



**Notes et projets**  
**18 mai 2021**

## **Articulation assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire**

Les positions sur la place des complémentaires sont généralement inspirées par une vision dogmatique (prééminence des régimes obligatoires par nature plus solidaires ou, à l'inverse, incapacité de ces derniers à aller au-delà d'une fonction de solvabilisation), qui conduit à occulter les questions essentielles. Ces questions centrales sont rarement posées parce que les positions extrêmes et irréalistes permettent aux différents acteurs de se complaire dans la dénonciation d'une situation dont ils s'accommodent pourtant facilement, préférant s'y adapter plutôt que d'affronter les conséquences d'un changement plus profond avec la part d'incertitude qu'il comporte. C'est ainsi que la cohabitation entre régimes obligatoires et complémentaires, qui, à l'origine, résulte davantage d'un arbitrage politique que d'un choix d'organisation, s'est imposée sans réflexion sur les rôles qui devraient être assignés à chacun des « partenaires ».

Aucune réponse ne pourra être apportée sans au préalable s'interroger sur la valeur ajoutée de chaque acteur, les modèles économiques, les choix d'organisation qui en résultent, etc. Les pouvoirs publics ont pourtant mis en œuvre de nombreuses réformes mais jamais de façon globale, préférant répondre à des enjeux ponctuels sans mise en perspective comme cela a été le cas lors de la création des différents filets de sécurité ou de la généralisation de la complémentaire en entreprise. Une analyse des conséquences de ces réformes montrerait pourtant que si elles ont souvent atteint l'objectif ponctuel qui leur était assigné, elles ont aussi contribué à rendre plus difficile une articulation cohérente et un partage des rôles pertinent entre les acteurs. Nous sommes aujourd'hui face à une situation pour le moins paradoxale : la quasi généralisation des complémentaires avec une réglementation très pesante pour encadrer les modalités de leur intervention... tout en continuant à ignorer leur rôle !

Cette absence de débat rend la perception de l'intervention de chaque acteur particulièrement opaque pour la population. La part de la sécurité sociale est généralement largement sous-estimée et celle des complémentaires surestimée, comme si leurs interventions se limitaient aux soins courants, les plus visibles.

La réalité est une grande stabilité du partage financier des dépenses (depuis les années 1980, les dépenses prises en charge par la Sécurité sociale sont de l'ordre de 78%, la part des ménages et des OC n'étant marquée que par une diminution de la part directement payée par les ménages et donc une augmentation corrélative de la part des OC, 8,5% vs 13,5%) mais accompagnée de changements importants dans leur structure, avec une accentuation de la séparation petit risque/gros risque même si cette classification est réductrice et trop simplificatrice. Le médicament est particulièrement illustratif de cette mauvaise perception de la réalité, l'opinion publique ne percevant que les reculs de remboursement sur des médicaments à coût faible et à efficacité thérapeutique limitée tout en ignorant le coût des molécules innovantes prises en charge à 100% de manière quasi invisible pour les assurés sociaux.

Si la part respective de chacun est relativement stable, il est nécessaire d'analyser les conséquences d'une tendance de plus en plus marquée : la déconnexion entre les tarifs de base de remboursement de l'assurance maladie et les prix réellement pratiqués, essentiellement pour le dentaire et l'optique, et plus généralement l'ensemble des dispositifs médicaux, ainsi que pour les dépassements d'honoraires (spécialistes en ville ou dans les cliniques privées).

La vision qui prévaut reste celle d'une Sécurité sociale plus efficace et solidaire que les complémentaires. Mais cette vision ignore les besoins de régulation et d'organisation de l'offre d'un secteur complexe et très hétérogène qui s'accommode mal d'une gouvernance centralisée et uniforme, dont les conventions, qui restent la chasse gardée des régimes obligatoires, sont l'illustration la plus symbolique.

