



**LE COÛT DE LA COUVERTURE SANTÉ
POUR LES MÉNAGES**

ENQUÊTE ET PROPOSITIONS DE L'UFC-QUE CHOISIR



Introduction

L'UFC-Que Choisir vient de réaliser une étude sur le poids des dépenses de santé dans le budget des consommateurs et particulièrement celui relatif à l'achat des assurances en santé.

Ces dernières années, les pouvoirs publics accumulent les mesures visant à sortir de plus en plus de dépenses de santé du champ de l'assurance-maladie pour les transférer directement aux consommateurs. Ainsi, quand une personne consacrait 407 € à se soigner en 2001 -reste à charge et éventuelle cotisation de complémentaire-, elle devait y consacrer 618 € sept ans plus tard soit une progression de 52%. Cette inflation des dépenses de santé est, dans une large mesure, liée au marché des complémentaires.

Mais l'effort exigé n'est pas le même d'un ménage à l'autre. Ce qui signifie que les mesures d'économie n'ont pas les mêmes conséquences d'un consommateur à l'autre.

Tous ces éléments sont venus plaider pour que l'UFC-Que Choisir mène une analyse plus fine visant à connaître le poids et l'évolution des dépenses de santé sur différentes strates de la population.

Très rapidement, l'analyse a démontré que, parmi les sommes qui restent à la charge des ménages, l'achat d'une assurance complémentaire constitue le premier poste. C'est pourquoi l'association a souhaité mettre l'accent sur le poste de dépense en santé relatif à l'achat d'une assurance santé. Dans ce domaine, le constat est sans appel :

- Les complémentaires sont devenues un pré requis dans l'accès aux soins.
- L'accroissement du poids des dépenses de santé pour les ménages s'est accompagné de difficultés croissantes dans le choix et l'acquisition d'une assurance santé complémentaire.
- Les consommateurs ont été soumis à une inflation des primes d'assurance santé déconnectées des remboursements.

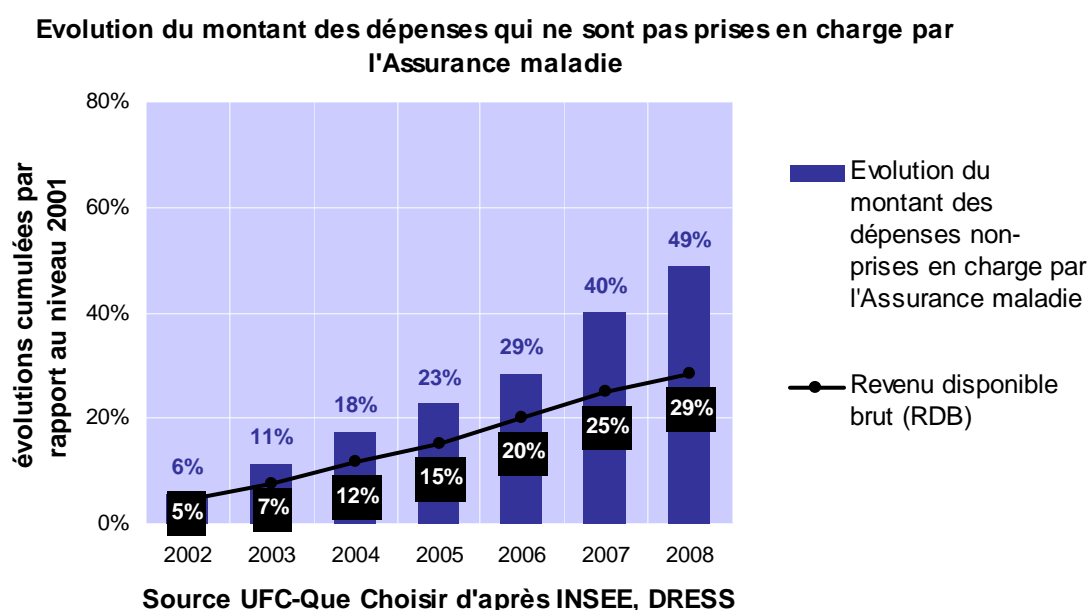
► Protocole d'investigation

Les données utilisées émanent de différentes sources de la statistique publique intervenant dans le secteur de la santé (IRDES, DREES, INSEE) mais également de l'assurance (ACAM devenue ACP, Fond CMU). Nous limitons notre analyse à la période 2001-2008, les données pour les années postérieures n'étant pas encore disponibles.

1^{er} constat : l'inflation des dépenses de santé rend indispensable l'achat d'une complémentaire

La hausse des dépenses en volume qui restaient à la charge des ménages est très marquée sur la période 2001-2008. Ces dépenses ont augmenté de moitié sur cette période quand, dans le même temps, le revenu disponible des ménages ne progressait que de 29%.

Figure 1 Hausse des dépenses de santé qui ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie



1.1 Une réalité contrastée d'un ménage à l'autre

Au-delà de ces chiffres, l'effort exigé n'est pas le même d'un ménage à l'autre. Ce qui signifie que les mesures d'économie n'ont pas les mêmes conséquences d'un consommateur à l'autre.

C'est la raison pour laquelle l'UFC-Que Choisir a diligenté une étude pour analyser le poids des dépenses de santé sur différentes strates de la population. Cette étude a permis de démontrer que certains foyers doivent aujourd'hui consacrer 15% de leur budget à se soigner, soit autant que ce que les ménages consacrent habituellement à se nourrir.

