bien l'augmentation des dépenses de santé avec l'âge mais les restes à charge augmentent néanmoins avec l'âge. Par conséquent les primes sur le marché privé des contrats individuels augmentent également avec l'âge, ce qui pose des difficultés financières aux ménages les plus âgés et les plus modestes. On voit par exemple que le taux d'effort, c'est-à-dire le poids des dépenses de santé dans le revenu - reste à charge après assurance complémentaire et primes - augmente lors du passage à la retraite et c'est problématique en particulier pour les retraités modestes qui consacrent, pour le premier quintile de niveau de vie, 11% de leur revenu à ces dépenses de santé contre un peu plus de 3% pour les retraités les plus aisés.

### **Équité verticale dans le financement**

Pour ce qui est de l'équité verticale dans le financement, la solidarité du système d'assurance maladie français tient très fortement à la progressivité de son financement qui assure une forte équité verticale. En effet, les contributions à l'assurance maladie obligatoire en proportion du revenu disponible sont progressives, principalement en raison de l'assiette d'imposition (CSG et cotisations). Donc elles créent de la redistribution et réduisent les inégalités de niveau de vie.

Ce n'est pas le cas de l'assurance maladie complémentaire puisqu'elle ne répond pas aux mêmes objectifs. Sur le marché de l'individuel, on a une tarification qui est, pour 90% de ses bénéficiaires, une tarification à l'âge. Il y a de la solidarité et de la tarification revenu sur le marché des contrats collectifs, pour à peu près 43% des bénéficiaires de contrats collectifs mais cela ne suffit pas à ce que l'assurance complémentaire crée de la redistribution entre les déciles de niveau de vie.

Pour ce qui est des restes à charge, ils sont plus élevés chez les ménages les plus aisés mais pèsent davantage dans le revenu des ménages modestes.

### **Équité horizontale dans la consommation de soins**

Ensuite, pour ce qui est de l'équité horizontale dans la consommation de soins, la consommation de soins est bien déconnectée du niveau de vie avec une consommation de soins un petit peu plus élevée dans les premiers déciles de niveau de vie. Ceci est dû à des inégalités sociales de santé et un état de santé qui est en moyenne moins bon pour les ménages modestes. Ces inégalités sociales de santé sont partiellement compen-



sées par l'AMO du fait d'une meilleure prise en charge de certains soins, du fait du système ALD (il y a davantage de personnes en ALD parmi les ménages modestes) et du fait de la CMU-C (dont les remboursements sont considérés ici comme de l'assurance maladie obligatoire).

Les remboursements de l'assurance maladie complémentaire sont eux un peu plus faibles pour les ménages les plus modestes. C'est lié à un taux de couverture plus faible avec davantage de personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire, malgré les dispositifs d'aide à la complémentaire santé et de la CMU-C, et aux différences de qualité des contrats puisque ce sont surtout les

contrats collectifs qui couvrent bien et qu'il y a davantage d'actifs et de bénéficiaires de contrats collectifs chez les ménages les plus aisés.

Le système compense les inégalités sociales de santé mais s'il n'y avait pas de barrières d'accès aux soins et que la consommation de soins ne dépendait que du besoin de soins, les dépenses de santé devraient être encore davantage concentrées chez les ménages les plus modestes. Cela signifie que le système n'atteint pas totalement son objectif d'équité horizontale d'accès aux soins, en raison d'inégalités sociales de santé et de barrières aux soins qui subsistent. ■

### Auditeur

J'ai trois points que je voudrais rajouter au constat que vous avez fait.

Monsieur Gissot a dit qu'il n'était pas au courant du tout de ce que faisait les complémentaires santé, ce qui semble assez surréalistes. Je veux rajouter que les complémentaires santé n'ont aucune idée des maladies dont souffrent leurs abonnés ou leurs adhérents, c'est une autre différence qui me semble assez extraordinaire aussi.

Le deuxième point que je voudrais inverser c'est le fait que les complémentaires santé font de la sélection dans leurs adhérents. C'est un problème qui me semble assez grave, en pratique je ne dis pas qu'elles le font tout à fait exprès. Mais quand il y a des complémentaires santé pour des personnes de chez Total, ou de la Caisse des Dépôts ou des enseignants, ou des petites boîtes où les gens ont des salaires très faibles, en fait les complémentaires santé font de la sélection de leurs adhérents et ça c'est intolérable. Donc sur 15 % des dépenses, il n'y a pas de solidarité comme il y en a pour l'AMO.

Le troisième point : ce que je voudrais souligner, il y a quand même des frais de gestion qui sont de 7 milliards pour l'AMO et de 6 milliards pour les complémentaires santé. C'est une donnée dont il faut tenir compte quand on va discuter sur l'évolution du système.

### Auditeur

Vous avez évoqué le plafonnement d'un certain nombre de remboursements notamment via l'OPTAM, la part de plus en plus importante de l'AMO dans les remboursements, aussi je voulais savoir si la DREES a des données sur le montant des cotisations perçues par les complémentaires santé ? Parce qu'on peut s'attendre que la participation de l'AMO, plus le plafonnement des remboursements des complémentaires puissent engendrer éventuellement, notamment sur les contrats collectifs,

## ÉCHANGES AVEC L'AUDITOIRE

des baisses dans le montant des cotisations perçues parce que le rapport P/C ne cesse aujourd'hui de se dégrader.

### Catherine Pollak

À travers les États statistiques des données de l'ACPR, la DREES recueille effectivement auprès des organismes complémentaires les cotisations et les prestations qui sont déclinées par gros postes de soins. Il est en revanche assez compliqué d'interpréter la part de l'évolution des primes qui est imputée à ces différents mécanismes. C'est assez compliqué parce que les données ne sont pas à un niveau de détail très fin. Mais nous n'avons pas observé une baisse du montant des cotisations sur la période récente.

### Marianne Cornu-Pauchet

Je modérerais un peu le propos, pour ma part, concernant la complémentaire santé pour les personnes en situation de pauvreté. Nous ne disposons certes pas des données individuelles de remboursement des organismes complémentaires mais de données quand même assez désagrégées, par postes de soins détaillés, pour les organismes qui offrent des contrats ACS. Ces données comprennent les prestations remboursées par l'AMO et l'AMC. Compte-tenu de la position du Fonds CMU-C qui est en lien avec les groupements gestionnaires de l'ACS, on est ainsi capable de calculer des RAC après AMO et AMC concernant les bénéficiaires de l'ACS.

### Auditeur

Deux petites remarques et une question. Le principal financeur de l'audioprothèse c'est les patients, ce n'est personne d'autre depuis des années. L'autorité de la concurrence a fait une enquête et ils ont constaté que le prix est élevé pareillement dans les autres pays de l'Union Européenne et même inférieur pour les pays hauts de gamme. Donc il y a un oubli de tout le monde, des malentendants principalement quand même.

La deuxième remarque concerne les réseaux de soins. Le rapport IGAS dit qu'au lieu de corriger les inégalités d'accès, les réseaux de soins les renforçaient. Donc la conclusion est mitigée.

Ma question porte sur les données de l'OCDE. Vous avez souligné, que le reste à charge en France est le plus faible de tous. Cependant les données de l'OCDE donnent d'autres détails, notamment l'accès aux soins en fonction des revenus. Pour les 20 % les plus aisés, le renoncement aux soins médicaux et dentaires est inférieur à la moyenne européenne, cependant pour les 20 % des revenus les plus faibles, l'accès aux soins est plus mauvais que la moyenne de l'OCDE. Comment expliquez-vous cela ?

### Denis Raynaud

Il y a une chose vraie, une chose à nuancer. Il est vrai qu'il y a des inégalités sociales de recours aux soins en France, elles concernent les soins qui sont peu solvabilisés par l'AMO, c'est le cas pour l'optique, le dentaire, les prothèses dentaires, il y a des enquêtes qui montrent un gradient social important sur le renoncement aux soins pour raisons financières. C'est un fait totalement établi. La nuance est sur les comparaisons internationales en matière de renoncement aux soins pour raisons financières. Les paniers de soins sont très différents dans les pays, les personnes répondent différemment aux questions, les questions sont même posées de manières différentes dans les pays, donc c'est très dur de pouvoir faire des comparaisons et je ne pense pas qu'on soit capable de situer la France par rapport aux autres pays.

### Auditeur

Avez-vous commencé à travailler sur la notion de surcomplémentaire dans vos études ? Parce qu'on sait que l'ANI est en train d'enclencher de la surcomplémentaire, quid de cette surcomplémentaire ? Est-ce qu'elle fait partie de vos chiffres ou est-ce que c'est quelque chose qu'il faut traiter différemment et de quelle manière vont-elles être traitées ?

### Catherine Pollak

Pour l'instant, à la DREES nous avons deux enquêtes qui vont apporter des éléments sur les surcomplémentaires.

Une enquête réalisée auprès des organismes complémentaires qui recueille des éléments sur la tarification et les garanties des contrats les plus souscrits. A partir de cette année, pour la vague 2016 de cette enquête, on recueillera aussi des informations sur les contrats de surcomplémentaire les plus souscrits, en plus des contrats modaux en individuel et en collectif.

On a aussi une autre enquête avec l'IRDES sur la protection sociale complémentaire d'entreprise auprès des entreprises et des salariés, qui comportera des éléments sur la couverture qui est proposée par l'entreprise mais

aussi sur la couverture effective des salariées et s'ils ont eu recours à une surcomplémentaire.

Donc c'est en cours, nous n'avons pas encore de résultats là-dessus mais l'année prochaine on disposera de premiers éléments.