Pour dépasser les visions « idéologiques » et tenter de raisonner dans la seule optique d'une amélioration de l'efficacité des dépenses nous proposons d'essayer de réfléchir à autour de questions dont les réponses sont à nos yeux préalables à toute réforme.

## **1. Quelle est ou quelle peut être la valeur ajoutée des OCAM ?**

La nature même d'un régime obligatoire le rend plus solidaire, puisqu'il peut mettre en place des mécanismes redistributifs, ce que la concurrence entre OCAM leur interdit. Si la mutualisation organisée dans le champ complémentaire est par nature plus restreinte, leur éventuelle valeur ajoutée ne peut donc résider que dans leur apport à la gestion du risque (organisation des parcours et, en conséquence, de l'offre de soins et de santé, pertinence des actes, action sur les prix en lien avec des critères de qualité, etc.)

- La co-intervention des régimes obligatoires et des OCAM sur des domaines identiques est-elle un frein à la possibilité pour ces derniers de jouer un rôle dans la gestion du risque ? Voire aussi un facteur limitant pour les régimes obligatoires, puisque « les décisions des uns font les dépenses des autres » ? Si oui, comment opérer une répartition des domaines sans accentuer le renoncement aux soins ?
- Faut-il pousser la logique de séparation petit risque/gros risque jusqu'au bout, en optique, voire en dentaire (séparation soins/prothèses), pour les médicaments courants, etc. ?
- Faut-il permettre aux OCAM de contractualiser sans entraves avec tous les professionnels de santé, voire de constituer des réseaux ? La contractualisation peut-elle être efficace pour revenir à des tarifs opposables

ou du moins limiter les dépassements d'honoraires si ceux-ci constituent bien un facteur de renoncement aux soins ?

Ces questions ne semblent pas avoir été posées pour concevoir la réforme dite « 100% santé » ? Cette réforme n'est-elle pas un énième filet de sécurité sans perspective de régulation de l'offre et avec la création de nouveaux effets de seuil, qui conduisent à réglementer une partie du marché au prix d'une déréglementation plus importante du reste du marché ? Ne risque-t-on pas, notamment pour les enfants malentendants pour lesquels la pertinence de la correction auditive peut être cruciale pour leur développement, de rendre plus difficile l'accès aux équipements auditifs de classe II dont les remboursements risquent de diminuer pour compenser l'effort demandé aux complémentaires sur les équipements de classe I ?

## **2. Les OCAM doivent-ils être généralisés ?**

Confier un rôle « d'intérêt général » aux OCAM nécessite-t-il d'en généraliser l'accès ? La séparation petit risque/gros risque doit-elle s'accompagner de dispositifs permettant de lever les obstacles, notamment financiers, qui pourraient entraver l'accès aux complémentaires et donc aux soins primaires et de premier recours ?

Si oui, comment procéder ? Par le biais d'aides ciblées différemment (elles bénéficient aujourd'hui plus aux grandes entreprises qu'aux petites, plus aux cadres qu'aux catégories plus modestes, plus aux actifs qu'aux inactifs...) ?

La généralisation ne risque-t-elle pas de conduire à davantage de contraintes et de réglementation... privant à terme le système de la souplesse que peuvent apporter les complémentaires ... transformées en appendice de la Sécurité sociale ?

Là encore, les mesures de généralisation de la couverture en entreprise résultant de l'ANI de 2013 ou les récentes mesures pour les fonctionnaires sont une illustration de l'absence de vision transversale et de la création de nouvelles fragilités dans l'accès aux complémentaires en même temps que l'on renforce la protection de certains segments de la population, pas forcément les plus fragiles. La question du « taux d'effort » pour accéder à une couverture complémentaire doit être un élément central du débat.

## **3. Comment faire en sorte que la concurrence entre complémentaires soit positive ?**

L'excès de réglementation conduit à une homogénéisation des contrats qui déplace la concurrence vers le seul critère du prix. Leur capacité à innover est objectivement limitée même si leurs détracteurs soulignent à juste titre qu'ils n'ont jamais totalement exploité les marges de manœuvre dont ils disposaient (en optique notamment). La concurrence sur le seul critère du prix (renforcée par les dispositions de résiliation à tout moment) encourage la sélection des risques et des politiques de court terme, incompatibles par exemple avec le développement d'actions préventives.

