

Complémentaires
santé

Le scandale !

Complémentaires
santé

Le scandale !

Frédéric Bizard

DUNOD

Les annexes de ce livre sont à retrouver sur le blog de l'auteur :
www.fredericbizard.com

Photo de couverture © Fotolia.com

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique</p>	 <p>DANGER LE PHOTOCOPIAGE TUE LE LIVRE</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	---	--

© Dunod, 2016

Nouvelle édition entièrement revue et modifiée
de l'ouvrage paru sous le même titre © Dunod, 2013

5 rue Laramignière, 75005 Paris
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-074380-3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

*« Si l'homme échoue à concilier la justice et la liberté,
alors il échoue à tout. »*
Albert Camus

SOMMAIRE

Préambule	IX
Introduction	1
1. QUI SONT LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE MALADIE (OCAM) ?	7
2. QUE FONT LES OCAM DE VOTRE ARGENT ?	33
3. LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ SONT-ELLES EFFICACES ?	69
4. RÉSEAUX DE SOINS CONVENTIONNÉS <i>Les raisons de les supprimer</i>	109
Conclusion	155

ANNEXES

1. COMPTES DE RÉSULTATS TECHNIQUES « SANTÉ » EN 2012 ET 2013	163
2. COÛTS D'ADMINISTRATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ	169
3. MIEUX COMPRENDRE VOS REMBOURSEMENTS	173
4. TARIFS DES ACTES ET RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS	177
5. CONSOMMATION DE SOINS DES MÉNAGES TESTS	181
6. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DE TRENTE MUTUELLES RÉALISÉE PAR L'UNION DES CHIRURGIENS DE FRANCE <i>Du 01.01.2013 au 31.03.2013</i>	185
Glossaire	192
Table des matières	196

Préambule

LOI Le Roux, réforme des contrats responsables, généralisation des contrats collectifs, contrats ACS, contrats seniors... ces dernières années ont été marquées par une production sans précédent de textes législatifs et réglementaires dans le secteur des complémentaires santé dans notre pays. Suite à nos premiers travaux publiés en 2013 sur le secteur, il nous a donc semblé utile de mener une réflexion sur l'impact de ces initiatives sur le marché des complémentaires santé et notre système de santé en général.

Alors que la santé est une des préoccupations majeures des Français, alors qu'elle représente le deuxième budget social le plus élevé après les retraites, alors que la branche d'assurance maladie est la plus déficitaire de la sécurité sociale, bien peu de citoyens comprennent le mécanisme de remboursement des soins. Il faut dire que ni les pouvoirs publics ni les opérateurs privés n'ont agi dans le sens de la simplification et de l'optimisation du système.

Alors que les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) couvrent plus de 95 % de la population française et que le gouvernement souhaite leur donner plus de pouvoir de régulation, un état des lieux du marché, une analyse de leur fonctionnement et des conséquences de leur montée en puissance s'imposent. C'est l'objet de ce livre, qui a aussi pour vocation de fournir une boîte à outils pédagogique pour mieux comprendre le financement des soins, et tenter de percer les zones d'ombre du fonctionnement d'un système de financement qui nous concerne tous.

Nous avons mené récemment des travaux de recherche sur la refondation de notre système de santé¹ sur lesquels nous nous appuierons pour présenter des propositions de réforme de ce système de financement. Ces travaux ont été menés indépendamment de toute institution pour demeurer entièrement libre dans notre réflexion.

Face à la complexité du thème abordé pour bon nombre de personnes, cet ouvrage a été conçu pour faciliter sa lecture et son usage. Il peut être utilisé comme une source d'informations sur des thèmes précis, accessibles rapidement à partir du sommaire. Chaque chapitre se termine par un résumé de points à retenir. Une liste des 10 règles d'or pour bien choisir sa complémentaire santé est proposée. Des outils complémentaires sont disponibles sur le site Internet de l'auteur (www.fredericbizard.com) et de l'éditeur (www.dunod.com) pour mieux évaluer vos remboursements et maîtriser vos dépenses de soins.

Bonne lecture !

Frédéric BIZARD
Le 12 novembre 2015

1. BIZARD F., *Politique de santé : Réussir le changement*, préface de Catherine Audard, Paris, Dunod, 2015.

Introduction

«**F**AITES confiance aux complémentaires santé pour maîtriser les dépenses de santé », affirmait récemment un dirigeant d'un des principaux organismes complémentaires d'assurance maladie (appelés Ocam dans ce livre). Ce cri du cœur n'est pas isolé, il est poussé par tout un secteur qui se sent pousser des ailes. En effet, la conquête du pouvoir par les Ocam dans notre système de santé est en marche, à un rythme accéléré ces dernières années.