1.2 Un accès aux complémentaires financièrement très inéquitable

Premier enseignement de notre étude : l'accès à la santé est beaucoup plus coûteux pour certains ménages que pour d'autres. Ce constat était déjà vrai en 2001. Certains ménages devaient – et non pouvaient – consacrer une proportion de leur revenu plus de 11 fois supérieure à d'autres pour se soigner. Malgré la mise en place de la couverture maladie universelle et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire, en l'espace de neuf ans, la différence a continué de progresser.



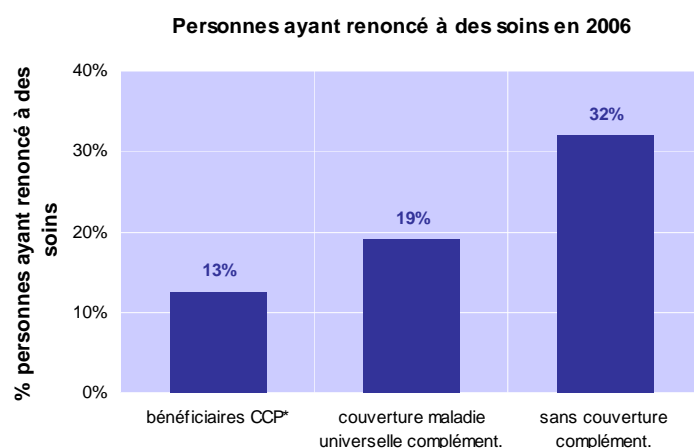
L'âge, la catégorie socioprofessionnelle, ou encore la situation géographique mais aussi le type d'assurance souscrit et le niveau de garantie, sont autant de variables qui contribuent à expliquer un accès aux soins financièrement très inéquitable. Parmi les critères de stratification retenus, l'âge était la variable la plus discriminante. En effet, avec l'âge, la part du revenu consacrée à la santé augmente. La différence est particulièrement marquée lors du passage à la retraite, où cette part est, en moyenne, multipliée par trois environ. Ce résultat reflète l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux, qui augmente avec l'âge.

L'étude a permis de démontrer également que les dépenses de soins pèsent proportionnellement pratiquement deux fois moins sur le revenu des ménages bénéficiant d'un contrat collectif que sur le revenu des ménages souscrivant à un contrat individuel.

1.3 L'accès à une complémentaire devient un pré requis pour se soigner

L'autre enseignement de l'étude est le lien entre accès aux soins et possession d'une complémentaire en santé privée, elle-même conditionnée aux niveaux de ressources.

Figure 2 Taux de renoncement aux soins selon le type de couverture complémentaire



*CCP: couverture complémentaire privée

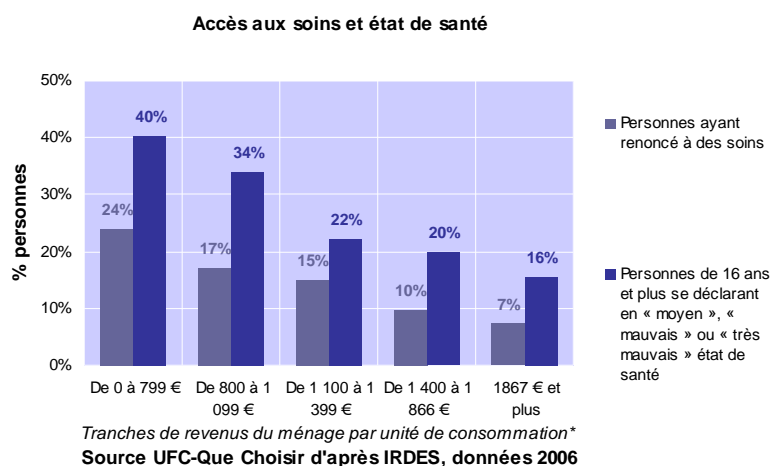
Source UFC-Que Choisir d'après IRDES - Données : ESPS 2006

En effet, comme on peut le voir en figure 2, parmi les personnes qui ne disposent pas de complémentaire santé, une sur trois renonce chaque année à des soins pour des raisons financières ; c'est près de trois fois plus que ce qu'on observe sur le reste de la population. **Conséquence de la baisse chronique des remboursements de l'assurance-maladie, la couverture complémentaire privée devient de plus en plus un pré requis pour pouvoir se soigner.**

Cependant, l'accès à une complémentaire (mais aussi le niveau des garanties offertes), loin d'être un choix personnel, est lié aux ressources du ménage. C'est ce que montre le graphique ci-dessous où l'on voit que les ménages modestes doivent consacrer 10% de leurs ressources à l'achat d'une complémentaire en santé.



Figure 3 Taux d'effort pour l'achat d'une complémentaire santé et couverture complémentaire selon le revenu en 2006



Revenu par unité de consommation

Le revenu par unité de consommation (UC) permet de comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente à partir de l'échelle de l'OCDE qui retient la pondération suivante :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

Dans ces conditions, de nombreux ménages font le choix de renoncer à l'acquisition d'une assurance santé. Ainsi, parmi les 20% de français les plus modestes, 14% ne disposaient pas de couverture complémentaire en santé et parmi les 20% d'individus de la tranche de revenu juste au-dessus (800-1099 euros), le taux de renoncement reste élevé puisque près d'une personne sur dix n'a pas de couverture complémentaire.

1.4 Les échecs des politiques successives d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Face à de telles situations, les pouvoirs publics ont essayé de réagir notamment en lançant des dispositifs d'aides budgétaires pour l'achat d'une complémentaire.

En 2005, un premier dispositif a vu le jour : l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé (ACS). Néanmoins, après 3 années, l'échec du dispositif était diagnostiqué¹, ce qui a conduit à son abandon.

