



# Réforme du système de santé :

permettre aux Complémentaires d'assumer pleinement leurs responsabilités

- Les Complémentaires contribuent à la démocratisation de la santé en France
- Leur potentiel est inutilement contraint et marginalisé
- La réforme du système implique une plus grande liberté des acteurs
- Notre proposition : permettre aux Complémentaires d'assumer pleinement leurs responsabilités

# Les Complémentaires contribuent à la démocratisation de la santé en France

**Le modèle de santé français a toujours reposé sur un partenariat historique solide entre la Sécurité sociale et les Complémentaires.**

A la Libération, les ordonnances instituant la Sécurité sociale publique reconnaissent immédiatement le rôle des Complémentaires santé (mutuelles, assurances santé et instituts de prévoyance) dans le bon fonctionnement du système de protection sociale. Leur place capitale dans l'édifice semble naturelle dès le départ puisqu'elles interviennent au service de la santé des Français depuis le 19<sup>e</sup> siècle.

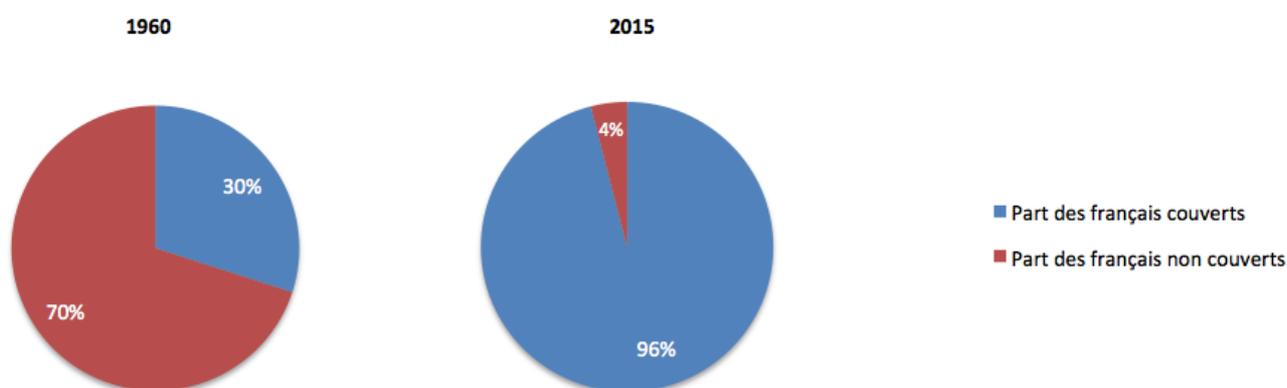
La Sécurité sociale n'a pas alors vocation à rembourser l'intégralité des dépenses de santé : elle en finance 51% en 1950, contre plus du quart pour les ménages ; les Complémentaires financent le reste<sup>1</sup>.

**L'intensification du partenariat entre la Sécurité sociale et les Complémentaires a démocratisé l'accès aux soins.**

**La part des dépenses de santé directement à la charge des ménages a considérablement diminué, passant de 30% en 1960 à 8% en 2015**

Depuis la création de la Sécurité sociale, la part de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire dans le financement des dépenses de santé s'est accrue au bénéfice des ménages. La part des dépenses de santé directement à la charge des ménages a considérablement diminué, passant de 30% en 1960<sup>2</sup> à 8% en 2015<sup>3</sup>. Parallèlement, la part de la Sécurité sociale dans le remboursement des dépenses de santé a augmenté (de 51% en 1950 à 77% en 2015<sup>4</sup>) et les Complémentaires santé ont été généralisées à l'ensemble de la population : 96% des Français sont aujourd'hui couverts (contre 30% en 1960). Actuellement, 1 euro sur 2 de dépenses courantes de santé (hors Affections Longue Durée (ALD) et hôpital) est remboursé par les Complémentaires<sup>5</sup>.

