



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2014 –

**« L'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE
ET SON RÔLE DANS LA GESTION DU SYSTÈME
DE SANTÉ »**

– Groupe n° 28–

- **ANDRE Catherine**
- **BERTRAND Thibaud**
- **HUGOT Damien**
- **LACROIX Jean-Michel**
- **LEFEBVRE Simon**
- **LEHENE Géo**
- **MACIEJEWSKI Thibault**
- **RUGI Thomas**
- **SICARD Paola**

Animateur

- **CORON Gaël.**

Sommaire

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 2 |
| 1 L'assurance maladie complémentaire n'est pas en mesure aujourd'hui de réguler les dépenses de santé | 5 |
| 1.1 Une dynamique de transfert massif des dépenses de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires | 5 |
| 1.1.1 La problématique historique de la responsabilisation des patients pour maîtriser les dépenses de santé (notion de franchise, ticket modérateur) | 5 |
| 1.1.2 Les évolutions récentes se traduisent par des déremboursements qui opèrent un transfert massif de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire | 6 |
| 1.2 Qui s'est traduite par une institutionnalisation du dialogue avec les complémentaires sans conduire en pratique à la création d'une AMC dotée d'un front commun | 7 |
| 1.2.1 La création de l'UNOCAM s'est réalisée dans le contexte d'une restructuration du secteur | 7 |
| 1.2.2 Il n'existe pas vraiment une AMC dotée d'une politique commune | 9 |
| 1.3 Les complémentaires ne disposent que de leviers encore résiduels sur la maîtrise des dépenses de santé mais de qui pourraient être appelés à se développer | 10 |
| 1.3.1 Un rôle de financeur aveugle sur une partie du panier de soins | 10 |
| 1.3.2 Mais des pistes intéressantes: le conventionnement | 11 |
| 1.3.3 Les contrats solidaires et responsables, malgré leur importance et leur intérêt évident dans la maîtrise des dépenses de santé, trouvent aujourd'hui des limites qui tiennent à la définition de leur périmètre | 12 |
| 1.3.4 Le rôle des complémentaires dans le domaine de la prévention et de la gestion du risque ne peut être substantiel dans les conditions actuelles | 13 |
| 2 Si les complémentaires jouent un rôle important dans l'accès aux soins, la montée en puissance de ces dernières a été accompagnée d'une inégalité forte entre les usagers | 15 |
| 2.1 Les restes à charge croissants sont pris en charge de manière hétérogène par les complémentaires..... | 15 |
| 2.1.1 Des restes à charge substantiels..... | 15 |

| | | |
|--------------------------------|---|-----------|
| 2.1.2 | De fortes inégalités de couverture source de renoncement au soin | 16 |
| 2.2 | Les mécanismes de la CMU-C et de l'ACS ne répondent qu'imparfaitement à la question des inégalités de couverture du reste à charge | 17 |
| 2.2.1 | Un périmètre CMU-C insuffisant pour limiter le renoncement au soin | 17 |
| 2.2.2 | L'ACS, un mécanisme complexe à l'efficacité incitative limitée | 18 |
| 2.3 | La généralisation de la couverture complémentaire avec l'ANI pourrait contribuer à créer de nouvelles inégalités..... | 19 |
| 2.3.1 | L'ANI vise à permettre une couverture complète de tous les actifs par une complémentaire | 19 |
| 2.3.2 | La transposition législative de l'accord a connu un parcours chaotique, s'écarte de l'équilibre conclu par les partenaires sociaux et pourra conduire à une redistribution du marché 20 | |
| 2.3.3 | Un texte potentiellement porteur d'inégalités | 20 |
| 2.4 | Les politiques actuelles ne portent que partiellement sur la source du problème : la réduction du reste à charge | 21 |
| 2.4.1 | Les dépassements d'honoraires peu encadrés | 21 |
| 2.4.2 | Les moyens des complémentaires d'agir sur le montant des restes à charge sont limités 22 | |
| Conclusion : | | 25 |
| • | Les remboursements de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse pourraient être transférés intégralement aux organismes complémentaires | 26 |
| • | Faciliter l'accès des complémentaires aux données de santé | 26 |
| • | Le rôle de l'UNOCAM pourrait être renforcé | 26 |
| • | Enfin l'amélioration de la couverture individuelle devra être poursuivie en parallèle de la généralisation de la couverture collective | 27 |
| Bibliographie..... | | I |
| Liste des annexes | | IV |

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier tout d'abord Gaël CORON, notre animateur pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Nous remercions ensuite tous les professionnels pour leur disponibilité, et d'avoir accepté de nous recevoir dans des délais restreints.

Nous remercions également Emmanuelle GUEVARA pour l'organisation logistique de ce module interprofessionnel.

Nous remercions chacun d'entre nous pour la cohésion de groupe, et la bonne entente au quotidien.

Enfin nous remercions le Directeur de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Laurent CHAMBAUD, et l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de nous permettre de suivre un tel module dans les différentes formations.

Liste des sigles utilisés

| | |
|--------|---|
| ACS | Aide à la Complémentaire Santé |
| ALD | Affection Longue Durée |
| AMC | Assurance Maladie Complémentaire |
| AMO | Assurance Maladie Obligatoire |
| ANI | Accord National Interprofessionnel |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| CSBM | Consommation de Soins et de Biens Médicaux |
| CLIC | Centre Local d'Information et de Communication |
| CMU | Couverture Maladie Universelle |
| CMUC | Couverture Maladie Universelle Complémentaire |
| CNAMTS | Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Sociaux |
| CPAM | Caisse Primaire d'Assurance Maladie |
| CTIP | Centre Technique des Institutions de Prévoyance |
| DG | Directeur Général |
| DRESS | La Direction de la Recherche, des études, de l'Evaluation et des Statistiques |
| DSS | Direction de la Sécurité Sociale |
| EHESP | Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique |
| FMNF | Fédération Nationale de la Mutualité Française |
| FFSA | Fédération Française des Sociétés d'Assurances |
| GDR | Gestion du Risque |
| HCAAM | Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie |
| IP | Institution de Prévoyance |
| LFSS | Loi de Financement de Sécurité Sociale |
| MEDEF | Mouvement des Entreprises DE France |
| MGEN | Mutuelle Générale de l'Education Nationale |
| ONDAM | Organisme National des Dépenses d'Assurance Maladie |
| UTL 3 | Unions Territoriales de Livre 3 |
| UNCAM | Union Nationale Complémentaire d'Assurance Maladie |
| UNOCAM | Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie |

Introduction

Le mouvement de généralisation de l'Assurance maladie complémentaire (AMC) pour les actifs est entériné par l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 et la loi sur la sécurisation de l'emploi, il vient compléter une volonté d'universalisation de l'accès à l'AMC mis en place dès 1999 avec la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

L'AMC, dont la vocation est de couvrir la partie restant à charge pour le patient après le remboursement opéré par l'assurance maladie obligatoire (AMO), a représenté en 2011 13,7% de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), soit 24,6 Mds €. ¹ Ces grandes masses cachent néanmoins un système très complexe, peu lisible pour les citoyens qui voient certains segments de soins très largement délaissés par l'AMO, faisant de facto de l'AMC un enjeu d'accès aux soins souvent indispensable. Le système français se distingue donc par sa mixité, mais aussi par sa complexité, un grand nombre d'organismes pouvant intervenir au sein de l'AMC. Ce secteur ne représente pas un front commun, rendant difficiles les politiques à l'œuvre pour agir sur les dépenses, sur les coûts de gestion, ou encore sur l'accès aux soins. Les jeux d'acteurs, dont certains interviennent en défense du régime obligatoire à travers une philosophie d'activité d'intérêt social, quand d'autres privilégient l'efficacité des mécanismes assurantiels plus sélectifs, apparaissent souvent comme un marqueur des inégalités. Il reste qu'un travail commun semble émerger autour de la nécessité de s'accorder sur des mécanismes de prise en charge ou sur la volonté de participer à l'organisation des soins et à la réflexion sur leur tarification.