En janvier 2008, un nouveau dispositif a été mis en place : le chèque santé. Cependant au regard des résultats, force est de constater que cette solution n'a pas encore apporté de réponse satisfaisante au problème même si l'échec est moins patent que celui de l'ACS. Aujourd'hui, selon les projections, sur les deux millions de bénéficiaires qui pourraient y prétendre, seul un quart en profiterait effectivement.

¹ En 2008, seules 200 000 personnes en bénéficiaient soit 10% de l'ensemble des bénéficiaires potentiels. Le ministère de la santé expliquait l'échec du dispositif par sa « complexité pour les assurés ».



2^{ème} Constat : des difficultés croissantes des consommateurs dans l'achat d'une assurance santé

2.1 Des contrats illisibles

Afin de se prémunir contre le risque maladie, le consommateur doit donc de plus en plus souvent souscrire un contrat d'assurance complémentaire.

En premier lieu, il s'agit pour le consommateur de présélectionner le ou les organismes pour une demande de devis puis, dans un deuxième temps, de sélectionner son contrat qui prévoit les garanties de couverture.

S'agissant du choix de l'organisme, le consommateur doit faire face à une offre pléthorique d'établissements de statuts divers. Le fonds CMU a comptabilisé 876 établissements habilités à proposer des complémentaires santé pour l'année 2008 relevant de trois statuts différents: les mutuelles régies par le code de la mutualité, les sociétés d'assurance régies par le code des assurances et les instituts de prévoyance régis par le code de la Sécurité sociale. Force est de constater que le choix reste particulièrement malaisé.

Après la phase de présélection de l'organisme, vient le moment du choix du contrat en fonction des garanties proposées.

Le décryptage des contrats d'assurances complémentaires s'apparente alors à un travail long et fastidieux du fait de la multitude des tarifs à prendre en compte et d'un jargon malaisé à décrypter.

Parmi les principales difficultés, le fait que les garanties sont exprimées de diverses façons : en pourcentages ou en sommes forfaitaires voire au réel. En outre, tous les pourcentages annoncés dans les contrats ne sont pas calculés sur le montant des frais engagés par l'assuré mais sur la base de remboursement de la Sécurité sociale. Ainsi, le terme « *remboursement à 100%* », pour le moins équivoque, ne signifie pas un remboursement à hauteur de 100% des frais engagés mais à hauteur de 100% du tarif conventionné, chiffre que la grande majorité des assurés ignore.

Dans ces conditions, difficile pour le consommateur de décrypter les garanties dont il dispose dans son contrat et encore plus d'établir une comparaison entre les différents contrats.



Encadré 4 Quelques exemples de brochures d'assurances en santé

	Nature des actes		Assurance maladie		Tradition ¹	
	Maladie - Soins courants					
	Honoraires médicaux		70 %	100 %		
	Auxiliaires médicaux		60 %	100 %		
	Frais pharmaceutiques		35 ou 65 %	100 %		
	Analyses médicales		60 %	100 %		
	Frais de transport		65 %	100 %		
	Appareillage		65 %	100 %		
	Ostéodensitométrie non remboursée par l'Assurance maladie		-	-	35 euros par année civile	
	Osteopathie/chiropraxie		-	-	45 euros par an (3 forfaits de 15 euros)	
	Dentaire					
	Soins dentaires		70 %	100 %	100 %	
	Couronne (selon la nature et la position de la couronne concernée)		70 %	100 %	De 244,03 à 393,45 euros	
	Couronne provisoire (dent visible)		-	-	47,10 euros	
	Autre prothèse		70 %	100 %	227 %	
	Soins et prothèses non pris en charge par l'Assurance maladie		-	-	-	
	Orthodontie		100 %	100 %	309,60 euros par semestre de soins	
	Soins orthodontiques		70 %	100 %	160 %	
	Orthodontie rejetée par l'Assurance maladie (commencée avant le 1 ^{er} anniversaire)		-	-	193,50 euros par semestre	
	Implantologie		-	-	100 euros pour un implant par an	
	Optique (par année civile) selon l'âge					
	Monture					
	Par verre, 18 ans et plus				% + 46 euros	
	Par verre, moins de 18 ans				% + 23 euros	
	Lentilles toriques, progressives (par l'Assurance maladie)				% + 92 euros par année civile	
	Lentilles toriques, progressives (médicament mais non remboursées par l'Assurance maladie)				euros par année civile	
	Chirurgie réfractive				euros par œil	
	Quelques exemples de remboursement...					
	HOSPITALISATION					
	Chambre particulière (remboursement limité à 30 jours en moyen séjour)		50 €/jr			
	en maison de convalescence, de repos...					
	Lit accompagnant sans limite		15 €/jr			
	OPTIQUE					
	Lunettes (verres, montures)		109,27 €			
	Lentilles (non prises en charge par la Sécurité sociale)		100 €			
	DENTAIRE					
	Couronne		234,38 €/an			
	MEDECINE					
	Consultation chez votre généraliste		21 €			
	Consultation chez votre spécialiste (dermatologue)		27 €			
	Consultation chez votre cardiologue		56,17 €			
	Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, podologue)		25 € / séance			
	Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues		jusqu'à 3 / an			