### Auditeur

Madame Cornu-Pauchet, pourriez-vous en dire plus sur la stagnation des primes et ce que vous avez constaté dans vos chiffres sur les années fin 2015 et 2016, surtout sur l'assiette ?

Madame Pollak, pourquoi avez-vous dit qu'il y a un risque de sélection plus forte pour les personnes en ALD par les complémentaires santé ? Ne pensez-vous pas qu'en plus des inégalités de santé pour les gens les moins riches en France, il y a aussi le fait que les gens les plus aisés vont aussi vers les dépassements les plus forts ? C'est ce que j'ai lu dans vos études.

Concernant la barrière d'accès aux soins pour les gens les moins aisés : en plus de la barrière financière ne pensez-vous pas qu'il y a une barrière physique d'accès aux soins dans les régions les plus pauvres de France ?

### Catherine Pollak

Je n'ai pas dit qu'il y avait un risque de sélection pour les ALD, au contraire, comme ils ont des restes à charge comparables à des personnes du même âge, cela limite de fait ce risque de sélection. Pour ce qui est de la sélection par les organismes complémentaires, de fait les contrats solidaires et responsables interdisent de faire des questionnaires de santé. Il y a bien des contrats spécialisés auprès de certaines populations, et la tarification à l'âge reflète effectivement relativement bien le risque.

Ensuite pour ce qui est des inégalités sociales et de barrières d'accès aux soins, je n'ai pas eu le temps d'étayer les différentes raisons possibles mais je suis d'accord qu'elles ne sont pas que financières.

### Marianne Cornu-Pauchet

L'assiette soumise à la TSA, soit l'ensemble des primes émises sur les contrats de complémentaire santé a en effet reculé pour la première fois fin 2015. Fin 2015, il n'y avait clairement pas encore d'effet de l'ANI sur l'assiette, et aujourd'hui, quand on exerce un contrôle d'assiette auprès des organismes complémentaires, contrôle qui fait partie des missions du fond CMU-C, on a clairement des réponses variées : des effets positifs de l'ANI pour un certain nombre d'organismes complémentaires et non avérés pour d'autres. Quoiqu'il en soit, quels que soient les effets des réformes récentes sur le marché de la complémentaire santé (contrats responsables, ANI), l'assiette de la TSA serait selon nous plus dynamique en 2017.

### Brigitte Dormont

Professeur à l'Université Paris Dauphine

Cette deuxième partie est consacrée aux perspectives d'évolution de la complémentarité AMO et AMC, autrement dit, de l'articulation entre la couverture offerte par la Sécurité sociale et les couvertures assurées par les organismes complémentaires.

Pour réfléchir à la prospective, il importe de décrire tout d'abord des éléments de contexte importants, dont l'un, la croissance rapide des dépenses de santé, est commun à tous les pays développés, alors que les autres concernent des traits spécifiques à l'organisation de l'assurance maladie en France.

La croissance des dépenses de santé est jugée rapide dans les pays développés dans la mesure où elle est plus rapide que la croissance du produit intérieur brut. Ce n'est pas toujours le cas à court terme, et ce n'est pas le cas actuellement en France (grâce à de gros efforts d'efficacité dans le quinquennat précédent), mais sur la longue période c'est le cas. Cette croissance rapide n'est pas due principalement au vieillissement de la population mais au fait que des innovations thérapeutiques sont continuellement incluses dans le panier de soins remboursés. Il ne s'agit donc pas d'une croissance des coûts, mais d'une augmentation de la dépense liée au fait qu'il y a plus de soins qui sont produits et consommés, avec pour contrepartie des gains en santé et en longévité.

S'il est plus rapide que le PIB, le rythme de croissance des dépenses de santé pose problème à cause de leur financement socialisé. Dans la quasi-totalité des pays développés en effet, une assurance sociale est en place pour garantir un accès équitable et solidaire aux soins, ce qui impose un financement par prélèvements obligatoires (et ce, quel que soit le modèle national adopté : service public de santé, Sécurité sociale ou concurrence régulée entre compagnies d'assurance). Or lorsque la part des dépenses de santé dans le PIB s'accroît, il n'est possible de maintenir la couverture socialisée des soins qu'en augmentant la part des prélèvements obligatoires. Une perspective difficile à maintenir dans le contexte politique actuel de résistance à la croissance des dépenses socialisées et à l'augmentation de la pression fiscale qui y serait liée.

Lors des dernières élections présidentielles en France, la plupart des programmes ont inclus une promesse de réduction de la pression fiscale, ce qui revient à dire qu'il faut contenir la progression des dépenses de santé couvertes par la Sécurité sociale. Plus largement, depuis la crise de 2008, il y a un mouvement important en faveur de la réduction de la dépense publique en Europe : plusieurs pays ont fortement réduit leur dépense publique d'un montant égal à plusieurs points de PIB. Cela a porté sur plusieurs volets de la dépense publique, mais aussi sur la santé. Ainsi l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse ont-ils réduit le panier de soins couverts par la solidarité

pour des soins de types soins dentaires, kinésithérapie et psychologie.

Ces ajustements ont-ils conduit à un recul visible dans les statistiques de la part des dépenses publiques de santé et à une montée en charge de l'assurance privée ? Quand on examine les données de l'OCDE, on n'observe pas de mouvement clair sauf pour l'Allemagne, où il y a une faible érosion de la couverture publique en faveur du privé. Pour la France, l'augmentation de la proportion d'assurés sociaux mieux couverts par la Sécurité sociale au titre des affections de longue durée (ALD) conduit à un mouvement inverse. Et, si les Pays-Bas ont récemment réduit le contenu du panier socialisé, ils ont aussi réformé leur système en obligeant les personnes à haut revenu à rejoindre l'assurance publique, ce qui a considérablement augmenté la part de la dépense publique de santé dans ce pays. Donc il n'y a pas vraiment de mouvement de privatisation de l'assurance observable pour l'instant.

Mais je pense qu'il y a une logique à l'œuvre qui laisse prévoir un retrait en pourcentage de l'assurance publique dans la couverture des soins. En effet, de nombreuses innovations médicales sont prévues pour les années à venir, pour lesquelles il est difficile de penser qu'il y aura un consensus politique de couverture publique sans limite. Cela ne signifie pas qu'il ne faut pas inclure ces innovations dans le panier de soins remboursés. Je pense qu'il faut les inclure mais qu'il faut sortir d'autres soins moins essentiels du panier remboursé, afin de limiter la progression de la dépense de santé socialisée, tout en offrant à tous un accès égal aux innovations médicales importantes. Si un tel mécanisme est à l'œuvre, on peut prévoir dans le moyen-long terme une montée en charge de la part des dépenses de soins couverte par l'assurance privée. Il faut regarder cela en face, pour penser ce que l'on fait et veiller à ce qu'il n'y ait pas de recul sur les principes de solidarité qui sont actuellement à l'œuvre dans notre système de santé.

Comment peut-on réorganiser la couverture publique ? Deux modalités sont possibles : un recentrage de la couverture publique sur un panier de soins bien défini, ou une baisse du taux de couverture publique. C'est cette deuxième modalité qui a été adoptée en France, par l'introduction en 2004 de myriades de petits forfaits, d'éléments appelés à tort franchises, qui ont conduit à baisser un peu le taux de couverture publique. Ceci alimente un système qualifié de mixte où les assurances privées contribuent à la couverture sur les soins couverts seulement partiellement par la sécurité sociale. Le ticket modérateur (par exemple de 30 % pour la consultation) fait que l'assurance publique n'est pas complète car elle ne couvre pas à 100 % les biens du panier. Il y a une partie non couverte par l'assurance publique qui est couverte par des assurances privées.

Comme nous l'avons montré dans la note du conseil d'analyse économique consacrée à l'assurance maladie en France, les systèmes d'assurance mixtes sont à la fois coûteux, peu efficaces et assez inégalitaires. Ils créent un défaut de coordination entre payeurs (entre assurances publiques et privé) qui entrave la contractualisation avec les offreurs de soins afin d'obtenir une meilleure efficacité. Ils sont aussi inflationnistes, parce que la concurrence sur l'étendue de la couverture pour la partie privée peut créer des dérapages sur les prix. Un travail économétrique montre ainsi qu'une meilleure couverture peut être inflationniste en stimulant un recours à des soins avec des dépassements d'honoraires plus importants. Le système est aussi coûteux parce que les deux étages de remboursements pour les mêmes soins conduit à dupliquer les frais de gestion. Enfin, il y a des problèmes d'équité dans l'accès à l'assurance complémentaire à cause de la possibilité d'une tarification au risque. Même si celle-ci est découragée par le contrat solidaire, il y a des possibilités de tarification à l'âge et la segmentation des contrats permet de cibler des publics (et donc des risques) particuliers.

Donc si l'on réduit la dépense publique par une réduction du taux de couverture du panier au lieu de la recentrer en sortant des choses du panier, on alimente ce système mixte qui pose de nombreux problèmes de régulation à la fois du point de vue de l'efficacité et de l'équité.

Un système mixte n'existe que dans le cadre d'une couverture publique avec un gros ticket modérateur non couvert. C'est une organisation assez rare, que l'on observe en France et aux Etats-Unis pour le système Medicare, qui est une assurance publique pour les personnes âgées de 65 ans et plus. La conséquence mécanique d'une telle organisation c'est l'existence de restes à charge qui peuvent être très importants. Les chiffres en distribution sont à peu près les mêmes aux Etats-Unis pour Medicare et pour la France. Donc en plus des défauts d'efficacité que je viens de mentionner, il y a une question de couverture insuffisamment protectrice. Certains assurés sociaux peuvent connaître des dépenses de santé catastrophiques puisqu'elles absorbent une proportion considérable de leur revenu. Ces problèmes n'existent pas dans des pays comme l'Allemagne, les Pays-Bas ou la Suisse, qui ont une couverture sur un panier de soins bien défini pour lequel il y a des restes à charge assez faibles et plafonnés (au-delà d'un niveau de dépenses donné l'assuré est couvert à 100 %).

