



Le contrat responsable est-il raisonnable ?

Le 100% santé
comporte de
nombreux risques
cachés



Au moment où des évolutions sont, encore une fois, envisagées sur la réglementation du contrat « dit » responsable, il apparaît important de faire un bilan de ce dispositif qui pose, dans la pratique, de nombreuses questions. Des incohérences considérables apparaissent et il convient de les prendre en compte pour y apporter, le cas échéant, quelques aménagements.

D'autant qu'il faut considérer d'autres réglementations, parfois contradictoires avec le contenu du panier « dit » responsable. Ne serait-ce que la DDA et l'obligation de conseiller les assurés, la RIA qui perturbe la pérennité du marché, sans oublier les transferts de charges, les nouvelles conventions médicales, la fiscalité de la part patronale, la TAA, S2, le RGPD, les critiques sur les frais, etc.

Les limites n'empêchent pas les dépassements, au contraire

Si l'idée de limiter les remboursements des médecins non-signataires de l'OPTAM avait pour objectif de restreindre les dépassements ; non seulement cette limite n'a pas eu l'effet escompté mais les études statistiques démontrent, au contraire, que les médecins signataires de l'OPTAM ont augmenté, en moyenne, les leurs. Ceci s'est traduit :

- Par une hausse des restes à charge pour les patients
- Ou par une hausse de cotisations pour les assurés

L'exact opposé de ce qui était attendu !

Cette situation, aggravée par l'insuffisance de certains praticiens ; notamment les spécialistes à pratique clinique tels que les gynécologues, les pédiatres et les chirurgiens, fait apparaître des restes à charge croissants et des renoncements aux soins sont suspectés.

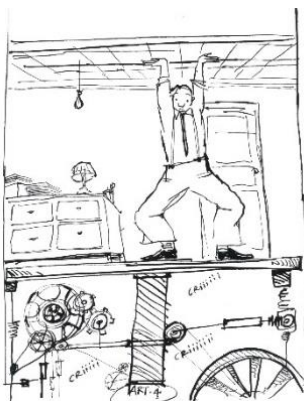
Limiter le
remboursement des
dépassements ne les
réduit pas : au
contraire !

Le 100% santé n'est pas garant de l'accès aux soins

Si l'idée d'un reste à charge « nul » est louable pour éviter le renoncement aux soins, les chiffres démontrent que cette mesure n'est pas suffisante. En effet, on constate que, malgré l'absence de reste à charge sur les soins dentaires, seulement 25% des actifs consultent un dentiste au moins une fois par an. De plus, malgré la mise en œuvre du programme « M'T dents », un quart des enfants de CP ont une carie non soignée.

En effet, les chiffres démontrent que l'accès aux soins dépend tout autant du niveau d'éducation sanitaire que du revenu ou du niveau de couverture santé.

La prévention ne
passe pas
(seulement) par la
gratuité



Le reste à charge en hospitalisation augmente

Le poste clef en assurance complémentaire santé reste l'hospitalisation. Même si ce risque est très bien pris en charge par le régime de base, le contrat « dit » responsable, en limitant la couverture des dépassements, a fait apparaître de nouveaux restes à charge sur ce poste. Si les postes

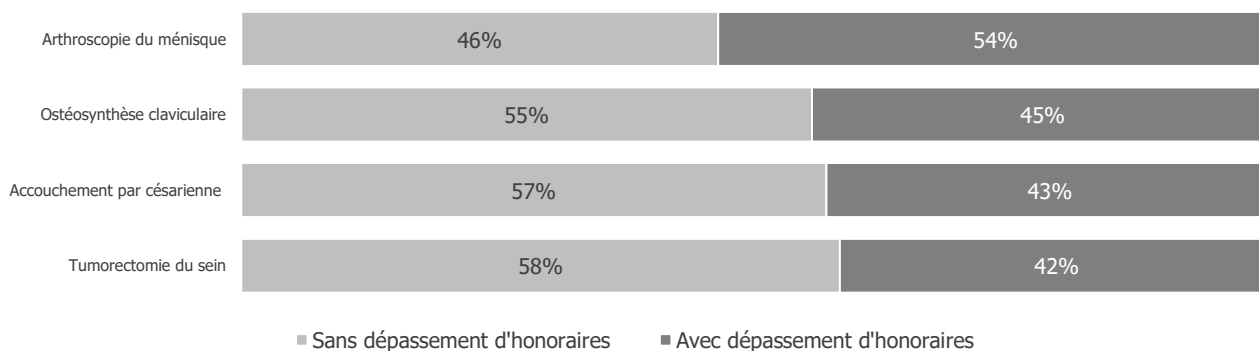


Une assurance et une médecine à deux vitesses apparaissent

optique, dentaire et audiologie laissent 3Md€ de restes à charge avant le 100% santé, il en était du même ordre pour l'hospitalisation du fait :

- Des dépassements du secteur privé
- Du forfait journalier
- Des chambres particulières

Pour certaines spécialités, la part des actes avec dépassements d'honoraires est élevée et pourrait entraîner du renoncement aux soins de la part des populations ne pouvant ni assumer les restes à charge ni s'offrir des surcomplémentaires « non responsables ».



