

L'AMO ne suffit plus à garantir un accès aux soins sans barrière financière

par **Pierre-Yves GEOFFARD**, *Directeur de Paris School of Economics (PSE)*



Pierre-Yves GEOFFARD est *Directeur de PSE-École d'Économie de Paris depuis février 2013, directeur de recherche au CNRS depuis 2002 et directeur d'études à l'EHESS (École des Hautes Études en Sciences Sociales) depuis 2008.*

Membre du comité scientifique de l'IRDES et du Conseil national du Sida, il est également Président de la Commission « service public, services aux publics » (CNIS).

Certains pays comme la Grande Bretagne ou la Norvège garantissent l'accès aux soins de tous à travers un système national de santé, au sein duquel les producteurs de soins, publics ou privés, sont rémunérés directement par l'État ; les soins sont donc financés par l'impôt, sans mécanisme formel d'assurance maladie. Mais dans la plupart des pays, c'est un système d'assurance qui prend en charge, en partie ou en totalité, le coût des soins. Un individu doit donc être assuré pour bénéficier d'une prise en charge en cas de maladie ou d'accident. Les systèmes d'assurance eux-mêmes sont divers, mais se répartissent en deux grandes familles principales, selon que l'assurance maladie est unique ou qu'un choix est possible entre plusieurs assureurs. Dans tous les cas, la définition des soins couverts par l'assurance incombe à la puissance publique, qui agit soit en régulateur soit en producteur direct d'assurance, voire de certains soins, notamment hospitaliers. Et dans la plupart des pays, des assurances complémentaires, moins régulées que l'assurance de base, prennent en charge certains soins qui ne sont pas inclus dans le panier de soins couvert par l'assurance principale.

Mais la France se distingue par une organisation très spécifique, dans lequel la même dépense de soins a vocation à être couverte pour partie par l'assurance sociale et, pour une autre partie, par une assurance complémentaire, dont le secteur obéit à des régulations spécifiques. Notons qu'on ne retrouve un tel système d'assurances empilées, ou deux assureurs couvrent chacun une part de la même dépense de soins, presque nulle part ailleurs, à l'exception notable des États-Unis, où l'assurance publique des personnes âgées (Medicare) laisse d'importants co-paiements à la charge des assurés, qui peuvent alors s'adresser à une assurance complémentaire (Medigap), notamment pour les dépenses de médicament.

En France, l'assurance maladie s'appuie sur un système à deux étages. Un premier socle est constitué d'une assurance publique dont les droits sont aujourd'hui ouverts à l'ensemble de la population résidant régulièrement sur le territoire. Mais la couverture offerte par l'assurance maladie obligatoire (« AMO », en d'autres termes la sécurité sociale) laisse une part importante du coût des soins à charge de l'assuré, à travers les franchises, tickets modérateurs, et le forfait hospitalier notamment. L'ensemble de ces dépenses non prises en charge par la sécurité sociale représentait en 2014 une somme de 44,6 milliards d'euros, soit 23,4 % de la consommation de soins et biens médicaux. Par ailleurs, la part de la dépense couverte par l'AMO varie en outre fortement selon les soins concernés, puisqu'elle représente 92 % de la dépense hospitalière contre 63,7 % de la dépense de soins de ville. Les dépenses qui



restent à la charge des ménages ou des complémentaires peuvent surtout représenter pour les plus malades des sommes très importantes. Ainsi, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie estimait que 5 % des assurés ont dû acquitter en 2009 un reste à charge de plus de 1 600 euros.

