

LES RENCONTRES

---

Comité Opéra

Quatrièmes rencontres du Comité Opéra

*« Les complémentaires santé :  
luxe ou nécessité ? »*

## Complémentaires santé : luxe ou nécessité ?

Le thème que nous avons choisi, « les complémentaires santé : luxe ou nécessité ? » est au cœur de l'actualité et préoccupe tous les Français, à juste titre. Depuis quelques semaines, les complémentaires, voire les mutuelles, sont en première ligne de l'actualité. Elles sont de plus en plus taxées et pénalisées par des impôts que je qualifierais d'injuste. On leur demande de jouer un rôle qui n'est pas le leur – celui de lever l'impôt. Elles ont été mises à l'index, voire culpabilisées à la vue de leurs réserves financières et pour clore le tout, alors qu'on les oblige à mettre en place une gestion très rigoureuse, on leur impose des prélèvements supplémentaires immédiatement, par une décision en milieu d'exercice. L'ancien militant mutualiste que je suis considère ces mesures comme véritablement injustes et inadmissibles. Je ne trouve pas les mots appropriés pour dénoncer un tel hold-up.

Que peuvent nous dire les personnalités ayant pris place à cette tribune pour justifier le fait de taxer ceux qui ont décidé de se protéger sur le plan santé et qui rend donc cette mesure injuste car si vous n'avez pas souscrit de complémentaire, vous ne payez pas cet impôt ? Que peuvent-ils dire pour me faire admettre qu'il est de la compétence de ma mutuelle de collecter l'impôt pour l'Etat, moi qui ai voulu la complémentaire pour développer une solidarité sur le plan santé et non pour payer des impôts ? Qu'allez-vous nous dire, Messieurs, Madame, pour faire admettre que des décisions de monter des sommes en réserve pour se sécuriser en cas de risques plus conséquents, prises en assemblée générale, sont anormales et qu'il faut les sanctionner ? Qu'allez-vous me dire pour me faire accepter et me contraindre à appliquer ces mesures en milieu d'exercice alors que, depuis quelques années, on a asphyxié les mutuelles avec des décisions européennes concernant leur gestion. Des mesures inadaptées aux structures françaises, à mes yeux, ayant entraîné la destruction d'une part importante du patrimoine mutualiste français.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler le nombre de mutuelles ayant disparu ces dernières années ni de vous faire deviner combien n'existeront plus dans cinq ans. Or, tout ceci génère des complémentaires de plus en plus grosses, de plus en plus éloignées de leurs ressortissants sociaux, et qui les déresponsabilisent de plus en plus. Et après, on se plaint de la consommation médicale. Excusez-moi de m'emporter mais trop, c'est trop !

Michel Hermant

Président du Comité Opéra

## Table Ronde : Participants

- Gérard Bapt, Député de Haute-Garonne
- Jean-Pierre Fourcade, ancien Sénateur et Président de la Commission des Affaires sociales, ancien ministre des Finances, membre honoraire du Parlement
- Philippe Mixe, Président de la FNIM et de la mutuelle Just'en Famille
- Docteur Arnaud Olivier, Chirurgien en activité et Secrétaire général de la Mutuelle du Médecin
- Magali Léo, Chargée de mission Assurance maladie, CISS (Collectif inter-associatif sur la santé)

Débats animés par Claude Le Pen, Professeur en économie de la Santé à l'Université de Paris-Dauphine

## I - Le Financement de la Santé en France

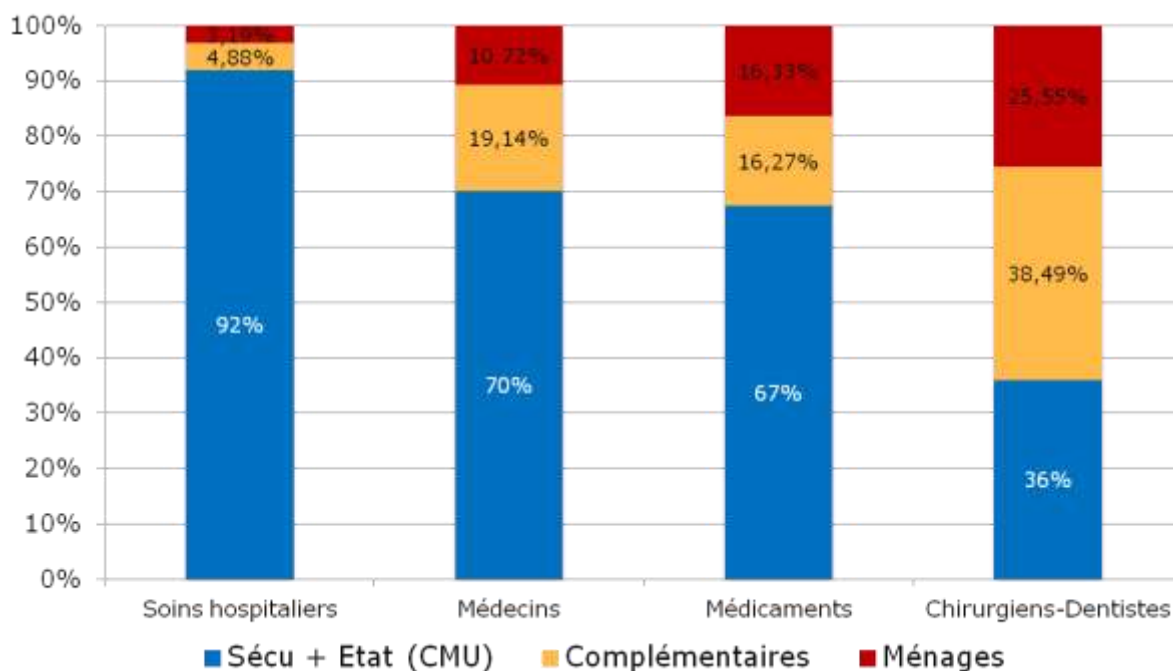
Exposé introductif de Claude Le Pen

Selon les Comptes de la Santé établis par la Drees, la dépense de soins et de biens médicaux était prise en charge, en 2005, à 76,8 % par la Sécurité sociale de base, à 13 % par les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) et à 9 % par les ménages. Cinq ans plus tard, la Sécurité sociale de base avait diminué sa prise en charge d'un point à 75,8 % tandis que la part assurée par les Ocam était passée à 13,5 % et celle revenant aux ménages était en hausse, à 9,4 % [nota bene : le reste-à-charge des ménages ne prend pas ici en compte les primes d'assurance santé]. Le budget du régime d'Assurance maladie de base étant d'environ 180 Mrds €, un différentiel d'un point porte sur une somme importante.

L'une des questions à se poser, c'est de savoir si la part des ménages se limite aux 9,4 % - auquel cas les Français auraient le reste-à-charge le plus bas d'Europe - ou s'il faut y ajouter la part revenant aux complémentaires puisque ce sont les ménages qui financent ces assurances, par une dépense indirecte, redistribuée par la mutualisation.

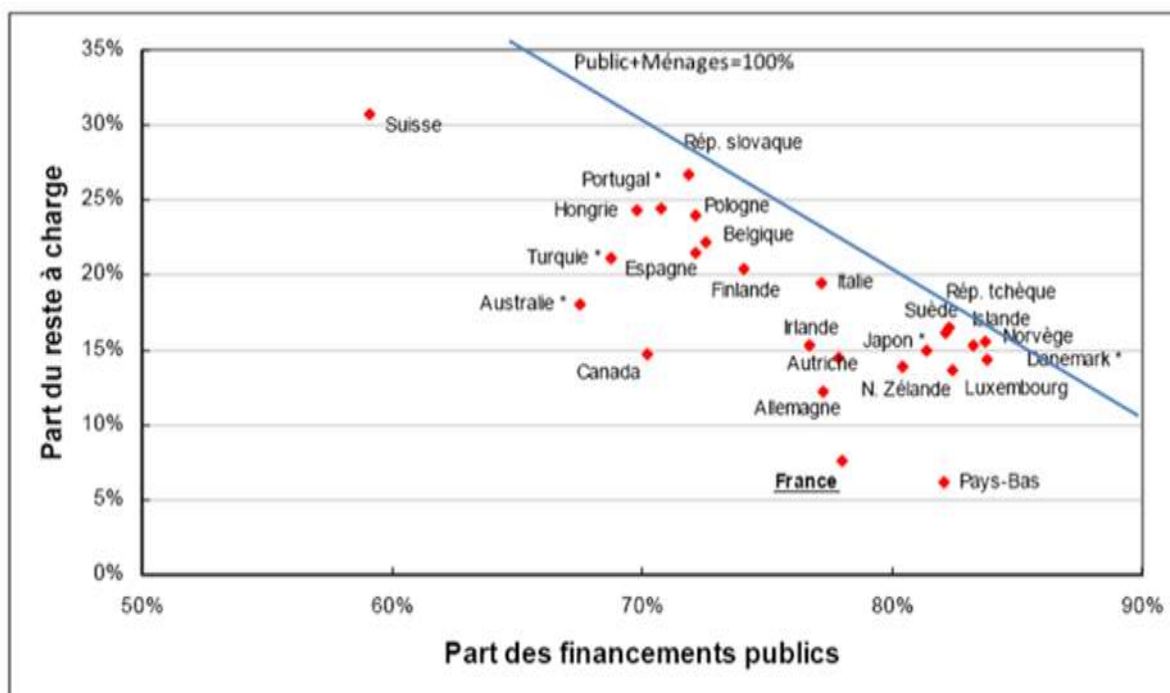
La part des complémentaires est variable selon le type de soins reçus. En 1945, il y avait un ticket modérateur de 20 % sur l'ensemble des soins, hospitaliers ou non. Au fil du temps, la Sécurité sociale a différencié ses remboursements selon les soins et les complémentaires ont accru leur participation financière, notamment sur les médicaments et les actes médicaux, l'optique et le dentaire.