	Remboursements Sécurité sociale	102 €/AN	228
SOINS MÉDICAUX			
Généralistes/spécialistes	70 %	100 %	10
Pharmacie (Vignettes blanches et bleues)	35 à 65 %	100 %	10
Petits appareillages/orthèses	65 %	100 %	10
Analyses/laboratoires	60 %	100 %	10
Radiologie/actes médicaux/chirurgie sans hospitalisation	70 %	70 %	10
Orthopédie/autres appareillages	85 %	85 %	10
Soins infirmiers/kiné/orthoptie/orthophonie/podologie	60 %	60 %	10
Frais de transport agréés	65 %	65 %	10
Sécurité sociale	65 %	65 %	10
HOSPITALISATION			
Médicale/maternité/chirurgicale/IVG	80 à 100 %	100 %	10
Forfait journalier hospitalier (illimité)	-	18 €/J	18
Forfait chambre particulière (limité à 21 jours du 01/10/10 au 30/09/11)	-	-	-
Indemnité hospitalière ¹¹	-	10 €/J	15 €/J
Forfait naissance ¹²	-	150 €	150 €
DENTAIRE			
Soins	70 %	70 %	100 %
Prothèses	70 %	70 %	100 %
Forfait annuel	-	-	50 €
Forfait par période*	-	-	12,50 €
OPTIQUE			
Montures/verres/lentilles	65 %	65 %	100 %
Forfait annuel	-	-	50 €
Forfait par période*	-	-	12,50 €
FORFAIT SANTÉ BIEN ÊTRE			
Homéopathie, nutritionniste, ostéopathe, diététicien ¹³	-	30 €	100 €
	-	7,50 €/péri.	15 €/péri.
Prescription rhumatoïdienne ¹⁴	-	10 €	20 €

Autre difficulté pour certains consommateurs, trouver un organisme qui acceptera de l'assurer. En effet, en toute logique, un organisme complémentaire va chercher à « sélectionner le risque » qu'il devra assurer. Ainsi, certains font le choix de ne plus accepter de nouveaux clients potentiellement « moins rentables », on parle alors de sélection du risque. Par exemple, les montants des sommes à rembourser n'excèdent pas 400 euros pour une personne de 0 à 45 ans alors, qu'après 70 ans, ces sommes dépassent 800 euros. Pour un organisme complémentaire, il est bien évidemment plus tentant de chercher à attirer en priorité les moins de 45 ans.

2.2 Une prise de conscience faute d'une réelle prise en main du dossier

Les pouvoirs publics semblent avoir pris conscience du problème. Ainsi, Roselyne Bachelot a demandé à Fabrice Henry, président de l'Unocam, qui fédère les mutuelles, assureurs privés et instituts de prévoyance, de lui formuler « des propositions visant à simplifier la présentation et l'expression des garanties. » [...] dans un objectif de permettre « une identification la plus précise possible, par l'assuré, des montants de remboursements de la Sécurité sociale, de l'organisme complémentaire santé, ainsi que de son reste à charge. »

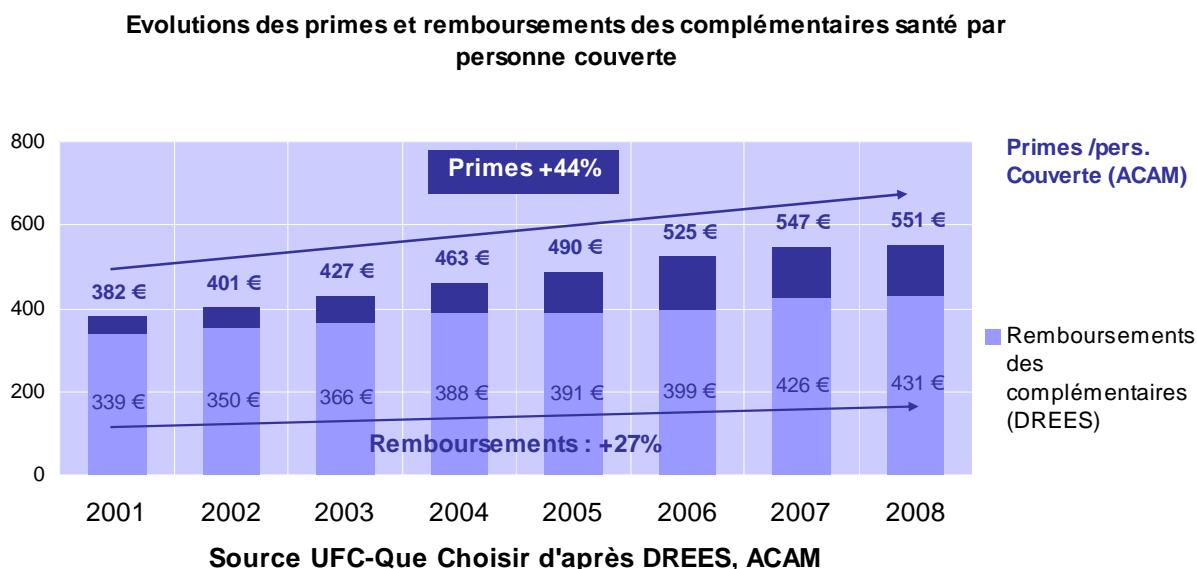
2.3 Les solutions proposées par l'Unocam devraient rester de peu d'effet

Les pistes de travail validées par le bureau de l'Unocam portent sur le vocabulaire à utiliser, sur la façon d'exprimer ce qui est couvert et enfin sur des conseils de choix à proposer aux futurs assurés. L'idée de l'Unocam est d'éditer des recommandations auprès des complémentaires, voire de s'atteler à la rédaction d'une charte. Toutefois, compte-tenu du morcellement du secteur (rappelons-le, plusieurs centaines d'organismes complémentaires différents sont concernés) et du caractère non-contraignant des mesures – notamment dans le cas où cela se traduirait par une simple recommandation – celles-ci risquent de se révéler peu efficaces au final. Il importe de constituer un cadre véritable juridique si l'on veut garantir au consommateur plus de lisibilité et de transparence dans les contrats de complémentaire.