Un autre élément de contexte est propre à la France : les dispositions de l'ANI avec l'extension obligatoire de l'assurance complémentaire à tous les salariés du privé. Ceci conduit à d'importants mouvements de recomposition du secteur avec une bataille pour les parts de marché et une concurrence accrue sur ce segment des salariés du privé. La rentabilité dans le secteur de l'assurance complémentaire pouvait déjà être jugée modeste : les résultats techniques sur des données un peu anciennes (qui précèdent l'ANI, 2011-2013) étaient négatifs pour les assurances collectives, positives pour les assurances à

titre individuel mais pas à des niveaux très importants. La concurrence accrue va sans doute accroître la pression sur la rentabilité des acteurs du secteur. Par ailleurs, l'ANI crée une inégalité énorme dans les conditions d'accès à l'assurance entre les personnes qui ont accès aux contrats collectifs et celles qui doivent être couvertes à titre individuel. En particulier le périmètre de mutualisation des risques est très fortement dégradé pour les retraités qui vont certainement voir le coût de l'assurance augmenter.

Dans un tel contexte, faut-il des ajustements à la marge ou réinterroger le modèle ? C'est la question posée dans cette table ronde, et c'est un peu la façon dont nous avons organisée la réflexion dans le cadre du Conseil d'Analyse Economique pour notre note sur l'assurance maladie.

A long terme, nous proposons une refonte du système qui consistait à rompre avec le principe d'un système mixte, à savoir un gros ticket modérateur couvert à titre complémentaire par des assurances privées, système dont j'ai rappelé les nombreux défauts. Pour réinterroger le modèle, autrement dit en finir avec le système mixte, deux scénarios peuvent être envisagés selon les entités en charge de la couverture des soins : une assurance publique universelle, ou des assurances plurielles. Dans les deux scénarios l'objectif est identique : garantir à tous un accès égal aux soins, tout en organisant le financement sur le mode de la solidarité (la contribution de chacun est proportionnée à son revenu). Dans le premier scénario la sécurité sociale couvre tout à 100 % sur le panier de soins remboursés, qui peut être recentré. Dans le second, une délégation de service public est attribuée à des acteurs privés qui peuvent être à but lucratif ou non lucratif. Une délégation de service public selon les modèles, dits de « concurrence régulée », observés en Allemagne, en Suisse et aux Pays-Bas. Cette régulation garantit un égal accès aux soins, donc une solidarité horizontale (entre malades et bien-portants), mais avec un degré de solidarité verticale (entre niveau de revenu) qui varie selon le mode de financement des primes. En Allemagne, ce sont des cotisations proportionnelles au revenu, en Suisse, des cotisations indépendantes du revenu avec des subventions pour les personnes à bas revenus, et en Hollande on a une sorte de panachage.

L'un ou l'autre de ces deux scénarios permettrait de recentrer les mécanismes de solidarité sur un panier de soins bien défini, et d'améliorer la solidarité horizontale et verticale, car la couverture des restes à charges très inégaux observés dans le système mixte serait résolue et parce qu'il n'y aurait plus de cotisations indépendantes du revenu comme actuellement pour le segment complémentaire. Dans une telle réorganisation, la maîtrise des dépenses de santé passe par la définition du périmètre du panier de soins solidaire. En dehors de ce panier, l'organisation du financement ne doit pas forcément poursuivre des objectifs de solidarité. Mais sur le panier solidaire il doit y avoir une régulation très stricte, que l'on soit dans le modèle de délégation de service public ou dans le modèle public, qui garantisse une non-sélection des risques, et la solidarité dans le financement.

A court terme, une telle refonte de notre système d'assurance maladie n'est pas envisagée. Pour toutefois améliorer à la marge notre système mixte, nous avons proposé une réforme qui préservait l'architecture qui est spécifique à la France (avec des assurances complémentaires qui interviennent pour couvrir un gros ticket modérateur).

L'idée est d'instaurer une véritable concurrence entre les assurances complémentaires pour les inciter à maîtriser les coûts, tout en leur donnant les moyens d'y arriver. Pour instaurer une véritable concurrence en prix, il faut définir un contrat homogène que toute assurance complémentaire devrait offrir. Cette idée a été un peu présente dans les programmes des candidats aux élections présidentielles, et notamment celui du candidat Macron qui proposait trois contrats types. Trois contrats est cependant loin d'être optimal car il est important qu'on ne puisse pas segmenter les risques à travers les contrats différenciés en termes de couverture. Or trois contrats types plus ou moins couvrant, cela rompt avec l'idée de solidarité, en particulier entre les jeunes et les personnes âgées. Dans la note, nous avons proposé de définir un contrat homogène pour qu'il y ait une véritable concurrence en prix, et de supprimer tout traitement différencié entre contrats individuels et collectifs, afin qu'il n'y ait

pas de bonus fiscal des contrats collectifs, bonus qui crée les conditions de l'inégalité d'accès à l'assurance complémentaire entre les retraités et les salariés.

Mais surtout nous pensons qu'il faut donner des outils de contractualisation aux complémentaires, avec un accès aux informations nécessaires. L'idée est de développer plus encore la contractualisation déjà en construction dans l'optique, le dentaire et les prothèses auditives. Un tel objectif a du sens parce qu'actuellement la sécurité sociale intervient très peu sur ces biens : il n'y a donc pas de problème de coordination entre acteurs publics et privés, car les complémentaires assument le gros de la couverture et le reste constitue du reste à charge pour les patients. Il est donc pertinent de développer la contractualisation pour ces sujets-là. Mais nous visions quelque chose de plus large dans la note. A savoir l'idée d'une contractualisation, qui est écartée par la loi « Le Roux » (2014), pour maîtriser les dépassements d'honoraires, éventuellement intervenir dans le conventionnement des médecins pour ajuster à la marge l'installation géographique etc. Dans le paysage actuel, il n'est pas possible d'aller jusque-là, alors qu'il est important d'aller vers la contractualisation pour gagner en efficience. ■

## **Anne-Marie Brocas**

*Présidente du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie*

### **Evolution historique du système**

Avant de me livrer à une tentative de prospective, je voudrais présenter une relecture historique de l'évolution de notre système important pour réfléchir à l'avenir.

Dès l'origine de notre système, a été posé le principe du copaiement. De manière un peu paradoxale puisque l'on avait institué un ticket modérateur, qui aurait suggéré que l'on cherchait à l'utiliser pour modérer la consommation de soins. Mais immédiatement on a considéré que le ticket modérateur de l'assurance de base avait vocation à être couvert par les assurances complémentaires. Ce qui lui a enlevé évidemment un peu de signification. Par la suite, ce principe de copaiement a été maintenu voir même s'est amplifié. Les graphiques qui ont été présentés dans la table ronde précédente notamment par Grégoire de Laguesnerie montrent très bien comment ce principe de copaiement a permis de gérer pour l'assurance de base, la dérive spontanée de la dépense alimentée par le développement des dépenses des patients chroniques, donc des soins les plus coûteux. Je trouve que les graphiques sont extrêmement parlant, montrant que ce qui parfois est lu comme un recul, quand on rembourse, pourrait en réalité être lu comme une mesure technique nécessaire pour éviter l'accroissement tendanciel de la part du remboursement de l'assurance obligatoire dans la dépense. De fait, l'existence de deux payeurs a facilité

le maintien d'une dépense soutenable dans l'assurance obligatoire, sachant que le relais était pris, en quelque sorte, par les assureurs complémentaires.

Deuxième élément dans cette évolution historique : c'est l'évolution des dépenses hospitalières et la transformation du risque hospitalier, qui historiquement était un risque chirurgical. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les règles de participation, certes complexes, à l'hôpital ont comme principe fondamental : quand un acte atteint un certain niveau de cotation, ce qui correspondait aux actes chirurgicaux, le patient bénéficie d'une prise en charge à 100 %. Mais l'évolution de l'activité hospitalière a fait que, petit à petit, on s'est mis à avoir des prix de journée extrêmement lourds y compris dans les services de médecine, sans que d'actes techniques coûteux ne soient réalisés. Ce qui fait que la conception même des règles de participation des assurés à l'hôpital est finalement devenue inadaptée face à une transformation du risque hospitalier. Plus récemment, on a observé un phénomène d'augmentation des tarifs journaliers hospitaliers qui a permis aux hôpitaux de trouver des recettes complémentaires. Tout ceci a contribué à augmenter les restes à charge à couvrir à l'hôpital. Les complémentaires, par leurs contrats, ont pris en charge ces dépenses. Par leur engagement croissant, elles ont finalement dispensé les pouvoirs publics de reconcevoir, ce qui aurait dû être fait, les règles de participation des assurés à l'hô-

pital puisque finalement les restes à charges hospitaliers sont relativement indolores. Relativement car je pense qu'il y a quelques cas très problématiques (en lien aussi avec l'augmentation des dépassements d'honoraires et la facturation de prestations annexes).

Troisième élément c'est la non-revalorisation d'un certain nombre de tarifs de la sécurité sociale qui se sont trouvés déconnectés des prix effectivement pratiqués. C'est le phénomène des dépassements d'honoraires, d'un certain nombre de tarifs dans le dentaire, l'optique, l'audioprothèse. Ceci a été possible parce que les complémentaires sont intervenues dans ces domaines (secteurs optiques, dentaires, audioprothèses), où elles sont devenues, de fait, les premiers payeurs. L'assurance complémentaire assure la solvabilité de la dépense dans ces domaines.