**Part des Français couverts par une Complémentaire santé (1960 & 2015)**  
Source : Revue Regards de l'École Normale Supérieure de Sécurité sociale 2016/1 (n°49),  
*Régime de base et complémentaires*, juin 2016



<sup>1</sup> DREES, *60 années des dépenses de santé, Une rétropolation des Comptes de santé de 1950 à 2010*, février 2013

<sup>2</sup> Calculs à partir de : DREES, *60 années des dépenses de santé, Une rétropolation des Comptes de santé de 1950 à 2010*, février 2013 ; et Revue Regards de l'École Normale Supérieure de Sécurité sociale 2016/1 (n°49), *Régime de base et complémentaires*, juin 2016

<sup>3</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*, septembre 2016

<sup>4</sup> Ibid

<sup>5</sup> Le Figaro, *La Sécurité sociale universelle est-elle une bonne idée?*, 31 janvier 2017

**Cette importance accrue de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire dans le financement de la consommation de soins limite le reste à charge des patients** : la France est aujourd'hui le deuxième pays d'Europe qui affiche les restes à charge les plus faibles pour les patients, après les Pays-Bas. Les pouvoirs publics, en faisant le choix d'une complémentarité forte entre Assurance maladie obligatoire et complémentaire, sont allés dans le sens des principes fondateurs de notre système de santé, selon lesquels des soins de qualité doivent être accessibles à tous. Ce partenariat entre le public et le privé a toujours eu pour ambition la meilleure satisfaction des Français ; il serait dangereux de le remettre en cause aujourd'hui.

## **Le plein potentiel des Complémentaires est inutilement contraint et marginalisé**

---

### **Les attributions de la Sécurité sociale et des Complémentaires sont enchevêtrées.**

Ce développement partenarial, qui a visé à étendre la protection sociale des Français, n'a cependant pas toujours été mené de manière rationnelle. Aujourd'hui, la Sécurité sociale et les Complémentaires couvrent chacune une part différente du coût des mêmes soins. Les frais de gestion en sont dédoublés : pour une prestation médicale, l'Assurance maladie réalisera un travail administratif pour rembourser la part à sa charge et la Complémentaire santé du patient fera de même. Ces doublons sont sources d'inefficacités et de coûts inutiles pour les assurés.

Dans des pays comme les Pays-Bas ou l'Allemagne, dont les systèmes de santé sont réputés parmi les plus performants d'Europe<sup>6</sup>, une meilleure définition des paniers de soins respectifs de l'Assurance maladie d'une part et des Complémentaires d'autre part permet le remboursement dès le premier euro de certains soins par les Complémentaires, évitant les redondances inutiles. Pour être transcrite en France, cette meilleure articulation des rôles entre Assurance maladie obligatoire et Complémentaires impliquerait une réforme en profondeur du système de santé, qui a pour le moment été évitée par les responsables politiques.

**Les frais de gestion en sont dédoublés : l'Assurance maladie réalisera un travail administratif pour rembourser la part à sa charge et la Complémentaire santé du patient fera de même**

### **Les Complémentaires sont cantonnées à un rôle de « payeur aveugle » au détriment de l'efficacité du système dans son ensemble.**

Les Complémentaires disposent de peu d'informations sur les soins qu'elles couvrent : elles remboursent la part des soins qui est à leur charge, après l'Assurance maladie obligatoire, sans pouvoir contrôler les montants demandés<sup>7</sup>. Elles sont ainsi mises à l'écart de la régulation du remboursement de la santé, ce qui encourage les dépenses inutiles et les coûts excessifs des soins.

Les Complémentaires ne disposent pas des moyens de rationaliser les dépenses qu'elles engagent : cette lacune accroît mécaniquement les frais à leurs charge et donc les coûts pour leurs assurés. Elle est d'autant plus dommageable que les Complémentaires ont des compétences en matière d'organisation et de gestion qui pourraient être utiles à la modération du coût des soins et à la réduction du reste à charge des ménages, comme elles le démontrent avec les réseaux de soins conventionnés.

---

<sup>6</sup> Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2017, 30 janvier 2017

<sup>7</sup> Les Echos, *Statu quo pour les complémentaires santé après le congrès de Nantes*, 16 juin 2015

## Le développement des réseaux de soins par les Complémentaires contribue à améliorer la protection sociale des Français.

