



# Encadrement réglementaire et concurrence dans le domaine des assurances santé complémentaires : un système paradoxal

Débat autour de la GovReg Note

Synthèse

---

Université Paris Dauphine-PSL, 18 novembre 2021





## Synthèse n°68

Université Paris Dauphine-PSL, 18 novembre 2021



# Encadrement réglementaire et concurrence dans le domaine des assurances santé complémentaires : un système paradoxal

---

## Débat « Regard d'expert » sur la note

Eric Brousseau | Directeur scientifique de la Chaire Gouvernance et Régulation, co-auteur de la note et modérateur du débat

Joëlle Toledano | Professeure émérite, associée à Chaire Gouvernance et Régulation, Membre du Conseil National du Numérique (CNUM), co-autrice de la note

Alexandre Volle | Maître de Conférences, Université de Pau, co-auteur de la note

Josette Guéniau | Associée fondatrice du cabinet de conseil JGSC, Directrice de l'Observatoire Santé et Innovation de l'Institut Sapiens ; experte discutant la note

Synthèse des échanges

Jeudi 18 novembre 2021

# Sommaire

Introduction.....	7
Synthèse de la note.....	8
Le point de vue de l'experte.....	10
Discussion.....	12

# Introduction

## **Eric Brousseau | Directeur scientifique de la Chaire Gouvernance et Régulation, co-auteur de la note et modérateur du débat**

Dans l'avis qu'il s'apprête à publier en proposant des évolutions du secteur des assurances de santé complémentaires, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) établit le même diagnostic que les co-auteurs de la Note et qu'un certain nombre de rapports sur le sujet parus récemment, dont celui de l'Institut Sapiens. Le Conseil d'État et l'Institut Montaigne ont également produit des rapports qui, tous, posent la question du fonctionnement de notre système de financement des dépenses de santé reposant sur l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

## Synthèse de la note

**Éric Brousseau et Joëlle Toledano, co-auteurs de la note**

### **Le marché des complémentaires santé : quels acteurs ?**

Le marché des complémentaires santé regroupe trois types d'acteurs, qui renvoient à des histoires et des logiques de fonctionnement différentes :

- les mutuelles, créées au 19<sup>e</sup> siècle et qui reposent historiquement sur un partage des risques entre les habitants d'un même territoire ou les salariés d'une même profession,
- les instituts de prévoyance, également nés au 19<sup>e</sup> siècle et issus d'accords entre les organisations représentatives des salariés et celles des employeurs,
- les compagnies d'assurance, arrivées beaucoup plus tard sur le marché et qui sont des organismes à but lucratif.

La concurrence entre ces trois types d'acteurs s'est considérablement renforcée au cours de ces trente dernières années, conformément à la volonté des pouvoirs publics d'ouvrir le marché pour susciter un meilleur niveau de service en vue d'offrir un meilleur niveau de tarif aux assurés sociaux.

### **Quelles réglementations, pour quels résultats ?**

Plusieurs réglementations sont à l'œuvre :

- une réglementation prudentielle, qui vise à renforcer les capacités financières des entreprises et en particulier des mutuelles dans le système européen,
- une réglementation concurrentielle, qui vise à placer les acteurs au même niveau de concurrence en leur imposant les mêmes contraintes et les mêmes exigences,
- plusieurs réglementations encadrant l'offre de soins pour la rendre non discriminante, augmenter les couvertures et empêcher trop de différences entre les acteurs.

### **Quelles perspectives ?**

Dans ce paysage, force est de constater qu'il est compliqué de comprendre qui rembourse quelle prestation et comment. Sans compter qu'il existe un phénomène de cantonnement lié au fait que les entreprises du secteur n'ont pas le droit d'offrir certaines prestations ou d'être présentes sur certains marchés.

Deux pistes sont envisageables pour répondre à ces deux problèmes : d'une part, la désintronisation des prestations entre la Sécurité sociale et la complémentaire santé ; d'autre part, la fourniture de services

innovants ou adaptés aux territoires, qui permettraient aux complémentaires santé de ne plus être seulement un complément de la prestation centrale de Sécurité sociale. De nombreuses hypothèses sont aujourd'hui travaillées pour développer ces deux idées.