### **Evolution du rôle de l'assurance complémentaire**

Ces évolutions assez distinctes ont en réalité transformé le rôle des assureurs complémentaires dans le système. On dit toujours complémentaire mais je pense que ce n'est pas tout à fait exact puisque complément suppose que le principal est assuré et que l'on est dans une logique de complément. Dans un certain nombre de cas, on n'est plus dans des logiques de complément et l'assurance dite complémentaire est devenue indispensable à des aspects fondamentaux de la couverture des assurés sociaux. Ceci explique deux éléments problématiques.

D'abord, l'hyper réglementation des contrats et des interventions des complémentaires qui peuvent s'expliquer par le caractère devenu assez central, dans un certain nombre de cas, de ces couvertures. D'où les notions d'encadrement de contrat, d'encadrement de garanties, le système très complexe de subventionnement mais aussi de taxation. On aboutit à un paysage extrêmement compliqué mais dont on voit bien que à chaque fois, et cela a été très bien dit dans la précédente table ronde, il répond à la nécessité de réguler des éléments qui sont devenus fondamentaux pour la prise en charge des assurés sociaux.

Le deuxième élément presque plus important : le fait que la généralisation de la complémentaire soit devenue une question politique. Si l'évolution du rôle des assurances complémentaires n'avait pas été celle que je viens de décrire, je pense que la question de la généralisation ne se serait pas posée. Or depuis une vingtaine d'années, cette question est à l'agenda politique. On y a répondu d'abord, d'une manière relativement compliquée, avec la couverture maladie universelle. On est dans un système complexe puisqu'on donne accès à des complémentaires par des formes d'aides publiques, quand par ailleurs on les met à contribution elles-mêmes. Donc un circuit assez compliqué qui tient à la nature même de notre système. Plus récemment, on y a répondu avec l'ANI qui, comme cela a été dit, pose lui-même des problèmes en déstabilisant le marché des complémentaires, en particulier les contrats individuels qui se trouvent désormais concentrés sur des populations à gros risques comme les personnes

âgées ou les personnes inactives. Je pense que l'on peut effectivement être inquiet de voir que pour des personnes âgées, on observe des taux d'effort de l'ordre de 11 % du revenu.

### **Pistes d'évolution**

Partant de cette situation, quelles pistes d'évolution peut-on ouvrir ? Pour ma part, j'ai le sentiment que l'on est arrivé au bout d'une évolution qui s'est construite de manière assez circonstancielle, en renvoyant aux assureurs complémentaires ce que l'on estimait impossible de financer dans le cadre de la couverture obligatoire. Je pense qu'aujourd'hui on est obligé de se poser des questions de principes et des questions assez fondamentales pour essayer de retrouver ou de réintroduire des formes de rationalité, de régulation dans notre système.

Une première question est de savoir si la hiérarchie des risques couverts par l'assurance obligatoire est satisfaisante, c'est-à-dire couvre-t-on en premier ce qui est essentiel et en second ce qui l'est moins ? Certainement pas puisque quand on a des risques catastrophiques à l'hôpital, on sent bien que l'on n'est pas du tout dans l'idée « je couvre bien ce qui est essentiel et je couvre moins bien ce qui ne l'est pas ». Je pense aussi que se poser ces questions et chercher à corriger les imperfections de la couverture de base permettrait de desserrer la contrainte sur la problématique de la généralisation. Une problématique qui, comme je le disais, est une solution certes mais pose elle-même énormément de problèmes. Je pense que l'on aurait tout à gagner à chercher à desserrer la contrainte sur ce plan.

Deuxième question fondamentale à se poser : quelle forme de mutualisation des risques entre assurés sociaux veut-on organiser dans un système qui combine finalement une solidarité obligatoire fortement redistributive du fait des cotisations proportionnelles au revenu et une solidarité choisie qui introduit des redistributions à géométrie variable selon les périmètres de populations couvertes ? Ici, il faut distinguer la situation dans laquelle la population à couvrir est déterminée par avance, ce qui est le cas par exemple dans les branches, ou dans l'ACS ou la CMU. Les populations considérées qui sont préconstituées présentent une certaine distribution de risques. On peut pour les couvrir mettre en concurrence les assureurs ou chercher à déléguer à un assureur la couverture des risques considérés. C'est très différent de la situation où la population est constituée par le contrat, c'est-à-dire que ce sont des assureurs complémentaires qui proposent des contrats. En ce cas, c'est le périmètre des adhérents au contrat qui détermine les risques à couvrir et le périmètre de la mutualisation. On a besoin d'avoir une réflexion sur ces sujets de mutualisation, d'autant plus qu'on est devant la difficulté de la couverture des personnes âgées.

Enfin dernière question, c'est celle de la régulation que l'Etat doit organiser dans le marché des complémentaires. On a besoin d'évaluer ce que l'on pense des diverses

formules qui ont été déployées de contrats responsables, d'encadrement des garanties, de mise en concurrence du type ACS.

Pour terminer, nous avons avec l'aide de Denis Raynaud étudié au HCAAM des schémas assez contrastés, théoriques et assez radicaux :

- Un schéma toute assurance publique.
- Des scénarios qui sont finalement la poursuite du système tel quel l'est où finalement la généralisation s'impose.
- Un scénario radical avec une couverture des risques les plus importants, c'est-à-dire hospitaliers et probablement soins primaires, par l'assurance obligatoire. On décroise alors en partie ou totalement les financements. C'est-à-dire que là où l'assurance obligatoire intervient, on est plutôt dans un schéma où il n'y a pas place pour un complément d'assureurs complémen-

taires et que dans d'autres secteurs, où les assureurs complémentaires sont d'ores et déjà les principaux payeurs, ce sont eux qui interviennent au premier rang.

Voici l'état d'esprit dans lequel se poursuivent les travaux du HCAAM. On a intérêt à se reposer quelques questions de principes pour essayer d'interrompre des évolutions qui, je pense, nous mène dans des impasses. Dans ces évolutions, il faut être attentifs à garder des propriétés de notre système qui sont extrêmement satisfaisantes, c'est notamment le cas des systèmes des ALD et la CMU-C et l'ACS, la couverture très satisfaisante des risques les plus importants. Il ne faudrait pas, à l'occasion de réformes plus ou moins radicales, perdre cet acquis majeur et qui permet non seulement une bonne couverture en base mais un fonctionnement relativement satisfaisant pour les complémentaires qui ne sont pas confrontées à des écarts de risques extrêmes. ■

## Étienne Caniard

*Ancien président de la Mutualité française,  
membre du Conseil économique, social et environnemental*

Je vais essayer de rebondir sur les questions qui ont été soulevées et tenter d'esquisser des pistes de réflexion. Les questions sont posées mais aucune suite ne leur est donnée, les PLFSS se succèdent sans changement notable.

Pour prolonger le raisonnement qu'Anne-Marie, je vais rapidement revenir sur l'histoire et les modifications observées au fil des ans notamment dans la structure des dépenses. On parle toujours de la modification de la structure des dépenses remboursées par l'assurance maladie avec des engagements, des soins courants etc. On parle beaucoup moins des modifications de la structure de dépenses des complémentaires, notamment les dépenses hospitalières. Je rappelle les travaux de la DREES, 2006-2014, recul de 7 ou 8 points des dépenses de médicaments, augmentation de 2 ou 3 points des dépenses hospitalières, constance pour les soins de villes et augmentation des dispositifs médicaux, c'est-à-dire un phénomène de décrochage des tarifs sécu par rapport à la réalité des prix. Ces évolutions sont importantes et ont entraîné des résultats techniques extrêmement faibles, 0,3 les derniers résultats connus, certes positifs depuis 2011, mais avec des marges extrêmement faibles, un P/C qui se dégrade, une concurrence par les prix sur les contrats collectifs qui conduit à des pratiques très proches du dumping. S'y ajoutent des différences importantes entre les différents intervenants sur le marché des complémentaires : plus de 80 % de l'activité en assurance santé dans les mutuelles, 50 % dans les IP (instituts de prévoyance), 20 % chez les assureurs, les stratégies ne sont pas les mêmes. Un acteur qui a une stratégie de niche n'intervient pas de la même façon. On peut le voir y compris dans la tarification des contrats individuels, je renvoie encore aux travaux de la DREES, où l'on voit bien que les tarifications convexes, c'est-à-dire qui progressent

plus avec l'âge, sont plus nombreuses dans les intervenants qui ont des stratégies de niche que dans les intervenants qui ont une stratégie plus globale. Si je rappelle cela c'est tout simplement pour souligner que si rien n'est fait pour mettre fin aux tendances actuelles, ces différences vont s'estomper sous l'effet de la concurrence. C'est déjà probablement le cas. Si on observe non pas les stocks de contrats mais les nouveaux contrats, la différence est moins marquée. Ceci montre que les comportements vertueux se heurtent aux contraintes de la concurrence, de l'exposition. C'est aujourd'hui la solidarité horizontale, c'est à dire la mutualisation des risques sur une base large qui est menacée alors que c'est la seule solidarité que peuvent mettre en oeuvre les complémentaires, la solidarité verticale étant l'apanage des régimes obligatoires.