La standardisation des offres conduit à des incongruités

Le contrat « dit » responsable, en imposant des planchers et des plafonds, introduit sur le marché de la complémentaire santé, au motif « d'innovation », des forfaits d'autant plus absurdes que des restes à charge apparaissent sur les actes lourds ou prioritaires.

Les médecines douces (qui ne sont ni douces ni des médecines) ont été mises à l'honneur du fait du panier contraint pour tenter une différenciation sur un marché ultra concurrentiel et renforcé par la résiliation infra annuelle avec une hausse d'environ 20% des résiliations en 2021.

Des forfaits « confort » fleurissent dans les contrats. Ainsi, des assurés sont potentiellement mieux pris en charge pour une consultation chez un « naturopathe » que pour une consultation gynécologique pourtant indispensable.

La prise en charge de médicaments non remboursés (comme l'homéopathie, la crème de jour, la phytothérapie, etc.) se constate de plus en plus souvent alors qu'une opération de la hernie discale ou une reconstruction mammaire consécutive à un cancer laisseront potentiellement un reste à charge.

Bref, on marche sur la tête !

Sans compter que la prise en charge des prothèses capillaires, en cas de cancer, est envisagée dans la prochaine mouture du contrat « dit » responsable. Bien entendu, il s'agit d'une bonne idée... mais pas s'il y a du reste à charge sur la reconstruction mammaire par un chirurgien plastique spécialiste de cet acte délicat ; notamment avec des techniques innovantes mal intégrées par la TAA.

Les médecines douces se trouvent mieux prises en charge que les coups durs





Revenons aux fondamentaux

L'absence de reste à charge n'est pas gratuite !

La définition de l'assurance est la suivante : « en contrepartie d'une cotisation acceptable, l'assuré se prémunit d'une perte financière potentielle inacceptable ». Définition que respecte mal le contrat responsable puisqu'il impose, pour un coût significatif :

- La prise en charge de médicaments bon marché
- La prise en charge de l'optique
- L'interdiction de prise en charge de certains actes lourds
- La permission de rembourser les médicaments à SMR insuffisant
- Etc.

La réflexion pourrait porter sur le reste à vivre plutôt que sur le reste à charge

En effet, en matière assurantielle, qu'elle soit sociale ou complémentaire, l'objectif est de :

- Contourner les biais décisionnels
- Poser la question : quel intérêt ai-je à m'assurer ou à assumer ?
- Tenir compte des spécificités sociales et sociétales
- Tenir compte des moyens autant que des besoins
- Prendre en charge la gravité avant la fréquence

En effet, une réflexion alternative pourrait porter sur le reste à vivre plutôt que sur le reste à charge. Le coût du panier « dit » responsable atteint des budgets importants ; notamment pour les plus fragiles.

Le 100% santé est-il un accélérateur des transferts ?

La transition démographique pèse davantage sur la CNAM que sur la CNAV

Les pouvoirs publics, tout en affichant une réglementation prévoyant une couverture sans reste à charge, accélèrent les transferts de charge de l'Assurance Maladie vers les complémentaires santé. Ils semblent inéluctables, comme le démontre une simple projection actuarielle des dépenses de soins de la CNAM.

Quel est le véritable objectif du contrat « dit » responsable ?

Compte tenu des planchers du contrat « dit » responsable, il apparaît plutôt comme un tremplin pour les transferts du régime de base.

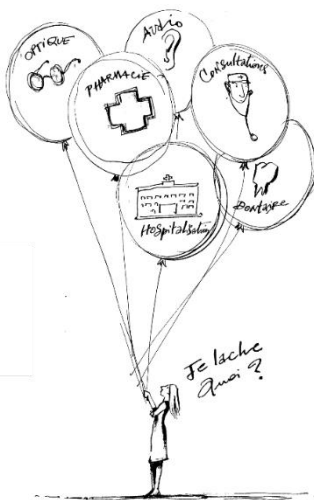
Depuis plus de 15 ans, une hausse régulière du coût des complémentaires santé est constatée alors même que les prestations ont été encadrées. La concurrence, qui pourtant a fait rage, n'a pas enrayé le processus. Cet envol provient essentiellement des transferts de charge récurrents, le dernier portant, de manière incompréhensible, sur le dentaire.