### Une part des complémentaires variable selon le type de soins



Si l'on compare la place des complémentaires santé dans le financement de la santé en Europe, parmi les pays fonctionnant avec un troisième financeur (en général, l'assurance privée), la France est le pays où celui-ci est le plus important.

### La place des complémentaires santé : une situation atypique en Europe



La France a une double spécificité : d'une part, le poids de l'assurance privée y est élevé. D'autre part, les remboursements effectués par les Ocam viennent compléter ceux du régime obligatoire et non s'y substituer. Par exemple, en Allemagne, le régime obligatoire ne prend en charge les assurés qu'en dessous d'un certain seuil de revenus.

Traditionnellement dans l'Hexagone, le rôle des complémentaires santé était de « compléter » les remboursements du régime obligatoire afin d'améliorer la couverture des assurés sociaux, de délivrer des soins dans des centres de santé, si elles en détenaient, ou de gérer les prestataires travaillant avec elles.

Depuis quelques années, elles sont amenées à pallier le désengagement de la Sécurité sociale sur les soins légers par un transfert de charges et de fournir, via la fiscalité, des sources de financement alternatives au régime obligatoire. D'où une transformation de leur rôle.

Entre 2005 et 2010, si les trois-quarts de la croissance des prestations santé des complémentaires proviennent de la hausse naturelle de la consommation des assurés, le quart restant provient de transferts de charges. Uniquement pour ces derniers, le surcoût est évalué à 1,6 Mrd€ dont 900 M€ reportés vers les complémentaires et 700 M€, vers les ménages, ces cinq dernières années. Ces transferts de charge proviennent des baisses de taux de prise en charge par le régime obligatoire et non des remboursements, en général non couverts vers les complémentaires.

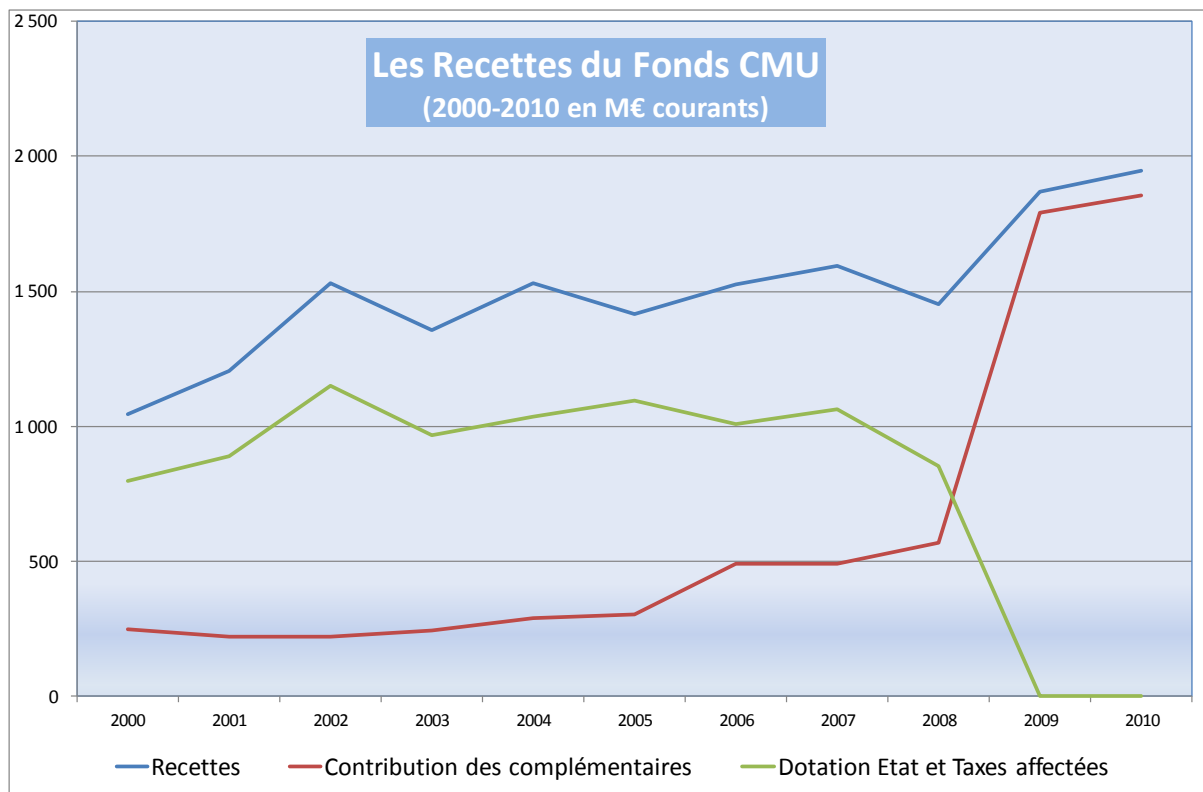
Au fur et à mesure, la Sécurité sociale se désengage du « petit risque » pour se focaliser sur le « gros risque ». En conséquence, les assurés sous le régime de l'affection longue durée (ALD) ayant été hospitalisés au moins une fois dans l'année sont couverts à 92 % de leurs dépenses réelles par le régime obligatoire tandis qu'un assuré hors ALD n'ayant pas été hospitalisé n'est pris en charge qu'à 55 %, selon une étude de la Drees. La prise en charge du « gros risque » par les complémentaires est donc marginale.

Deuxième conséquence, il y a une intervention inégalitaire des régimes obligatoires alors que la philosophie initiale, instituée en 1945, voulait que tous les Français soient pris en charge par la Sécurité sociale de manière égalitaire, quelque soient leurs revenus. Cette inégalité, non-souhaitée et renforcée au fil du temps, trouve son explication dans les difficultés financières rencontrées par la Sécurité sociale. C'est une évolution préoccupante.

Autre point : la normalisation de la fiscalité sur les Ocam et les contrats « responsables et solidaires ». Ont été ajoutés une Contribution exceptionnelle des complémentaires au plan de lutte contre la pandémie grippale (0,77 % initialement puis, en raison d'un coût diminué, 0,34 % des cotisations (Loi de Financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2011), la transformation de la Contribution CMU en « *Taxe additionnelle de solidarité* » portée de 2,5 % à 5,9 % (soit 1 Mrd€) dans la LFSS 2009. Et dernièrement, la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance (TSCA) votée dans la LFSS 2011 à un taux réduit (3,5 %) sur les contrats « solidaires et responsables » mais portée à 7 % - le taux normal - dans la Loi de finances rectificative votée en septembre 2011 (article 21). Jusqu'en 2011, ces contrats en étaient exonérés.

Ainsi, le budget du Fonds CMU provient aujourd'hui presque exclusivement des complémentaires santé qui se sont substituées à l'Etat. Si les charges des ces dernières augmentent, leur rôle évolue-t-il ? Parallèlement, les Ocam déplorent ne pas avoir accès à des données de santé établies par la Sécurité sociale, comme le codage CIP des médicaments dans le cadre de l'accès aux données SNIIRAM, car cela leur permettrait d'avoir une gestion plus fine du risque.

## Les complémentaires : financeurs exclusifs du Fonds CMU



Les mutuelles subissent également des limitations à l'exercice de la gestion du risque. Ainsi, contrairement aux institutions de prévoyance et aux compagnies d'assurance, elles ne disposent pas du droit de différencier les remboursements si leurs adhérents ont recours aux réseaux de soins avec lesquels elles ont établi des conventions. En juillet, l'article 54 de la Proposition de Loi Fourcade avait donné ce droit aux mutuelles mais cette disposition a été censurée, pour des questions de forme, par le Conseil Constitutionnel en août. Il était ainsi rédigé : « *Un réseau de soins constitué par un organisme d'assurance maladie complémentaire est ouvert au professionnel qui en fait la demande* » et « *À titre expérimental, pour une durée de trois ans [...], les mutuelles [...] peuvent instaurer [...] des différences dans le niveau des prestations lorsque l'adhérent choisit de recourir à un professionnel de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel [a été conclu] un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins* ».

Depuis 2008, le gouvernement essaie de mettre en place le secteur optionnel et souhaiterait y voir participer, au plan du financement, les Ocam. Suite aux discussions menées entre les syndicats de médecins et l'Unacam mais où l'Unocam, représentant les complémentaires, s'est retirée, ce secteur serait réservé aux médecins spécialistes (chirurgiens, anesthésistes, gynécologues-obstétriciens) actuellement en secteur 2. Ces « compléments » d'honoraires pourraient atteindre 50 % du tarif de base s'ils réalisent au minimum 30 % de leurs actes au tarif conventionné et seraient pris en charge par les complémentaires.

Afin de financer la santé, les complémentaires sont indispensables mais le poids des taxes s'alourdit sur elles et leurs moyens d'actions sont frappés de restrictions. Voilà bien une contradiction !

A quoi servent les complémentaires santé ? A améliorer la protection sociale des Français ? A fournir des ressources supplémentaires au régime obligatoire ? A aider à la gouvernance du système de santé ? Est-ce un luxe ou une nécessité pour les Français ? Si c'est un luxe, est-ce pour les Français, pour le régime obligatoire ou pour l'Etat ?