Si la France a récemment réaffirmé cette démarche de généralisation de l'AMC à travers la stratégie nationale de santé², le mouvement de glissement du financement de la santé vers l'AMC n'est pas sans conséquence sur l'équilibre du système et interroge sur son rôle dans la gestion du système de santé. Deux grands enjeux semblent se dégager parmi l'ensemble des questions sous-jacentes : l'accessibilité aux soins d'une part, avec des problématiques

¹ HCAAM, *Rapport sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé*, p.7

² Les trois grands axes de la Stratégie nationale de santé sont préparés par le Rapport CORDIER : « *Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 recommandations du comité des « sages »*. La généralisation de l'AMC résulte d'une déclinaison du deuxième axe, intitulé « Lutte contre les inégalités d'accès aux soins : généraliser la couverture complémentaire en santé, agir sur les dépassements d'honoraires et généraliser le tiers payant en médecine de ville ».

d'inégalités, d'effectivité (non recours, capacité de l'AMC à couvrir le reste à charge), et la maîtrise des dépenses d'autre part, avec l'impact des mécanismes complémentaires sur la gestion du risque maladie. Il est donc possible de se demander dans quelle mesure l'AMC peut contribuer à la maîtrise des dépenses de santé tout en favorisant l'accès aux soins, et s'il faut s'appuyer sur l'AMC pour favoriser le système de soins ?

L'assurance maladie complémentaire ne semble pas aujourd'hui en mesure de réguler les dépenses de santé (I) ; si les complémentaires jouent un rôle important dans le domaine de l'accès au soin, la montée en puissance de ces dernières s'est en pratique accompagnée d'une inégalité forte entre les usagers (II).

1 L'assurance maladie complémentaire n'est pas en mesure aujourd'hui de réguler les dépenses de santé

1.1 Une dynamique de transfert massif des dépenses de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires

1.1.1 La problématique historique de la responsabilisation des patients pour maîtriser les dépenses de santé (notion de franchise, ticket modérateur)

Les ordonnances Juppé de 1996 ont instauré des outils afin de maîtriser au mieux les dépenses de santé. L'ONDAM, les LFSS doivent permettre de concilier deux objectifs : l'accès à des soins de qualité et maîtriser les dépenses de santé. Par ces biais des mécanismes de responsabilisation, visant à assurer une participation minimum des patients aux frais de santé ont été institués. Certains auteurs dont Gilles Huteau, enseignant chercheur, dénoncent cette politique de responsabilisation qui en réalité n'en serait pas une, ce n'est « n'est ni plus ni moins qu'une politique de transfert de dépenses et de charges vers les complémentaires et les ménages ³ » pour reprendre les propos de Frédéric Pierru, politiste au CERAPS de Lille-2.

Plusieurs mécanismes ont été progressivement mis en place :

- **Le ticket modérateur** ⁴ a été institué dès la création de la sécurité sociale en 1945. Le poids politique des mutuelles en 1945 a permis qu'il y ait un reste à charge afin qu'elles ne disparaissent pas. Il s'agit d'un reste à charge pour les patients après remboursement de la sécurité sociale avant déduction des participations, les franchises médicales, ou le forfait hospitalier à la charge de l'utilisateur, soit « une somme résiduelle destinée à modérer la consommation médicale et éviter les gaspillages que la gratuité était susceptible de provoquer »⁵. La mise en place du parcours de soins coordonné par la loi du 13 août 2004 a fait évoluer le ticket modérateur en fonction du comportement de l'utilisateur. Sa majoration est calculée en fonction du respect ou non de ce parcours de soins. C'est une pénalisation

³ Extrait de l'entretien avec Frédéric Pierru, le 6 mai 2014

⁴ Article R322-1 du code de la sécurité sociale

⁵ Définition donnée par Didier Tabuteau dans son ouvrage « Démocratie sanitaire : Les nouveaux défis de la politique de santé

financière que les organismes d'assurance maladie complémentaire ne doivent pas rembourser.

- Le législateur en 2004 a imposé aux usagers une **contribution financière fixe**. Ici est donc la notion de **franchise**. La franchise médicale se définit comme étant une somme déduite des remboursements de l'assurance maladie sur les médicaments, les transports sanitaires, les actes paramédicaux⁶. Il y a également une participation forfaitaire d'un euro déduite des montants du remboursement de la sécurité sociale pour chaque consultation, acte, examen radiologique ou analyse biologique.

Toutefois il convient de préciser que ces dispositifs ne s'appliquent pas à toute la population, sont exonérées les personnes bénéficiant la CMUC, ou les mineurs notamment.

Ces outils participent à la volonté de réduire les déficits des comptes de l'assurance maladie, mais creusent les inégalités : « Tout le monde sait que plus la part du financement privé s'accroît dans le financement total des dépenses de santé, plus le système devient difficile à contrôler, plus il est injuste et plus il engendre des effets sanitaires délétères »⁷. Les déremboursements s'opèrent aussi dans un objectif de transferts des dépenses.

1.1.2 Les évolutions récentes se traduisent par des déremboursements qui opèrent un transfert massif de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire

A la création de la sécurité sociale en 1945 celle-ci opérait un taux de remboursement à un taux de 80% et les complémentaires de 20%. Cependant les politiques de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie ont tour à tour augmenté le ticket modérateur pour les soins de ville. La mise en place des outils vus précédemment, a augmenté le reste à charge et cela a pour conséquence « une transformation radicale du rôle de la sécurité sociale dans le remboursement des soins courants ».⁸

Jean Marie André, économiste de la protection sociale rappelle que la part de l'AMO en 2004 était de 76.3% et en 2012 de 75.5%⁹. Il y a donc bien eu un transfert mais « il n'y a

⁶ Définition ameli.fr Le montant de la franchise est de 0.5 euro par boîte de médicaments, 0.5 euro par acte paramédical, 2 euros par transport sanitaire. Elle est plafonnée à 50 euros par an.

⁷ Extrait de l'entretien avec Frédéric Pierru du 6 mai 2014

⁸ Didier Tabuteau, Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé

⁹ Marie-Anne LE GARREC et Marion BOUVET, 2013, « Comptes nationaux de la santé 2012 », Document de travail, Série « Statistiques, n° 185, Drees, septembre 2013 ».

pas de chute massive »¹⁰. La croissance des dépenses liées aux affections de longue durée explique en réalité cette statistique. « 14% de la population qui bénéficie du régime des ALD représente 60% des dépenses d'assurance maladie ¹¹ ». Les ALD entraînent une prise en charge de 100% de la part de la sécurité sociale (90% pour les dépenses d'hospitalisation).

Le transfert massif de l'AMO vers l'AMC touche essentiellement le remboursement des soins courants, de la médecine de ville et des dispositifs médicaux. La part de l'AMO sur ce périmètre n'est plus que de 55% (chiffre 2006).

Ces déremboursements agissent donc plus sur la structure des dépenses de santé que sur leur montant.

La part croissante de l'AMC a conduit les pouvoirs publics à institutionnaliser un dialogue avec les acteurs du secteur.

1.2 Qui s'est traduite par une institutionnalisation du dialogue avec les complémentaires sans conduire en pratique à la création d'une AMC dotée d'un front commun

1.2.1 La création de l'UNOCAM s'est réalisée dans le contexte d'une restructuration du secteur

- **Les organismes complémentaires sont regroupés en fédérations en fonction de leur nature**

Pour les mutuelles : la fédération nationale de la mutualité française (FNMF).

La FNMF regroupe des mutuelles, des unions territoriales de livre 3 (UTL3) et des Unions régionales. La FNMF représente aujourd'hui 38 millions de personnes adhérentes soit la plus importante part de marché du secteur.

De manière plus anecdotique, les mutuelles sont également regroupées dans deux autres fédérations : la fédération nationale indépendante des mutuelles (30 mutuelles, 1,5M de personnes couvertes) et le régime local Alsace-Moselle.

Pour les institutions de prévoyance : le centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)

¹⁰ Extrait de l'entretien avec Jean Marie André du 6 mai 2014

¹¹ Extrait de l'entretien avec Jean Marie André du 6 mai 2014

LE CTIP regroupe 47 institutions de prévoyance et couvre 13 millions de salariés au travers de 2 millions d'entreprises. Son organisation et son fonctionnement sont de nature paritaire à l'image des institutions de prévoyance.

Pour les assurances : la fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) :
Regroupe 240 entreprises représentant 90 % du marché français de l'assurance.