Encouragés par la loi « Le Roux » de 2014<sup>8</sup>, les réseaux de soins permettent aux Complémentaires d'exercer pleinement leur mission de « payeurs régulateurs » et de limiter de manière significative le reste à charge des ménages, améliorant ainsi la couverture sociale des patients.

Les réseaux, qui ne concernent aujourd'hui que les soins optiques, dentaires et auditifs, mettent en place des partenariats entre les Complémentaires et des professionnels de santé : en les rejoignant, ces derniers s'engagent à respecter une modération de leurs tarifs et des critères élevés en matière de qualité des soins. Ces démarches communes préservent la liberté de choix des patients, garantie par la loi, et celle des professionnels de santé : les uns et les autres restent libres de ne pas y participer ou d'en changer.

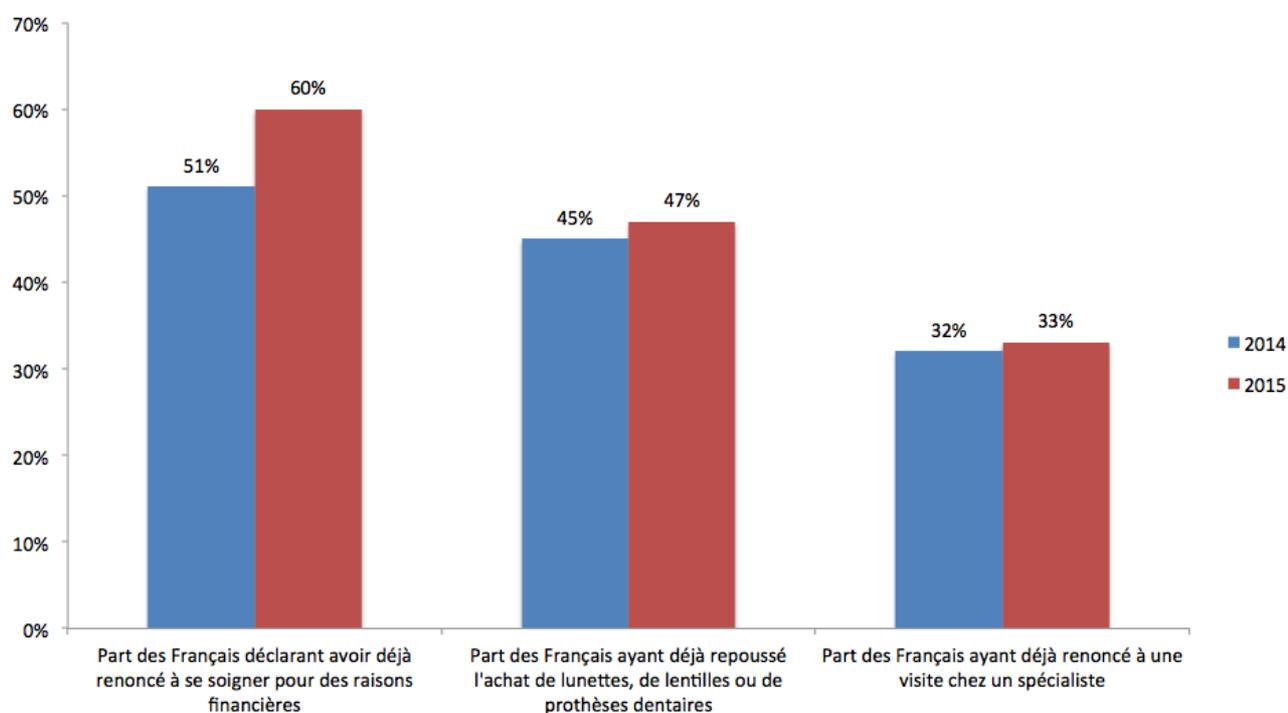
**Les réseaux de soins permettent d'assurer l'accessibilité des soins à tous les patients : les réductions du prix des soins peuvent aller jusqu'à 50% du prix moyen du marché<sup>9</sup> (le gain moyen par patient est de 821 euros en réseau d'audioprothésistes et de 343 euros en réseau dentaire<sup>10</sup>).**