En outre, il est désormais bien identifié que, si la part de la dépense totale de soins couverte par l'AMO a peu évolué dans les 15 dernières années, et reste stable autour de 76 %, cette stabilité cache des évolutions importantes en structure. Ainsi, le nombre des personnes admises en Affection de Longue Durée dite exonérante (ALD) a cru de manière constante, entre 2005 et 2010, à un rythme entre 3,5 % et 4,2 % par an. Au total, on comptait 9 millions d'assurés souffrant d'une ALD en 2010, contre moins de 8 millions en 2005. Parallèlement, on a assisté à une baisse de la prise en charge publique des dépenses de santé pour les patients non exonérés du ticket modérateur. Cette baisse est la conséquence de l'augmentation de la participation financière du patient à la dépense de soins (hausse du ticket modérateur, mise en place des forfaits et franchises médicales). Ces évolutions conduisent à ce que l'AMO ouvre 88 % de la consommation de soins et biens médicaux pour les personnes couvertes souffrant d'ALD, contre 59,7 % pour les autres.

En outre, même si les personnes souffrant de maladies de longue durée sont couvertes pour les soins correspondant à ces maladies et dispensées de ticket modérateur au titre du dispositif d'ALD, l'extension de ce dispositif ne permet pas toujours de garantir l'accès aux soins des plus malades. En effet, ce dispositif ne couvrant que les soins liés à l'affection « classante » et les personnes souffrant de maladies chroniques étant souvent affectées d'autres pathologies, ce sont les personnes en ALD qui supportent les reste-à-charge les plus élevés : par exemple en 2003, parmi les personnes en ALD, 5 % acquittaient un ticket modérateur annuel d'au moins 839 €, contre 611 € pour les autres.

Le résultat de ces évolutions est que, aujourd'hui, l'AMO ne suffit pas à garantir un accès aux soins sans barrière financière, même pour les personnes en ALD. Aujourd'hui, plus que jamais, les personnes qui ne sont couvertes que par l'AMO risquent d'être exposées, en cas de maladie grave, à une charge financière importante.

De facto, c'est aujourd'hui la couverture par une assurance maladie complémentaire (AMC) qui permet de restaurer un accès aux soins sans barrière financière. À un niveau agrégé, les trois familles d'assurance maladie complémentaires que sont les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, couvraient en 2014 une somme de 23 milliards d'euros, soit de l'ordre de 13,5 % de la dépense de soins et biens médicaux. Les ménages ne sont donc appelés à prendre en charge directement que 8 % de la dépense totale de soins, ce qui situe la France parmi les pays où ces paiements directs sont les plus faibles de l'OCDE.

Certes, ces 8 % peuvent recouper des situations très contrastées. Pour certains, la dépense est peu importante car la dépense de soins est minimale ou correctement prise en charge par la sécurité sociale ou ne représente qu'une faible proportion du revenu. Mais pour les plus malades et les plus pauvres, elle peut représenter une charge élevée difficilement supportable. Cela dit, une analyse de la distribution des « vrais restes-à-charge », c'est-à-dire après remboursements de la sécurité sociale et de la complémentaire, est à peu près impossible.

En effet, les informations statistiques sur la dépense de soins et les remboursements effectués par l'AMO sont plus aisément accessibles que par le passé. L'ouverture progressive des données du SNIIRAM permet de réaliser des analyses fines sur la distribution de la dépense de soins, et sur la répartition des charges financières reposant sur les malades avant remboursement éventuel par une assurance complémentaire. En revanche, si l'articulation entre AMO et AMC est connue en masse, il n'est pas possible, à de très rares exceptions près, de connaître la combinaison de ces deux mécanismes au niveau individuel.

Quoi qu'il en soit, il est clair que l'AMO ne suffit pas à garantir un accès aux soins sans barrière financière. Ce constat est d'ailleurs ancien. Les conclusions qui en ont été tirées ne sont pas toutefois inéluctables. Limiter le risque que des individus aient à supporter une dépense de soins élevée pourrait prendre la forme, comme dans de nombreux pays (Suisse, Allemagne, Suède, ...) d'un plafonnement, connu en France sous le nom de « bouclier sanitaire ». Une autre piste serait d'augmenter les taux de couverture par l'assurance maladie, notamment sur les postes les moins bien couverts actuellement comme les soins de ville, les médicaments et les prothèses dentaires ou optiques. Mais ces options ont été écartées. Au contraire, la voie choisie par les pouvoirs publics dans les vingt dernières années (au moins) a consisté à étendre progressivement la couverture par les assurances complémentaires : couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000, Aide à la complémentaire santé (ACS) depuis 2004, et généralisation des contrats collectifs (2015, suite à l'Accord national interprofessionnel).