Leur rôle est donc à clarifier.



## II - La place des complémentaires santé dans le système actuel

### Les mutuelles ont-elles vocation à collecter l'impôt ?

Philippe Mixe

Dans ses grands principes, le Préambule de la Constitution énonce le droit à la santé pour nos concitoyens. Or, la Sécurité sociale, aujourd'hui, n'est pas en mesure de satisfaire seule ce droit. Pour accéder à ce droit total à la santé, les complémentaires sont nécessaires mais elles ont un coût. D'où un paradoxe entre ce principe et son application.

Au sujet des taxes, leur taux sur les contrats « solidaires et responsables » est passé de 0 % à quasiment 13,5 % en deux ans. Les cotisations versées n'ont plus uniquement vocation à financer la part complémentaire de nos adhérents mais servent également à financer le déficit du régime obligatoire. Les mutuelles ont donc le « faux-nez » du percepteur alors que leur métier est de financer la part complémentaire. N'est-ce pas paradoxal ?

De plus, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> octobre 2011, la TSCA est passée de 0 à 7 %, 3,5 % ayant été ajoutés par la Loi de Finances rectificative votée en septembre. Sur les cotisations des complémentaires santé est également perçue la taxe CMU. Si la solidarité et la lutte contre les déficits publics, colossaux, sont de nobles causes, les ressources dégagées doivent relever de la solidarité nationale, donc du budget de l'Etat, et non être financées par les complémentaires. Pour faire face à ces augmentations de cotisations, les adhérents peuvent être tentés d'avoir recours à des contrats moins protecteurs, donc moins onéreux, voire à une démutualisation. C'est pourquoi nous sommes en colère ! Qui peut prétendre que les Ocam seront en mesure de supporter une telle avalanche de taxes et l'absorber ? Cela implique que notre gestion était mauvaise précédemment, ce qui n'est évidemment pas notre cas.

De plus, nous sommes convaincus que cette taxe n'est pas appliquée dans des conditions légales en raison de la non-rétroactivité des textes. Est-il logique d'imputer en 2011 une augmentation sur le tarif d'un contrat signé l'année dernière ? Accepteriez-vous de payer, aujourd'hui, une taxe sur un repas consommé au restaurant il y a deux semaines ?

Deuxième chose : répercuter cette taxe en cours d'année s'avère techniquement impossible. Certains députés ont prétendu que les mutuelles étaient assises sur des tas d'or et qu'elles pouvaient acquitter l'augmentation de la TSCA votée en septembre en piochant dans leurs réserves au lieu de la répercuter sur les cotisations. Dans ce cas, on passe d'une taxe sur les contrats à une taxe sur les structures, ce qui change sa nature.

Enfin, c'est une rupture de l'égalité entre nos adhérents car ceux ayant payé leur cotisation en une seule fois, au début de l'année, ne paieront pas cet impôt alors que ceux qui fractionnent le paiement de la cotisation 2011 y seront soumis au dernier trimestre.

## **Trouver des financements pour un système économique à bout de souffle**

Jean-Pierre Fourcade

Notre système économique et financier est à bout de souffle. Jusqu'à présent, la France parvenait à emprunter à des taux faibles, proches de ceux de l'Allemagne avec un écart de 0,3 % à 0,5 %, et lorsque des emprunts étaient émis (184 Mrd€ en 2011 et 180 Mrd€ pour 2012), il n'y avait pas de difficultés à trouver des contreparties, émanant à plus des deux-tiers de non-résidents. Depuis un mois, les taux auxquels la France trouve à emprunter ont très largement augmenté, d'un peu plus de 2 % à 3,5 %, alors que, dans le même temps, l'Allemagne voit ses loyers d'argent abaissés à moins de 2 %. Notre pays ne pourra donc pas emprunter à un tel taux et sur un tel montant alors que le déficit budgétaire de l'Etat et de la Sécurité sociale nous oblige à emprunter davantage et à augmenter encore la dette. Sur les 180 Mrd€ à emprunter en 2012, la moitié servira à financer le budget et l'autre moitié sera consacrée au remboursement des emprunts arrivant à échéance. Parce que l'on ne peut continuer ainsi, l'Etat a exploré tous les mécanismes possibles pour trouver de nouvelles sources de financement.

Le premier « accroc » au contrat entre l'Etat et les complémentaires a été de porter à la charge des assurés le financement de la CMU-C (et non de la CMU qui, elle, est acquittée par la Sécurité sociale), soit un budget d'environ 1,5 Mrd€. Egalement financé par les complémentaires santé, l'aide à l'Acquisition d'une complémentaire santé (ACS), permettant de financer pour moitié la cotisation à une complémentaire, dont le coût est évalué à 500 M€.

Concernant la TSCA, installer une taxe et la doubler la même année me paraît excessif et trop rapide. Les contrats de complémentaires santé ayant été exemptés de TSCA afin de permettre leur développement, l'argument du gouvernement a été de dire que l'objectif avait été atteint puisque 94 % des Français ont désormais une telle couverture.

Endiguer le déficit est une préoccupation majeure. Du côté des parlementaires, la solution consiste plutôt à augmenter le taux de CRDS, l'assiette la plus large en matière fiscale. Cette possibilité nous semble la moins coûteuse et la moins lourde à supporter par les contribuables puisque le taux actuel est faible. Depuis trois ans, la Commission des affaires sociales et des finances a, à chaque fois, voté pour l'augmentation de la CRDS mais le gouvernement et l'Assemblée s'y sont opposés.

### **Les complémentaires santé : indispensables au financement de la santé de l'adhérent ou de celle de l'Etat ?**

Dans le système actuel, les complémentaires sont indispensables au financement de la CMU dont bénéficient dans un grand nombre de régions jusqu'à 25-30 % des patients.

Les complémentaires sont absolument nécessaires pour couvrir la santé, d'autant que sur les frais dentaires, d'optique et d'audioprothèse, les prestations de la Sécurité sociale sont notoirement insuffisantes. Elles le seront d'autant plus que le problème réel à ce jour, c'est le reste-à-charge de l'ensemble des assurés. Quant au procès fait aux mutuelles, « assises sur des tas d'or », si quelques-unes sont dans des conditions financières très favorables, la

quasi-totalité est gérée très strictement. Je conçois donc les difficultés des mutuelles face à cette levée d'impôt mais la réduction des déficits est une priorité.

Philippe Mixe

Les obligations incombant aux contrats « solidaires et responsables », en contrepartie de l'exonération dont ils bénéficiaient sont à prendre en compte. Et le fait qu'aujourd'hui, le différentiel de taxe entre ces contrats et les contrats « non-responsables » ne soit plus que de 2 % - car la TSCA a été portée à 9 % en septembre sur la deuxième catégorie de contrats - est une incitation à abandonner les contrats « solidaires et responsables » au profit des contrats « non-responsables ». Selon l'inspection générale des finances, cette exonération était largement productive pour les comptes publics. Il est donc à craindre que cette hausse de la TSCA soit un enrichissement sur le court terme pour l'Etat mais générera des dépenses plus importantes dans un délai très court à cause de l'aggravation de l'état des malades ou d'un recours aux urgences plus élevé.

Claude Le Pen

Un grand changement aussi pour les mutuelles, c'est la nécessité de se préparer à Solvabilité 2, cette réforme leur imposant des règles prudentielles très strictes. Jusqu'ici, elles n'étaient pas aussi rigoureuses.

Jean-Pierre Fourcade

L'adoption dans la rapidité de la hausse de la TSCA démontre que la fiscalité annuelle, au hasard de textes et d'amendements, est une erreur grave, ne permettant pas d'effectuer de véritables économies. Il n'est pas possible de diriger une entreprise ou une institution aujourd'hui si la fiscalité évolue non seulement chaque année mais aussi au rythme des éléments contractuels. Une plus grande stabilité fiscale, avec des systèmes prévus sur trois ans ou, selon la durée des mandats, sur cinq ans, serait plus adaptée et permettrait une gestion plus sérieuse.

Gérard Bapt

Avec l'échéance présidentielle, la fiscalité et le financement de la protection sociale vont faire partie des thèmes de campagne, si l'on en croit le discours du 15 novembre, à Bordeaux, du Président de la République et son annonce d'un débat à propos d'un Haut Conseil sur l'avenir de la protection sociale. Ce serait un conseil de plus mais il pourrait permettre d'avancer sur ce sujet.

Au vu de l'emballement de la dette, aggravée par les variations des taux d'intérêt, la situation financière de la France est très difficile. Le Parlement vient à peine de voter la loi de finance rectificative pour 2011 qu'il faut en voter une seconde pour cette année. Quant à la Sécurité sociale, les mesures additionnelles seront prises sous forme d'amendements, évitant ainsi un nouveau collectif pour la loi de financement de la Sécurité sociale 2012.

Jusqu'à présent, la Cades (Caisse d'amortissement de la dette sociale) était financée par la CRDS. Cela avait le mérite d'être clair. Les décisions ont été prises d'y ajouter des

ressources issues de la CSG et de taxes sur le revenu. La branche famille a été mise en déficit en raison de la réattribution de recettes pérennes lui revenant antérieurement.