Les réseaux de soins contribuent ainsi à maîtriser le coût global de la santé : la Mutualité Française estime que **si les réseaux de soins étaient généralisés et accessibles à tous les Français, ils permettraient une économie globale de 1,9 milliards d'euros.**

L'amélioration de l'accès aux soins que les réseaux permettent en réduisant le reste à charge des ménages est primordiale : en 2015, 60% des Français déclaraient avoir déjà renoncé à se soigner pour des raisons financières (+9 points par rapport à 2014). Près d'un sur deux (47%) avait déjà repoussé l'achat de lunettes, de lentilles ou de prothèses dentaires (+ 2 points par rapport à 2014) et un tiers d'entre eux avait déjà renoncé à une visite chez un spécialiste (+1 point par rapport à 2014).

### Part des français ayant déjà renoncé à certains soins médicaux (2014 – 2015)

Source : baromètre de Sofinco (Crédit Agricole Consumer Finance)



<sup>8</sup> Sénat, Loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014

<sup>9</sup> Observatoire citoyen des restes à charge et cabinet Astéres, *Les réseaux de soins conventionnés*, septembre 2016

<sup>10</sup> Ibid

L'efficacité de notre système de santé et l'accès aux soins pourraient être améliorés par une responsabilisation accrue des Complémentaires et une promotion des réseaux de soins.

## La réforme du système implique une plus grande liberté des acteurs

---

**La création d'une Assurance maladie universelle, monopole administratif, dégraderait le système de santé français.**

Face au défi de la démocratisation de l'accès aux soins et aux contraintes financières auxquels fait face notre système de santé, certaines voix dans le débat public appellent à la nationalisation des Complémentaires pour créer un monopole administratif qu'elles dénomment « Assurance maladie universelle »<sup>11</sup>. Cette solution reviendrait en réalité à « angliciser » notre système de santé en choisissant ce qu'il y a de pire dans le système britannique. La situation catastrophique dans laquelle se trouve actuellement le *National Health Service (NHS)* anglais appelle à la prudence : les déficits explosent, l'accès aux soins est médiocre, en particulier pour les plus défavorisés. La Croix Rouge décrit une « crise humanitaire » où seuls les Anglais les plus aisés peuvent fuir le système public et s'offrir une assurance santé privée.

**Confier 100% des dépenses de santé à l'Assurance maladie aurait pour conséquence de lui transférer 42 milliards d'euros supplémentaires : les déficits, la dette, et les charges sociales exploseraient**

Une nationalisation massive du système de santé français, en rupture avec la tradition, aurait par ailleurs un coût financier, social et sociétal exorbitant. Confier 100% des dépenses de santé à l'Assurance maladie publique aurait pour conséquence

de lui transférer 42 milliards d'euros de dépenses actuellement financées par les Complémentaires et les ménages : les déficits, la dette, et les charges sociales exploseraient. L'avenir des emplois d'une grande partie des salariés du secteur des Complémentaires (85 000 emplois pour les seules mutuelles<sup>12</sup>), engagés au quotidien pour la santé des Français, serait remis en cause : leur fonctionnarisation est impossible dans le contexte budgétaire actuel (la France compte déjà 5,64 millions de fonctionnaires et son déficit public atteint 69 milliards d'euros en 2016). Les professionnels de santé seraient également victimes d'une telle mesure puisque les pouvoirs publics, seront encore une fois tentés de limiter leur rémunération, déjà faible par rapport à celle de leurs homologues européens, afin de contenir les coûts.