Elle a commencé par l'extension de la couverture de la population, passée de 70 % dans les années 1980 à plus de 95 % aujourd'hui. Elle s'est poursuivie avec la loi santé d'août 2004 qui a introduit les Ocam dans la gouvernance du système de santé. La création de l'Union nationale des organismes de complémentaires d'assurance maladie (Unocam) dans cette loi avait pour objet de faire participer les Ocam à la régulation des professionnels de santé. Elle a trouvé son apothéose avec la politique de santé menée depuis 2012 qui a été largement au service des Ocam. Le candidat Hollande avait inclus dans son programme électoral deux mesures qui n'avaient pas été au cœur de la campagne présidentielle mais qui annonçaient la couleur : une généralisation de la complémentaire santé et un tiers payant généralisé très soutenu par les Ocam. La politique menée par la Ministre de Santé sera conforme aux engagements pris envers le secteur, publiquement pour certains et plus secrètement pour d'autres.

Dès son entrée en fonction en mai 2012, la Ministre a lancé une attaque virulente contre les compléments d'honoraires des médecins de secteur 2, cible principale de la Mutualité française qui veut mettre fin à la liberté d'honoraires régulée. Peu importe que cette liberté d'honoraires ait toujours existé depuis 1945 et qu'elle ait été élargie par les pouvoirs publics en 1980 à des milliers de médecins. Pour permettre aux Ocam de réduire leurs remboursements, il fallait diaboliser cette pratique, première mission accomplie !

En octobre 2012, le congrès de la Mutualité française a été l'occasion pour la Ministre d'accomplir une deuxième mission, celle-ci était restée secrète jusque-là, tant elle était injustifiable : le report d'un an de l'obligation de transparence des frais de gestion des Ocam vis-à-vis des assurés. La troisième mission sera le vote de la loi Le Roux fin 2013, autorisant les mutuelles à mettre en place des réseaux de soins conventionnés avec remboursements différenciés. Dans la même année, la loi de juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a instauré la généralisation des contrats collectifs à tous les salariés. Est venue ensuite la redéfinition des contrats responsables en 2014 qui a plafonné le remboursement de certains soins, dont ceux des consultations médicales et des lunettes.

La loi santé en cours d'examen en 2015 va donner satisfaction à une revendication de longue date des Ocam : l'accès à l'information médicale (*open data*) présent dans les serveurs de l'assurance maladie. Cette liste n'est pas exhaustive (on peut y ajouter les contrats ACS, les contrats seniors, etc.) mais elle illustre l'activisme effréné du gouvernement : à chaque année, sa loi ou son décret pour servir les Ocam, ou au moins la Mutualité française.

Les conséquences de ce qui revient à un transfert de pouvoir de l'assurance maladie vers les Ocam vont être majeures sur l'évolution de notre système de santé. C'est incontestablement un rapprochement de notre système de santé vers le système américain du *managed care* qui est en marche. La mesure la plus emblématique est la loi Le Roux qui accélère la constitution des réseaux de soins, duplication dans notre système des réseaux HMO et PPO américains (*chapitre 4*). Cette extension est certes limitée à certains soins courants mais les Ocam sont déjà en action pour qu'on

n'en reste pas là. La digue principale contenue dans le code de la mutualité a sauté, les autres digues ne résisteront pas longtemps. Cette évolution « à l'américaine » de notre système de santé a été accélérée depuis 2012, mais elle remonte à plus longtemps. Aucune personnalité politique ne l'a jamais revendiqué et se garderait bien de le faire. On est dans une évolution rampante de notre système. L'affaiblissement du rôle de l'assurance maladie par l'État depuis vingt ans se traduit en réalité par un renforcement des Ocam dans la gestion du risque. Un des objectifs de ce livre est de faire prendre conscience de cette réalité et de ses conséquences. Nous évoquerons les mesures à prendre tant qu'il n'est pas encore trop tard d'agir.