### **Les complémentaires santé : bientôt obligatoires ?**

A propos de la prise en charge des frais de santé, l'existence des mutuelles est spécifique à la France. Héritage des luttes ouvrières du début du siècle dernier, elles permettaient aux salariés s'étant regroupés et ayant cotisé d'avoir un revenu de substitution durant le temps de la maladie. Une couverture universelle a été instituée à la Libération, en 1945, après de longs débats. Fallait-il poursuivre avec une assurance volontaire ou fallait-il imposer une assurance universelle ? Cette même question peut à nouveau être posée aujourd'hui. Ne pourrait-on rendre obligatoire l'adhésion à une mutuelle, quitte à y ajouter un mécanisme de bouclier sanitaire dans le contrat de base ? Celui-ci couvrirait l'ensemble du spectre des revenus étendu de manière dégressive afin d'arriver à un reste-à-charge maîtrisé. Si l'on souhaite conserver les mutuelles, c'est la seule façon de faire appel au bouclier sanitaire. En effet, si un système de bouclier sanitaire généralisé, comme en Allemagne, était appliqué en France, les mutuelles n'auraient alors plus lieu d'être. Voici une grande question pour l'avenir de la prise en charge des frais de santé.

Au regard de l'augmentation de la taxation sur les cotisations santé, il est plus facile de demander aux mutuelles de participer à l'effort de redressement en leur demandant de ne pas augmenter les cotisations et d'acquitter ces taxes pour l'année prochaine parce qu'elles sont soi-disant riches. Si certains organismes le sont, j'ai appris que la mutuelle étudiante risquait de déposer prochainement le bilan. Pourtant, l'état de santé des étudiants devient de plus en plus alarmant et les non-recours aux soins augmentent dans des proportions importantes au sein de cette catégorie de la population, selon des études récentes.

Par ailleurs, il est essentiel d'avantager les contrats dits « responsables et solidaires » au plan fiscal pour les couvertures basiques. Ils doivent donc échapper à une taxation systématique. N'oublions pas que les assurés en complémentaire santé financent déjà en totalité la CMU-C via leur prime.

### **Objectif raté pour la réforme de l'Assurance maladie de 2004**

Claude Le Pen

Les contrats « responsables et solidaires » ont été introduits par la réforme de l'Assurance maladie en 2004 pour faire disparaître les inégalités entre les contrats individuels, sans exonérations fiscales, émis par les mutuelles et les contrats collectifs à adhésion obligatoire, avantagés car exonérés de taxes et gérés pour moitié par les institutions de prévoyance et pour moitié par les compagnies d'assurance. Les contrats « solidaires et responsables » sont donc apparus, comportant un certain nombre d'obligations pour les Ocam (ne pas prendre en charge les franchises, par exemple) dont celle de ne pas poser de questionnaire médical au moment de la souscription du contrat. Parallèlement, avec la loi Madelin, les assurés de complémentaires santé exerçant en libéral peuvent déduire une partie de leur prime du montant de leurs impôts sur le revenu. Mais les contrats collectifs ont pu bénéficier

d'avantages réservés, au départ, aux contrats individuels. La réforme n'a donc pas rempli son but.

Gérard Bapt

La Cour des Comptes a évalué entre 5 et 6 Mrd€, le montant des avantages fiscaux accordés à certains types de contrats collectifs, une inégalité entre les assurés de complémentaires santé que le gouvernement n'a pas souhaité considérer. Or, il est paradoxal que ce soit les salariés des grandes entreprises, dont la participation à la mutuelle est la plus élevée, qui bénéficient d'avantages fiscaux et profitent de meilleures couvertures à moindre frais. Une mise à plat est nécessaire alors que la taxation actuelle est uniforme et aveugle.

### III - Le rôle des complémentaires au-delà du financement

Au-delà du financement, les organismes complémentaires ont un rôle à jouer en matière de prévention et d'accompagnement dans les démarches liées à la santé, voire dans le champ de l'éducation thérapeutique. Par exemple, le nombre de personnes atteintes de diabète progresse en France de 100 000 par an et la dépense liée aux pathologies reliées augmente annuellement de 8 % pour l'Assurance maladie. De plus, le coût des traitements et du suivi thérapeutique est en hausse. Et pourtant, tous ces patients ne subissent pas un fond d'œil ou des dosages d'hémoglobine glyquée chaque année. En investissant dans la prévention, il serait possible d'éviter la dialyse ou des hospitalisations longues pour un grand nombre. L'intervention des mutuelles est essentielle car on ne peut parler du financement de la santé sans se pencher sur la maîtrise de l'offre de soins et l'efficacité de l'allocation des ressources en fonction des domaines.

#### **Le régime de l'affection longue durée très protecteur**

Dr. Arnaud Olivier :

Le régime de l'ALD est un système protecteur d'une excellente qualité pour les patients. Périodiquement, la presse fait état d'une possible révision de ce statut, ce qui soulève mes inquiétudes. Certes, les ALD engendrent des dépenses importantes puisque 95 % de leurs frais sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

Claude Le Pen :

Et leurs dépenses de santé sont 7 à 8 fois supérieures à celles d'un autre assuré.

Dr. Arnaud Olivier :

Si l'on diminue la prise en charge des ALD par la Sécurité sociale, les dépenses des mutuelles vont augmenter parallèlement. En général, la chirurgie est très bien couverte puisque tous les actes d'une certaine importance sont pris en charge à 100 % par le régime obligatoire. Concernant les hospitalisations dans le secteur privé, l'intérêt de la mutuelle pour le patient, c'est la prise en charge de la chambre particulière – une source de revenus indispensable au fonctionnement des établissements - et les dépassements d'honoraires.

#### **La santé et le confort**

Dans notre système de soins, il y a souvent une confusion entre ce qui relève de la santé et du confort. Et le confort, c'est la mutuelle qui l'assure. Si l'on observe les critères d'évaluation du système de santé, la Grande-Bretagne est proche de nous en termes de mortalité néo-natale, survie des cancers et de prise en charge aux urgences. Par contre, le confort n'est pas pris en charge.

Le premier poste de remboursement des mutuelles est la pharmacie. On sait très bien que l'efficacité d'un grand nombre de médicaments est discutable, même ceux utilisés dans la maladie d'Alzheimer, largement prescrits et au coût élevé. Il faudrait contrôler cette dépense. La Sécurité sociale s'y emploie mais l'organisation de notre système de prise en charge des soins favorise l'excès de la dépense, avec des patients enclins à consommer que l'on ne veut pas fâcher à cause d'une élection à venir ou de toute autre chose.

### **Le système du paiement à l'acte des médecins**

Il y a également une dichotomie entre le secteur public hospitalier (CHU ou non) où les médecins sont salariés, et le secteur libéral ou pseudo-libéral, où les médecins sont payés à l'acte et où toute activité qui n'est pas un acte n'est pas rémunérée. Des essais sont actuellement en cours et il est indispensable de mettre au point des systèmes mixés, avec des abondements pour les médecins en libéral afin de couvrir cette partie du travail non-rémunéré. Inversement, il faut favoriser l'activité médicale des praticiens hospitaliers ayant un salaire fixe.

Les médecins veulent continuer à délivrer des arrêts de travail sans être limités et le renforcement des contrôles a été décidé. On sait très bien que la notion de clientélisme induit des arrêts de travail en excès. Ne disposant pas du droit de grève, une compagnie de CRS avait posé des arrêts de travail il y a quelques mois pour protester contre ses conditions de travail. Un ou plusieurs médecins leur avaient donc accordé des arrêts injustifiés. Cela pose un véritable problème.

Avec un système de paiement à l'acte, où celui-ci est très faiblement rémunéré, les médecins sont obligés de multiplier les actes. Le prix de la consultation est peu élevé. Le patient étant en demande, elle génère la prescription d'examens médicaux, de médicaments et engendre des frais plus importants.



## **En 2010, les Français ont acheté 2,6 Mrds de boîtes de médicaments**

23,1 Mrd€, tel est le montant de la dépense en médicaments de l'Hexagone comptabilisé en 2010 pour l'ensemble des régimes de l'Assurance maladie. Cette même année, les Français ont consommé 2,6 Mrds de boîtes de médicaments, si l'on exclu la rétrocession hospitalière et les préparations magistrales. Pour chaque assuré ayant consommé des soins dans l'année, un montant de 340 euros a été remboursé, soit 41 boîtes, indiquait la Caisse nationale de l'Assurance maladie le 29 septembre, lors d'un point d'information. Et chaque médecin a prescrit en moyenne 300 000 € de médicaments remboursés sur l'année.

Les médicaments génériques ont entraîné une économie de 1,3 Mrd€ mais « si le taux de substitution des médicaments de marque par les génériques demeure à un niveau très élevé (près de 80 %), des difficultés indéniables apparaissent aujourd'hui pour certaines molécules, pour lesquelles la substitution n'atteint pas le niveau souhaité », précise l'Assurance Maladie.

Cet organisme pointe aussi des prix plus élevés pour les médicaments génériques français par comparaison avec les tarifs pratiqués dans d'autres pays européens (+ 15 centimes en France contre + 12 centimes en Allemagne, + 10 centimes en Espagne et + 7 centimes au Royaume-Uni).

Les médicaments de spécialités utilisés dans le cadre de pathologies lourdes et graves ont un poids croissant dans la consommation médicamenteuse : en 2010, quatre de ces molécules figuraient au classement des 10 premiers médicaments remboursés alors qu'en 2004, aucune de ces molécules n'était recensée.

L'analyse des dépenses 2010 révèle également le report des prescriptions médicales vers des médicaments récents, plus coûteux. Cependant, le poste « médicaments remboursés » a faiblement augmenté l'an dernier, enregistrant une croissance de 2,2 % et le nombre de boîtes remboursées a stagné en volume (+ 0,6 %).