- **La création de l'UNOCAM répond à la volonté des pouvoirs publics de disposer d'un interlocuteur commun**

Créée par la loi de 2004 (réforme Douste-Blazy) sous la forme d'une association loi 1901, l'UNOCAM répond à la volonté des pouvoirs publics d'avoir un interlocuteur commun et de permettre une acculturation des organismes complémentaires sur les questions de gestion du système de santé, notamment pour mieux organiser les transferts de charges de l'AMO vers l'AMC. Une des motivations sous-jacente des pouvoirs publics de l'époque pourrait également être de diluer le discours de la mutualité française perçue comme ancré à gauche (perception d'un ancien cadre de la mutualité).

L'UNOCAM regroupe aujourd'hui les différentes fédérations.

Sa gouvernance repose sur deux instances :

. le bureau : l'organe décisionnaire de fait est le bureau qui décide à l'unanimité, chaque secteur y est représenté de manière égalitaire

. un conseil d'administration : lieu du vote des décisions institutionnelles, les sièges sont répartis au chiffre d'affaires, ce qui donne une majorité à la FMNF (donc de facto un droit de veto) même si selon l'UNOCAM le consensus reste la réalité des décisions.

- **Le secteur des complémentaires connaît des changements importants**

Les parts de marché se redistribuent au profit des assurances qui ont enregistré sur les dix dernières années une croissance annuelle moyenne de leur chiffre d'affaires de 7%. Les mutuelles restent néanmoins prépondérantes avec 59% du marché contre 17% pour les IP et 10% pour les assurances.

Le secteur connaît un important mouvement de concentration : cette évolution est particulièrement spectaculaire pour les mutuelles dont le nombre a été divisé par 3 en 10 ans (1528 mutuelles en 2001 et 512 en 2011), mais touche également les IP (57 organismes en 2001 et 29 en 2011 soit -50%).

Ce mouvement de concentration a pour conséquence de recentrer le marché sur quelques acteurs majeurs. Ainsi, 36% du chiffre d'affaire des complémentaires est réalisé par 7 groupes consolidés, 20% des mutuelles représentent 83% du chiffre d'affaire de la mutualité.

L'origine de ce mouvement de concentration s'explique par des contraintes réglementaires croissantes (et notamment l'application de la directive assurance puis de la directive Solvency 2 qui impose des ratios de solvabilité élevés) et une intensification de la concurrence (liée notamment à l'application de la directive assurance qui met fin à l'avantage fiscal des mutuelles).

1.2.2 Il n'existe pas vraiment une AMC dotée d'une politique commune

- **L'UNOCAM regroupe des acteurs très hétérogènes :**

Des cultures différentes : avec des mutuelles marquées politiquement à gauche ou perçues comme telles, des IP marqués par un fonctionnement paritaire et qui sont perçus comme très influencés par le MEDEF (au sein duquel les assurances sont d'ailleurs influentes), des assurances qui sont des sociétés de capitaux à but lucratif.

Des modèles économiques différents : les mutuelles réalisent 80% de leur chiffre d'affaire avec les complémentaires santé contre 50% pour les IP et 5% pour les assureurs. Notons que pour ces derniers, les complémentaires santé peuvent constituer un produit « tête de gondole » permettant de placer des produits d'assurance vie et de sécuriser ces contrats.

Des codes juridiques différents s'appliquent à ces acteurs, même si les règles tendent à s'harmoniser.

- **Les jeux de pouvoirs entre les différents échelons de représentation montrent que l'unicité de l'assurance maladie complémentaire n'existe pas malgré la création de l'UNOCAM**

Au sein même des fédérations : ce phénomène touche particulièrement la mutualité où deux groupes ont atteint une taille critique : Istya/MGEN (fonctionnaires) et Harmonie (privé), leur rôle pivot ne favorise pas leur coopération avec les unions régionales et la fédération. Une réforme interne est d'ailleurs intervenue en 2008 dans le sens d'une centralisation via l'institution d'unions régionales perçue comme des agences de la fédération et limitant les prérogatives des unions territoriales qui n'étaient plus nécessairement reconnues comme des interlocuteurs pertinents pour les mutuelles nationales. Il est ainsi probable que le rôle de la FMNF soit amené à évoluer dans les prochaines années vers celui d'un syndicat à l'image de la FFSA historiquement composé par des acteurs puissants.

Entre les fédérations et l'UNOCAM : l'activité de lobbying auprès des pouvoirs publics (législateur, DSS, Bercy) est aujourd'hui réalisée par les fédérations ou les organismes les

plus importants du secteur et non par l'UNOCAM dont le rôle est de facto limité un outil de mise en œuvre des politiques de santé et non son lieu d'élaboration.

- Le dialogue entre AMO et AMC n'a pas encore atteint un point d'équilibre

Le rôle de l'UNOCAM tel que défini par les textes reste consultatif. Pour les lois concernant l'assurance maladie, la LFSS ou pour la fixation des taux de remboursement, l'avis de l'association est obligatoire.

Il convient également de souligner que la signature de l'UNOCAM n'est pas nécessaire pour la conclusion d'une convention avec les professionnels de santé. Sur ce sujet, l'UNOCAM regrette le faible degré de coopération de l'UNCAM. Aujourd'hui en amont d'un accord, le DG de l'UNCAM teste d'abord auprès des représentants professionnels de santé, ce qui est réalisable. Après ce premier tour de table, auquel ne participe pas l'UNOCAM, les grandes orientations sont fixées et le collège des directeurs des régimes d'AMO définit un mandat de négociation. L'UNOCAM souhaiterait intervenir à ce niveau.

Cette institutionnalisation inachevée du dialogue avec le secteur de l'AMC est d'autant plus dommageable que les organismes complémentaires ont mis en place des politiques de maîtrise des dépenses de santé.

1.3 Les complémentaires ne disposent que de leviers encore résiduels sur la maîtrise des dépenses de santé mais de qui pourraient être appelés à se développer

1.3.1 Un rôle de financeur aveugle sur une partie du panier de soins

Définition du panier de soins : terme institutionnalisé à partir des années 2000 avec la création de la couverture maladie universelle, le panier de soins est un ensemble de biens et services remboursés qui favorise la qualité du système de soins et permet l'accessibilité au plus grand nombre. Il s'inscrit dans une dimension sociale et sa détermination relève de la solidarité. Il lie 3 acteurs, le financeur (assurance maladie obligatoire et complémentaires), les professionnels de santé et les bénéficiaires. (Source : MA Divandry, M Henry, M Tanguy, G Huteau Fiches de travail cycle préparatoire au concours de direction 2012-2013)

Le panier de soins correspond peu ou prou au niveau de réponse que doit donner l'outil de production de soins pour assurer la « qualité de la santé de toute la population » (HCAMM, 2004 Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie), la solvabilisation de la prise en charge est alors assurée par l'AMO et l'AMC.

La dynamique de désengagement des soins courants mis en œuvre par l'AMO est essentiellement subie par les organismes complémentaires. Si le dentaire, l'optique et l'audioprothèse font l'objet de niveaux de prise en charge élevés par les organismes d'AMC, la prise en charge des dépassements d'honoraires devient également de plus en plus importante ou les remboursements partiel qui touchent les médicaments (avec par exemple la création de la vignette orange finalement largement remboursé par le secteur complémentaire)

Une des réponses apportée par les complémentaires à la nécessaire maîtrise de leur dépense consiste à développer des politiques de conventionnement notamment par la mise en œuvre de réseaux.

1.3.2 Mais des pistes intéressantes: le conventionnement

Les réseaux de soins

La loi Le Roux n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative «aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé» permet aux mutuelles de créer des réseaux de soins qui pourront influencer sur les niveaux de remboursement pour des actes donnés. Les assurés sont ainsi invités à solliciter les professionnels de santé conventionnés dans le cadre de ces réseaux pour obtenir la réalisation de leurs garanties. Dans la pratique la mise en œuvre de ces réseaux interroge sur :

1. la capacité de l'assurance maladie obligatoire à structurer la vie professionnelle de certaines professions de santé,
2. le principe du libre choix du patient et les principes mutualistes d'égalité entre les adhérents,

Il n'en demeure pas moins qu'ils présentent une efficacité évidente ainsi que l'a souligné la Cour des Comptes, plus particulièrement en terme de maîtrise des dépenses et du reste à charge. « Les mutuelles ont ainsi la possibilité de constituer des plates formes de conventionnement qui reposent sur la sélection de professionnels incités à faire des efforts tarifaires en échange d'une clientèle fléchée. » (Source, secrétaire général UNOCAM, mai 2014).