---

<sup>11</sup> Martin Hirsch et Didier Tabuteau dans *Le Monde*, « Créons une Assurance maladie universelle », 13 janvier 2017

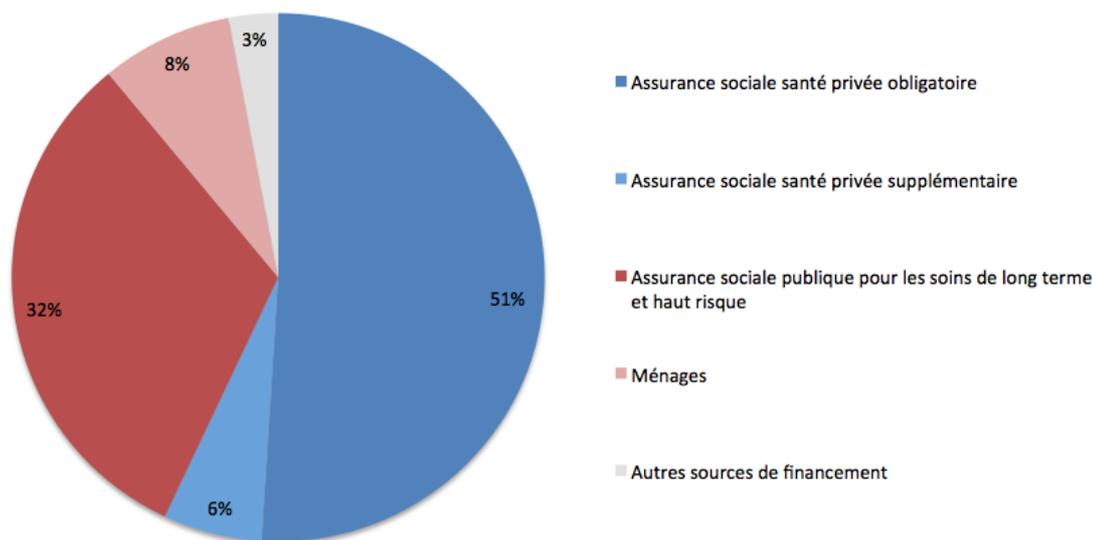
<sup>12</sup> Thierry Beaudet dans *Les Echos*, « Les mutualistes n'ont pas à faire leur mea culpa », 18 janvier 2017

## Exemple d'une réforme de la santé alliant efficacité et démocratisation des soins : les Pays-Bas

Les Pays-Bas ont mené en 2006 une réforme du système de santé confiant l'intégralité du remboursement des soins courants à des Assurances santé rendues obligatoires. Les soins de long terme et haut risque restent remboursés par une Assurance sociale publique. L'État joue un rôle de régulateur en garantissant que tous les Néerlandais puissent souscrire une Assurance santé et aient accès à des soins de qualité.

### Organisation de l'Assurance santé aux Pays-Bas : Prise en charge des dépenses après la réforme de 2006

Source : Fondation iFrap, Pays-Bas : un système de santé performant, décembre 2016



Les Assurances santé obligatoires participent activement à l'organisation du système social en négociant les tarifs des soins avec les professionnels de santé, regroupés en réseaux et en orientant les patients tout au long de leurs parcours de soin. Elles permettent d'améliorer la qualité des soins, qu'elles contrôlent activement. Elles ont développé un rôle particulièrement actif en matière de prévention et de conseil.

Le système de santé des Pays-Bas est classé 1<sup>er</sup> en Europe pour la 5<sup>e</sup> année consécutive par le *Health Consumer Powerhouse*<sup>13</sup> (institut de référence pour la comparaison des systèmes de santé des pays européens), et les restes à charge des patients néerlandais sont les plus faibles d'Europe.

## Notre proposition : permettre aux Complémentaires d'assumer pleinement leurs responsabilités

Le défi de la démocratisation de l'accès aux soins implique que les compétences de tous les acteurs du système de santé soient mises à contribution, en utilisant pleinement leurs potentiels. Les Complémentaires doivent avoir des attributions et responsabilités claires : partenaires historiques de la santé des Français, elles démontrent chaque jour leurs compétences en matière d'organisation et de gestion, notamment dans le cadre des réseaux de soins qui améliorent l'accès aux soins en diminuant les restes à charge des patients et doivent donc être soutenus et encouragés.

<sup>13</sup> Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2017, 30 janvier 2017