### **Dépense de médicaments par habitant : la France en tête !**

Par ailleurs, selon une étude réalisée par le même organisme en 2007, la France arrive en tête en matière de dépense de médicaments par habitant si on la compare avec l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Espagne et l'Italie. En se basant sur huit classes de médicaments représentant près de 40 % des dépenses totales dans ce domaine au plan national, il s'avère que la France détient le montant moyen par habitant le plus élevé de ces cinq pays européens avec 118 €. L'Italie arrive en seconde position avec 94 € par habitant, le Royaume-Uni dépense 88 € de médicaments par habitant et par an et la consommation de l'Allemagne est plus mesurée, avec 72 €.

Selon cette étude, « La France est au premier rang pour la consommation d'antibiotiques, d'antidiabétiques oraux, d'hypocholestérolémiants (mais au second rang pour les seules statines), d'antidépresseurs et de tranquillisants. Elle est au second rang en termes de consommation d'antiasthmatiques et d'IPP et au troisième rang pour la consommation d'antihypertenseurs ».

L'Assurance maladie explique le surcoût des dépenses de médicaments de l'Hexagone « par des volumes de consommation relativement forts mais aussi, pour certaines classes, par des coûts moyens de traitement plus élevés que les autres pays ».



## IV - Les complémentaires, à la fois un luxe et une nécessité

### L'accès aux soins, une problématique centrale

Magali Léo :

Le collectif inter-associatif (CISS) regroupe 37 associations de personnes malades et en situation de handicap, de consommateurs, d'associations familiales et récemment, nous ont rejoints des associations de personnes âgées. Avec l'avènement de la démocratie sanitaire, consacrée par la Loi du 4 mars 2002, le CISS a connu une véritable montée en charge puisqu'il lui appartient de former les représentants d'usagers qui siègent dorénavant dans différentes instances sanitaires. Et la loi d'août 2004 prévoit également la présence de représentants d'usagers au sein d'organismes d'assurance maladie comme la Cnam mais également dans toutes les caisses primaires d'assurance maladie installées au niveau départemental. L'une des missions principales du Collectif est de former ces représentants et de porter un plaidoyer politique pour défendre les droits des usagers du système de santé.

Le CISS travaille de plus en plus sur les questions liées à l'égalité d'accès aux soins alors qu'au moment de sa constitution, il était tourné vers les problématiques de qualité des soins. Un certain nombre de demandes provenant des personnes qui contactent la ligne d'information juridique mise à la disposition des usagers par le CISS est analysé et permet d'établir chaque année un observatoire dont le but est de prendre le pouls des usagers du système de santé, de connaître ses inquiétudes et ses difficultés.

### Budget des ménages & complémentaires santé

La complémentaire santé est-elle un luxe ou une nécessité ? Excellente question à laquelle je ne pourrais répondre de manière tranchée. Compte tenu du poids que représente l'achat d'une complémentaire santé dans le budget de certains ménages, c'est effectivement un luxe pour certains dont ils doivent se passer, eu égard les autres charges qu'ils doivent assumer. Selon une enquête de l'Irdes réalisée en 2008 sur les contrats santé individuels, plus les revenus sont faibles, plus le taux d'effort des ménages est important. Ce taux est de 2,9 % pour les ménages les plus riches et de 10,3 % pour les ménages les plus pauvres, le delta entre les deux extrémités de la population étant important. En dépit de l'effort financier plus élevé, les ménages les plus pauvres accèdent à des niveaux de garantie moindres. En outre, plus le chef de ménage est âgé, plus le montant des primes versées représente un effort financier réel. Le taux d'effort est de 7,1 pour les ménages dont le chef est âgé de plus de 65 ans et de 3,2 lorsqu'il est âgé de moins de 30 ans. Selon une enquête de l'UFC-Que Choisir, rendue publique en septembre 2011, les seniors sont les plus exposés aux risques de report vers des produits « entrée de gamme », voire à la démutualisation. En se basant sur l'analyse de 325 contrats, ce même organisme estime à 90 € la cotisation par mois et par assuré, soit 6 % des revenus des ménages. Même sans nouveau report de charges de la

Sécurité sociale vers les complémentaires, le taux d'effort pour acquérir une complémentaire santé s'élèverait à 8,9 % en 2020.

A ce jour, 6 % des Français ne disposent pas d'une complémentaire santé. Dans la plupart des cas, ne pas souscrire une telle couverture n'est pas un choix. Environ 15 % des personnes vivant dans des ménages dont le revenu est inférieur à 800 € mensuels n'ont pas d'assurance santé. Parmi les chômeurs, près de 20 % ne sont pas couverts et l'accès à la complémentaire santé leur est difficile. Les mesures conjoncturelles de ces dernières années ont eu pour conséquences de renforcer le rôle de payeur des organismes complémentaires et, mécaniquement, ils répercutent le coût des transferts de charge et des taxes sur les prix des garanties. Une hausse moyenne de 8 % est annoncée au 1<sup>er</sup> janvier 2011 sur les primes des complémentaires.

### **Des contrats « solidaires et responsables » vertueux**

Les contrats « solidaires et responsables » sont vertueux car ils interdisent la sélection de souscripteurs selon les risques qu'ils présentent. Avec la minoration de l'avantage fiscal attaché à ces contrats, on peut se demander si, demain, les complémentaires n'auront pas intérêt à développer des contrats non responsables et non solidaires. Une telle démarche poserait problème pour l'accès à la complémentaire des malades chroniques, en ALD ou non, car même ceux en ALD ont un reste-à-charge une fois et demie supérieur à celui des assurés ordinaires. Les personnes en ALD ont donc, elles aussi, intérêt à souscrire un contrat de complémentaire santé.

Sur la création du secteur optionnel, le gouvernement envisage la prise en charge des dépassements d'honoraires par les complémentaires santé via ces contrats « responsables et solidaires ». Si ce changement occasionnera mécaniquement une augmentation des tarifs, il ne réglera pas la question des dépassements d'honoraires. C'est un moyen d'éluder la problématique des dépassements d'honoraires appliqués par les praticiens en ville, vu que le secteur optionnel serait dédié aux spécialités du bloc opératoire pour lesquelles on observe des dépassements d'honoraires importants. Les praticiens facturant des dépassements d'honoraires élevés n'auront pas du tout intérêt à exercer dans le cadre du secteur optionnel. Au nom de quoi s'engageraient-ils à limiter l'effet prix et en quoi le secteur optionnel serait-il attractif à leur égard ?

### **La mutuelle, indispensable**

Si la mutuelle est un luxe pour un certain nombre, c'est aussi une nécessité. Le CISS et ses partenaires (FNATH et Unap), ont enquêté sur l'action sanitaire et sociale des Caisses primaires d'Assurance maladie. Celles-ci disposent de fonds afin de pourvoir aux demandes de personnes en difficultés pour accéder aux soins. Cette « aide à la mutualisation », en sus de l'ACS, représente un poste important pour les organismes locaux d'assurance maladie qui le financent. Ce sont soit des personnes éligibles à l'ACS mais dont le taux d'effort pour accéder à une complémentaire reste très important puisqu'elles doivent payer une partie de la prime, soit des personnes non éligibles à l'ACS. Dans certaines caisses, ce poste budgétaire représente 450 000 euros par an. C'est l'aide supplémentaire à l'ACS.

## L'Action des CPAM pour financer l'exclusion des soins

Conjointement à la FNATH et l'Unaf, le CISS a mené une enquête sur les aides versées et les actions menées par les Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) dans le cadre de leur action sanitaire et sociale. Elles permettent de venir en aide à des personnes exclues des dispositifs existants, comme la CMU ou l'ACS, ne pouvant financer leurs soins parce que leur situation est trop complexe ou inéquitable. Cette action sanitaire et sociale des CPAM est de plus en plus sollicitée.

Selon les résultats de l'étude, rendus publics le 22 novembre, les actions menées et les aides accordées portent principalement sur le champ de l'accès aux soins puisque globalement, au niveau national, plus de 20 % des fonds sont consacrés aux dispositifs locaux de complément à l'ACS. Ce poste de dépense est consacré en premier lieu à la prise en charge d'appareillages médicaux (optique, dentaire, auditif). Frais de transports et forfaits journaliers font également partie des prises en charge habituelles au titre de l'action sanitaire et sociale. Sont aussi financées des actions relatives au maintien à domicile des personnes malades, au retour et au maintien à domicile des personnes handicapées, à la prévention de la désinsertion sociale et professionnelle etc.

Si les critères de sélection des bénéficiaires sont propres à chaque caisse locale, on peut dresser un profil type du demandeur d'aide : des personnes seules, plus souvent des femmes que des hommes, ayant souvent des revenus faibles (inférieurs au seuil de pauvreté, bénéficiaires de minima sociaux...). Dans certains départements, on y relève une part importante de retraités.

« En croisant les enseignements issus de cette typologie des aides et des bénéficiaires, il apparaît assez clairement que l'on cherche au plan local à "sauver" des situations individuelles ou de groupes de population laissés pour compte par les choix de la politique publique nationale de santé et d'assurance maladie », énonce le communiqué de presse présentant les résultats de cette étude.

Selon le CISS, le budget dévolu à l'action sanitaire et sociale est en baisse : de 660 M€ en 2005, il est passé à 250 M€ mais une part importante de cette baisse tient à des transferts de prise en charge (prévention sanitaire, ticket modérateur pour les ALD 31-32) vers d'autres fonds ou organismes. Le taux national moyen d'utilisation des fonds alloués est assez irrégulier. En moyenne, environ 15 % des crédits ne sont pas utilisés.