Quelques exemples de réseaux peuvent être donnés. KALIVIA qui est une société créée par Harmonie mutuelles et Malakoff Médéric qui a pour finalité en regroupant des opticiens agréés de proposer des tarifs intéressants. Avec une connotation plus sociale,

Malakoff Mederic a aussi construit un réseau entre opticiens et CLICS pour obtenir 25% de réduction sur l'optique. Il est intéressant de noter que des réseaux se mettent aussi en place pour des personnes qui n'auraient pas exercé individuellement leur droits à CMU C-ACS. L'effet volume rendant plus supportable le reste à charge.

Le conventionnement hospitalier

Dans le domaine hospitalier cette logique de conventionnement est aussi mise en œuvre avec les mêmes objectifs « d'accès à des soins hospitaliers de qualité à tarif maîtrisé ».

Ainsi la mutualité française indique que près d'une centaine de mutuelles couvrant 80% des adhérents mutualistes a adhéré au conventionnement hospitalier mutualiste. Les avantages pour les établissements et les adhérents se situent à la fois en termes de diminution des restes à charges pour les frais d'hébergement par des tarifs négociés, de dispense d'avances de frais et de qualité par le référencement des établissements ce qui peut constituer un avantage en termes d'image voir de marketing hospitalier (source Mutualité Française).

1.3.3 Les contrats solidaires et responsables, malgré leur importance et leur intérêt évident dans la maîtrise des dépenses de santé, trouvent aujourd'hui des limites qui tiennent à la définition de leur périmètre

Les contrats solidaires et responsables, fortement impulsés par un environnement fiscal et réglementaire¹², encadrent les pratiques des organismes complémentaires. Ce type de contrat vise à offrir aux souscripteurs des garanties fondamentales en même temps qu'une incitation à s'inscrire dans une consommation de soins plus vertueuse s'agissant de la maîtrise des dépenses. Retenons les trois critères :

1. l'interdiction de la sélection médicale et du questionnaire médical fonde la solidarité entre les malades et les bien portants ;
2. la couverture minimale d'un panier de soins, qui ne prévoit cependant pas de prise en charge systématique du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier, qui offre une garantie socle de prise en charge;

¹² Sous l'impulsion du droit européen, le régime fiscal actuel est fixé selon le type de contrat proposé et non selon la nature de l'opérateur. Les contrats solidaires et responsables rejoignent quant à eux les principes qui ont au départ émergés dans le secteur mutualiste. Voir à ce sujet notamment les travaux de Marion DEL SOL, *La construction juridique du marché de l'assurance santé en Europe*, RDSS 2011, p.197.

3. la responsabilisation des assurés à travers d'une part le non remboursement de certaines catégories de frais (franchises, dépassements hors parcours de soins), et d'autre part par le développement des actions de prévention.

Au-delà de toute notion de redistribution verticale des revenus, la gestion du risque en termes de rationalisation des dépenses de santé trouve donc une forme de concrétisation avec les contrats responsables et solidaires. Si l'on considère que dans le secteur assurantiel la concurrence contribue à l'augmentation de la solvabilisation des assurés, et donc participe à l'augmentation des dépenses¹³, le fait de cadrer par des principes et des règles opérationnelles les prestations des AMC (et donc de brider la concurrence), à travers ces contrats solidaires, participe très sensiblement à la gestion du risque. L'impact des contrats responsables est d'autant plus grand qu'ils représentent 94% de la totalité (individuels et collectifs confondus)¹⁴.

Si l'esprit d'une telle démarche est de cadrer la solvabilisation des dépenses de santé afin qu'elles s'inscrivent dans un ensemble vertueux et non dans une logique de consommation effrénée. En pratique les limites sont constituées par l'insuffisance de l'effet incitatif (citons l'exemple des dépassements d'honoraires), ou encore par l'impuissance à influencer les dépenses des secteurs de liberté tarifaire. De plus, la question de la justification de la dépense de santé couverte est encore trop absente de ce type de contrats, limitant leur impact sur la gestion du risque. Il en est de même sur la question des parcours de soins et des réseaux de santé comme outils de régulation des dépenses, insuffisamment développés¹⁵.

Ces limites interrogent sur le degré de régulation publique des prestations des AMC dans le cadre de l'élargissement de son rôle dans la gestion du système de santé.

1.3.4 Le rôle des complémentaires dans le domaine de la prévention et de la gestion du risque ne peut être substantiel dans les conditions actuelles

- **Les complémentaires font de la prévention essentiellement pour des raisons d'image**

13 Voir en particulier la position défendue par Didier TABUTEAU, reprise dans l'entretien.

14 HCAAM, *Rapport sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé*, p.114

15 Un certain consensus se dégage sur ce point dans les entretiens, quel que soit le type d'acteur sollicité (mutuelle, assurance, ARS).

Actuellement, les politiques et actions de prévention ciblent essentiellement les affections de longue (ALD) durée et les pathologies lourdes (diabète, cancer...).

Sur le plan économique, les organismes complémentaires d'assurance maladie ne sont pas incités à mettre en œuvre des politiques de prévention. En effet, les ALD bénéficient aujourd'hui d'une prise en charge à 100% par la sécurité sociale ; il s'agit d'un champ dont les complémentaires sont absentes. Cependant, ce constat mérite d'être nuancé car les patients touchés par une ALD sont plus fragile qu'un assurés moyen et consomme plus de soins hors ALD qui eux sont financés en partie par les complémentaires. De plus, face à une clientèle dont la fidélité n'est pas garantie, le bénéfice d'actions à moyen ou long terme est minime.

Enfin, la prévention vise au premier chef la réduction des inégalités sociales de santé. Au vu de cet objectif et des mécanismes financiers, la prévention ne peut être qu'une politique d'Etat¹⁶.

Pour autant, les assurances maladies complémentaires mènent de nombreuses actions de prévention¹⁷. Cet état de fait est le produit d'une histoire mutualiste ancrée dans les territoires ou des collectifs de travail. Néanmoins, il ressort des différents éléments collectés que pour les AMC, la prévention devient surtout aujourd'hui une forme d'outil de différenciation, en ce sens qu'elle permet de communiquer et d'améliorer l'image de marque de l'organisme. Dés lors, la prévention menée par les complémentaires paraît davantage relever de l'argument commercial que d'une réelle politique de santé publique¹⁸, bien que dans le cas des mutuelles l'objectif moral ressorte comme étant plus affirmé.

- **La gestion du risque au sein de l'AMO et de l'AMC obéit à des logiques divergentes**

En ce qui concerne la gestion du risque (GDR), les AMC y sont peu associées. Les principaux acteurs de la GDR sont les Agences Régionales de Santé (ARS) et la CNAMTS. Cet état de fait peut s'expliquer par plusieurs facteurs.

En premier lieu, les organismes eux-mêmes estiment souvent qu'ils n'ont pas les moyens de mener une réelle politique de gestion du risque, notamment car ils ne disposent pas d'accès aux données de santé de leurs populations¹⁹. Par ailleurs, les programmes

¹⁶ F. PIERRU, politiste, entretien du 06/05/2014

¹⁷ Entretien Radiance-Humanis

¹⁸ Entretien Harmonie Mutuelles

¹⁹ Entretien Mutuelle Nationale Territoriale

régionaux de gestion du risque portés par les ARS relèvent essentiellement de la déclinaison de programmes nationaux²⁰ ; les actions purement régionales demeurent encore marginales, bien qu'elles tendent à se développer avec l'expérience des ARS sur le sujet.

Les actions menées portent majoritairement sur l'amélioration de l'organisation du système de santé ; il s'agit d'une compétence pour laquelle les ARS ne voient pas la plus-value que peuvent apporter les complémentaires.

Pour autant, les complémentaires font preuve d'un intérêt certain pour la thématique ; très majoritairement, les représentants UNOCAM siègent dans les commissions plénières gestion du risque mises en œuvre par les ARS. Le pouvoir réel de ces commissions est cependant très limité, et l'UNOCAM n'est que très rarement associée aux travaux des commissions restreintes.

