



Ateliers AMO/AMC 15 octobre 2021

Atelier 1 : Questions posées

Ce premier atelier va s'efforcer d'identifier les problèmes que pose l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires. Un second atelier, le 19 novembre, traitera des scénarios envisagés / envisageables et de la façon dont ceux-ci prennent en charge – ou non – les problèmes recensés.

La réunion s'appuie sur la note de cadrage écrite par Etienne Caniard [\[1\]](#).

Ce dernier souligne qu'une approche par trop dogmatique occulte les problèmes de fond de cette articulation. Il convient d'essayer d'y répondre avant de proposer des scénarios.

[Les problématiques du reste à charge et du taux d'effort pour accéder à une complémentaire](#)

Pour traiter la question des inégalités financières, il est important de les aborder à la fois sous l'angle du taux d'effort fourni pour accéder à une complémentaire et sous l'angle du reste à charge. Négliger le taux d'effort et les difficultés, voire les impossibilités d'accès qu'il induit, conduit en effet aux mêmes erreurs d'analyse que lorsque que l'on se contente d'observer l'existence de droits sans s'intéresser à leur exercice réel.

Parmi les avantages du système français, la faiblesse des restes à charge est souvent mise en avant. Les chiffres globaux masquent cependant des disparités importantes : les salariés des grands groupes privés sont ainsi particulièrement bien couverts (par les complémentaires d'entreprise) alors que les retraités peuvent être soumis à des reste-à-charge importants.

Concernant le taux d'effort pour accéder à une complémentaire, 29% des Français rencontrent aujourd'hui des difficultés à s'acquitter des primes d'assurance. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) établit que le taux d'effort est compris entre 3% et 5% du revenu disponible des ménages, à l'exception des personnes de plus de 65 ans dans les deux premiers déciles, pour lesquelles ce taux s'élève à 13%. Cela signifie que pour cette population spécifique, le taux d'effort pour accéder à une mutuelle peut être difficilement soutenable. Alors même que c'est la population âgée qui est la plus concernée par la question des reste-à-charge.

L'augmentation du prix des complémentaires est, dans ces conditions, une question particulièrement sensible. D'où la résurgence aujourd'hui de la question du modèle de protection sociale : faut-il un système universel qui englobe toute la population ? Dans ce cas, faut-il faire peser sur les actifs le poids d'un tel système ? Est-il plus pertinent de créer un système spécial pour les plus de 65 ans ?

Cela pose également la question de la soutenabilité du système à l'avenir, compte tenu de l'augmentation tendancielle des dépenses de santé. Dans ce contexte, la question de la solidarité inter-générationnelle est également prégnante.

L'importance de l'équité du système

La thématique de l'équité du système d'assurance maladie est soulignée par la plupart des participants mais la question des inégalités doit être posée de manière large, les inégalités d'accès aux soins n'étant pas seulement financières.

Les moyens pour atteindre cette équité sont interrogés. Un système plus étatique est-il nécessairement plus égalitaire ? Le NHS, au Royaume-Uni, est un contre-exemple pour certains, dans la mesure où s'est développé un système à deux vitesses, accentuant les inégalités.

On peut se demander si l'on va vers un système dans lequel la prise en charge solidaire sera fonction du revenu, de l'âge, du lieu ou de la région de résidence. Là encore, la question de l'exercice des droits apparaît la plus importante.

La question des prestations offertes

La question de la concurrence entre les complémentaires santé est soulevée à plusieurs reprises.

Certains participants estiment que la concurrence permet de réguler les prix sur le marché. D'autres sont plus sceptiques et considèrent que l'augmentation de la concurrence n'a pas été fructueuse sur le marché des complémentaires santé.

Tous s'accordent cependant sur le fait que la concurrence par les prix et le raccourcissement de la relation contractuelle (par les possibilités de résiliation offerte aux assurés) obèrent encore les chances de développer la prévention et d'envisager un retour sur investissement mesurable. En prévention primaire, c'est devenu illusoire.

Mais il faut aussi considérer le rôle possible des complémentaires en termes d'accompagnement ou encore d'évaluation du système. Un avantage attendu des complémentaires santé est en effet leur caractère innovant, permis par l'agilité dont elles sont susceptibles de faire preuve par rapport au système étatique. Une comparaison a été établie avec le système canadien, qui apporte des soins de proximité là où un manque est constaté.

Certains participants sont plus sceptiques sur la pertinence d'une stratégie active des complémentaires en termes d'orientation des patients. Une telle stratégie peut être

utile pour guider le patient dans son choix de parcours et lui indiquer son reste à charge potentiel (on ne sait pas ce qu'il va falloir acquitter au final quand on aborde un parcours de soins un peu complexe). Cependant, la création de tels outils ne doit pas empiéter sur la liberté du patient.

La question du tiers payant et du ticket modérateur

Pour les professionnels de santé, par exemple les pharmaciens, le tiers-payant est toujours un casse-tête : complexité administrative, garantie du paiement incertaine, norme pas forcément unique ou bien intégrée par les éditeurs de logiciel...

Les participants pointent donc l'inefficience du système du tiers-payant. D'où la volonté chez nombre d'interlocuteurs de reprendre la question du ticket modérateur. Pour certains, la Sécurité sociale pourrait prendre en charge le ticket modérateur sur un certain nombre d'actes ou sur des périmètres définis au sein du panier de soins, de façon à résoudre tout à la fois certaines questions de reste-à-charge et cette question du tiers payant. Une telle prise en charge permettrait de fluidifier le système mais n'impose pas la Grande Sécu, plutôt la dissociation des paniers de prise en charge.

Enfin, un des problèmes du système de tarification de l'assurance maladie aujourd'hui est qu'il est de plus en plus déconnecté de la réalité des prises en charges (coordonnées, pluri-professionnelles, en équipe...), ce qui entraîne des freins au changement organisationnel. Qu'on parle de Grande Sécu ou d'un régime mixte AMO/AMC, la question du mode de rémunération est posée.

[1] <https://www.lisa-lab.org/cadrage-amo-amc>

LISA