Face à ces résultats, le CISS, la FNATH et l'UNAP avancent quatre préconisations :

- « fixer l'objectif du droit à la complémentaire santé pour tous garantissant l'accès à un panier de soins de qualité.
- imposer la transparence totale sur la qualité et la composition des prix des appareillages et dispositifs médicaux, en particulier dentaires, optiques et auditifs, de façon à en faire baisser les coûts.
- harmoniser les conditions d'éligibilité (ressources et charges des demandeurs) aux aides attribuées par les commissions d'action sanitaire et sociale des CPAM.
- mieux faire connaître l'existence de ces aides aux publics potentiellement bénéficiaires (seuls 26% <sup>(1)</sup> des Français disent savoir que des aides exceptionnelles peuvent être sollicitées auprès de leur CPAM en cas de difficultés d'accès aux soins). »

(1) Sondage Viavoice pour le CISS, interviews réalisées par téléphone les 17 et 18 novembre 2011 auprès d'un échantillon de 1006 personnes, représentatif de la population française, âgées de 18 ans et plus.

### **Faible adhésion à l'ACS**

De l'avis du CISS, l'ACS, financée par le fonds CMU, et l'aide supplémentaire à l'ACS seraient mieux investies si l'on augmentait le seuil d'attribution de la CMU-C. Cette hausse du seuil permettrait véritablement aux ménages concernés d'accéder à un panier de soins pris en charge à 100 %.

Jean-Pierre Fourcade :

Je serais opposé à tout reporter sur la CMU. Premièrement, l'intérêt de l'ACS, c'est que le bénéficiaire peut choisir sa complémentaire. Dans notre société, axée sur le cadrage, cet élément de liberté est important. A ce jour, seulement 600 000 personnes reçoivent l'ACS alors qu'en théorie, deux millions de concitoyens pourraient y prétendre. Deuxièmement, plusieurs centaines de milliers de ménages ayant la CMU ne sont pas bénéficiaires de la CMU-C. Selon une enquête de la Mutualité sociale agricole, une partie d'entre eux préfère se tourner vers d'autres systèmes offrant une plus grande palette de garanties.

La CMU de base est destinée aux personnes non-affiliées à la Sécurité sociale par le biais professionnel. Or, des individus sans statut professionnel ont néanmoins des revenus suffisants pour ne pas avoir droit à la CMU. Qui sont-ils ? C'est un point aveugle du système. On ne sait pas non plus pourquoi l'ACS fonctionne mal. Le seuil de répartition entre l'ACS et la CMU est-il mal fixé ?

Gérard Bapt :

Dans le PLFSS 2012, le plafond de ressources pour bénéficier de l'ACS va être porté de 29 à 35 % en plus de celui de la CMU. De même, pour les plus âgés, le niveau d'acquisition a été rehaussé mais son taux reste encore élevé. La solution serait de rendre obligatoire la complémentaire santé, au moins avec un contrat de base. Un système d'aide pourrait être attaché aux revenus, une sorte de bouclier sanitaire fonction de la situation financière des assurés.

### **Généraliser le secteur optionnel à tous les médecins**

Les organismes complémentaires ont une certaine responsabilité dans le fait que les dépassements d'honoraires deviennent rédhibitoires : un contrat prévoyant une prise en charge élevée de ceux-ci pousse nécessairement les tarifs vers le haut. A la fois, dans certains départements et certaines spécialités, il n'y a plus de médecins exerçant au tarif opposable et ces dépassements d'honoraires tendent à augmenter. A Brive-la-Gaillarde, des ententes sur les tarifs entre urologues libéraux ont entraîné le doublement des dépassements, d'où un report des patients vers l'hôpital. Certes, l'Unocam a refusé d'entrer dans le secteur optionnel par réaction à des décisions relatives aux complémentaires santé mais elle aurait pu agir pour instaurer un plafonnement des dépassements d'honoraires. Ce secteur optionnel devrait être généralisé à l'ensemble des médecins, avec obligation de prendre une fraction de la patientèle au tarif opposable, et pas uniquement aux trois spécialités dites « à plateau technique ». Il devrait aussi imposer un déconventionnement

des praticiens facturant des dépassements d'honoraires excessifs. Auquel cas le patient renoncerait au remboursement de la Sécurité sociale.

### **Laissez vivre les mutuelles !**

Concernant les mutuelles, la poursuite des regroupements est inévitable car un certain nombre d'organismes ne pourront faire face à la réforme Solvabilité 2 et assumer les nouvelles règles prudentielles. Enfin, les Ocam sont souvent accusés d'avoir des frais de gestion trop élevés.

Philippe Mixe :

SI M. le Député Bapt présente la diminution du nombre de mutuelles comme une fatalité, voire même une satisfaction vers laquelle tendre, c'est tout le modèle de la complémentaire santé qui risque de voler en éclats. La FNIM est fermement et résolument attachée à un maillage du territoire, à des liens de proximité entre l'adhérent et sa structure, dans un véritable esprit de solidarité, sur lequel il faut revenir, et notamment la solidarité intergénérationnelle, peut-être un peu oubliée. La diminution du nombre de mutuelles doit cesser. Il n'y a pas de fatalité à la concentration. Lorsqu'il n'y aura plus que trois ou quatre organismes en mesure de gérer la santé et la protection sociale de nos concitoyens, nous serons laminés par un système qui ne fera plus attention à l'humain.

### **Les mutuelles accusées d'avoir des frais de gestion élevés**

En réponse à la question de M. le Député Bapt sur les frais de gestion des mutuelles qui seraient trop élevées, nos mutuelles sont gérées en « bon père de famille ». Leurs frais de gestion sont extrêmement disparates et dépendent de leur cible. Celles ayant des frais de gestion outranciers seraient laminées par la concurrence. Une mutuelle qui gère essentiellement des contrats collectifs aura des frais de gestion inférieurs à une autre, gestionnaire de contrats individuels. Et quand bien même ces mutuelles auraient des frais de gestion trop importants, la sanction finale, c'est l'adhérent. Si l'adhérent est satisfait de sa mutuelle, si les prestations et les tarifs lui conviennent, laissons une fois pour toutes les citoyens libres afin que mutuelles petites, moyennes ou, en tout cas, à taille humaine puissent continuer à pratiquer leur métier parce qu'elles rendent, elles, un service réel à l'adhérent.

## V - Les Réseaux de soins

Claude Le Pen :

En dérogation au Code de la Mutualité, l'article 54 de la PPL Fourcade autorisait les mutuelles à différencier les tarifs en fonction de l'utilisation par les adhérents d'un réseau de soins, ce qui est déjà plus ou moins fonctionnel chez les autres assureurs. Est-ce une mission des mutuelles d'organiser les offres de soins, de différencier les remboursements en fonction de l'utilisation ou non du réseau et d'avoir un rôle de structuration et pas seulement un rôle de payeur vis-à-vis de l'assuré ?

### Les réseaux de soins et la PPL Fourcade

Philippe Mixe :

Si les réseaux de soins ont leur raison d'être, la FNIM refuse de servir des prestations différentes selon que l'adhérent fréquente ou non un réseau de soins et ceci, pour deux raisons. Premièrement, au regard de la liberté du choix de l'adhérent, il ne nous appartient pas de l'orienter vers un professionnel de santé avec, comme « carotte », des prestations améliorées car nous, mutualistes, n'avons pas les compétences pour définir la qualité d'un professionnel. C'est une entrave à la liberté de choix de l'adhérent. Deuxièmement, c'est une rupture du principe d'égalité parce qu'à partir d'une cotisation identique, nous servirions une prestation différenciée selon qu'ils fréquentent tel ou tel praticien.

Jean-Pierre Fourcade :

Le raisonnement de M. Mixe me séduit tout-à-fait.

Après avoir été chargé par le Parlement et le Gouvernement d'évaluer l'application de la Loi HPST, j'ai constaté un certain nombre de points de blocage. C'est pour cela que j'ai déposé une proposition de loi. A la demande du gouvernement, un article sur les prestations différenciées est arrivé lors de la proposition de loi parce que les compagnies d'assurance et les institutions de prévoyance peuvent effectuer des prestations différenciées mais le Code de la Mutualité l'interdit aux organismes mutualistes. Cet article modifiait le Code de la Mutualité en donnant le droit aux mutuelles de constituer des réseaux fermés, avec des prestations différenciées. Les deux assemblées ont examiné ce texte qui a provoqué une « montée de boucliers ».

En Commission mixte paritaire, le problème restait entier. Nous avons donc pris la position de conciliation suivante : premièrement, nous souhaitons que les réseaux ne soient pas des réseaux fermés pour des raisons de concurrence et de liberté et donc, n'importe quel professionnel pouvait demander à intégrer le réseau s'il s'engageait à respecter la charte d'organisation. C'était le point libéral. Le point inverse, c'était de permettre à la mutualité de faire appel, comme les autres, à ces prestations différenciées pendant trois ans. Le Conseil constitutionnel a démoli une partie des dispositions du projet de loi pour des raisons de forme et, par conséquent, l'article 54 sur les réseaux des organismes complémentaires n'a pas été maintenu.



### **Elargir les fonctions des réseaux**

Pourquoi faut-il conserver les réseaux ? Parce que notre système de soins est caractérisé par le cloisonnement et les antagonismes entre le public et le privé, les professions médicales et les autres... Les réseaux de soins ont vocation à soigner en amont de l'hôpital. D'où le développement de maisons médicales, de cabinets de groupe etc. visant à éviter la surcharge des urgences hospitalières ou privées. De même, ils ont un rôle à jouer lorsque le patient quitte l'établissement de santé (hospitalisation à domicile, soins de suite...).