3^{ème} constat : Des hausses injustifiées des montants des primes d'assurance-santé

3.1 L'assurance santé : un marché plein de promesses... pour les complémentaires

Figure 5 Les cotisations progressent plus vite que les prestations de remboursement



Comme le montre la figure 5, les primes par personne couverte des contrats de complémentaire en santé ont connu une progression de +44% entre 2001 et 2008 sans commune mesure avec l'évolution des prestations de remboursement qui ne progressaient que d'un modeste +27% sur la même période.

3.2 La hausse des dépenses santé couverte par les complémentaires

L'évolution des remboursements par personne couverte versés par les complémentaires s'explique :

- En premier lieu par la hausse des dépenses de santé dont la croissance annuelle dépasse les 4% sur toute la période.
- En second lieu par le désengagement constant de la Sécurité sociale conséquence des nombreuses mesures d'économie qui se sont accumulées notamment depuis 2004 partiellement prises en charge par les complémentaires.



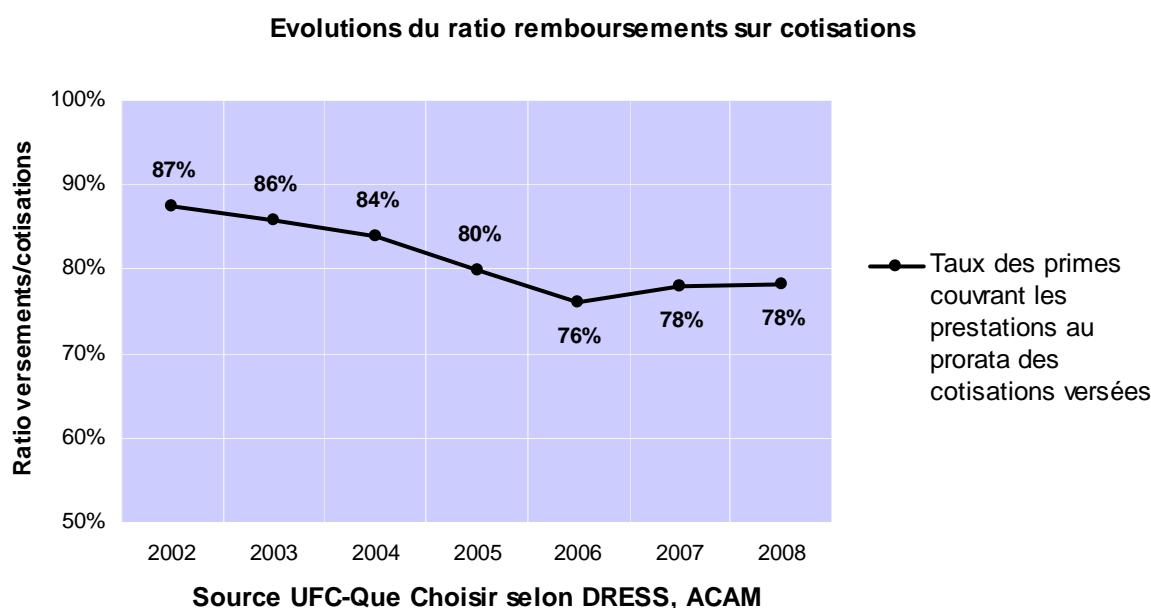
Encadré 6 Les principales mesures d'économie dans le domaine de la santé

2005 : participation forfaitaire de 1 euro	Chaque acte réalisé par un médecin ou analyse de biologie médicale est facturé 1 euro. Cette mesure aura coûté 630 millions d'euros aux seuls ménages la première année
2006 : participation forfaitaire de 18 euros	Depuis le 1er septembre 2006, une participation forfaitaire de 18 euros, à la charge des assurés, s'applique sur les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 91 euros, un nouveau surcoût pour les ménages
2006 : parcours de soins	Le respect du parcours de soins impose la consultation d'un médecin traitant. Dans le cas contraire, et sauf exception, la part remboursée par l'assurance maladie obligatoire est réduite. Un coût pour les ménages de 420 millions d'euros l'année de la mise en place
2006 : déremboursement de médicaments	Depuis février 2006, le remboursement pris en charge par l'assurance maladie de médicaments parmi lesquels des veinotoniques, des anti-diarrhéiques et des médicaments utilisés en otorhino-laryngologie passe de 35 % à 15 %. Ce qui s'est traduit par un coût supplémentaire pour les ménages de 462 millions d'euros en 2006
2008 : franchises médicales	Le montant de ces franchises ne peut excéder 50 euros par an et par assuré. Sont concernés les médicaments (0,50 euros par boîte), les actes réalisés par les auxiliaires médicaux (0,50 euros par acte) et les transports sanitaires (2 euros par transport). Le coût de ces franchises pour les ménages s'élève à 850 millions d'euros pour la seule année 2008
2008 : déremboursement de médicaments	Depuis le 1er janvier 2008, les médicaments visés par la mesure de déremboursement instituée en 2006 ne sont plus pris en charge par la Sécurité sociale. Cette nouvelle mesure correspond à 306 millions d'euros de dépenses supplémentaires en 2008

3.3 Une dégradation des prestations de remboursement des complémentaires santé

Parallèlement à la hausse des primes des complémentaires, les consommateurs subissaient une dégradation des prestations de remboursement par leur complémentaire. Ainsi, quand en 2001, 87% des sommes prélevées par les organismes complémentaires étaient reversées aux assurés, 7 ans plus tard, seuls 78% leur étaient reversés comme le montre la figure 7.

Figure 7 La détérioration de la performance de couverture des complémentaires santé





Cette dégradation des prestations de remboursement est liée à deux facteurs :

- Les modifications dans la taxation des organismes complémentaires qui est répercutée aux assurés.
- L'évolution des frais de fonctionnement des organismes complémentaires (frais de structure, de gestion, de distribution, etc.) et celle de leurs marges.