Quels sont les problèmes soulevés par un tel empilement des deux régimes, obligatoire et complémentaire ?

Première inefficacité : le même dossier de remboursement, pour la même dépense de soins, devant être ouvert à la fois par la sécurité sociale et par l'assurance complémentaire, les frais de gestion sont, à peu près mécaniquement, dupliqués et représentaient en 2012 un montant de 7,2 milliards pour les organismes relevant de la Sécurité sociale (CNAMTS, etc.) et de 6,2 milliards pour les organismes complémentaires. Les sommes sont du même ordre pour les deux types d'opérateurs, alors qu'ils remboursent respectivement 75,5 et 13,7 % des soins.

Le deuxième problème a trait à la solidarité du système. Les pouvoirs publics encouragent depuis longtemps l'accès aux complémentaires santé par des aides sociales et fiscales aux contrats « solidaires et responsables » pour un montant de l'ordre de 2 milliards d'euros, ainsi qu'aux contrats collectifs obligatoires (3,6 milliards d'euros). Ces aides publiques créent de fortes disparités : selon le HCAAM, l'aide annuelle par contrat varie de 15 euros pour les contrats individuels des fonctionnaires à 226 euros pour les contrats collectifs obligatoires et 260 euros pour les contrats Madelin (professions indépendantes), alors que nombre de contrats individuels ne jouissent d'aucune subvention. Cette discrimination de l'aide publique entre contrats individuels et collectifs se joue au détriment des jeunes, des chômeurs et des personnes âgées, qui doivent payer une prime plus élevée pour accéder à une assurance complémentaire. L'extension des contrats collectifs vient empirer les choses, puisqu'elle conduit des actifs précédemment assurés auprès de contrats individuels à se retirer du « pool » des assurés individuels. Or, ceux-ci étant plutôt en meilleure santé que les inactifs, le risque moyen des assurés hors contrats collectifs est dégradé.

Par ailleurs, les contrats complémentaires individuels font l'objet d'une tarification qui dépend de l'âge. Cette tarification reflète l'augmentation de la dépense de soins au cours du cycle de vie, mais réduit la solidarité entre malades et bien portants. Pour ce qui est des contrats collectifs, ils sont le plus souvent tarifés en fonction de la dépense de soins passée de l'entreprise couverte par le contrat. La



mutualisation est donc réelle, mais réduite à un groupe parfois de taille réduite, et dont les risques individuels, notamment en ce qui concerne des pathologies liées à l'activité professionnelle, peuvent être corrélés. Rien n'indique que ce périmètre de mutualisation soit le plus pertinent.

D'autres difficultés sont posées par l'empilement de deux organismes d'assurance maladie, qui induit une déresponsabilisation de chaque opérateur. Comme plusieurs payeurs financent la même dépense de soins, l'incitation est réduite pour chacun à s'engager dans une gestion active du risque. C'est évident du côté de la demande de soins : le terme même de ticket modérateur indique qu'il a pour but affiché de contribuer à une modération de la dépense, en faisant peser sur l'assuré une partie du coût des soins qu'il engage. On sait que la demande de soins répond, au moins en partie, aux incitations monétaires, donc même s'il s'agit d'un outil délicat à manier car il risque aussi de réduire l'accès aux soins des plus démunis, les mécanismes de type franchise ou autres « co-paiements » peuvent figurer parmi la palette des instruments à la disposition d'un assureur pour réguler le risque. Mais l'incitation éventuellement utile à modérer la dépense induite par le ticket modérateur est annulée lorsque celui-ci est couvert par une autre assurance, ce qui est le cas de la plupart des contrats complémentaires.