Dès lors que le contrat « dit » responsable oblige à prendre en charge le ticket modérateur sur tous les soins, il facilite de facto les modifications des bases ou des taux de remboursements de l'Assurance Maladie.

Quel pourrait être le contenu d'un contrat raisonnable ?

Ainsi, au moment où des réflexions voient le jour sur le contenu du contrat « dit » responsable, il serait pertinent de réfléchir à un contrat raisonnable, lequel devrait simplement :

- Mieux prendre en charge les soins hospitaliers
- Permettre une franchise sur le forfait journalier
- Autoriser une franchise sur la pharmacie
- Ne pas imposer la couverture de l'optique





Le 100% santé n'est pas DDA compatible car le temps passé à expliquer le 100% santé est perdu pour la prévoyance

La concurrence acharnée est inefficace sur les tarifs

Compte tenu de l'explosion des coûts de couverture en complémentaire santé ; notamment pour les jeunes et les retraités qui ne bénéficient pas de co-financement, le véritable sujet est celui de l'accessibilité à la couverture !

Il faut savoir que la somme des cotisations payées pour avoir des lunettes « gratuites » est supérieure... au prix des lunettes achetées directement. Autrement dit, c'est comme si les lunettes étaient financées à un taux dépassant largement le taux d'usure !

En réalité, seuls l'hospitalisation, les consultations, le dentaire et l'audio relèvent de la matière assurantielle, rien n'interdirait de proposer de meilleures garanties et la C2S pourrait couvrir les différentiels.

L'idée d'un contrat minimaliste, non taxé, couvrant l'essentiel, c'est-à-dire l'hospitalisation et les consultations ainsi que les soins dentaires, est à creuser.

La prévoyance lourde reste la grande oubliée

Comme en 2013 avec la généralisation de la complémentaire santé, la prévoyance lourde ; notamment les postes invalidité, rente éducation et dépendance, reste la grande oubliée du législateur.

En effet, un invalide avec une complémentaire santé mais sans complément de revenu renoncera probablement aux soins, notamment ceux qui présentent des dépassements d'honoraires alors que ce même invalide sans complémentaire santé mais bénéficiant d'un complément de revenu pourra avoir accès aux soins.

Quant aux fonctionnaires qui viennent de signer un accord soi-disant historique, pour une couverture obligatoire en santé incluant un forfait ostéopathie, ont laissé la couverture de l'invalidité facultative !

C'est d'autant plus absurde que le coût de la couverture prévoyance est bien moins cher que la complémentaire santé.

Et la résiliation infra-annuelle dans tout ça ?

De fait, ce n'est pas tant la résiliation à tout moment que les contraintes de couverture liées au 100% santé qui sont problématiques et génèrent des risques cachés.

En effet, l'optimisation du pouvoir d'achat en assurance santé individuelle risque de conduire à l'adhésion à une garantie minimaliste, « non responsable », prenant en charge seulement l'hospitalisation, la pharmacie et les consultations. Ensuite, l'adhésion au 100% santé se ferait uniquement au moment des soins avec une antisélection importante induisant une dérive certaine.

Les complémentaires, qui pratiquent majoritairement des paniers standards intégrant le 100% santé, risquent ainsi de ne plus attirer que les risques les plus lourds, nuisant à une mutualisation qualitative.

Si cette pratique se généralise, ce n'est pas la résiliation à tout moment qui sera problématique mais l'impossibilité de refuser l'adhésion à un 100% santé, laquelle conduirait à la démutualisation.



Le coût d'acquisition d'un client est important et alourdit les frais ; lesquels sont reprochés aux complémentaires

Le financement des fonds propres dépend des règles de Solvabilité 2

Le coût d'acquisition d'un nouveau client est important : comment laisser croire que la résiliation infra-annuelle fera baisser les tarifs des complémentaires santé ? D'autant plus dans une période où les frais des assureurs sont vivement critiqués.

Sans oublier les contraintes de solvabilité et la fiscalité

Les organismes assureurs, quelle que soit leur nature juridique, sont soumis aux obligations de solvabilité, exigeantes en fonds propres, qu'il faut financer.

Sachant que le besoin de marge dépend du montant des prestations payées, la hausse de cotisations s'alourdit du fait :

- De la hausse des prestations
- Du financement des besoins de fonds propres

Enfin, la fiscalité et les taxes pèsent lourdement sur les cotisations de complémentaires santé et, ajoutées aux frais de gestion, rendent l'efficacité assurantielle de plus en plus discutable ; ce qui repose la question de la matière assurée et de la matière assurable !

Anne MARION
anne.marion@actuarielles.com