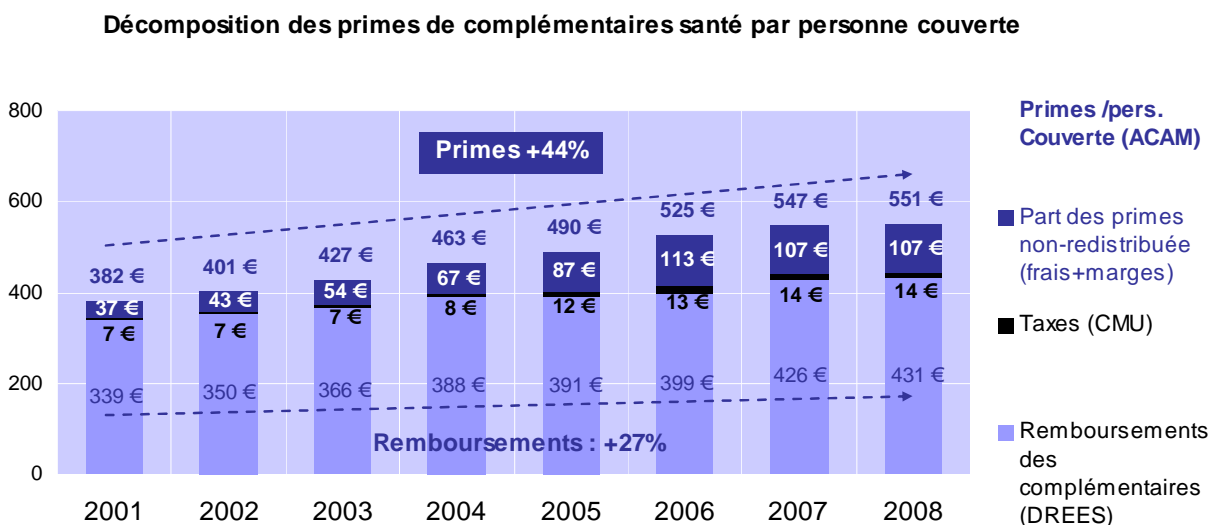
3.3.1 L'impact des modifications dans la taxation

S'agissant du premier facteur – les modifications de la taxation des organismes complémentaires – son impact est resté limité jusqu'à 2008. En effet, la taxe CMU a été augmentée de 0,75% en 2005. Ce facteur ne peut expliquer qu'une hausse marginale du tarif des complémentaires. On évalue l'incidence de ce facteur à une hausse de 7 euros par personne couverte du montant total des primes des assurances santé entre 2001 et 2008.

3.3.2 L'analyse des frais de fonctionnement et des marges des organismes complémentaires

La dégradation des performances de remboursement des complémentaires s'explique donc d'abord par l'accroissement des frais de fonctionnement et des marges des organismes complémentaires sur la période 2001-2008 comme le montre la figure 8.

Figure 8 Décomposition des primes des complémentaires par personne couverte



Ce phénomène a d'ailleurs été pointé par la Cour des comptes lors d'une enquête² qu'elle a réalisée en 2008 à la demande du Sénat. Les magistrats mettaient en lumière alors des frais de gestion des complémentaires qui atteignaient 25% contre 5% pour l'assurance-maladie.

² En juin 2008, la commission des affaires sociales du Sénat a demandé à la Cour des comptes de procéder à une enquête "sur la répartition du financement des dépenses de maladie depuis 1996 et les transferts opérés entre assurance maladie obligatoire, assurances complémentaires et ménages".



L'inflation des dépenses de communication est particulièrement illustrative de ce phénomène avec une progression de 150% en 5 ans des budgets publicitaires des dix premiers annonceurs du secteur de l'assurance.

Encadré 9 L'inflation emblématique des budgets publicitaires

Les chiffres de TNS Media Intelligence, montrent que les dix plus importants budgets publicitaires des sociétés du secteur de l'assurance sont passés de 19 millions d'euros en 2002 à 48 millions en 2008, avec une pointe à plus de 53 millions d'euros en 2007.

En 2008, au plus fort de la crise, alors que l'ensemble des budgets publicitaires étaient en forte baisse, le secteur assurance progressait lui de 4,5% avec un budget total estimé de 612 millions d'euros.

Les budgets publicitaires seraient ainsi en progression de près de 10% par an.

Nos analyses soulignent en outre la très grande hétérogénéité des prestations entre les différents acteurs (cf. figure 10). Ainsi, les prestations n'excèdent pas 71% des cotisations dans le cas de complémentaires souscrites chez un assureur privé contre 80% pour un contrat souscrit auprès d'un organisme mutualiste. Les différences s'expliquent notamment par des marges nettement supérieures chez les premiers (de plus de 10% des primes perçues pour l'ensemble des activités des organismes assurant une couverture santé).