Enfin, les complémentaires et les acteurs de l'Etat et de l'assurance maladie ne partagent pas nécessairement la même vision de la GDR. Pour l'Etat et l'assurance maladie, il s'agit de faire un bon usage des fonds avec un objectif économique et de santé publique. Les organismes d'AMC voient la gestion du risque en terme assurantiel de probabilité de dépenses²¹. Il s'agit de définir le bon « mix marketing » entre des tarifs au plus juste au regard des probabilités de risque que représentent les assurés sociaux, et au regard de la concurrence.

2 Si les complémentaires jouent un rôle important dans l'accès aux soins, la montée en puissance de ces dernières a été accompagnée d'une inégalité forte entre les usagers

2.1 Les restes à charge croissants sont pris en charge de manière hétérogène par les complémentaires

2.1.1 Des restes à charge substantiels

Les restes à charge ont toujours existé avec la protection sociale. Trois composantes peuvent en être isolées :

4. Les participations financières : l'adoption par le parlement de la loi sur les assurances sociales du 30 Avril 1930, fait apparaître le premier ticket modérateur en tant que reste à charge. La mise en place d'une succession de participation

²⁰ Entretien avec le responsable de la gestion du risque, ARS du Centre

²¹ Gilles Huteau, juriste, entretien du 06/05/2014

financière visant la responsabilisation des patients (cf 1.1.1) s'est in fine accompagnée de dispositifs compensatoires en direction des plus modestes et des plus malades : la CMU-C, prise en charge à 100% des ALD.

5. Le fait que les remboursements de la sécurité sociale se basent sur des tarifs conventionnels, alors que des dépassements d'honoraires substantiels peuvent être demandés par les médecins du secteur 2
6. Les prix de certains biens médicaux (optique, prothèses dentaires et auditives) qui sont très supérieurs aux bases de remboursement

La combinaison de ces dispositifs aboutit à une couverture moyenne par l'assurance maladie obligatoire très hétérogène : hors ALD le taux de couverture n'est que de 59,7%, ce qui représente un reste à charge moyen après remboursement de l'assurance maladie obligatoire de 498 euros (456 euros pour les soins de ville et 41 euros pour les soins hospitaliers).

Mais cette moyenne cache de forte disparité : pour les soins de ville, 1 % des assurés ont un reste à charge moyen de 4 026 euros ; pour l'hôpital 1 % des assurés ont un reste à charge moyen de 945 euros. Il convient de souligner que la « liberté tarifaire » contribue pour plus de la moitié à des restes à charge pour les 10% des restes à charge les plus élevés.

2.1.2 De fortes inégalités de couverture source de renoncement au soin

Les remboursements des complémentaires sont croissants avec le niveau de vie (de 600 € pour les ménages du premier décile à 800 € pour ceux du dernier décile). Les ménages aisés sont couverts par de meilleurs contrats individuels ou bénéficient de contrats collectifs qui sont en moyenne supérieurs aux contrats individuels

Pour l'ensemble des ménages, le reste à charge après AMO et complémentaire est composé :

- . De produits pharmaceutiques pour 40%
- . Des soins dentaires, les dépenses autres biens médicaux (optique) et les dépenses hospitalières (environ 15 % pour chaque poste)
- . Les consultations médicales pour 12 %

Les inégalités qui se cachent derrière ces moyennes et qui résultent des différences de couverture sont mesurables par le taux d'effort des ménages, qui rapporte les reste à charge à leurs revenus. Ce taux d'effort est décroissant avec le revenu : 5 % pour les trois premiers déciles, jusqu'à 2 % pour le dernier décile, cela peut être source pour les plus modestes de

renoncement au soin, notamment pour les soins induisant les restes à charge les plus élevés.

Néanmoins, le facteur majeur du renoncement aux soins reste la non couverture par une complémentaire santé qui concerne 6% à 7% de la population²². Elle touche principalement : les plus pauvres (25% de renoncement), les chômeurs (28 %), les jeunes adultes (15 %).

2.2 Les mécanismes de la CMU-C et de l'ACS ne répondent qu'imparfaitement à la question des inégalités de couverture du reste à charge

Afin de répondre aux besoins d'une partie de la population qui ne dispose pas de moyens suffisants pour financer le reste à charge qui résulte de l'AMO ou de la charge d'une AMC classique, et limiter ainsi le renoncement aux soins, deux mécanismes sont venus étendre le champ populationnel couvert par l'AMC, qui peinent à répondre à leur ambition universelle et de couverture du reste à charge.

2.2.1 Un périmètre CMU-C insuffisant pour limiter le renoncement au soin

Partant du constat que le renoncement aux soins est deux fois plus important dans la part de la population qui n'est pas couverte par une complémentaire²³, la CMU-C vient compléter la CMU. Intervenue en 1999²⁴ pour prolonger la philosophie de la CMU et permettre de limiter le renoncement aux soins, elle constitue un progrès très important : ouverte à toute personne résidant de manière stable et régulière en France, ayant des revenus inférieurs à un montant fixé par décret, cette couverture est totalement gratuite et permet d'accéder à un panier de soins très large au tarif de responsabilité. Le droit à la CMU-C est assorti de dispositions de sortie vers une AMC classique à des tarifs préférentiels et cumulables avec l'ACS (traitée ci dessous), ce qui en fait un mécanisme dynamique favorisant l'accès au régime commun. La CMU-C concerne 6,9% de la

²² Entretien avec Jean-Marie ANDRE, économiste, le 06/05/14

²³ cf Etienne CANIARD sur l'identité mutualiste page 2

²⁴ Loi du 27 juillet 1999 relative à la création de la couverture maladie universelle

population française, et son taux de recours est estimé par la DRESS pour l'année 2011 entre 76% et 90% de la population éligible²⁵.

La CMU-C comporte néanmoins deux limites importantes qui freinent sa vocation à étendre complètement le recours au mécanisme de la complémentaire santé :

- **son effectivité**, puisque qu'une partie de la population éligible ignore le dispositif et n'en bénéficie pas. Il s'agit du problème d'ouverture des droits sociaux qui intervient souvent lors de soins urgents et non en amont pour des soins primaires
- **sa nature**, puisqu'il existe une marge de la population qui est exclue du bénéfice de la CMU-C avec le mécanisme du plafond de ressources, mais qui n'acquiert pas pour autant d'AMC classique, pour des raisons financières. Cette zone constituée des bas revenus connaît de surcroît une autre problématique, celle des contrats d'AMC peu chers mais aux prestations très limitées, laissant un reste à charge important pour les ménages souscripteurs.

Il existe donc, malgré la CMU-C, une marge de la population dont la couverture maladie complémentaire (ou son absence) ne permet pas un accès aux soins satisfaisant.

Il faut noter par ailleurs que l'évolution du financement de la CMU-C, aujourd'hui totalement couvert par les taxes sur les organismes de complémentaires, produit mécaniquement un alourdissement de la part de l'AMC dans la CSBM²⁶, faisant ainsi supporter indirectement aux ménages en général une charge supplémentaire.

2.2.2 L'ACS, un mécanisme complexe à l'efficacité incitative limitée

En 2004, afin de lisser l'effet de seuil introduit par la CMU-C, l'Aide à la complémentaire santé (ACS) est ouverte aux mêmes conditions de résidence que la CMU-C mais aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU-C et un plafond majoré. L'ACS a pour vocation à financer une partie d'une complémentaire santé dont le contrat doit être responsable, elle varie en fonction de la composition du ménage. L'ACS se traduit en pratique par un chèque-attestation délivré par la CPAM au bénéficiaire, qui lui permet de réduire la cotisation auprès de l'organisme d'AMC (le montant de l'aide dépend aussi de l'âge). Il faut cependant souligner que les contrats d'AMC souscrits dans le cadre de l'ACS sont globalement très peu protecteurs. Les bénéficiaires de l'AMC ont néanmoins droit au dispositif du tiers payant, comme pour la CMU-C. Des dispositifs

²⁵ Rapport HCAAM

²⁶ Tabuteau, La métamorphose silencieuse des assurances maladies, page 7

extra-légaux sont mis en place par les CPAM pour prolonger l'ACS ou diminuer l'effet de seuil en sortie d'ACS.