Je voudrais maintenant rebondir sur les propos de Brigitte Dormont quand elle parlait d'efficacité du système actuel (copaiement) et de la valeur ajoutée ou de l'absence de valeur ajoutée des complémentaires. Ce qui m'intéresse c'est évidemment l'efficacité du système de protection sociale mais surtout l'efficacité de l'ensemble du système d'accès aux soins, dans lequel les mécanismes financiers de la protection sociale ne sont qu'un des éléments, l'autre étant l'organisation de l'offre. On rejoint la question de la régulation posée par Anne-Marie Brocas : est-ce que l'objet de la protection sociale et de ses différents acteurs est uniquement une fonction de solvabilité des dépenses sur lesquelles on ne s'interroge pas ou pas beaucoup, ni sur leur pertinence, ni éventuellement sur leur prix, ou est-ce que l'efficacité implique d'intégrer dans les missions des acteurs de la protection sociale une mission d'organisation de l'offre de soins et des parcours ? Vous avez compris que ma thèse est la seconde,

la question qui se pose maintenant est de déterminer les conditions à réunir pour le faire.

Certains confondent les causes et les conséquences et partent d'un postulat qui consiste à imputer aux complémentaires les raisons du recul des régimes obligatoires, notamment dans les soins courants. Supprimer les complémentaires permettrait aux régimes obligatoires de reconquérir le terrain perdu. Avant d'affirmer cela, il faut se poser la question des raisons de la perte de ce terrain, évidemment avant tout financières. Auraient elles soudainement disparues ? Au delà la question la plus importante est de se demander quel rôle assigne-t-on aux complémentaires ?

Cela me permet d'aborder la question de la contractualisation, mot effrayant pour beaucoup de professionnels de santé, qui craignent de se retrouver entre les mains de financiers qui vont leur imposer des contraintes de prix sans tenir compte de la qualité. La réalité est toute autre. Il faut regarder les secteurs avec les spécificités économiques de chacun d'entre eux. On ne va pas contractualiser de la même façon avec des médecins dans un contexte de pénurie d'offre et avec des opticiens dans un contexte d'excès d'offre. La question soulevée par beaucoup de l'effet inflationniste des contrats est une question majeure. C'est un point de désaccord avec Marisol Touraine qui disait souvent que le fait d'avoir plafonné les remboursements dans les contrats responsables avait augmenté le reste à charge des patients, rendu les contrats moins efficaces etc... La lecture des rapports de la Cour des Comptes de cette rentrée conduit à un jugement beaucoup plus nuancé. Je continue pour ma part à défendre les mécanismes qui atténuent les effets inflationnistes et limitent les effets d'aubaine. Le meilleur exemple, c'est l'optique où l'on a tout fait à l'envers : l'offre a considérablement augmenté, les prix n'ont pas baissé sous l'effet de la concurrence parce que les coûts de distribution ont explosés et l'augmentation de l'intervention des complémentaires n'a profité qu'en partie aux assurés sociaux. La progression des remboursements des complémentaires a été beaucoup plus importante que la baisse du reste à charge. Cela signifie que globalement on a remboursé des magasins d'optique beaucoup plus que des lunettes, c'est-à-dire que l'on a financé une augmentation de l'offre au-delà des besoins.

La question qui se pose renvoie exactement à la problématique que soulève Anne-Marie Brocas, et sur laquelle il faut encore beaucoup travailler : dans quels domaines les complémentaires doivent-ils intervenir ? La remarque d'Anne-Marie Brocas sur les gros restes à charge des frais hospitaliers est très importante. C'est effectivement un domaine dans lequel les complémentaires sont vraiment indispensables. C'est d'ailleurs un des seuls qui soit vraiment de l'assurance avec un aléa important. A l'extrême, le domaine le plus éloigné des mécanismes d'assurance c'est l'optique : une dépense peu répartie, un rythme assez prévisible. Si l'on pousse ce raisonnement au bout et que l'on reste sur une approche de solvabilisation sans gestion du risque, la valeur ajoutée des complémentaires

dans l'optique ne saute pas aux yeux. Plutôt que débattre du retrait total des régimes obligatoires de l'optique qui seraient ainsi confiés aux complémentaires, il vaut mieux laisser ces dépenses à la charge de la population... sauf si on laisse les complémentaires apporter un autre service à partir d'une contractualisation intelligente avec les offreurs de soins, c'est-à-dire qui ne porte pas uniquement sur les prix mais aussi sur la qualité, sur la traçabilité des verres, sur des critères que le consommateur est incapable d'évaluer seul. Les complémentaires ne sont pas toujours suffisamment audacieuses, il faudra être plus innovants demain si on veut démontrer la valeur ajoutée des complémentaires dans le système. La contractualisation n'a pas pour seul objectif de faire baisser les prix, elle doit permettre une organisation des parcours et garantir la qualité des prestations.

Je suis persuadé que les complémentaires ont leur place et sont même indispensables pour une raison très simple : l'approche nationale et uniforme des régimes obligatoires, avec tous ses avantages en matière de solidarité et de redistribution, porte en elle ses propres limites. C'est un système universel, national, incapable par sa nature même de prendre en compte la complexité de l'offre, les attentes et préférences de chacun. Aussi, pour montrer les limites, je rappelle que le régime d'Alsace-Moselle souvent évoqué par ceux qui, tel Didier Tabuteau, préconisent une suppression des complémentaires, ne concerne que le ticket modérateur. Or le ticket modérateur n'est qu'une partie des dépenses, aujourd'hui moins de 50 % des dépenses des complémentaires et c'est la partie la moins dynamique. On voit bien que reconquérir le terrain perdu, ce n'est pas seulement augmenter les remboursements, c'est aussi disposer de tarifs opposables pour que le reste à charge diminue et que l'on ne reproduise pas le phénomène inflationniste que j'ai décrit sur l'optique. La question centrale est de savoir si cette opposabilité est plus facile à obtenir à travers des tarifs nationaux négociés dans le système conventionnel actuel ou par une contractualisation.

On pourrait probablement aller plus loin dans le débat mais je pense qu'il est extrêmement important de poser ces questions et de sortir aujourd'hui de l'approche caricaturale qui est encore celle des pouvoirs publics sur le forfait hospitalier. J'ai encore entendu récemment : les complémentaires peuvent le prendre en charge parce que l'augmentation du nombre d'ALD diminue leurs dépenses. Nous savons pourtant tous ici que c'est inexact. Il faut regarder la réalité, arrêter de simplifier au point de préférer des contre-vérités, arrêter de modifier les règles sans arrêt et de faire des variables d'ajustements. La poursuite de la tendance actuelle ne peut que déliter la solidarité sans permettre de gérer efficacement les parcours et l'offre de soins avec comme corollaire le renforcement des filets de sécurité qui ajoutent de la complexité et mettent à mal l'universalité du système. L'absence d'autonomie des complémentaires dans des missions qui pourraient leur être confiées conduit les régimes obligatoires à les "réassurer", situation déresponsabilisante pour tous. ■



## Véronique Cazals

Directrice santé de la Fédération française de l'assurance (FFA)

Je vais essayer de réagir sur ce qui a été dit à l'instant au risque de me démarquer et d'apporter une certaine dose de contradiction.

Pour répondre à la question initialement posée, à savoir s'il fallait des ajustements à la marge ou réinterroger le modèle, je voudrais apporter quelques éléments de réponses avec une approche pragmatique qui ne se traduit pas par une solution de big bang ou d'ajustements à la marge. Je pense qu'on peut optimiser le modèle de complémentarité qui a été bâti au moment des ordonnances de 1945. Il proposait un système de couverture maladie avec un étage de solidarité et des assurances complémentaires pour parvenir à un mécanisme efficace et solidaire, pour assurer un bon fonctionnement de notre système de santé. Il a été performant effectivement, il est sans cesse réinterrogé mais pas de façon substantielle. On a des rustines et des ajustements à la marge qui ne sont sans doute pas le meilleur moyen pour l'adapter, comme l'a dit Etienne Caniard, et avec un certain nombre de dérives que l'on pourrait essayer de corriger.

Si on devait faire un bilan de la complémentarité qui existe, il faut voir les points positifs d'un système dual qu'on ne doit pas nécessairement remettre en cause fondamentalement. Un système dual tout d'abord car les complémentaires apportent une certaine soupape au régime obligatoire. Une soupape à la fois budgétaire, le régime obligatoire ne peut pas tout financer. On a un déficit récurrent depuis 1988 avec encore plus de 4 milliards d'euros de déficit en 2016. L'ONDAM est très tendu, cela suppose des économies qui sont difficiles à supporter par les acteurs de santé. La solution la plus simple serait d'augmenter les cotisations sociales parce que le régime de l'assurance maladie est financé par des cotisations sociales. Or, on ne peut pas le faire car cela augmenterait le coût du travail. Trop souvent les complémentaires sont perçues comme des financeurs et pas comme des acteurs du système de santé. Les trois familles le redisent régulièrement, elles ne souhaitent pas être cantonnées à un rôle exclusif de « financeurs aveugles », car elles apportent des solutions autres que le remboursement des soins.

Les complémentaires sont en concurrence, vous en avez souligné quelques aspects ce matin. Nous considérons que la concurrence est profitable au modèle. Les complémentaires se challengent en permanence, non pas seulement sur le prix parce qu'il existe des contraintes que vous avez soulignées, mais sur les services que l'on apporte sur un certain nombre de prestations utiles aux assurés. Avec les nouvelles technologies, les services des complémentaires offrent de nouvelles perspectives aux assurés. C'est également un avantage qu'il faut souligner.