La prévention et l'éducation thérapeutique sont insuffisantes en France. Le réseau de soins se doit d'intégrer la totalité des fonctions, depuis l'éducation thérapeutique jusqu'au traitement des maladies chroniques.

Je suis partisan des réseaux ouverts. Il faudrait mieux organiser des réseaux plus généraux où tous les professionnels de santé peuvent entrer s'ils respectent les conditions posées. Donner la possibilité aux mutuelles de faire appel à ces réseaux me paraît justifié dans ce cadre. Mais je ne suis pas favorable à la différenciation des prestations, selon que l'adhérent fréquente ou non le réseau avec lequel la mutuelle a passé un conventionnement.

Dr. Olivier :

Les réseaux paraissent une bonne idée, notamment pour les pathologies chroniques. Organiser les soins afin de réduire leur coût est valable. Cependant, les réseaux ne doivent pas être trop fermés, auquel cas se posent la liberté d'accès, la question des compétences, personne n'étant en mesure de juger des compétences des médecins, une fois leur diplôme obtenu.

Il faut inciter les médecins à s'intégrer aux réseaux. Aujourd'hui, parmi les jeunes médecins, seulement 10 % d'entre eux environ s'installent en libéral. Les autres ne souhaitent pas travailler de manière isolée. Ils souhaitent intégrer de réseaux de soins pour être en relation avec des confrères. Il y a énormément de médecins en France. Pourtant, on parle de déserts médicaux. Où sont-ils ?

En revanche, le fait pour un patient de consulter un praticien à un tarif préférentiel parce que celui-ci fait partie d'un réseau est une atteinte à la liberté de choix du médecin. Or, cette liberté est un élément de base de notre système.

### **Le principe de la liberté de choix par les patients existe... en théorie**

Magali Léo :

La primauté du principe de la liberté de choix par les patients est incontestable. Toutefois, c'est un principe qui prévaut dans les conditions de laboratoire, toutes choses égales par ailleurs. En réalité, le patient n'a pas vraiment le choix car dans le parcours de soin, il est orienté par le médecin traitant, à sa sortie de l'hôpital.... Finalement, les patients n'exercent pas cette liberté de choix et quand ils le font, ce n'est pas forcément en connaissance de

cause et à l'égard de critères objectifs. Choisir un professionnel de santé est très compliqué. Au regard de quoi ? De sa notoriété, de ses tarifs, de son implantation géographique ? Le critère le plus déterminant, c'est l'existence d'un parking !

Les réseaux permettraient de donner des points de repère à des personnes qui ne souhaitent pas forcément payer des dépassements d'honoraires ou des tarifs prohibitifs quand ils vont s'appareiller au plan auditif, par exemple. Sans parler des engagements de qualité car les réseaux peuvent aussi être un moyen de niveler la qualité par le haut. Via les réseaux, les complémentaires peuvent se fixer des objectifs en termes de qualité ou de tarifs et éclairer ainsi le choix de leurs adhérents. Complémentaires et réseaux peuvent être liés, tout dépendant de la nature des contrats de conventionnement. La liberté de choix est principalement revendiquée par les professionnels de santé plutôt que par les patients.

Pour revenir à la question de l'indépendance des médecins, ceux-ci ne peuvent se prévaloir de l'indépendance quand il s'agit de réguler leurs tarifs et en même temps y renoncer lorsque se négocie la convention médicale intégrant une rémunération à la performance sur des indicateurs de santé publics qui prévoient de bonifier certaines pratiques avec des primes.

### **Les réseaux de soins des complémentaires proches des HMO américains**

Jean-Pierre Fourcade :

Il y a deux types de réseaux : d'une part, les réseaux de soins coordonnés, d'autre part, les réseaux avec lesquels les complémentaires établissent des conventions. Cette deuxième catégorie de réseaux n'est pas sans rappeler le HMO américain. L'aboutissement du réseau médical, ce sont des médecins salariés où les dépenses médicales et les honoraires sont remboursés. A l'opposé, si le patient ne consulte pas au sein du réseau, rien ne lui sera remboursé. En France, il est difficile d'aller jusque-là.

Claude Le Pen :

Le régime des mines fonctionnait comme cela.

Jean-Pierre Fourcade :

Parce que la population était captive.

Claude Le Pen :

Dans ce débat, il y a d'un côté l'idée de la contrainte, de la liberté, du choix et du respect. De l'autre, le réseau peut assurer la formation et être promoteur de qualité. Quelle est la limite où l'on passe du vertueux au contraignant ? La question restera en suspens.



### Qu'est-ce qu'un HMO ?

Un HMO (*Health Maintenance Organization*) est en quelque sorte une assurance santé proposant à ses membres différentes catégories de services de soins. En contrepartie, ceux-ci (et leurs employeurs) paient chaque mois un coût fixe pour être en mesure de bénéficier de ces services, selon le site Internet officiel de l'Etat de Californie. Les HMO sont parfois dénommés « Plans santé » (*Health Plans*) ou « Organisations de soins encadrés » (*Managed Care Organizations*). Dans l'Etat de la Californie, près de la moitié des résidents sont affiliés à un HMO.

Les HMO sont différents des autres catégories d'assurance santé parce qu'ils encadrent le coût des soins et des services auxquels ils donnent accès. Ayant pour objectif de réduire à minima les coûts des soins, ils recourent à plusieurs méthodes pour y parvenir. Les HMO fixent eux-mêmes le tarif de chaque prestation puis ils établissent des contrats avec les médecins et les hôpitaux acceptant de se plier à cette rémunération. Dans certains cas, les HMO rétribuent les médecins par un montant mensuel fixe pour chaque patient auquel ils se consacrent. Les adhérents doivent recevoir les soins des médecins, hôpitaux et autres professionnels de santé travaillant avec le HMO. C'est ce qu'on appelle un « réseau ».

En règle générale, les HMO n'acquittent les frais qu'à la condition que les traitements à administrer et les soins à recevoir aient montré leur efficacité. Ils peuvent exiger de leurs membres de se soumettre à des traitements et examens moins coûteux avant de s'engager à couvrir des prestations plus chères.

Les HMO exigent habituellement de leurs membres d'acquitter une partie des sommes dépensées pour leurs frais de santé. Ceux-ci paient un montant fixe, appelé co-paiement (*copayment*) pour chacun des services consommés. Avant de pouvoir bénéficier de ces prestations, Ils doivent également verser chaque année une cotisation (*yearly deductible*). Cotisations et « co-paiements » aident les HMO à maintenir les coûts de la santé vers le bas. Comme les membres du HMO participent au financement des soins, il est vraisemblable qu'ils ne consomment pas des prestations dont ils n'ont pas besoin.

Aussi, les HMO obligent leurs membres à recueillir leur consentement avant de commencer à payer pour les traitements ou les soins les concernant. Cela signifie qu'ils doivent recevoir une attestation de la part de leur médecin traitant ou le consentement de leur HMO. Si les personnes affiliées au HMO font appel à ses services sans avoir obtenu au préalable cette attestation ou ce consentement, ils devront acquitter la totalité de la somme dépensée. Si le HMO refuse de donner son consentement suite à une demande de soins, l'adhérent ou le médecin traitant peuvent faire appel de la décision auprès du HMO. Si le HMO n'approuve toujours pas cette demande, il est possible de faire appel à un Centre de médiation dédié aux HMO, intégré à la division de l'Etat californien chargée d'encadrer la santé.

Enfin, certains patients souhaitent être en mesure de choisir le médecin qu'ils consultent et les examens ou traitements qu'ils reçoivent. Une partie des HMO propose des offres où le choix est plus large pour l'adhérent mais de telles extensions seront plus coûteuses que la couverture basique.

(Source : <http://www.opa.ca.gov>)

## VI - Les Dépassements d'honoraires et le secteur optionnel

Claude Le Pen :

Un accord a été signé entre les syndicats de médecins et l'Unocam à propos du secteur optionnel mais les complémentaires, par la voix de l'Unocam, se sont retirées des discussions. L'ex-ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, avait indiqué que cet accord n'était pas assez attractif pour les médecins du secteur 2 et qu'il risquait plutôt d'aspirer le secteur 1 vers le secteur optionnel que de diriger le secteur 2 vers le secteur optionnel. Question essentielle : qui va financer le surcroît d'honoraires et de charges résultant de la création d'un secteur ouvert ?

### **Réorganiser la dépense par le secteur optionnel**

Philippe Mixe :

L'Unocam, dont la FNIM fait partie, s'est retirée des discussions sur le secteur optionnel en réaction à l'augmentation de la taxation sur les contrats complémentaires de santé décidée par le gouvernement. De son côté, la FNIM estime utile la création du secteur optionnel. A ce jour, les mutuelles remboursent les dépassements d'honoraires, parfois avec excès comme l'a souligné M. Gérard Bapt. Si elles prennent en charge ces dépassements sans restriction, il n'y a aucune raison que la machine ne continue pas à s'emballer. Il convient donc d'encadrer ce secteur optionnel avec des restrictions afin de permettre aux médecins de pratiquer des dépassements dans la limite de 50 % en plus du tarif de la Sécurité sociale et pour au maximum 30 % de leurs actes. Soit une marge assez importante d'actes ne profitant pas de ces dépassements d'honoraires. Cette dépense, supportée par les mutuelles, est à réorganiser. Il faut prévoir un garde-fou, éventuellement le refus de prendre en charge les dépassements d'honoraires au-delà d'un seuil donné, défini en euros.