Figure 10 Le ratio remboursements sur primes en santé selon le type d'organismes

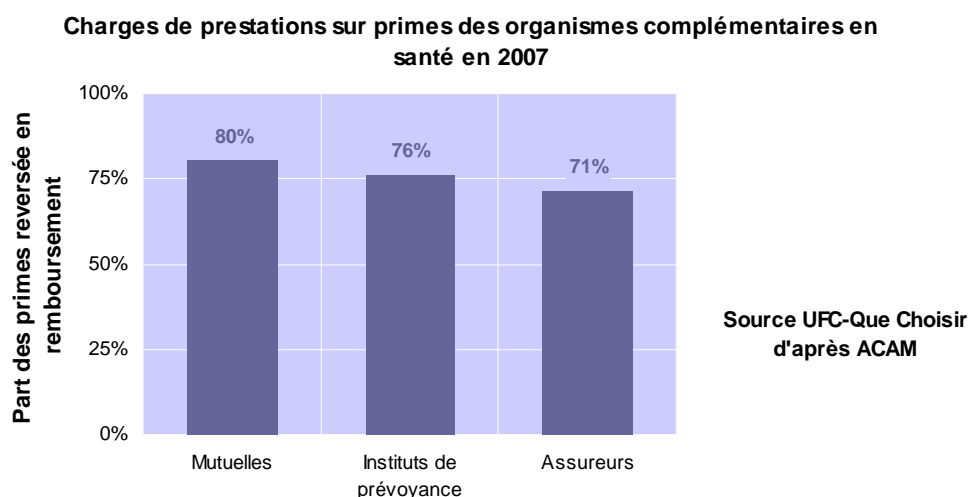
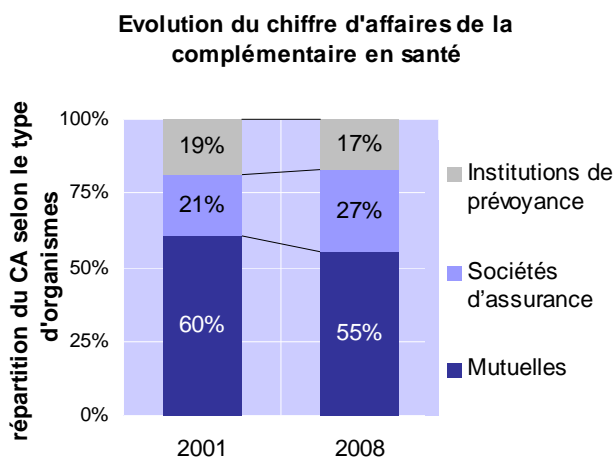


Figure 11 Les évolutions des parts de marchés entre les acteurs du marché



Source : données ACAM redressées



Les figures 10 et 11 soulignent que paradoxalement se sont les organismes complémentaires qui offrent les moins bonnes performances de remboursement qui voient leurs parts de marchés croître.
L'UFC-Que Choisir apporte donc aujourd'hui la preuve des dérives d'un marché qui risquent de s'aggraver avec le PLFFS 2011



Des perspectives plus sombres encore dans le PLFSS 2011

► Toujours plus de dépenses transférées aux ménages

Les mesures envisagées par le gouvernement pour financer les dépenses de santé en 2011 prévoient de nouvelles mesures d'économie. Or les autorités ont pris le parti de faire passer ces réformes d'économie en sollicitant les organismes complémentaires. Comme nous l'avons constaté, ces mesures sont ensuite répercutées sur les primes d'assurance santé. Ce qui signifie que, quand les autorités déclarent vouloir mettre les organismes complémentaires à contribution, il ne s'agit pas de les inciter à limiter le montant des frais de gestion ou des bénéfices mais bien de taxer le consommateur au final. Dans ce cadre, rappelons que 76% des primes des contrats d'assurance santé sont supportées directement par les ménages ; les entreprises supportant les 24% restants.

Ainsi, les nouvelles mesures de déremboursement évoquées -qui transfèrent 500 millions d'euros de dépenses supplémentaires aux complémentaires- pourraient représenter, si elles étaient intégralement reportées sur les consommateurs, un surcoût annuel de 22 euros par personne couverte sur les primes d'assurance santé.

► La taxe sur les contrats d'assurance

En 2011, une nouvelle taxe va faire son apparition : la taxe sur les contrats d'assurance (TCA ou TSCA) de 3,5% sur le chiffre d'affaires des complémentaires santé. Cette taxe survient après la hausse de la taxe CMU-C qui, depuis 2009, est passé à 5,9%, induisant une augmentation des contrats des complémentaires en 2009 et 2010. Autant de mesures qui se traduisent par des augmentations des primes d'assurance santé des consommateurs indépendamment des prestations offertes.

La mesure de la fin d'exonération de la TSCA représente ainsi un nouveau surcoût de 26 euros par an et par personne couverte sur les contrats d'assurance santé de 2011.



L'urgence d'une régulation : les propositions de l'UFC-Que Choisir

► Le risque aggravé d'une exclusion du système de soins

Le triple constat dressé par l'UFC-Que Choisir, allié au renchérissement annoncé des primes des complémentaires, est d'autant plus alarmant que l'inflation du reste à charge aboutit à une exclusion de plus en plus de personnes du système de santé. Ainsi, en 2008, près de 9 millions de personnes ont renoncé à des soins pour des raisons budgétaires, c'est 20% de plus qu'en 2004.

Ce risque d'exclusion est contraire au principe d'égal accès aux soins, principe qui constitue l'un des objectifs de la loi de santé publique de 2004³.

De plus, comme l'a rappelé le Conseil constitutionnel en 2004⁴, les mesures d'économie ne doivent pas, par leur montant, remettre en cause les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, aux termes duquel la Nation « garantit à tous [...], la protection de la santé ».

Il importe donc de tirer les conséquences de ce risque en régulant le marché des complémentaires : Soucieuse de garantir l'égal accès de tous aux soins conformément aux principes des ordonnances de 1945, l'UFC-Que Choisir formule deux propositions concrètes pour obtenir une vraie réforme du secteur des complémentaires assurant plus de transparence et moins de cherté :

- **1^{ère} proposition : pour que le consommateur joue son rôle de régulateur : un indice de redistribution des contrats d'assurance en santé**

Aujourd'hui, l'opacité et le manque de lisibilité des contrats ne permettent pas aux consommateurs de choisir leur contrat d'assurance santé en connaissance de cause. Qui plus est, les incessantes modifications des clauses et conditions de remboursement par l'assurance-maladie comme par les complémentaires santé rendent nécessaire la création de nouveaux indices de comparaison des contrats d'assurance stables dans le temps.