Il y a un avantage également au libre choix. Tout le monde n'a pas les mêmes besoins, les mêmes attentes,

en fonction de sa composition familiale, de son âge, du moment de la vie, etc... Donc vouloir unifier l'étage complémentaire avec un système d'offre de remboursements identiques pour tout le monde, irait à l'encontre de ce que souhaitent les individus. Les assurés choisissent leur complémentaire en fonction des garanties, en fonction des tarifs, en fonction de leur situation et ça c'est un des avantages de la complémentarité avec un libre choix qu'il convient de souligner. Dans un cadre collectif, le libre choix de chaque assuré est limité, mais il a la possibilité d'acquérir une surcomplémentaire ou des garanties optionnelles. Le système actuel permet ainsi une offre diversifiée en termes d'accès aux soins, de prévention, parfois de compléments qui ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

Il y a des avantages à la complémentarité, il y a des limites également. A partir du moment où il y a deux financeurs, il y a un double système de gestion. On met très souvent les complémentaires à l'index sur la question des coûts de gestion. La comparaison des coûts de gestion des complémentaires avec ceux des régimes obligatoires n'est pas pertinente car on compare des choses qui ne sont pas comparables. Il y a des dérives également quand l'Etat impose la régulation et l'uniformisation. Nous considérons que ces dernières années il y a eu trop de contraintes. Etienne Caniard l'a dit, on a voulu uniformiser les complémentaires avec, par exemple, les réformes comme celle des contrats responsables qui a imposé des plafonds, des interdictions de remboursement, des obligations. On est bien loin de l'idée des contrats responsables qui avait été imaginée en 2004, quand il s'agissait d'accompagner des parcours de soins efficaces dans le cadre d'une réforme qui s'inscrivait dans une logique d'efficacité des dépenses de santé dans leur ensemble.

Il y a également un certain nombre d'incohérence. Pour l'optique, par exemple, on peut se demander s'il y a encore un intérêt à maintenir une couverture maladie obligatoire sur les frais d'optique quand on sait que l'AMO ne rembourse que 4 % des dépenses engagées. On peut également s'interroger sur la pertinence du ticket modérateur à l'hôpital : est-ce que le ticket modérateur joue encore un rôle de maîtrise pour l'accès aux soins hospitaliers ? Des hypocrisies également que l'on peut souligner sur les taux de remboursement de certains médicaments : 15 % pour un service médical rendu insuffisant ou bientôt 0 %, est-ce pertinent ?

Parmi les points d'amélioration envisagés, le gouvernement veut diminuer le reste à charge sur certaines dépenses de santé. Une réforme, en ce sens, est en préparation. La préoccupation est légitime mais, en même temps, le gouvernement augmente le forfait hospitalier, ce qui peut conduire à des augmentations de restes à charge pour les personnes hospitalisées.

Ces dernières années, pour tenter de limiter les dépassements d'honoraires, on a confié les remboursements aux complémentaires. Les différentes familles de complémentaire n'étaient pas toutes du même avis et nous avons considéré, à la FFA, que cette approche n'était pas la bonne : les dépassements d'honoraires des médecins ne sont pas liés au fait que les complémentaires les solvabilisent et les remboursent, mais ils existent parce que les médecins ont le droit de le faire. Les complémentaires ne font qu'ajuster leurs contrats et leurs garanties aux attentes des assurés au-delà d'une certaine limite. La réforme s'est naturellement traduite par des restes à charges importants pour les personnes qui consultent des médecins qui pratiquent les dépassements d'honoraires...

Sur le sujet des affections de longue durée (ALD), des éléments méritent également d'être clarifiés : les personnes sont remboursées à 100 % par l'assurance maladie, sauf sur les soins qui ne sont pas liés à l'ALD ce qui peut s'avérer très lourd pour les malades. De même, on entend parfois que l'augmentation du nombre d'affections longue durée réduit les coûts des complémentaires santé, ce qui n'est pas exact. Une personne en ALD coûte en moyenne deux fois plus cher aux complémentaires qu'une personne qui n'est pas en ALD.

Et puis, on a un certain nombre de dépenses de santé qui ne sont pas forcément un luxe, par exemple les lentilles, les implants dentaires et autres soins qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire alors que ce sont des frais de santé qui peuvent être considérés comme indispensables dans certains cas.

On a posé un constat sur la complémentarité, est-ce qu'on peut l'optimiser plutôt que de la bouleverser, plutôt que de bâtir nécessairement un nouveau système ? Il y a eu des débats pendant l'élection présidentielle, qui montrent que les Français sont un peu perdus. Dire qu'il faut rembourser le gros risque et pas le petit risque, c'est une approche un peu réductrice. Envisager nécessairement des contrats types, est une solution qui ne nous semble pas adaptée pour répondre à une vraie problématique de lisibilité et de compréhension du système. Les assurés ne savent pas par qui ils sont remboursés, ils ne comprennent pas bien le contenu et la terminologie de leurs contrats complémentaires ni les changements récents (CAS/OPTAM par exemple). Nous avons donc notre part de responsabilité, et avons essayé de progres-

ser dans le cadre des travaux conduits par l'UNOCAM. Nous devons aller au-delà, mais il faut admettre que c'est le système de santé dans son ensemble, qui est complexe et que les réponses simples n'existent pas.

Comment est-ce qu'on peut néanmoins essayer aujourd'hui de faire progresser la réflexion pour optimiser cette complémentarité ? On pourrait revoir les prérogatives de chacun. Le financement au premier euro des complémentaires sur l'optique, par exemple. Etienne Caniard a montré des incohérences sur les soins : il y a en France autant d'opticiens qu'aux Etats-Unis, donc on peut réfléchir à la question de l'abondance de l'offre même si ce n'est pas le seul problème, c'est une des causes du dysfonctionnement de ce secteur.

Sur d'autres postes de dépenses, on doit pouvoir revoir certains remboursements, s'agissant des médicaments qui ont un service médical rendu faible, remettre en cause la question du ticket modérateur à l'hôpital et, de façon générale, faire davantage confiance aux acteurs du privé.

On a parlé de la concurrence. C'est, selon nous, un facteur de gains pour les assurés qui ont la possibilité d'avoir recours à des services, à des offres qui sont qualitatives et qui répondent à des besoins spécifiques. Aujourd'hui, les acteurs du privé doivent pouvoir répondre aux défis du futur s'agissant des traitements et des médicaments innovants, ou des dispositifs médicaux de pointe. On pourrait dégager des marges d'efficience pour l'assurance maladie obligatoire et confier d'avantage un rôle au secteur privé. Il existe un mécanisme qui s'appelle les «social impact bounds» qui permettent aux acteurs du privé d'avoir une sorte de délégation dans le cadre d'un partenariat public-privé avec des retours sur investissement constatés, c'est peut-être une des solutions à explorer.

Pour terminer, la question de la solidarité est essentielle. Il est nécessaire de préserver un modèle de santé solidaire. Mais on peut se poser la question de la solidarité d'un système qui a été bâti il y a 50 ans et qui laisse plus de 100 milliards de dettes à nos enfants...

La question de la prise en charge des personnes âgées est aussi un vrai sujet que l'on doit examiner au regard de la solidarité intergénérationnelle et du modèle de protection sociale que nous voulons bâtir pour l'avenir de notre pays. ■

## Cécile Waquet

*Directrice adjointe « Métiers santé-prévoyance » (AG2R)*

Je précise tout d'abord que mon propos part du point de vue d'un groupe de protection sociale à but non lucratif, de culture à la fois paritaire et mutualiste, présent sur tous les risques en assurance de personnes. AG2R La Mondiale couvre en effet 15 millions de personnes, 500 000 entre-

prises, que ce soit au titre de la retraite complémentaire, de la retraite supplémentaire, de la prévoyance, de la santé et/ou de l'épargne. Nous avons aussi la particularité de couvrir plus de 80 branches professionnelles.

Pour aborder le sujet du financement des dépenses de santé et le partage entre régimes obligatoires et complémentaires, il est indispensable de commencer par un état des lieux de notre système de soins et des besoins de nos concitoyens. A cet égard, le système n'est pas aussi satisfaisant que ce que l'on croit et les attentes de la société sont très fortes. De fait, notre pays a un peu décroché sur certains indicateurs établis dans des classements internationaux. Par exemple, en dix ans la France est passée de la première à la onzième place de l'indice européen des consommateurs de santé, en particulier pour une question d'accès aux soins. De même, dans le dernier classement de l'OCDE, nous sommes en tête en ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance, mais très mal classés en prévention. La France consacre 2 % de ses dépenses de santé à la prévention contre 3 % dans d'autres pays de l'Union Européenne (UE). De fait, les attentes de nos concitoyens sont très fortes en termes d'accès financier aux soins, en particulier en raison des dépassements d'honoraires, et d'accès géographique aux soins – je pense ici aux déserts médicaux. Nous avons également de réelles marges de progrès en matière de prévention, à la fois générale et des risques professionnels, et d'accompagnement dans le parcours de soins. Avec le vieillissement, comme l'a mis en évidence un rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) en 2013 sur le vieillissement et son impact sur les dépenses de santé, il est absolument essentiel d'améliorer tout son écosystème en amont des remboursements pour mieux gérer le risque santé. Une meilleure gestion du risque de santé est une préoccupation très forte des assureurs. L'objectif est d'améliorer tout ce qui permet de mieux gérer ce risque santé, de ne pas se concentrer uniquement sur la question des remboursements.

Au regard de ces enjeux, la question qui se pose est de savoir quelle doit être la bonne articulation entre régimes de base et régimes complémentaires. Aujourd'hui, même si ce cofinancement permet à notre population de subir, en moyenne, le plus faible niveau de reste à charge des pays de l'OCDE (8,4 %), il n'évolue pas selon des règles pleinement satisfaisantes. L'analyse fait ressortir une certaine incomplétude, des imperfections et des incohérences. Prenons par exemple la dernière réforme sur la généralisation de la complémentaire santé.