C'est également le cas du côté de l'offre de soins. On sait aussi que la régulation de l'offre de soins figure parmi les mécanismes les plus puissants pour gérer la dépense de soins, notamment hospitaliers. Mais là encore, lorsque plusieurs assureurs se partagent le coût des soins, l'incitation de chacun à engager de telles stratégies est réduite. Il est d'ailleurs notable que le système assurantiel public (sécurité sociale et État) est bien plus actif dans la régulation des soins hospitaliers dont il couvre le coût à 93 %, alors que les complémentaires, lorsqu'elles en ont les capacités réglementaires et organisationnelles, sont plus engagées dans des actions dans le secteur de l'optique ou des prothèses dentaires, dont elles couvrent l'essentiel du coût. Mais là où la dépense est plus partagée, la dilution des responsabilités pénalise chacun des assureurs. En particulier, la possibilité de contractualiser avec certains offreurs de soins est identifiée comme l'un des mécanismes de régulation qui peut influencer la quantité et la qualité des soins. Les contrats peuvent spécifier le mode de rémunération, le niveau des prix, la localisation de l'activité, le respect des bonnes pratiques ou d'objectifs de santé publique... Mais l'empilement des deux types d'assurance rend une telle voie impossible en France.

Comment sortir de l'impasse ?

Le principe essentiel est de supprimer une couche ou de redéfinir le périmètre d'intervention de chaque type d'assurance de façon à ce que, pour chaque dépense de soins, un seul assureur intervienne.

La première voie présente elle-même deux options principales : la première passe par une diminution radicale des dépenses non couvertes par la sécurité sociale, qui rendrait inutile la couverture par une complémentaire. Cette extension de la sécurité sociale devrait toutefois s'accompagner de mesures fortes de régulation de l'offre de soins, en particulier la contractualisation de l'assureur avec les producteurs ; c'est la voie choisie dans des pays où les soins sont financés par un unique organisme, comme en Angleterre notamment, et dans d'autres systèmes nationaux de santé comme en Norvège. La seconde, suivie dans de nombreux pays européens (Suisse, Pays-Bas, Allemagne, ...), consiste à proposer au

contraire aux assurés de choisir entre plusieurs assureurs possibles, l'offre de ceux-ci étant fortement encadrée. En particulier, la tarification de l'assurance est le plus souvent uniforme, indépendante du sexe, de l'âge, et évidemment de l'état de santé, et cette régulation est mise en œuvre grâce à un mécanisme de compensation des risques. Ce mécanisme vient introduire des subventions croisées entre assureurs : celui qui couvre une population plus jeune ou en meilleure santé que la moyenne doit subventionner ceux qui couvrent une population au risque plus élevé. Un tel mécanisme réduit les incitations de chaque assureur à chercher à sélectionner les risques en attirant les clients les plus jeunes, et en dissuadant les assurés plus âgés. De manière générale, toute organisation concurrentielle de l'assurance maladie doit être accompagnée de régulations adéquates pour être compatible avec les exigences de solidarité et d'équité.

Dans les deux cas, qu'il s'agisse de s'appuyer sur un assureur unique en situation de monopole régulé, ou sur une concurrence encadrée entre assureurs multiples, l'une ou l'autre de ces options viendrait clarifier les responsabilités, et fournirait le cadre dans lequel les organismes finançant les soins peuvent s'engager dans la régulation de l'offre de soins. Elles viendraient aussi, tout simplement, diminuer les coûts de gestion induits par la nécessité de traiter deux fois la même demande de remboursement. Quelle que soit la forme qu'elle prenne, une telle simplification du système est devenue aujourd'hui nécessaire. Hélas, simplifier est parfois l'une des démarches les plus compliquées à mettre en œuvre...