Cette évolution est le fruit d'un long processus idéologique au sein de l'État qui fait suite à l'incapacité de son administration (sachant que le politique s'intéresse peu au sujet) à maîtriser durablement les dépenses et à adapter notre système de santé aux nouveaux enjeux. Le respect de l'Ondam¹ depuis 2010, obtenu principalement en diminuant la valeur réelle ou nominale des tarifs et non en restructurant pour améliorer l'efficacité du système, n'est pas tenable dans la durée, surtout si l'on veut diffuser l'innovation médicale. Il a ainsi été admis qu'il fallait confier la régulation de ceux que l'État estimait être les principaux responsables des dérives du système et des dépenses, les professionnels de santé, au secteur financier privé. Celui-ci serait probablement plus efficace et surtout plus libre pour agir, n'ayant ni contraintes électorales ni contre-pouvoir. En bref, l'État se dit que puisque les pouvoirs publics n'arrivent pas à contraindre les professionnels de santé à maîtriser les dépenses, laissons les assureurs privés le faire. Au-delà de l'erreur de raisonnement sur le plan économique, déjà commise dans les années 1980 et 1990 où l'on a diminué par deux le *numerus clausus* des médecins, c'est une formidable abdication de l'autorité publique dans son rôle de défense de l'intérêt général, qu'elle avait en partie délégué à l'Assurance maladie.

1. Objectif national des dépenses d'assurance maladie, voté chaque année par l'Assemblée nationale.

Ceci se fait à une période critique, celle où le *big data* et l'*open data* passent du virtuel au réel. La révolution technologique est en marche pour permettre la transformation d'une masse de données vertigineuses, mais peu exploitables, en des données intelligentes et utilisables pour mieux connaître les profils personnels des assurés et donc leurs risques individuels. Alors que ni les professionnels de santé ni les patients ne sont en capacité d'avoir un accès facile aux données (le dossier médical personnel est encore dans les limbes), les Ocam le sont, ou sont sur le point de l'être. Le projet de loi santé Touraine en cours d'examen leur ouvre les portes, avec des garde-fous dérisoires, d'une des bases de données médicales les plus riches au monde, celle contenue dans les serveurs de l'Assurance maladie. L'information étant la source du pouvoir et de la rentabilité dans l'assurance, les opportunités de profit, mais aussi les risques de dérives, si on ne régule pas mieux les Ocam, vont considérablement s'accroître dans l'assurance santé.

Outre le numérique, la révolution technologique a aussi une composante génomique. Une société comme Google a déjà banalisé le séquençage génomique, elle ne manquera pas de le généraliser en le mettant au service des Ocam. Par l'entremise de sociétés spécialisées sur le traitement de données, les Ocam vont être en mesure de profiler les assurés. Même si la loi tentera de leur empêcher l'accès à des données médicales personnalisées, la remontée d'informations par les objets connectés, entre autres sources, leur fournira cette donnée. Il suffira ensuite d'offrir à l'assuré son séquençage génomique pour pouvoir relier ses prédispositions génétiques à son comportement individuel et adapter la prime en conséquence. Notre liberté individuelle sera ainsi cantonnée à ce que les clauses du contrat d'assurance nous permettront de faire, où alors il faudra payer le prix... pour ceux qui le pourront. Les inégalités sociales seront aussi creusées du fait des différences de l'état sanitaire de la population selon le gradient social.

Ce scénario sera jugé excessif par les acteurs de cette évolution, mais il est pleinement réaliste. Nous avons déjà expliqué dans notre précédent livre notre position sur la révolution technologique : « la comprendre pour ne pas la craindre, la diffuser pour en bénéficier

pleinement, la réguler pour ne pas la subir ». L'innovation technologique va apporter une grande partie des solutions aux défis à relever en santé, à condition qu'on la diffuse rapidement et qu'on la régule efficacement. C'est l'absence de vision et de volonté politique de réforme structurelle à la hauteur des enjeux qui en élève le risque.

Pour pouvoir évaluer ce risque et imaginer les solutions pour le gérer, encore faut-il comprendre *a minima* le fonctionnement et l'organisation de ce secteur économique des Ocam. Peut-on vraiment leur faire aveuglément confiance, comme nous le demande ce dirigeant ? Notre but est que chacun puisse se faire sa propre opinion. Pour mieux connaître ce secteur, nous évoquerons son histoire, ses acteurs et son fonctionnement (*chapitre 1*). Nous analyserons ensuite ce que font les Ocam des 35 milliards d'euros de primes que leur confient les Français pour couvrir une partie de leur risque santé (*chapitre 2*). Puis, nous évaluerons l'efficacité de ce système de financement (*chapitre 3*). Enfin, nous expliquerons le mécanisme des réseaux de soins conventionnés avec remboursements différenciés et les raisons qui justifient leur suppression (*chapitre 4*). La dernière partie nous conduit à un parti pris tant il semble s'imposer pour respecter les valeurs de notre République.

Nous souhaitons que la réflexion menée au sein de cet ouvrage apporte la matière indispensable à un débat public qui fait défaut, sur un sujet pourtant crucial pour chaque Français.