L'ACS s'adresse à un public large, en ce qu'il peut présenter des situations sociales diverses, rendant complexe son articulation avec les autres prestations sociales et sa diffusion. L'accès de la population à ce dispositif est donc très insuffisant : le taux de recours de la population éligible se situerait entre 33% et 47% en 2011, sur une tendance de diminution, et le taux d'utilisation de l'attestation de la CPAM n'est pas optimal²⁷. De plus, certains contrats d'AMC, lorsqu'ils sont collectifs et obligatoires, n'entrent pas dans le périmètre de l'ACS. Au final, la couverture de la population éligible apparaît très inférieure au besoin (entre 26% et 38%), interrogeant le dispositif dans sa nature même, au-delà du débat sur son montant jugé parfois trop faible. Le reste à charge qui demeure après l'ACS la rendrait alors improductive auprès d'une population dont les revenus sont trop faibles pour que l'incitation fonctionne.

Les mécanismes de substitution au régime classique de l'AMC peuvent donc apparaître comme « une course éperdue²⁸ » résultant directement de la diminution de la base de la couverture générale, et « alimentant un modèle économique et social inégalitaire²⁹ ». Indirectement, c'est la place de la frontière entre l'AMO et l'AMC qui est ici questionnée.

2.3 La généralisation de la couverture complémentaire avec l'ANI pourrait contribuer à créer de nouvelles inégalités

2.3.1 L'ANI vise à permettre une couverture complète de tous les actifs par une complémentaire

Si 89% de la population est couverte par une complémentaire (+6% par la CMU-C), 43% le sont par un contrat collectif souscrit au niveau de l'entreprise et 57% par un contrat individuel. Le marché des contrats collectifs est dominé par les mutuelles (51,4% de part de marché) puis les organismes de prévoyance (24,5%) et les assurances (24%).

La généralisation de la couverture collective pour les salariés est un phénomène qui est observé depuis plusieurs années. Aujourd'hui, 76% des salariés sont couverts par le biais

²⁷ Rapport HCAAM et source DRESS, page 49 ;

²⁸ citation entretien ARSIdF

²⁹ Tabuteau, La métamorphose silencieuse des assurances maladies, page 7

de leur entreprise et 78% des entreprises proposent un contrat collectif obligatoire (et étendu aux ayant droits dans 89% des cas).

L'Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 vise à achever cette généralisation des contrats collectifs pour les salariés. L'ANI précise un panier de soins minimal couvrant le salarié ainsi qu'une participation de l'employeur à hauteur de 50 % de son financement.

2.3.2 La transposition législative de l'accord a connu un parcours chaotique, s'écarte de l'équilibre conclu par les partenaires sociaux et pourra conduire à une redistribution du marché

Si l'ANI prévoyait une liberté de choix de la couverture collective, le patronat et les syndicats ont tous signifié lors des entretiens menés que **l'équilibre du texte reposait sur une clause de désignation au sein de la branche** (choix d'une couverture au sein de la branche qui s'impose aux entreprises). Cette disposition fut inscrite dans le premier projet de loi de transposition puis censurée par le Conseil constitutionnel. Une nouvelle disposition au sein de la LFSS pour 2014 prévoyant non une désignation mais une recommandation, assortie au niveau de la branche d'une incitation financière à la respecter, fut également censurée.

Si des décrets d'application restent aujourd'hui à paraître, il semblerait **qu'une liberté de choix avec la possibilité pour la branche d'émettre des recommandations sans mécanisme incitatif sera la règle pour les entreprises.**

Ces dispositions pourraient être de nature à entraîner une redistribution des parts de marché du secteur. La DSS ou les IP anticipent une montée en puissance des assurances. La FFSA tempère néanmoins ce constat en rappelant que :

- . ce mouvement de recomposition sera très lent compte tenu de l'inertie probable des entreprises déjà couvertes à changer de contrat

- . les assurances, mieux implantées sur le marché des contrats individuels, va de facto perdre des contrats qu'elles devront regagner sur le marché du collectif. Un basculement de 4M de contrats de l'individuel vers le collectif est à prévoir

- . Qu'en fine, l'ANI ne conduira qu'à une augmentation du marché de la complémentaire (individuel+collectif) santé que de 400 000 personnes (ceux qui n'avaient pas du tout de couverture).

2.3.3 Un texte potentiellement porteur d'inégalités

La mise en œuvre de l'ANI pourrait avoir un bilan mitigé en matière d'égalité d'accès au soin pour deux raisons principales :

- Le transfert important de la couverture individuelle vers le collectif qui résultera de l'ANI aura pour conséquence de fragiliser la mutualisation au niveau des contrats individuels et d'en renchérir le coût ou d'abaisser leur niveau de garantie. Ces contrats individuels concerneront des populations déjà fragilisées : les chômeurs, les étudiants et dans une moindre mesure les retraités
- L'abandon des clauses de désignation, contraignante pour les entreprises mais également pour les organismes complémentaires qui devait alors s'engager à souscrire un même contrat avec toutes les entreprises de la branche, pourrait fragiliser certaines entreprises et notamment les plus petites. En effet, des entreprises pourraient subir un effet de ciseau entre une obligation de souscrire à une couverture et une impossibilité d'avoir accès à un contrat à un tarif acceptable, les organismes complémentaires étant susceptible de pratiquer une sélection par le risque étant entendu qu'ils ne sont plus assurés de mutualiser le risque au niveau de toute els entreprises de la branche. Sur ce point, la FFSA a pris un engagement déontologique de ne plus réclamer de questionnaires de santé. Plus globalement cela pose la question de la capacité des PME à négocier des contrats relatifs à la santé qui nécessite des compétences particulières. Ce dernier point pourrait être de nature à créer un nouveau marché, par exemple Harmonie se proposerait de devenir conseil aux entreprises sur ce sujet.

On peut également s'interroger sur la motivation réelle des pouvoirs publics à étendre ces couvertures collectives. Ainsi pour l'économiste Jean-Marie André, l'extension des couvertures collectives permettrait de réduire le coût politique des probables remboursements à venir.

2.4 Les politiques actuelles ne portent que partiellement sur la source du problème : la réduction du reste à charge

2.4.1 Les dépassements d'honoraires peu encadrés

Entre 2003 et 2011, le montant moyen des dépassements est passé de 11% à 53% du tarif conventionné³⁰. Cette évolution a poussé les pouvoirs publics à se mobiliser sur la question et à demander à ce que des négociations soient ouvertes sur ce sujet, associant l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats de médecins.

³⁰ Source : CNAMTS

Ces négociations ont abouti à la signature de l'avenant n°8 à la convention médicale. Il vise à limiter le niveau des dépassements d'honoraires, et permet aux caisses d'assurance maladie d'engager des procédures conventionnelles à l'encontre des médecins dont la pratique tarifaire est excessive. Cependant, ce texte intègre d'importantes limites tendant à réduire son impact.

Le seuil de 150% de taux de dépassement du tarif opposable, utilisé comme critère de repérage des pratiques excessives, bénéficie déjà d'aménagements dans plusieurs départements. De plus, c'est la commission paritaire régionale des médecins qui fixe au directeur de la CPAM les limites des sanctions pouvant être prononcées.

La pratique des dépassements d'honoraires demeure ainsi relativement peu encadrée. Le développement de l'assurance maladie complémentaire peut, en parallèle, exercer un effet inflationniste et conforter ces pratiques. En effet, les organismes complémentaires, en situation de concurrence, cherchent à proposer des prestations perçues comme les plus intéressantes par les clients. Ils solvabilisent ainsi la patientèle des professionnels de santé qui, de fait, peuvent se sentir légitimés dans leurs pratiques tarifaires.

La généralisation des couvertures complémentaires collectives pour les salariés des grandes entreprises dans le cadre de l'ANI risque d'accentuer cet effet, les acteurs privés étant poussés à proposer les offres les plus attractives possibles dans un contexte fortement concurrentiel.

2.4.2 Les moyens des complémentaires d'agir sur le montant des restes à charge sont limités

Bien que les contrats responsables apparaissent comme un levier intéressant pour limiter le reste à charge, leur mise en place n'est pas à la main des complémentaires.

Depuis la loi du 17 décembre 2008, l'UNOCAM bénéficie d'une reconnaissance en étant désormais signataire des accords concernant les professions pour lesquelles la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire. Ce rôle demeure cependant faible ; de plus, la hausse du nombre d'interlocuteurs permet aux syndicats de professionnels de santé de miser sur la division entre les partenaires. L'UNCAM et l'UNOCAM ne partageant pas nécessairement de vision commune, leur poids face aux professionnels de santé apparaît diminué³¹.