### **Des plafonnements différenciés**

Jean-Pierre Fourcade :

Ne conviendrait-il pas d'adapter ces dépassements en fonction de la spécialité du praticien ? Il faut avoir là non pas des prestations différenciées mais des plafonnements différenciés ! Il semblerait logique que les plafonds soient différenciés en fonction de la spécialité médicale exercée.

Le secteur optionnel a été imaginé pour sécuriser les finances des patients, car le montant élevé du reste-à-charge devient préoccupant, et pour trouver une formule intermédiaire satisfaisante pour les médecins. Il faut à la fois se pencher sur les dépassements du secteur libre dans les hôpitaux publics et ceux du secteur privé. Actuellement, on relève un certain nombre de problèmes d'ajustement des plafonds de remboursement de la Sécurité sociale.

Claude Le Pen :

Les dépassements d'honoraires tels que pratiqués aujourd'hui placent non seulement les assurés dans une situation difficile mais aussi les médecins face à une inégalité, entre ceux qui sont autorisés à pratiquer ces dépassements et ceux qui ne le sont pas.

### **Dépassements d'honoraires : l'historique**

Dr. Olivier :

Revenons à l'historique. En 1980, il existait un droit au dépassement permanent, le DP. Celui-ci donnait la possibilité au praticien de fixer ses honoraires comme il le souhaitait, en fonction de sa compétence. Les médecins autorisés à pratiquer le DP disposaient soit d'un titre hospitalo-universitaire, soit d'une compétence particulière. En 1980, le DP est supprimé et le secteur 2 est instauré. Par conséquent, les médecins exerçant dans des régions favorisées au plan économique sont entrés en secteur 2 et ceux des régions moins favorisées ont adhéré au secteur 1. Ce n'était plus lié à leur notoriété ou à leurs compétences professionnelles. Puis, le secteur 2 a été fermé en 1990. En 1995, une petite ouverture a permis aux quelques chirurgiens et anesthésistes, anciens internes en secteur 1, de passer en secteur 2. Donc, 85 % de ces professionnels sont en secteur 2.

Le fait d'avoir créé un secteur optionnel, c'est la reconnaissance par la Sécurité sociale que les tarifs opposables sont trop faibles. Selon les termes fixés par l'accord, si un praticien passe du secteur 1 au secteur optionnel, ses revenus augmenteraient de 35 %. Ce secteur optionnel est prévu pour être réservé aux spécialistes. Mais tous les généralistes sont devenus des spécialistes. Le Gouvernement veut supprimer le secteur 2 et il transforme les généralistes en spécialistes de médecine générale ! Tous ces praticiens pourraient prétendre au secteur 2 puisque l'internat – concours destiné à sélectionner l'équivalent d'une « élite » de la profession médicale visant les chefferies de services et les postes de professeurs agrégés – n'existe plus.

A propos des médecins ayant des fonctions hospitalo-universitaires, ils avaient le droit au dépassement permanent puis au secteur 2 car cumulant des fonctions d'enseignement, de recherche et de soins du public, il leur restait un peu de temps pour exercer en libéral, avec un taux fixe de charges à rembourser. Leurs honoraires sont très élevés parce qu'ils jouent sur leur notoriété.

Dans le parcours de soin, il y a obligation de passer par un médecin généraliste avant de consulter un spécialiste. C'est le début d'un réseau.

### **La logique des dépassements d'honoraires**

La rémunération des actes selon les tarifs fixés par la Sécurité sociale est insuffisante. Le temps consacré à un acte donné est beaucoup plus long qu'avant. D'abord, les médecins sont tenus à une obligation d'information, exhaustive et complète envers le patient, ce qui prend du temps. De plus, ceux exerçant en libéral se doivent de participer à des activités transversales et à des réunions et y consacrent du temps. Pour les libéraux, ce temps n'est pas rémunéré alors qu'à l'hôpital, il est compté sur le salaire. Il y a donc moins d'actes par

praticien, globalement, et les frais augmentent. La logique, c'est de prendre des dépassements d'honoraires. Les montants devraient être estimés avec « tact et mesure » mais les excès du secteur 2 sont aussi dus au remboursement immodéré des mutuelles. Le remboursement aux frais réels des complémentaires santé se rencontre beaucoup dans l'exercice de ma profession. C'est une incitation au dérapage et au non-respect de la modération.

Ces excès existent parce qu'il n'y avait pas de contrôle. Et les médecins ne sont obligés de réaliser un devis que depuis un an ou deux. De plus, une certaine partie de la population, fortunée, est prête à payer des sommes importantes pour être soignée en secteur 2 par des professeurs agrégés car de son point de vue, ce qu'elle considère comme « la qualité » a un prix. Cela explique une partie des excès.

Autre argument : les médecins hospitalo-universitaires ont peu de temps à consacrer à leur activité libérale et le mettent en avant pour justifier de leurs tarifs. Mais certains d'entre eux consacrent trop de temps à leur activité libérale et, là encore, les contrôles sont insuffisants.

Par ailleurs, tandis que des zones géographiques manquent de praticiens, d'autres sont surdensifiées, d'où une exacerbation de la concurrence entraînant une baisse du nombre d'actes par médecin. Pour obtenir les mêmes revenus en réalisant moins d'actes, il est nécessaire d'augmenter les tarifs. C'est une autre explication, en faveur d'une meilleure répartition géographique des praticiens.

Par le secteur optionnel, on reconnaît que les tarifs de la Sécurité sociale sont légèrement insuffisants. Accepteront de signer pour le secteur optionnel les praticiens de secteur 2 qui, grâce aux dépassements pratiqués actuellement, accroissent leurs revenus de 30 à 50 %.

### **Le secteur optionnel : une solution simpliste ?**

Claude Le Pen :

En secteur 2, ceux dont les revenus sont supérieurs sont moins incités à signer pour le secteur optionnel. Appliquer le secteur optionnel tel quel reviendrait donc à lancer une bouée de sauvetage aux médecins ayant des revenus limités avec le secteur 2.

Et pourquoi pas un moratoire concernant les dépassements ? Avec ce moratoire, les complémentaires santé accepteraient de prendre en charge dans la limite d'une somme en euros, fixée discipline par discipline et acte par acte, selon une sorte de nomenclature. Le secteur optionnel est peut-être une solution simpliste et tel qu'il a été défini, il n'est pas adapté. Peut-être une approche avec des forfaits par pathologie serait plus intéressante.

## Conclusion

Hausse de la TSCA par deux fois sur l'exercice 2011, inégalités entre les contrats individuels et collectifs que le gouvernement se refuse à considérer, volonté de faire participer les mutuelles au financement du secteur optionnel, accusations s'élevant, de ci, de là, comme quoi leurs frais de gestion sont trop élevés, les contentieux entre nos gouvernants et les mutuelles ne manquent pas.

Si les Ocam endossent le rôle de collecteur d'impôts bien malgré elles et y voient une hypocrisie certaine, de la part des pouvoirs publics, à leur faire assumer cette fonction puisqu'au final, ce sont toujours les ménages qui piochent dans leur porte-monnaie, les complémentaires santé sont indispensables, non seulement à leurs assurés, pour compléter les remboursements, de plus en plus réduits, du régime obligatoire mais aussi à la bonne santé de l'Etat, pour renflouer les caisses et financer la CMU-C et l'ACS. Une contribution à la solidarité nationale largement méconnue des assurés eux-mêmes.

Cette logique se poursuivra-t-elle en rendant obligatoire l'assurance complémentaire de santé, comme le souligne aussi Gérard Bapt ?

L'efficacité de l'ACS et de la CMU-C pose question quand on apprend que les Caisses primaires d'Assurance maladie, par leur action sanitaire et sociale, sont de plus en plus sollicitées pour aider des personnes exclues de ces dispositifs et ne pouvant financer leurs soins.

La prévention et l'accompagnement thérapeutique sont des champs où les complémentaires santé ont toute légitimité parce qu'elles sont de plain pied dans la sphère de la santé et les réseaux de soins avec lesquels elles établissent des conventions peuvent les aider dans ce rôle. Se démarquant dans son univers, la FNIM s'élève contre la différenciation des prestations en cas de recours par l'adhérent à un réseau de soins en lien avec une mutuelle parce que ce n'est pas le métier des mutualistes de désigner certains professionnels de santé plutôt que d'autres et que le principe de la liberté de choix s'impose. Le CISS met en doute cette liberté de choix car elle estime que les patients sont ballotés d'un médecin à un autre ou d'un service à l'autre, au gré des orientations prises par leurs praticiens. Les réseaux ouverts, sans numerus clausus, remportent un large consensus car ils peuvent être promoteurs de qualité.

Le simple fait d'avoir penser le secteur optionnel serait la reconnaissance implicite, par les pouvoirs publics, de l'insuffisance des tarifs des actes médicaux de la Sécurité sociale. Le secteur optionnel, tel que défini à ce jour (autorisation des dépassements dans la limite de 50 % en plus du tarif de la Sécurité sociale pour 30 % d'actes au maximum), est peut-être une approche un peu simpliste. La solution proposée par les participants consisterait à établir un moratoire où la prise en charge serait établie dans la limite d'une somme en euros, fixée discipline par discipline et acte par acte.

Sans conteste, les 4<sup>èmes</sup> Rencontres du Comité Opéra ont démontré que les complémentaires santé traversent une période où leur capacité d'adaptation est grandement mise à l'épreuve. Il leur incombe de déployer leurs talents pour arriver à bon port.