→ L'UFC-Que Choisir est favorable à l'élaboration d'un indice de redistribution des complémentaires santé

Comme il est possible de connaître la consommation de carburant d'un véhicule ou celle en énergie des produits d'électroménager, il doit être possible de connaître la performance d'un contrat d'assurance au regard des sommes redistribuées aux assurés en fonction des sommes prélevées.

L'intérêt d'un tel indice est double :

- Il favorise une meilleure prise en compte de la sinistralité des contrats pour les organismes complémentaires et il préserve contre toute tentation de sélection du risque.
- Un tel critère, que les consommateurs pourraient aisément s'approprier, viendrait faciliter les modalités de choix d'une assurance et les comparaisons des évolutions d'une année sur l'autre.

³ Objectif 33 : réduction des obstacles financiers à l'accès aux soins

⁴ Décision du Conseil constitutionnel (n°2004-504 DC) du 12 août 2004



Pour évaluer son contrat d'assurance santé ou pour comparer différents contrats⁵, il est indispensable de disposer d'un indicateur synthétique du niveau de couverture effectif. Par exemple, il doit être possible de comparer les contrats selon la performance de remboursement qu'ils proposent, c'est-à-dire selon le montant des prestations de remboursement dont les souscripteurs de ce contrat bénéficient au regard des primes d'assurance qu'ils ont versées. Cet indice ne concerne pas le taux de remboursement au regard du tarif conventionné mais la part des primes qui sont collectées qui sont effectivement consacrées aux prestations de remboursement des soins.

Il est possible que cette part varie selon le niveau des primes – compte-tenu de la présence de coûts fixes pour l'organisme complémentaire – la communication du seul taux ne suffit donc pas. En effet, les contrats haut de gamme proposent mécaniquement des ratios remboursements/primes supérieurs aux autres. L'indice de redistribution des contrats d'assurance santé devra donc intégrer cette dimension.

► **Un taux de redistribution des contrats d'assurance santé contrôlé par l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP)**

Les standards du secteur doivent être fixés par une autorité compétente et indépendante. Le contrôle de la situation financière des organismes complémentaires santé est aujourd'hui confié à l'ACP (ex-ACAM) comme l'exige la loi de finance de la Sécurité sociale de 2009. L'ACP a donc, en partie, en sa possession les éléments pour calculer pour chaque contrat, ou au minimum pour chaque organisme, un indice synthétique de ce type. L'ACP pourrait ainsi superviser la mise en pratique d'un tel dispositif. Cependant, il est important que l'ACP soit doté des moyens pour mener à bien cette mission – ce qui ne semble pas le cas aujourd'hui⁶ – et qu'elle puisse effectivement suivre le niveau des sommes prélevées par les organismes complémentaires qui ne sont pas reversées en prestations de remboursement.

La performance de remboursement variant selon le niveau des primes, le dispositif de calcul de l'indice devra intégrer ce critère. Des indices de ce type (taux de sinistralité) sont déjà utilisés par les assureurs en Incendies, Accidents et Risques Divers (IARD) pour évaluer le taux de couverture des contrats et ajuster les montants des primes.

● **2^{ème} proposition : pour un encadrement des dépenses à la charge des ménages : une intégration dans le cadre de l'Ondam**

Un dispositif de cadrage des dépenses de santé existe déjà : l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam, voté par le Parlement) fixe le niveau des dépenses à atteindre chaque année, ainsi que les modalités de suivi de cet objectif et les actions correctrices à mettre en œuvre. Ce dispositif pourrait donc être élargi aux charges et prestations des assurances santé ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. A charge pour le Parlement, dans le cadre de l'Ondam, de fixer l'objectif de dépenses pour les organismes complémentaires et plus particulièrement le niveau de remboursement à garantir au regard des cotisations perçues.

► **Encadrer l'évolution des frais et marges des complémentaires dans le cadre de l'Ondam**

L'objectif tiendrait alors compte des évolutions dans la taxation des complémentaires. A partir de cet objectif, les organismes bénéficieront d'un cadre pour ajuster à la baisse ou à la hausse les tarifs de leurs contrats d'assurance santé.

La construction de l'indice et son suivi seraient assurés par un organisme d'autorité comme l'ACP. Chacun – pouvoirs publics, organismes complémentaires, consommateurs – disposerait enfin d'un outil d'évaluation et de comparaison des contrats d'assurance santé. Ainsi, un indice de performance de redistribution, comme celui décrit précédemment, trop bas chez certains organismes au regard des standards du secteur pourrait appeler à une réaction de l'autorité compétente pour l'obliger à baisser le montant de ses primes au regard des prestations de remboursement qu'il propose.

⁵ A partir de son enquête annuelle auprès des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance, la DREES a établi une typologie des contrats d'assurance maladie complémentaire. 4 types de contrats de complémentaires santé en fonction des garanties offertes (Contrat de haut de gamme, contrat de milieu de gamme, contrat standard et contrat d'entrée de gamme). Cf. Etudes et résultats N°663, octobre 2008.

⁶ A l'occasion de la rédaction du rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, les experts de l'ACP ont fait état de données qui leur ont été transmises par les organismes complémentaires erronées et bien souvent incomplètes. En conclusion, le rapport exprime des réserves sur les résultats qu'il publiait.



Cette solution permettra, en outre, une prise en compte de l'ensemble des dépenses de santé effectivement supportées par le consommateur par la statistique publique, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, contrairement à une incitation appuyée du Conseil constitutionnel de 2004.