³¹ Entretien avec F. PIERRU, politiste, 06/05/2014

En revanche, le développement des réseaux de soins et du conventionnement pourrait permettre, à terme, aux complémentaires de peser sur la réduction des dépenses de santé. Bien que les réseaux soient encore éparpillés, leur concentration pourrait donner un poids réel aux complémentaires face aux professionnels de santé, en impactant directement l'étendue de leur clientèle³². Une logique similaire peut être appliquée au conventionnement hospitalier, dès lors que les complémentaires seront suffisamment unies pour avoir un réel pouvoir de négociation face aux établissements de santé.

La portée du conventionnement hospitalier et des réseaux de soins, y compris dans l'hypothèse d'un développement important, se heurte cependant à une limite majeure dès lors que l'offre de soins ambulatoire ou hospitalière est restreinte dans un territoire. Il convient de veiller à ce que ces outils de maîtrise des dépenses ne deviennent pas des obstacles dans l'accès aux soins.

³² Entretien avec le directeur de la protection sociale de l'IUMM

Conclusion :

A l'issue des travaux du module interprofessionnel, notre groupe pense que l'évolution souhaitable de notre système de santé réside dans un renforcement du rôle de l'assurance maladie obligatoire à rebours des tendances constatées ces dernières années.

Plusieurs arguments peuvent être retenus afin de défendre cette thèse :

- Il y a une absence de front commun entre les différentes composantes de l'assurance maladie complémentaire que sont les mutuelles, les IP et les sociétés d'assurances privées
- Les coûts de gestion induits par la multiplicité des acteurs des organismes interrogent l'architecture du système global de santé et des secteurs complexes des AMC. Etant entendu que sécurité sociale a un coût de gestion relativement faible inférieur à 5%
- Le système des complémentaires est par nature inégalitaire, en l'absence de redistribution verticale des revenus. De plus, l'ANI achevant la généralisation de l'assurance maladie complémentaire pour les salariés du secteur privé ne fait qu'accroître ce constat en renforçant les inégalités entre les salariés couverts et le reste de la population couvert ou non par une couverture individuelle

L'évolution actuelle montre que le système s'oriente vers une érosion de la prise en charge obligatoire en matière de soins courants et une orientation vers les soins les plus lourds. Il est vrai que le renforcement de l'assurance maladie obligatoire fait face à plusieurs écueils : les limites atteintes par le taux de prélèvement obligatoire, une situation de dette problématique.

Notons par ailleurs, qu'il existe une exception en France : le système présent en Alsace-Moselle où les taux de remboursement de la sécurité sociale y sont sensiblement différents (90%)³³ tout en ne remettant pas en cause l'équilibre financier du régime.

³³ Entretien avec Didier Tabuteau

A défaut à court termes d'une telle évolution systémique notre groupe a souhaite mettre en avant certaines évolutions d'ordre paramétrique qui seraient souhaitables afin de favoriser la gestion du système de santé au travers de la participation des complémentaires

- **Les remboursements de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse pourraient être transférés intégralement aux organismes complémentaires**

La poursuite du remboursement de l'assurance maladie sur ces secteurs, compte tenu du niveau de prise de charge qui est aujourd'hui résiduel, peut aujourd'hui être questionnée. Un transfert intégral aux organismes complémentaires permettrait de :

- réduire les coûts de gestion : quelle est la pertinence d'un remboursement de l'AM sur l'optique de quelques euros ?
- conforter le rôle des complémentaires dans la gestion du risque, notamment au travers de la constitution ou le renforcement de réseaux de soins

- **Faciliter l'accès des complémentaires aux données de santé**

Afin de permettre par ces organismes une meilleure gestion du risque, un plus grand accès des organismes complémentaires aux données de santé, sous contrôle de la CNIL, dans le prolongement des expérimentations Babusiaux pourrait être envisagées. Cette ouverture aux données serait intéressante tant pour l'optique/dentaire/audioprothèse que pour le remboursement des vignettes orange par les complémentaires (qui pourrait se démarquer d'un simple positionnement binaire remboursement/non remboursement).

- **Le rôle de l'UNOCAM pourrait être renforcé**

La recherche par l'UNCAM d'une position commune avec l'UNOCAM en amont de la consultation des professionnels de santé renforcerait la légitimité de l'association tant aux yeux des pouvoirs publics et des professionnels de santé que des organismes complémentaires eux-mêmes.

Par ailleurs, un avis favorable contraignant de l'UNOCAM sur les questions des déremboursements pourrait conduire les pouvoirs publics à définir une vision plus systémique de ces transferts de charge de l'assurance maladie vers les complémentaires.

- **Enfin l'amélioration de la couverture individuelle devra être poursuivie en parallèle de la généralisation de la couverture collective**

2 axes sont aujourd'hui à privilégier afin de rééquilibrer les inégalités générées par la mise en œuvre de l'ANI :

- Une augmentation des plafonds CMU-C et ACS et une amélioration du panier de soins de la CMU-C en optique et audioprothèse
- Un rééquilibrage des aides sociales et fiscales en faveur des contrats individuels afin d'en réduire le coût

Au final, l'étude du sujet de l'AMC, éloignée par nature de l'AMO avec laquelle elle interagit pourtant, fait toujours transparaître, en filigrane, le sujet de la cohérence globale du système, ainsi que celle de l'orientation des politiques publiques. S'agissant de la définition de la ligne d'horizon des pouvoirs publics, on peut donc se demander avec Didier TABUTEAU : « Qu'y a-t-il de plus simple et de plus moderne que la solidarité³⁴ » ?

³⁴ D. Tabuteau, « Solidarité et santé », Dr. soc., n° 2, février 2007, cité dans Didier TABUTEAU, *La métamorphose silencieuse des assurances maladies*, DALLOZ, 2014

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

LOI no 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

Règlement intérieur de la commission régionale de gestion du risque sous forme plénière ou restreinte, Agence régionale de santé de la région Centre

Rapports

ANDRE Jean-Marie, DEL SOL Marion, MOISDON-CHATAIGNIER Sylvie, TURQUET Pascal, février 2012, « Projet de recherche 2010/2012 Les relations entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, L'assurance privée dans la prise en charge du risque maladie en France Entre segmentation de l'offre et tentative de régulation des dépenses, quelle place pour la solidarité ? », EN3S rapport final

ARCHAMBAUD Aline, septembre 2013, « l'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité », rapport pour le Premier Ministre

CORDIER André, juin 2013 « Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 recommandations du comité des « sages », rapport pour le Ministère des affaires sociales et de la santé

CORON Gaël, HIGELE Jean-Pascal et POINSART Laurence, janvier 2008, « Les acteurs de la régulation de l'indemnisation conventionnelle du chômage et de la couverture maladie complémentaire : une délibération partagée ? », chapitres 2 et 4, rapport pour la Mire-DREES

COUR DES COMPTES, septembre 2013, « rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale »

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, 2013, « La généralisation de la couverture complémentaire en santé »

OBSERVATOIRE SOCIÉTAL DES CANCERS, rapport 2013 parution 2014,

Ouvrages

RAYSSIGUIER *Yvette*, JEGU Josianne, LAFORCADE Michel (*dir.*), 2012, Politiques sociales et de santé Comprendre et agir, 2^e édition, Presses de l'EHESP
TABUTEAU D., 2013, Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé, Paris, Odile Jacob

Articles

"Santé, l'Etat d'urgence", Alternatives Economique Poche- Hors série, n°66, février 2014, pages 28 à 35 et 70 à 85

Entretien avec Étienne CANIARD, président de la fédération de la Mutualité française, « L'identité mutualiste en assurance santé : un objectif de solidarité menacé par une concurrence exacerbée », Revue du MAUSS, 2013/1 n° 41, pages 140 à 152.

Entretien avec Serge GIACOMETTI, « Inégalités des français devant la santé : les mutuelles doivent et pouvoir agir », le Fil Social, 10-09-11

CANIARD Étienne et MEYER Christine, « Les complémentaires et la crise : menace ou opportunité ? », Les Tribunes de la santé, 2012/3 n° 36, pages 55 à 66.