Peut-on imaginer une régulation « naturelle » du marché des complémentaires par l'émulation et une concurrence qui ne se limite pas aux prix ou faut-il concevoir des correctifs économiques ex post fondés sur une évaluation des résultats (en matière d'organisation des parcours par exemple, de prévention... ou même sur la composition du portefeuille pour pénaliser la sélection des bons risques) ?

#### 4. Le modèle économique des OCAM

Ils sont à la fois lourdement taxés et aidés pour un montant du même ordre de grandeur. La taxation est assise sur le chiffre d'affaire et n'opère donc aucune discrimination entre les contrats, les aides sont massivement fléchées vers les contrats collectifs, les chômeurs, les retraités et les jeunes sont pourtant les populations qui connaissent le plus de difficultés pour accéder aux complémentaires... tout en ne bénéficiant d'aucune aide.

Sous quelles conditions pourrait-on alléger les taxes frappant les contrats complémentaires et mieux flécher les aides dans une optique de lutte contre le renoncement aux soins?

Le débat entre ceux qui réclament plus de liberté pour les complémentaires et ceux qui revendiquent une « reconquête » du terrain « abandonné » aux complémentaires ne peut être tranché de manière binaire. Il est probablement nécessaire d'améliorer les remboursements du régime obligatoire et de rechercher une forme d'opposabilité des tarifs pour certains domaines, tout en laissant aux complémentaires la responsabilité d'autres secteurs. Le débat sur l'économie en frais de gestion qui résulterait d'une intégration des complémentaires au régime général est un débat faussé par une vision qui réduit l'intervention des systèmes de protection sociale à la seule solvabilisation des dépenses, sans prendre en compte les besoins de régulation de l'offre, de la pertinence des actes et prescriptions, bref tout ce qui touche à l'organisation.

Or, les comparaisons internationales nous montrent que c'est moins du côté des restes à charge que du côté de la pertinence des soins que des efforts sont à accomplir. Pourtant l'intervention de l'assurance maladie continue à être marquée par la recherche d'une égalité de droits... même si ceux-ci sont mal ou peu exercés dans la réalité. Le non recours aux droits est illustratif des rigidités du système.

Si personne ou presque ne met en question le rôle premier de l'assurance maladie obligatoire (les complémentaires bénéficiant ainsi d'une véritable réassurance), celui-ci ne doit pas masquer ses limites et insuffisances et le besoin d'acteurs plus souples et moins contraints pour innover ou simplement intégrer plus rapidement les évolutions liées au progrès technologique, dans la e.santé par exemple. Au-delà des exemples souvent cités, le développement des outils nomades à disposition des médecins va bouleverser le parcours des patients et donc l'organisation de l'offre. Doit-on attendre une généralisation de ces outils pour les intégrer dans la machine conventionnelle ou les OCAM peuvent-ils jouer un rôle « d'éclaireurs » ?

Chacun s'accorde à vouloir renforcer la prévention qui nécessite une vision de long terme, qui semble incompatible avec le développement de logiques consuméristes de court terme, lesquelles constituent une désincitation à une prévention qui dépasse le seul argument marketing. Pourrait-on imaginer des complémentaires plus « spécialisées » dans telle ou telle pathologie chronique, ce qui pourrait leur donner l'opportunité de développer des outils de prévention spécifiques... à condition de trouver des réponses en terme de modèle économique ?

Enfin, la restructuration et la concentration observées sur le marché des complémentaires qui ont désormais une vision nationale plus qu'une implantation

locale ne conduit-elle pas à terme les OCAM à connaître les mêmes travers que les régimes obligatoires en matière de vision uniformisante de la gestion du risque ?

**Etienne Caniard**