Ce qui est étonnant, c'est que cette généralisation n'a été rendue obligatoire qu'en entreprise, alors que les entreprises étaient déjà largement couvertes par le jeu des incitations fiscales et sociales. D'ailleurs, l'effet « tsunami » annoncé n'a pas vraiment eu lieu. La couverture a un peu augmenté mais il reste beaucoup d'exclus, en particulier parmi les populations les plus précaires, qui ne sont pas en entreprises, comme les chômeurs et les inactifs. Les fonctionnaires et les retraités ne bénéficient pas non plus de cette obligation de couverture.

Autre élément frappant : alors que les complémentaires santé sont devenues des acteurs incontournables de la prise en charge du système de soins, les pouvoirs publics cherchent à les réglementer sans vraiment tenir compte

de leurs propres logiques économiques. Ainsi, d'un côté, les complémentaires santé sont des acteurs incontournables, perçus comme tels et rendus obligatoires par la volonté des pouvoirs publics. De fait, les chiffres parlent d'eux-mêmes : sur tous les soins de ville, compte tenu des dépassements d'honoraires et compte tenu des dépenses qui ne sont pas forcément remboursées du tout par la sécurité sociale, les complémentaires ont une part très importante (plus de 20 % sur les soins de ville, 39 % des biens médicaux en-dehors des médicaments, 40 % sur le dentaire, 74 % pour l'optique). Et pourtant, les pouvoirs publics cherchent à les encadrer sans toujours respecter leurs dynamiques économiques. Ici je trouve qu'il y a une faille dans le raisonnement. Tout s'est passé comme si les complémentaires santé étaient juste une annexe à la sécurité sociale. Comme l'Etat ne peut pas augmenter le taux de prélèvement obligatoire, il a déplacé sur les complémentaires santé ce qu'il aurait voulu faire avec l'assurance maladie obligatoire. C'est un problème puisqu'en réalité les complémentaires santé ont leurs propres logiques.

Quelles sont ces logiques ? Les complémentaires santé, c'est un monde diversifié, riche de différents acteurs qui adaptent leurs offres à leurs assurés. Par exemple, dans les branches professionnelles, notre groupe va très au-delà des remboursements des soins, et développe des actions de prévention qui nous sont demandées par les partenaires sociaux. Je pense évidemment à la prévention bucco-dentaire et respiratoire dans la boulangerie, mais aussi à la prévention des troubles du sommeil dans la pâtisserie, des troubles musculo-squelettiques chez les coiffeurs, ou encore de la pénibilité dans certaines branches professionnelles comme le commerce de gros, les boissons, ou la charcuterie. Je me permets d'insister sur la prévention des risques professionnels : c'est un enjeu très important avec le vieillissement de la population, qui fatalement va entraîner un recul de l'âge de départ à la retraite et une hausse des dépenses de prévoyance. Dans ce contexte il est indispensable d'améliorer les conditions de vie au travail de nos seniors. Si nous pouvons financer ces actions dans les branches professionnelles à la demande des partenaires sociaux, c'est grâce à des fonds sociaux créés dans le cadre de la solidarité professionnelle de branche. Ce que je veux dire par là, c'est que le paysage est très divers ; il permet justement aux différents acteurs, aux différentes complémentaires santé d'apporter des réponses variées en fonction des besoins et des attentes des populations qui sont assurées. Cela me paraît vraiment important de le souligner.

Par conséquent, il ne faut pas vouloir plaquer sur ce monde très diversifié des assureurs complémentaires des réponses uniformes qu'on applique à l'assurance maladie obligatoire.

On ne les laisse pas libres d'agir comme elles veulent, elles sont déjà très réglementées. Aujourd'hui ils existent déjà des sortes de contrats repères : plancher avec l'ANI pour les contrats en entreprise, le plafond avec le contrat responsable. Ce plafond de prise en charge a d'ailleurs

pour l'instant des effets qui nous paraissent plutôt contre-productifs dans la mesure où il ne semble pas avoir conduit tous les professionnels de santé à modérer leurs dépassements d'honoraires, d'où une hausse des restes à charge de certains assurés.

En tout état de cause, les complémentaires santé sont déjà très réglementées et il conviendrait de ne pas les réglementer davantage, mais plutôt les laisser libre d'agir les unes et les autres en concurrence.

Comme nous ne pouvons plus nous différencier par les prix, comme le disait Véronique Cazals, nous cherchons à nous différencier par les services. Je pense en particulier, au-delà des actions de prévention déjà mentionnées, aux services de téléconsultation médicale, aux réseaux

de soins mis en place pour les appareils optiques, qui ont permis de réduire le reste à charge. Dans la même idée, pour rejoindre ce que disait Etienne Caniard, il serait pertinent de construire avec des professionnels de santé, sur certains territoires, des parcours de santé cohérents, qui permettraient d'améliorer la coordination des acteurs, d'éviter des hospitalisations, d'éviter la iatrogénie médicamenteuse.

Pour conclure, il est indispensable, au regard des enjeux de notre système de santé, de laisser les différents acteurs « complémentaires » libres d'organiser des solidarités intermédiaires, de nature professionnelles ou territoriales, pour apporter des réponses adaptées aux attentes de la population. ■

### **Auditeur, conseillère dépendance et assurance dans le privé et ancienne présidente de caisse d'assurance maladie**

Je voudrais dire que les dés sont pipés du côté de la négociation entre les assurances complémentaires et les professions de santé. Les assurances complémentaires se sont efforcées de négocier dans les domaines où elles étaient les payeurs prioritaires, et il leur est arrivé des embûches magistrales, des histoires de grilles de tarifs négociés dans leur dos sur l'optique il y a 10 ans, des histoires de loi (la loi Leroux) leur interdisant de négocier avec des professionnels de santé autre que dentiste, opticien et plus récemment la création de plafonds optiques qui a été inflationniste. Si dans le même temps où les réseaux se développent, les autorités font voter une loi mettant des plafonds optiques au double du prix reconnu par les marchands d'optique sur les verres simples, cela veut dire que c'est inflationniste. Vous avez une augmentation cachée des dépenses qui a contredit le travail des négociations des professions de l'assurance. Donc ça me paraît très important de dire que dans votre débat sur la séparation ou la complémentarité entre les deux domaines, il ne faut pas que les dés soit pipés, c'est-à-dire si on donne de l'autonomie aux complémentaires, en compensation bien sûr d'un engagement de solidarité, il ne faut pas que dans le même temps on prenne des mesures qui les empêchent de négocier.

### **Brigitte Dormont**

Je suis d'accord avec vous, il y a une forte difficulté politique en France qui est liée entre autres à la très forte place de l'Etat dans les négociations conventionnelles, avec une dimension politique qui peut parfois court-circuiter les mécanismes économiques. Effectivement le décret associé à l'ANI a introduit dans le contrat responsable des plafonnements de remboursement. Mais je ne suis pas sûre que, comme vous le suggérez, les plafonds

## **ÉCHANGES AVEC L'AUDITOIRE**

définis dans le décret soient très supérieurs aux contenus des contrats issus des négociations de réseau.

### **Véronique Cazals**

Les dés sont pipés, oui et non. Ce ne sont pas les complémentaires qui font la réglementation. On applique la loi, et donc à partir de là, on peut dire que les dés sont pipés mais c'est juste le fonctionnement de la démocratie. Nous considérons, à la Fédération, mais je ne pense pas être contredite par les deux autres familles, que la contractualisation du privé avec certaines professions de santé est une bonne chose pour les assurés. Donc nous valorisons le modèle des réseaux de soins. Ils sont autorisés par la loi Le Roux avec trois professions de santé, et il est interdit de contractualiser directement avec d'autres professions de santé pour lesquelles nous ne sommes pas financeurs majoritaires. C'est la loi, ce n'est pas cette approche que l'on aurait voulu voir voter lorsque la loi Le Roux a été discutée au Parlement, mais c'est ainsi.

Cela étant dit, il faut essayer d'avancer avec la législation existante. Comment ? D'abord nous considérons qu'il y a de très bonnes choses dans le rapport IGAS concernant les avantages de contractualiser avec des réseaux, dans les trois domaines où cela est autorisé, en termes de diminution du prix des équipements et des services, et du reste à charge pour les assurés. Donc les réseaux de soins sont un plus pour les personnes qui y ont accès, un désavantage pour les personnes qui n'y ont pas accès.

Il n'est actuellement pas possible de contractualiser au-delà, c'est-à-dire avec des professions de santé qui ne sont pour l'instant pas autorisées à organiser des réseaux avec les assureurs, et on ne va pas contourner la loi. En revanche, on peut essayer de bâtir des partenariats conventionnels avec les médecins, par exemple, ou avec d'autres professions de santé, qui reposent sur quelque chose de différent. Cela permettrait aux complémentaires

de prendre en charge un certain nombre d'actes et prestations qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, dès lors que ces professionnels y ont un avantage et sont d'accord. C'est une opportunité qui nous est permise et sur laquelle il faut essayer de rebondir.

Rappelons que l'objectif initial de la loi Le Roux n'était pas du tout d'encadrer les réseaux de soins, mais il s'agissait de permettre aux trois familles de complémentaire d'avoir une égalité de traitement dans la loi parce que ce n'était pas le cas. Dès lors qu'un cadre législatif est posé, il faut avancer et continuer à offrir à nos assurés le meilleur service au meilleur prix. Les réseaux sont un moyen, il y en a d'autres, et l'on va continuer à essayer de travailler, d'être imaginatif, d'être innovant. En cela, la complémentarité est un élément positif puisque que les acteurs du privé sont obligés en permanence de se réinventer, de se challenger, d'essayer de s'adapter à une situation qui est perçue comme une contrainte.