DEL SOL Marion, « La construction juridique du marché de l'assurance santé en Europe », Revue de droit social, n° 2/2011, pages 197 à 209

DESPRES Caroline, DOURGNOMA Paul, FANTIN Romain, JUSOT IRDES Florence, « Le renoncement aux soins pour raisons financières, une approche économétrique », Questions d'économie de la santé, numéro 170, novembre 2011

DORMONT Brigitte, GEOFFARD Pierre Yves, TIROLE JEAN, « refonder l'assurance maladie », Les notes du conseil d'analyse économique, n°12, avril 2014

GUTHMULLER Sophie, JUSOT Florence, WITTEWER Jérôme et DESPRES Caroline, « faire valoir ses droits à l'Aide complémentaire santé », Economie et statistique, N° 455-456, 2012, pages 53 à 70

IRDS, « l'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008 », Questions d'économie de la santé, 2013, N° 183

LAXALT Jean-Michel, « L'Unocam et la négociation avec les professionnels de santé », Les Tribunes de la santé, 2011/2 n°31, pages 55 à 61.

PIERRU Frédéric, « Réforme du financement de la santé : la raison politique prime sur la rationalité économique », Phare, Mai 2014, pages 18 à 20

TABUTEAU Didier, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », Droit social, n° 1, 2010/01, pages 85-92

Guides

UNOCAM, « Bien comprendre et bien choisir sa complémentaire santé »

UNOCAM, « Glossaire de l'assurance complémentaire santé »

Sites internet :

www.ameli.fr, rubrique « Assurés / Droits et démarches / Affection de longue durée – consulté le 13/05/2014

[www.irdes](http://www.irdes.fr) « impact du dispositif des affections de longue durée sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires » HCAAM- N° 183- Janvier 2013- consulté le 13/05/2013

www.lequotidiendumedecin.fr Restes à charge et dépassements : un « observatoire citoyen » met les médecins en rogne 27/05/2013- consulté le 13/05/2014

<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Assurance-maladie/Cancer-les-restes-a-charge-source-d-inegalites> - consulté le 10/05/14

Liste des annexes

Annexe I. Note méthodologique

Annexes II Entretiens menés

Tableau de bord des entretiens menés

Annexe 2.1 Entretien avec D.T Conseiller d'Etat

Annexe 2.2 Entretien avec E.B UNOCAM

Annexe 2.3 Entretien avec JB.B Secrétaire adjoint URPS Picardie

Annexe 2.4 Entretien avec A.D responsable GDR offre ambulatoire ARS

Annexe 2.5 Entretien avec G.H Enseignant ancien Directeur CPAM

Annexe 2.6 Entretien avec JM.A Economiste

Annexe 2.7 Entretien avec D.G Administrateur CPAM MNH

Annexe 2.8 Entretien avec F.P chercheur en sciences sociales et politiques

Annexe 2.9 Entretien avec M.F Radiance Groupe Humanis, responsable promotion de la santé

Annexe 2.10 Entretien avec Docteur C. médecin prévention Harmonie mutuelle

Annexe 2.11 Entretien L.E Union régionale de la Mutualité Française

Annexe 2.12 Entretien avec G.B Juriste Harmonie mutuelle

Annexe 2.13 Entretien avec M.DS Juriste

Annexe 2.14 Entretien avec G.E délégation territoriale ARS

Annexe 2.15 Entretien avec A.R Directeur de santé FFSA

Annexe 2.16 Entretien L.R IUMM Directeur protection sociale

Annexe 2.17 Entretien avec S.A Directeur adjoint CPAM

Annexe 2.18 Entretien avec S.G MNT/ISTYA

Annexe 1 :

Présentation de la méthodologie de travail

Le sujet de l'assurance maladie complémentaire et de son rôle dans la gestion du système de santé est un sujet d'actualité particulièrement vaste et complexe, qui touche le système de santé dans son ensemble. Afin de pouvoir le traiter dans le cadre du MIP, la première étape a été de définir une problématique bien ciblée et des axes d'investigation.

A partir de nos premiers échanges avec le référent, nous avons décidé de recueillir des données sous forme d'entretiens. En effet, cela nous semblait la meilleure façon d'appréhender les jeux d'acteurs complexes en œuvre dans ce champ.

Nous avons par la suite identifié les personnes et les institutions qu'il serait intéressant d'interviewer, qu'il s'agisse d'experts de la thématiques, d'acteurs nationaux ou locaux. Pour chacun de ces entretiens, des grilles étaient élaborées de façon collégiale, en lien avec notre référent MIP. En amont, et afin d'améliorer leur pertinence, des recherches bibliographiques sur les acteurs interrogées (articles, livres, publications institutionnelles..) étaient effectuées. Les entretiens étaient menés seul ou en petits groupes, et majoritairement enregistrés.

Les enregistrements nous ont permis de mener un important travail de retranscription. Cette phase, bien que fortement consommatrice de temps, permettait à l'ensemble du groupe de pouvoir accéder aux propos exacts recueillis.

La phase d'entretiens et les retranscriptions ont occupé la majeure partie du temps dédié à ce module. A l'issue de cette phase, un débriefing commun a été l'occasion de recenser les idées fortes ressortant des rencontres avec chacun des acteurs. Ces éléments ont été présentés sous forme de tableau synthétique. Cela permettait d'identifier rapidement les thèmes et les idées abordées lors de chacun des entretiens, en vue de se référer aux retranscriptions complètes lors de la phase de rédaction.

A partir de ces idées, de nos recherches documentaires et de nos échanges, nous avons validé de façon collégiale le plan détaillé de notre rapport, incluant les principales idées.

La rédaction a dans un premier temps été répartie en fonction de petits groupes « rédacteur-relecteur » pour chacune des parties. Enfin, ces différentes parties ont été fusionnées et harmonisées, afin d'améliorer la qualité du rendu final.

L'assurance-maladie complémentaire et son rôle dans la gestion du système de santé

Catherine André (AAH), Thibaud Bertrand (IASS), Damien Hugot (AAH), Jean-Michel Lacroix (DH), Simon Lefebvre (DESSMS), Géo Lehene (DESSMS), Thibault Maciejewski (IASS), Thomas Rugi (DH), Paola Sicard (DS)

Résumé :

L'AMC, dont la vocation est de couvrir la partie restant à charge pour le patient après le remboursement opéré par l'Assurance maladie obligatoire (AMO), a représenté en 2011 13,7% de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), soit 24,6 Mds €. Ces grandes masses cachent néanmoins un système très complexe, peu lisible pour les citoyens qui voient certains segments de soins très largement délaissés par l'AMO, faisant de facto de l'AMC un enjeu d'accès aux soins souvent indispensables. Le système français se distingue donc par sa mixité, mais aussi par sa complexité, un grand nombre d'organismes pouvant intervenir au sein de l'AMC. Ce secteur ne représente pas un front commun, rendant difficiles les politiques à l'œuvre pour agir sur les dépenses, sur les coûts de gestion, ou encore sur l'accès aux soins. Les jeux d'acteurs, dont certains interviennent en défense du régime obligatoire à travers une philosophie d'activité d'intérêt social, quand d'autres privilégient l'efficacité des mécanismes assurantiels plus sélectifs, apparaissent souvent comme un marqueur des inégalités. Il reste qu'un travail commun semble émerger autour de la nécessité de s'accorder sur des mécanismes de prise en charge ou sur la volonté de participer à l'organisation des soins et à la réflexion sur leur tarification, notamment via les réseaux de soin.

Si la France a récemment réaffirmé cette démarche de généralisation de l'AMC à travers la Stratégie nationale de santé, le mouvement de glissement du financement de la santé vers l'AMC n'est pas sans conséquence sur l'équilibre du système et interroge sur son rôle dans la gestion du système de santé. Deux grands enjeux semblent se dégager parmi l'ensemble des questions sous-jacentes : l'accessibilité aux soins d'une part, avec des problématiques d'inégalités, d'effectivité (non recours, capacité de l'AMC à couvrir le reste à charge), et la maîtrise des dépenses d'autre part, avec l'impact des mécanismes complémentaires sur la gestion du risque maladie.

Mots clés : Assurance maladie complémentaire, assurance maladie obligatoire, dépenses de santé, ticket modérateur, franchise, reste à charge, déremboursement, dépassement d'honoraire, UNCAM, UNOCAM, assurance, mutuelle, institution de prévoyance, FFSA, FNMF, CTIP, réseaux de soins, conventionnement hospitalier, contrat solidaire et responsable, affection longue durée, gestion du risque, ANI, CMU-C, inégalité, solidarité

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs