



# Table des matières

<b>À propos des auteurs</b>	<b>2</b>
<b>A propos de l'Institut Sapiens</b>	<b>3</b>
<b>A propos de l'observatoire santé et innovation</b>	<b>4</b>
La sempiternelle volonté de « casser » les complémentaires	<b>7</b>
Les frais de gestion : un procès biaisé	<b>8</b>
Le défi du financement des ALD	<b>10</b>
De nouvelles missions pour les complémentaires	<b>13</b>
Les pièges à éviter	<b>15</b>
Conclusion	<b>17</b>
Notes et sources	<b>18</b>

# À propos des auteurs



## Jean-Louis Davet

Président de DENOS Medical Assistance, société spécialisée en parcours de soins internationaux, disease management et biotech en oncologie, précédemment Directeur général de groupes d'assurances et de services de santé, et auparavant consultant en stratégie (notamment dans les domaines des nouvelles technologies et de la santé), Centralien et Docteur en mathématiques, engagé de longue date dans les questions de data, d'IA, d'éthique en santé



## Josette Guéniau

Directrice de l'Observatoire santé et innovation (OSI) de l'Institut Sapiens. Professionnelle et ex-dirigeante de l'assurance santé, devenue conseil auprès des assureurs complémentaires depuis plus de 10 ans, notamment sur les sujets de la réglementation, de l'innovation et de la stratégie marketing. A ce titre elle s'intéresse depuis plus de 5 ans à l'apport de la téléconsultation dans la prise en charge au plan de l'accès et de la qualité à la santé mais aussi à son financement.



## Erwann Tison

Directeur des études de l'Institut Sapiens. Macro-économiste de formation et diplômé de la faculté des sciences économiques et de gestion de Strasbourg, il intervient régulièrement dans les médias pour commenter les actualités liées au marché du travail, aux questions de formation et aux problématiques européennes. Il est également chargé de cours à la faculté d'économie de l'Université de Strasbourg. Il codirige également les observatoires "santé et innovation" et "emplois, formation et compétences" de l'Institut Sapiens. Il a publié « les robots, mon emploi et moi » (2019) et « un robot dans ma voiture » (2020) aux éditions ESKA.

# A propos de l'Institut Sapiens

L'Institut Sapiens est un organisme à but non lucratif dont l'objectif est de peser sur le débat économique et social. Il se veut le premier représentant d'une think-tech modernisant radicalement l'approche des think tanks traditionnels. Il souhaite innover par ses méthodes, son ancrage territorial et la diversité des intervenants qu'il mobilise, afin de mieux penser les enjeux vertigineux du siècle.

Sa vocation est triple :

**Décrypter** — l'Association aide à la prise de recul face à l'actualité afin d'être capable d'en comprendre les grandes questions. L'Institut Sapiens sera un centre de réflexion de pointe sur les grands enjeux économiques contemporains.

**Décloisonner et faire dialoguer** — l'Association veut mettre en relation des mondes professionnels trop souvent séparés : universitaires, membres de la sphère publique, praticiens de l'entreprise ou simples citoyens, ils doivent pouvoir se rencontrer pour réfléchir et dialoguer. Afin d'être réellement représentatifs de toutes les compétences et expériences, les groupes de travail associent systématiquement des personnes d'horizons professionnels divers (de l'ouvrier au dirigeant de société cotée) et peu important leur lieu de vie (Métropole, Outre-mer).

**Former** — Le XXI<sup>e</sup> siècle est le siècle de l'information ; il doit devenir pour l'individu celui du savoir. Comprendre le monde implique une capacité à faire un retour sur notre histoire, à connaître le mouvement millénaire des idées, à posséder ces Humanités dont l'importance est plus grande que jamais. Parce qu'il veut faire accéder à une compréhension du monde, l'Institut Sapiens se fixe aussi pour objectif de promouvoir cette culture générale sans laquelle demain plus personne ne pourra comprendre son environnement.

Plus d'informations sur [institutsapiens.fr](http://institutsapiens.fr)



# A propos de l'observatoire santé et innovation

L'Observatoire santé et innovation (OSI) a pour objectif de mettre en avant les innovations transformant le domaine de la santé, tout en proposant des actions pour préparer au mieux leur émergence, leur encadrement et leur déploiement. Composé de chercheurs, d'entrepreneurs, d'experts et de professionnels de la santé, les réflexions de notre observatoire seront articulées autour de quatre thématiques : la distribution territoriale et sociale de la santé ; les innovations médicales et médicamenteuses ; l'organisation politique et financière du système de santé ; les questions financières et éthiques liées aux innovations médicales. À travers les outils de communication et d'expression de l'Institut Sapiens, l'OSI ambitionne de peser dans le débat public. Les analyses, décryptages et propositions innovantes formulées par nos experts visent à optimiser le fonctionnement de notre système de santé dans l'intérêt des citoyens.







## Introduction

Alors que se pose la question de l'efficience et de l'équité des complémentaires santé, deux types de réponses « évidentes » semblent se dessiner du côté du gouvernement :

- supprimer les complémentaires santé au profit d'une prise en charge des dépenses qu'elles couvrent par l'assurance maladie , c'est ce que l'on appelle communément le « 100 % Sécu » ou « la Grande Sécu »;
- les concentrer sur le petit risque, comme le propose le rapporteur du projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale.

Pourtant, ces « solutions » - dont les impacts doivent être éclairés par le HCAAM<sup>1</sup> d'ici la fin de l'année - sont principalement idéologiques et ne résoudraient en rien le sujet du financement des dépenses de santé, ni au niveau collectif, ni au niveau individuel du fait du poids des ALD<sup>2</sup> et des soins hospitaliers. Ce financement est aujourd'hui en quasi-totalité à la charge de la Sécurité sociale, tandis que les complémentaires santé, sous la contrainte du contrat responsable, se sont laissées « cornériser » sur le petit risque.

---

1 Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
2 Affections de longue durée

L'ambition de créer une « grande Sécu »<sup>3</sup> ou de délester les complémentaires de leur contribution à la prise en charge des risques lourds se ferait à rebours des différents changements de paradigme au sein de la santé, notamment en ce qui concerne le financement de l'hospitalisation programmée et des soins pour les personnes en ALD. Aussi est-il nécessaire, avant de multiplier les anathèmes contre les complémentaires, de prendre du recul et d'évaluer concrètement les avantages d'une révision du système des cofinancements des dépenses de santé et d'une redéfinition totale de leur rôle « complémentaire » à la Sécurité sociale. L'enjeu est plutôt la révision du partage des dépenses et des investissements les plus lourds et les plus nécessaires, avec comme préalable la remise à plat du contrat responsable, désormais contre-productif.

---

3 Les Echos Complémentaires santé : Olivier Véran met à l'étude le scénario d'une « grande Sécu », 28 juillet 2021

## La sempiternelle volonté de « casser » les complémentaires

Le vice-président du HCAAM, Pierre-Jean Lancry, a été missionné en juillet dernier par le ministre des Solidarités et de la Santé pour présenter « des scénarios solidement instruits, chiffrés, éclairant les impacts sur les assurés et les employeurs, sur l'assurance maladie et les organismes complémentaires, sur les professionnels et les établissements de santé » dans le cadre d'un renforcement de l'intervention de la Sécurité sociale. Cette volonté ministérielle - à peine dissimulée - de faire disparaître les complémentaires santé, était justement l'un des quatre scénarios envisagés par le HCAAM au printemps dernier. Les autres scénarios proposaient le statut quo actuel de la répartition du financement des dépenses de Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) (1), le renforcement des contraintes sur les complémentaires santé (notamment dans le cadre des contrats responsables) (2) ou l'octroi d'une liberté plus grande laissées à ces dernières (3).

La tentation est grande de succomber à la solution de la « grande Sécu », en apparence efficiente : les Français (particuliers et entreprises) doivent en effet acquitter 19,67 % de taxe (soit l'équivalent de la TVA sur les produits non essentiels) au sein de leur cotisation de complémentaire santé, même si les garanties souscrites respectent scrupuleusement les contraintes du contrat responsable. A ceci s'ajoute, selon une étude<sup>4</sup> de la DREES<sup>5</sup>, un taux moyen de frais de gestion des complémentaires santé de 20 % destinés à gérer 13,4 % de la CSBM<sup>6</sup>, alors que la Sécurité Sociale en gère 78,2% avec un taux moyen de 3,4 %. Cela revient, pour une CSBM s'élevant à 208 Mds € en 2019, à un niveau de frais de plus de 5,57 milliards d'euros pour les complémentaires santé et de 5,53 milliards pour la Sécurité sociale.

---

4 Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé parue en 2020, portant sur les chiffres de 2019

5 Direction de la Recherche des Études et des Statistiques (DREES) du ministère des Solidarités et de la Santé

6 Consommation de soins et de biens médicaux



## Les frais de gestion : un procès biaisé

Les complémentaires apparaissent donc comme doublant le montant des frais de gestion de l'ensemble du système alors qu'elles ne remboursent qu'une faible part des dépenses globales. De plus, sur une cotisation de complémentaire santé de 100 euros, l'assuré-patient-citoyen ne peut espérer qu'un retour maximum de l'ordre de 60 euros, du fait des taxes qui viennent s'ajouter aux frais de gestion. Une situation décrite comme intolérable, devenue un « marronnier » depuis de nombreuses années pour des organismes comme la Cour des comptes, la DREES, ou certaines associations de consommateurs et des politiques. Néanmoins, quatre faits méritent d'être soulignés.

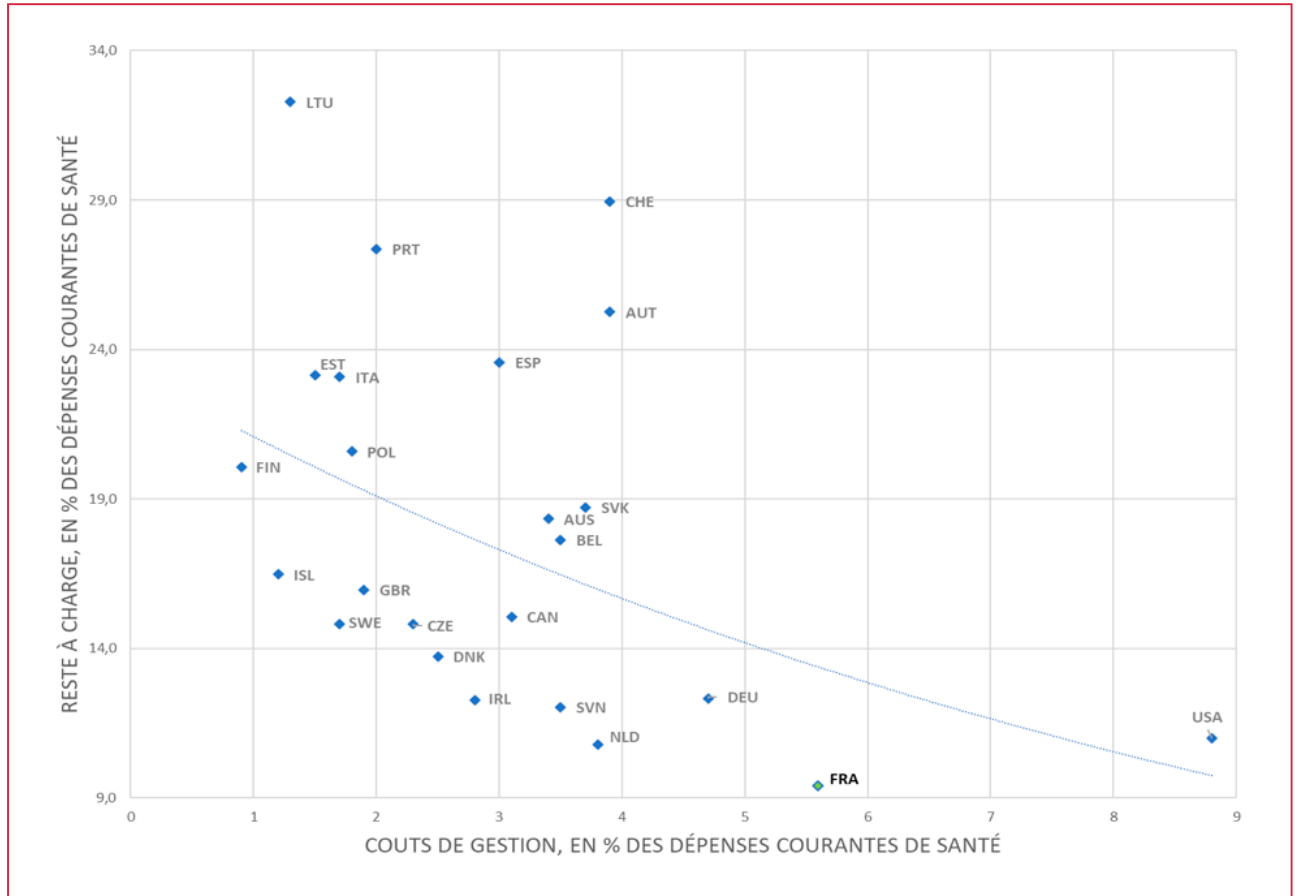
- ◇ Le niveau de frais des complémentaires, qui peut très certainement être réduit, ne saurait pour autant être comparé avec celui de la Sécurité sociale, comme l'indique d'ailleurs la DREES<sup>7</sup> : « certaines activités ne relèvent que des régimes de base obligatoires (délivrer des attestations de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et de Complémentaire Santé Solidaire (CSS) par exemple). En revanche, les régimes de base obligatoires peuvent plus facilement réaliser des économies d'échelle ; le secteur de la complémentaire santé est beaucoup plus morcelé et la liberté de choix engendre des frais supplémentaires spécifiques aux organismes complémentaires. Enfin, les organismes complémentaires interviennent directement dans le cas de dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, traitent des feuilles de soins papier en l'absence de signature de la convention d'échange NOEMIE, réalisent des actions ou offrent des services complémentaires au remboursement. » (voir ci-dessous).
- ◇ Le niveau de marge des complémentaires santé est globalement très faible : 1,2 % en 2017, 1,3 % en 2018 et 1,2 % en 2019.
- ◇ La principale caractéristique du système hybride à la française est de permettre une forte accessibilité aux soins et d'offrir le reste à charge le plus faible de toute l'OCDE à 6,9 %<sup>8</sup>. Comme l'illustre le graphique suivant, le reste à charge diminue avec l'augmentation des dépenses en gouvernance et d'administration des systèmes de santé, démontrant ainsi que toute charge de gestion n'est pas systématiquement contraire à l'intérêt des assurés. Il convient de

---

7 Rapport 2020 « sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé »

8 Source : comment sécuriser et améliorer notre système de santé, Institut Sapiens, octobre 2020

faire la part des choses entre les coûts de gestion « vertueux » pour le système et les citoyens, et les autres.



◇ Les frais de gestion englobent une réalité comptable plus complexe qu'en apparence. Comprenant les frais liés à l'acquisition (c'est-à-dire à la commercialisation), à la gestion des contrats et des adhésions et à la gestion des prestations (le montant des frais de soins remboursés ne sont pas compris dans ces frais), ces frais de gestion concernent en fait la majorité des dépenses des organismes complémentaires, qui ne soient pas associables aux prestations de remboursements. Ainsi, lorsque les complémentaires santé déploient des services innovants de prévention au bénéfice de leurs assurés, la règle comptable leur impose de placer ces dépenses dans la catégorie « frais de gestion ». Un mécanisme qui risque de créer une forte désincitation à l'innovation, si toutes les nouvelles missions développées par les complémentaires, visant à améliorer le suivi et l'état de santé des assurés, sont considérées comme des frais justifiant le procès en inefficacité qui leur est fait.

Aussi cette polémique sur le niveau des frais de gestion ne nous paraît-elle pas être le point névralgique de l'amélioration de notre système de santé compte tenu de ces explications. L'enjeu principal concerne plutôt la répartition des dépenses financées respectivement par la Sécurité sociale et par les complémentaires santé.

## Le défi du financement des ALD

Les ALD (affections de longue durée) constituent un fardeau financier et humain, qui ne cesse de s'alourdir, tant pour la collectivité que pour les individus concernés. Les derniers chiffres de la DREES sur le sujet sont alarmants, alors que la prévalence des maladies chroniques (et en conséquence des ALD) ne cesse d'augmenter avec le vieillissement de la population et l'impact sanitaire de nos modes de vie (sans même compter le choc du Covid-19). Selon la DREES, 57 % des dépenses de l'Assurance maladie en 2016 finançaient les soins ALD. **Les remboursements des patients en ALD ont augmenté annuellement de 4,3 % entre 2011 et 2016, contre seulement 0,8 % pour les patients hors ALD.**

En outre, en 2019, l'hôpital représentait déjà 47 % de la CSBM et était le premier contributeur à sa croissance avec une augmentation plus élevée (2,4 %) que celle de la CSBM (2,1 %), contrairement aux trois années précédentes et avant la forte accélération (+9,4 %) due à la crise sanitaire en 2020.

Le financement du soin des ALD et de l'hôpital (dont une grande partie des coûts provient précisément des ALD) constitue donc, depuis de nombreuses années, un immense défi en termes d'économie de la santé et un enjeu majeur de santé publique. Si la soutenabilité pour l'Assurance maladie d'un tel rythme semblait déjà difficile avant le déficit annoncé suite à la pandémie (environ 40 Mds € en 2020 et 30 Mds € en 2021), comment imaginer que l'Assurance maladie puisse continuer sur cette pente ? Réduire à terme la part des ALD passe par une meilleure prévention des patients et par un développement des innovations en la matière, deux leviers pour lesquels les organismes complémentaires pourraient jouer un rôle prépondérant.

À la suite du rapport Aubert, des pistes pour résoudre la question du financement de ces risques lourds ont été introduites dans la stratégie « Ma santé 2022 », et réitérées lors du Ségur de la santé. Mais toutes ces solutions sont pour l'instant prévues à la charge de la seule Assurance maladie. Il s'agit d'une évolution profonde du mode de financement des soins, dans le cadre du « parcours de soins » des malades chroniques ou des « épisodes de soins » concernant les hospitalisations. Cette évolution consiste à passer d'une rémunération basée en quasi-totalité sur l'activité (Tarification A l'Activité –T2A (4) pour l'hôpital et selon les actes pratiqués pour les professionnels de santé en ville), à un système de financement mixte, au moins pour 50 % forfaitaire. Ainsi, une première rémunération

au parcours de soins a été introduite en septembre 2019 pour les malades insuffisants rénaux chroniques, avec un forfait totalement pris en charge par l'Assurance maladie. Le récent rapport « charges et produits » de la caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) préparant le PLFSS 2022, préconise, comme solution pour résorber l'important déficit de l'Assurance maladie (plus de 70 Mds € cumulés en 2 ans), de mettre en œuvre cette évolution de la tarification et de la rémunération des soins. Cette préconisation intervient après deux ans d'immobilisme, certainement dus à la crise sanitaire, alors que le déploiement pour deux maladies chroniques était prévu dans la LFSS pour 2020.

Pendant ce temps, le financement des complémentaires santé, sous l'effet du contrat responsable, se concentre essentiellement sur le financement des dépenses relevant de ce que l'on appelle communément « le petit risque ». Déjà bien avant le constat des effets du 100 % santé, la DREES constatait une quasi-stagnation de la proportion des dépenses totales prise en charge par les organismes complémentaires depuis 2017 (de 13,1% à 13,4%). Elle relèvait également que pour deux postes de soins spécifiques la prise en charge par les complémentaires est au contraire d'une ampleur considérable :

- 72,7% des dépenses optiques, contre seulement 60% en 2010 (en augmentation de + 6,6% entre 2017 et 2018 et de +3,4% et entre 2018 et 2019<sup>9</sup>)
- 40,3% des dépenses dentaires.

Dans le même temps, la part des organismes complémentaires dans les autres soins de ville est passée de 17,3% à 16,5% entre 2010 et 2019 ; et leur part dans la prise en charge des médicaments ne cesse de baisser depuis 2010 (de 15,9% à 13,4%)<sup>10</sup>. Ces chiffres montrent le recul subi, du fait du contrat responsable, de la prise en charge des dépenses des malades par les complémentaires santé. Ces dépenses incombent à la Sécurité sociale, qui prend en charge 91,6 % des remboursements hospitaliers, 66% des remboursements liés à la médecine de ville (en hausse de 3 points depuis 2010) et 74,3 % des médicaments (contre 68% en 2010). Or la « cornérisation » des complémentaires santé dans la prise en charge du petit risque, imposée par la réglementation, s'accélère : le contrat responsable impose en effet à ces dernières, depuis début 2021, la prise en charge à 100% d'équipements optiques, de prothèses dentaires et auditives. Cette décision les contient ainsi dans la prise en charge de soins courants, dont certains relèvent parfois davantage de la

---

9 DREES : « la complémentaire santé- Acteurs, bénéficiaires, garanties- 2019

10 idem

consommation de soins que de la réelle nécessité de soins. Le rapporteur du PLFSS 2022 a déjà fait savoir sa volonté d'accentuer ce mouvement, en prévoyant des expérimentations de prise en charge totale des équipements de lunetterie par les complémentaires santé, en contrepartie de quoi d'autres soins seraient totalement pris en charge par la Sécurité sociale.

La récente crise sanitaire nous a pourtant montré en quoi cette logique clivante « petit risque » / « gros risque » était erronée. L'infection au SRAS-Cov 2 est un « petit risque » pour certaines personnes et un risque mortel pour d'autres. En outre, c'est bien le continuum de soins entre la médecine de ville et l'hôpital qui a permis de surveiller les patients.

Les complémentaires santé ont donc bien vocation à être des cofinanceurs importants des risques lourds. D'ailleurs des études réalisées par les assureurs en 2010 sur la base de données anonymisées, ont démontré que les montants remboursés par les complémentaires santé pour les personnes en ALD étaient en moyenne deux fois supérieures aux montants pour les personnes ne souffrant pas d'ALD. Pourtant, selon la dernière étude DREES sur le sujet (2011), pour le quartile de Français ayant les dépenses de santé les moins importantes et ne souffrant pas d'ALD (117 € en moyenne par an), le reste à charge est couvert à 82 % par les complémentaires santé. En revanche, pour les Français souffrant d'une ALD et occasionnant les dépenses les plus importantes (10 649 € en moyenne par an), cette couverture n'est que de 59 %<sup>11</sup>.

---

11 la couverture des dépenses de santé des personnes en ALD et effectuée, certes à 100 % par la sécurité sociale, mais ces 100 % se situent sur les tarifs de la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale, qui sont loin de couvrir les frais réellement engagés. Par exemple, ils ne comprennent pas les dépassements d'honoraires des spécialistes et les soins de support non remboursés par la Sécurité sociale.



## De nouvelles missions pour les complémentaires

Quoi qu'en pensent les partisans du « tout sécu », les OC pourraient utilement renforcer leur complémentarité à la Sécurité sociale dans la gestion des risques lourds. Elles pourraient par exemple intervenir, en complément de la rémunération forfaitaire du « parcours de soins », pour favoriser des parcours de soins en les bonifiant économiquement. En termes de prévention secondaire, d'éducation thérapeutique, de suivi, d'accompagnement ou de télémédecine par exemple, elles pourraient contribuer au financement des meilleures pratiques innovantes. Les complémentaires santé pourraient ainsi concourir à faire enfin sortir du stade des expérimentations la télésurveillance, dont l'efficacité a été prouvée en termes de contribution à la gestion de nombreuses ALD (comme le montre le programme ETAPES (3)). À ce stade pourtant, la gouvernance de l'Assurance maladie semble les en croire incapables et préfère tout gérer seule, quitte à prendre le risque de le faire à minima afin de ne pas alourdir une charge financière déjà très élevée.

Les complémentaires santé pourraient également contribuer au financement de services santé adaptés, dans le cadre des « épisodes de soins », avec pour objectif d'améliorer la gestion du risque des patients à leur niveau mais aussi de manière plus globale. Par exemple, elles pourraient contractualiser, avec les professionnels et les établissements de soins, la prise en charge de suivis similaires pour ceux de leurs assurés qui ne sont pas éligibles aux critères de « parcours » requis par l'Assurance maladie. Elles pourraient également augmenter l'efficacité des suivis déjà pris en charge par cette dernière, à un tarif négocié.

Des acteurs de la santé ont récemment appelé les complémentaires santé à se désengager du financement des coûts hospitaliers, au motif que cela pourrait résoudre certains problèmes administratifs et financiers. Cette solution serait cependant contre-productive, au moment même où ces problèmes sont en passe d'être résolus dans le cadre du plan de digitalisation de l'hôpital SIMPHONIE (4) et de son volet concernant les échanges financiers avec les complémentaires santé, ROC (5).

Par ailleurs, seul ce partage du financement du risque « lourd » a un sens économique pour les gestionnaires de risque que sont les assureurs santé, si l'on veut les impliquer plus fortement dans le financement et la mise en œuvre opérationnelle de la prévention (sujet qui fait actuellement l'objet d'une autre mission de consultation et de préconisations de la part du ministre des Solidarités et de la Santé). Les complémentaires santé y ont un grand rôle à jouer : elles pourraient mieux cibler les actions que la « Grande Sécu », parce qu'elles assurent en particulier certaines populations présentant des risques de santé spécifiques (maladies professionnelles ou accidents dans le cadre des assurances collectives d'entreprises par exemple). En revanche elles ne seront incitées à le faire efficacement qu'à la condition de pouvoir agir sur la prévention secondaire (dépistage, éducation thérapeutique du patient...), c'est-à-dire vis-à-vis des personnes présentant déjà un risque avéré, plus sensibles à se protéger d'une aggravation et avec une espérance d'amélioration du risque.

Jusqu'à maintenant, les complémentaires santé interviennent aveuglément derrière les règles de l'Assurance maladie, sa nomenclature et ses tarifs de référence, notamment du fait du nonaccès aux données de santé. Mais puisque le changement de paradigme vers une tarification mixte (à l'acte et au forfait) pour les ALD et l'hospitalisation constitue une nouveauté, à la fois pour l'Assurance maladie et pour les complémentaires santé, pourquoi ne pas continuer à jouer la complémentarité et se positionner ensemble sur la courbe d'apprentissage pour être plus efficaces ?

Force est de constater que les obstacles à de telles collaborations se multiplient, dissuadant d'autant les complémentaires santé d'expérimenter, en complément des évolutions du remboursement de l'Assurance maladie, des prises en charge innovantes. Il faut donc cesser de gêner, voire de bloquer, l'accès aux données anonymisées du SNDS via le Health Data hub (6), données indispensables pour mener des études pertinentes et permettre à tous les acteurs de santé d'améliorer leur intervention auprès des usagers les plus lourds dans le cadre de la gestion du risque. Il faut réviser la loi Leroux (7) et permettre aux organismes complémentaires de contractualiser plus librement avec les professionnels de santé, afin de pouvoir intervenir de manière efficace et complémentaire dans le financement des prestations de suivi, qu'ils ne fournissent que fort rarement aujourd'hui faute de rémunération. Il faut également favoriser l'implication de tous les acteurs dans une téléconsultation adaptée, qui s'apparente aux plateformes gérant les urgences, notamment lors de la crise sanitaire : prise d'appel, écoute, repérage de la symptomatologie, triage, diagnostic, prescription et orientation.

## Les pièges à éviter

Les idées actuellement dans l'air, sans doute pleines de bonnes intentions, sont dangereuses. Le financement par la seule Sécurité sociale de l'ensemble des soins générerait trois effets pervers, délétères pour la protection sociale :

Le premier est, paradoxalement, la mise à mal progressive du principe de solidarité. En effet, tant le « Tout sécu » que la séparation « petit risque - gros risque », qui ont en commun de dissuader les complémentaires d'investir pour l'accès de tous aux traitements innovants et aux soins lourds, contribueront à l'inéquité du système. La Sécu seule sur le gros risque ne saurait solvabiliser de manière durable la demande de tels soins à l'échelle de toute la population française (selon la DREES, déjà en 2016, 57 % des dépenses de l'Assurance maladie finançaient les soins pour les personnes en ALD, c'est dire mais des chiffres plus récents ne sont curieusement plus publiés, la part financée de ces soins en 2021 !) et se verra contrainte de niveler par le bas le niveau de qualité, la quantité ou la gamme de traitements remboursables. Les exemples d'autres pays ne manquent pas pour alerter sur le renforcement des inégalités inhérents à ce type de situation : soins innovants ou coûteux référencés par des acteurs privés et accessibles uniquement aux personnes les plus aisées ou à moindre risque, systèmes de coupe-files etc. L'épisode sur la recherche du vaccin anti-Covid nous a pourtant démontré que le progrès médical nécessite des moyens très importants et que seule une alliance public-privé dans le financement et l'action peut y parvenir avec succès.

Le deuxième effet pervers serait de dissuader les complémentaires santé des nécessaires investissements et financements dans les actions de prévention, qui devront alors être supportées par la seule Sécurité sociale. Cela constituera une perte de chance majeure pour la santé des Français, dans un pays où nous sommes déjà, de ce point de vue parmi les plus médiocres.

Le troisième est l'inévitable hausse des cotisations obligatoires de sécurité sociale. Dans le cadre du « tout sécu », comme de la séparation petit risque - gros risque. Dans les deux cas en effet, la Sécurité sociale devra assumer seule le poids grandissant des ALD, qui représentent déjà plus de 60 % de ses dépenses et hors pandémie, plus de 90 % de son accélération. Avant le 100 % santé, le montant total des prestations versées par les complémentaires santé s'élevait à près de 28 Mds € en 2019 (l'année 2020 est atypique

du fait du confinement) ; elles prenaient en charge 3,1 Mds € de soins dentaires, 4,9 Mds € de soins optiques et 1,9 Md € de prestations de soins et de services non pris en charge par la Sécurité sociale, soit en tout près de 10 Mds € (sur les 28 Mds € au total de dépenses de santé prises en charge par les OC. L'estimation officielle (via l'étude d'impact du PLFSS 2019) du coût supplémentaire lié à la mise en œuvre récente du 100 % santé, de 755 M€ pour l'Assurance maladie et de 150 M€ pour les organismes complémentaires, était déjà considérée comme dépassée par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), lors des travaux de l'Assemblée nationale dans le cadre du printemps social de l'évaluation en mai dernier.

Comment, dans une telle équation financière, dégager les ressources indispensables pour donner accès au progrès médical à tous les Français, pour financer la prévention sans augmenter de manière importante les prélèvements sociaux auprès des ménages et des entreprises? A titre d'illustration, on peut remarquer l'obstacle auquel semble se confronter le financement forfaitaire du télésuivi pour les malades chroniques (suivi des constantes médicales des patients et alertes pour intervention rapide en cas de dégradation) : les expérimentations ETAPES<sup>12</sup>, ont débuté en 2014, leur généralisation est inscrite dans le PLFSS pour 2022... mais il conviendra sans doute d'attendre encore son véritable déploiement, puisque les PLFSS 2019, puis 2020, prévoyaient déjà la mise en œuvre d'un paiement au forfait de 4 parcours de soins de maladies chroniques alors qu'un seul a pour l'instant vu le jour.

On le voit bien, maîtriser l'augmentation des cotisations versées à la Sécurité sociale ou aux complémentaires santé impose une redistribution de la couverture des dépenses de santé en fonction des postes de soins. Et nul besoin pour cela de faire disparaître les OC et encore moins de les spécialiser dans l'optique, le dentaire et le non remboursable. Ces dernières fausses solutions ne changeraient rien au fait que les patients en ALD continueront à subir de lourds restes à charge, alors même que certains soins bénéficient aujourd'hui, via le 100% santé, d'un reste à charge nul. Seule l'implication des OC dans la gestion du risque hospitalier et des ALD via la prévention primaire et secondaire ciblées, le co-financement du dépistage, de l'ETP et du parcours de soins, conduira à davantage de pertinence, d'efficacité et d'équité dans la prise en charge financière des soins à iso-ressources.

---

12 Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé

## Conclusion

À l'heure où nous cherchons à renforcer notre système de santé, à repenser son financement, à résorber le déficit préoccupant de la Sécurité sociale, à consolider la santé financière de nos hôpitaux, à freiner l'augmentation des cotisations sociales obligatoires et facultatives, il faut certes faire des choix... Mais il faut surtout faire les bons ! Repenser le rôle des complémentaires santé en termes d'utilité et d'efficacité, comme d'ailleurs cela s'impose pour l'ensemble du système de santé, doit donc s'affranchir de toute tentation dogmatique ou « solution » de facilité. La dualité et la complémentarité du financement de notre protection sociale sont efficaces mais doivent s'adapter aux nouveaux enjeux de santé publique : vieillissement de la population, poids des maladies chroniques, défi des maladies infectieuses et urgence absolue de passer du tout curatif rémunéré à l'acte de soins, au préventif sur la durée, rémunéré au forfait et faisant intervenir les acteurs de soins et les financeurs selon une articulation qui privilégie la qualité, la pertinence et l'efficacité, et qui en permet l'évaluation rigoureuse.

Les complémentaires santé peuvent assurément y tenir toute leur place, à condition qu'elles opèrent de véritables transformations de leurs activités, menées dans un cadre législatif remettant à plat le « contrat responsable ». Il convient en effet de redonner à ce concept sa véritable vocation d'origine, la contribution efficiente et solidaire à l'accès à la santé, en l'adaptant aux principaux enjeux d'aujourd'hui. Le contrat responsable initial, en 2006, avait pour vocation à renforcer le parcours de soins dit « du médecin traitant », faisons en sorte que la prochaine mouture du contrat responsable vienne renforcer le financement des parcours et des épisodes de soins des personnes souffrant de maladies chroniques ou nécessitant une hospitalisation.



## Notes et sources

(1) CSBM - Consommation de Soins et de Biens Médicaux. Cet indicateur regroupe les dépenses de santé remboursables (par la Sécurité sociale). Il porte sur les dépenses qui concourent directement au traitement des malades (soins hospitaliers et ambulatoires, consultations en médecine de ville, transports sanitaires, biens médicaux). Les dépenses de soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées en institution en sont exclues.

(2) les garanties de couverture des contrats de complémentaires santé, souscrites à titre individuel et surtout à titre collectif, dans le cadre de l'entreprise, ne sont pas libres. Un cadre a été défini par la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004 : le Contrat responsable, qui fixe aux complémentaires santé des obligations, comme celle de rembourser un montant minimum en optique, et des interdictions, comme celle de ne pas rembourser certains dépassements d'honoraires au-dessus d'un montant déterminé.

Le non-respect de ce cadre induit, pour les contrats « non responsables », une sur-taxation de 7 points au titre de la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) – soit 20,27 % contre 13,27 % pour les contrats responsables. Il faut noter que la TSA est répercutée et en conséquence réglée par les souscripteurs, individus et entreprises.

En sus, pour les entreprises, la déduction de la cotisation relative à la couverture santé de leurs salariés (au titre des charges sociales et de l'impôt sur les sociétés) est subordonnée au fait que le contrat soit « responsable ». Or cette déduction est un élément indispensable économiquement pour l'entreprise pour assumer le coût de cette couverture.

À sa création en 2006, la contrainte était vertueuse et simple : les garanties complémentaires ne devaient pas entraver la régulation du parcours de soins par l'Assurance maladie. Puis, le Contrat responsable a dégénéré, au fil du temps, en un carcan extrêmement tatillon de règles très précises, le point d'orgue étant atteint depuis début 2020 avec le dispositif du « 100 % santé », qui prévoit des obligations de remboursement total sur certains types de prothèses et des limitations strictes sur certains autres, en matière d'optique, de prothèses dentaires et d'aides auditives.

En définitive, le Contrat responsable a progressivement conduit les complémentaires santé à devenir les hyper-spécialistes du financement de ces trois domaines (optique, dentaire et aides auditives). Ce mouvement s'est opéré au détriment d'une

différenciation souhaitable du rapport garanties / prix des couvertures proposées, suivant les besoins et les moyens des assurés, mais surtout au détriment du financement du reste à charge (RAC) des assurés en cas de gros incident de santé, comme l'hospitalisation et les Affections de Longue Durée (ALD)

(3) ETAPES - Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé. Programme d'expérimentations qui encourage et soutient financièrement le déploiement de projets de télésurveillance cohérents et pertinents sur l'ensemble du territoire.

(4) SIMPHONIE. Programme de digitalisation des hôpitaux, en priorité publics, visant à en sécuriser les recettes et à diminuer la charge administrative des personnels et des patients.

(5) ROC - Remboursement des Organismes Complémentaires. Programme au sein de SIMPHONIE visant à sécuriser le recouvrement des recettes et améliorer la situation financière des hôpitaux, en facilitant et automatisant le recueil des informations relatives à la couverture AMC du patient dès la préadmission/admission et les flux de facturation.

(6) Health Data Hub : plateformes de services permettant de réunir, organiser et mettre à disposition des données, issues notamment du Système National des Données de Santé (SNDS) ; de faciliter la mise à disposition de jeux de données de santé présentant un faible risque d'impact sur la vie privée ; contribuer à diffuser les normes de standardisation pour l'échange et l'exploitation des données de santé ; ceci, avec un respect total de la vie privée des usagers du système de santé.

(7) Loi Leroux - Loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014. Elle autorise les mutuelles à pratiquer des remboursements différenciés au sein de leurs réseaux de soins (c'était déjà le cas pour les assureurs privés et les institutions de prévoyance) mais prévoit également que les conventions passées avec les professionnels de santé autres que les opticiens, les dentistes et les audioprothésistes ne peuvent pas être l'objet de négociations tarifaires.