Le système peut être performant quand on est imaginatif et quand on laisse une certaine place aux acteurs du privé pour bâtir des solutions dynamiques.

### Auditeur, chirurgien-dentiste

Le problème des réseaux est tout à fait le problème d'accès aux soins lié aux déserts médicaux en France. Quand on va mettre dans un désert médical un réseau, on a souvent des praticiens qui sont là pour faire une usine mais qui ne sont pas là pour s'occuper de la santé de la population. Dans le cadre du dentaire c'est manifeste.

Deuxièmement, on est tout à fait d'accord que le système est à bout. Je suis membre d'un syndicat qui est le premier syndicat en nombre d'adhérents, ça fait deux ans et demi qu'un groupe de 30 personnes travaille pour étudier un nouveau système d'organisation, de distribution des soins auprès de la population, pour véritablement créer un réseau dentaire libéral avec une formation continue, avec une évaluation des pratiques professionnelles paritaires, avec en même temps un engagement de modération sur les honoraires et pouvoir ainsi contractualiser et proposer aux assurances complémentaires, supplémentaires des choses innovantes. Il faut aller plus loin sur les problématiques d'accès aux soins, de prévention, de modération, de formation professionnelle, et de suivi des pratiques professionnelles. On est en train de le faire, je pense que d'ici 6 mois vous en entendrez parler.

### Brigitte Dormont

Presque tous les contrats des assureurs, des mutuelles et des instituts de prévoyance se sont mis dans le cadre du contrat responsable, alors qu'il n'est pas obligatoire, mais permet d'obtenir un taux de prélèvement fiscal préférentiel. Or l'avantage fiscal ne semble pas si décisif. Est-ce bien la raison du choix majoritaire d'une offre en contrat responsable, ou bien est-ce aussi une question d'image par rapport aux assurés ?

### Véronique Cazals

Pas tous, il y a 98 % des contrats qui sont responsables, ils sont tous solidaires en principe. La question n'est pas seulement la différence du niveau de la taxe, il s'agissait également des exonérations d'assiette dans le cadre du contrat collectif. En pratique, il n'existe pas de contrat collectif non-responsable. Pour l'individuel, il y a 2 % environ sur l'ensemble des contrats qui ne sont pas responsables (par exemple les contrats prévoyant exclusivement des garanties en cas d'hospitalisation).

Ce n'est pas une question d'image, puisque la taxe qui pèse sur les contrats non responsables est majorée et ce sont des contrats qui sont chargés fiscalement et socialement. Ce n'est pas une mauvaise image d'avoir un contrat non-responsable, c'est un contrat qui ne rentre pas dans le cahier des charges mais c'est vrai que compte-tenu de la demande, la quasi-totalité des contrats sur le marché sont responsables et solidaires

### Cécile Waquet

Pour compléter, les exonérations fiscales et sociales sont très importantes sur les contrats collectifs. Je dis ça parce que j'ai entendu que vous vouliez les supprimer dans la note du CAE.

### Brigitte Dormont

La chose importante recommandée dans la note du CAE, c'est un alignement des conditions fiscales de l'offre de couverture complémentaire, en individuel ou en collectif, et quel que soit le type d'organisme complémentaire. L'objectif est de définir des conditions égales de concurrence sur le marché de l'assurance complémentaire.

### Cécile Waquet

Maintenant que l'assurance complémentaire santé est obligatoire pour l'entreprise, on ne peut plus raisonner en termes d'exonération, c'est tout à fait normal qu'il n'y ait pas de cotisations sociales sur des contributions qui sont déjà obligatoires. Il n'y a pas de cotisations maladies sur les cotisations maladies. On n'est plus dans une logique d'incitation fiscale, on est dans une logique de caractère obligatoire.

### Auditeur, président du syndicat national des audioprothésistes

Je rebondis sur ce que disait Etienne Caniard sur la contractualisation intelligente. Pour l'instant on n'a pas trouvé les réseaux extrêmement intelligents. D'abord ils manquaient de données. C'est d'ailleurs intéressant de voir que les réseaux existent depuis 10 ans et qu'on continue de se battre alors qu'on n'a pas de données. On a contractualisé pendant 10 ans sans données et sans les professionnels, voir contre les professionnels. Je pense que la méthode utilisée par les réseaux actuels n'a pas été la bonne, je ne dis pas de ne pas contractualiser mais pas

comme ça en tout cas. Pour ce qui est de l'optique, c'est bien la liberté et la concurrence qui ont amené à cette situation, donc la liberté et la concurrence ne mènent pas forcément à des choses tout à fait rationnelles et l'optique en est bien un exemple.

### Carine Franc

Pourquoi est-ce que l'assurance privé ne se positionne pas suffisamment sur des contrats qui seraient non-responsables ? Peut-être qu'il va y avoir un deuxième volet qui se développe. C'est vrai qu'on comprend mal, puisque ça paraît être si contraignant d'avoir ces plafonds sur les remboursements de dépassements d'honoraires, pourquoi les complémentaires ne sont pas engouffrées dans l'offre de contrats ? Peut-être que c'est trop tôt pour le voir dans les chiffres, peut-être qu'on aura le développement d'un nouveau volet de surcomplémentaire.

Pour revenir sur les questions qui ont été posées par Anne-Marie Brocas, je trouve que c'était très intéressant et surtout très hiérarchisé, c'est-à-dire qu'on ne peut pas répondre à la dernière question de la régulation de l'AMC sans avoir d'abord répondu à quel champ de mutualisation et en amont qu'est-ce qu'on couvre bien, qu'est-ce qu'on veut bien couvrir. Parce que finalement, au fur à mesure des réponses à ces questions, les réponses seront différentes selon la réponse apportée en premier. Peut-être qu'il serait intéressant de répandre dans la société cette hiérarchie des questionnements car c'est vraiment le choix qui est fait et je trouve que ce n'est pas suffisamment ouvert en termes de pédagogie pour que les gens se prononcent plus sur le fond.

### Etienne Caniard

Je ferai simplement quelques remarques pour alimenter le débat, on ne peut répondre à toutes les questions posées.

Nous sommes dans l'absence de choix clairs. La contractualisation est un très bon exemple, qui rejoint la question des contrats responsables. Ce n'est pas une question d'image pour répondre à Brigitte Dormont, faites un sondage dans la population française pour savoir qui sait ce qu'est un contrat responsable, je crains que le résultat soit connu d'avance. Personne ne sait ce qu'est un contrat responsable dans la population à part nous qui nous intéressons à cette question.

La constat est simple : on a voulu mettre des contraintes sur les complémentaires, mais pas trop pour que tout le monde puisse y accéder. Le plafonnement des interventions est bien au-dessus de la moyenne de ce qui est observé. Pas forcément au-dessus de ce qui est proposé dans les contrats, mais bien au-dessus de ce qui est utilisé dans les contrats. On voit bien la différence entre l'élément marketing de l'annonce de taux d'intervention extrêmement fort et la réalité de l'offre qui fait que ces taux d'interventions ne sont pratiquement jamais utilisés. Nous sommes aujourd'hui dans une hypocrisie

générale dans l'organisation du système qu'on retrouve y compris dans la taxation versus subvention. C'est le seul secteur dans lequel on a autant de mouvement d'aides aux complémentaires et de taxation pour financer ces aides. Est-ce qu'il est logique, y compris sur un plan économique, d'avoir de telles "usines à gaz" ?

L'ANI ce n'est pas une généralisation de la complémentaire santé : 90 % des gens qui sont susceptibles d'en bénéficier avaient déjà un contrat individuel. Donc sur 4 millions de personnes c'est pour 3,6 millions d'entre elles la transformation d'un contrat individuel en contrat collectif. Individuellement, c'est un plus pour ces 3,6 millions de personnes. Mais qui se soucie des conséquences économiques ? Et encore une fois je ne porte pas de jugement moral. Sur un secteur dans lequel coexistent deux types d'interventions (des contrats généralement déficitaires : les contrats collectifs, des contrats encore excédentaires : les contrats individuels), on transforme du jour au lendemain 3,6 millions de contrats individuels en contrats collectifs sans que personne ne se pose de questions sur l'équilibre économique général des complémentaires.

Je ne défends pas les contrats collectifs tels qu'ils sont aujourd'hui pour une question d'universalité. J'ai toujours été surpris par le fait que depuis quelques décennies on observe deux évolutions contradictoires entre les complémentaires et les régimes obligatoires. Les régimes obligatoires vont vers plus d'universalité, et pour les complémentaires ont fait exactement l'inverse. J'ai eu le sentiment de ne pas être compris en termes d'approche générale, et encore une fois on revient à la population qui est concernée. Quel est notre objectif dans ce domaine-là ? J'avais interpellé le Président de la République en 2012 en lui disant : « on a un problème majeur devant nous avec l'ANI : les populations qui sont en-dehors et qui vont se retrouver avec un renchérissement de leur complémentaire ». Je rappelle qu'à l'époque, je renvoie aux travaux de la DREES, 2008-2012 : moins 500 000 personnes couvertes par les complémentaires. C'est la première fois qu'on observait un recul dans le nombre de personnes couvertes par les complémentaires. Et qui sont ces personnes ? Ce sont celles qui ont des contrats individuels et qui effectivement ne peuvent plus se les payer, notamment les plus âgées.

Comment peut-on accepter que des complémentaires, considérées comme indispensables pour se soigner, soient inaccessibles ? C'est le fonds du problème. Et la question de la taxation est centrale. Arrêtons de regarder par le "petit bout de la loupe" et ouvrons une bonne fois pour toute le débat sur la place des complémentaires dans le système de protection sociale, sinon le bricolage continuera. ■