Les complémentaires santé connaissent particulièrement bien le terrain et sont bien placées pour discriminer les différentes catégories de clientèle et leurs besoins propres. En effet, elles n'offrent pas seulement des services d'assurance, mais aussi une prévoyance pour faire face à des pertes de revenus importantes au cours d'une maladie ou pour aider les assurés dans leur parcours de soins. En différenciant mieux ces services, elles pourraient davantage peser sur le contrôle de certaines dépenses, pour permettre au système d'être plus efficace. Elles pourraient aussi offrir des prestations annexes adaptées aux besoins variés des ménages en fonction de leur situation familiale.

## Le point de vue de l'experte

**Josette Guéniau | Associée fondatrice du cabinet de conseil JGSC, Directrice de l'Observatoire Santé et Innovation de l'Institut Sapiens ; experte discutant la note**

Cette étude m'apparaît à la fois très complète et très juste, tant dans sa globalité que dans ses détails.

J'en ai retenu tout d'abord la démonstration de l'instrumentalisation historique de la complémentaire santé par le politique. Cette situation a conduit, au fil du temps, à de grandes incohérences voire à des contradictions, notamment du fait de l'instrumentalisation du contrat responsable, avec l'encadrement depuis le 1er janvier 2006, des contrats complémentaires dans ce qu'ils peuvent et doivent rembourser. En somme, la complémentaire santé s'est laissée faire et en est arrivée à servir des objectifs qui ne devraient pas du tout être les siens.

L'une des raisons historiques de cette situation est le contrôle de l'offre de soins et de ses coûts. Une autre en est l'universalisation de la couverture complémentaire, laquelle est paradoxalement encore en cours, alors même que le HCAAM envisage dans ses travaux des scénarii de suppression de la complémentaire santé. Peuvent également être citées l'uniformisation de sa proposition de valeurs et, plus récemment, la lutte contre le renoncement aux soins pour raisons financières. Le projet de « Grande Sécu » partage cette dernière problématique, puisque l'un de ses objets viserait à redonner du pouvoir d'achat à nos concitoyens.

Au total, la Note montre que ces diverses injonctions contradictoires historiques aboutissent à une sorte d'impasse – et je souscris à cette conclusion. Les travaux du HCAAM devraient permettre de résoudre un certain nombre de ces difficultés.

### Le coût de l'offre de soins

La première problématique est celle du coût de l'offre de soins. Le marché est de plus en plus demandeur car la population française est vieillissante, ce qui accroît le poids des maladies chroniques auxquelles sont récemment venues s'ajouter les maladies infectieuses. En l'occurrence, le plafonnement des remboursements des complémentaires santé ne suffira pas à freiner cette montée en charge inexorable.

### L'universalisation

Là encore, il existe une contradiction. D'un côté, l'État souhaite généraliser la prise en charge complémentaire, notamment pour ses agents, et mène une action législative pour instaurer une protection sociale particulière pour les travailleurs indépendants des nouvelles plateformes de services de type Deliveroo. Mais de l'autre, il commande un rapport et une étude d'impact au HCAAM quant aux conséquences d'une éventuelle suppression des complémentaires santé.

La généralisation de la complémentaire santé a creusé les différences de coûts et de couverture entre les prestataires car, ce faisant, elle a segmenté le marché. De surcroît, l'assurance individuelle et l'assurance entreprise ont été totalement démutualisées : d'une part, les plus jeunes et les actifs sont mieux protégés et voient une part de leurs cotisations solvabilisées ; d'autre part, les plus âgés – dont les besoins de soins de santé sont accrus et qui, de ce fait, dépensent plus – paient des cotisations plus importantes.

### L'uniformisation

L'uniformisation donne lieu au double paradoxe du renchérissement des coûts des contrats. En effet, plus l'on standardise les contrats en les réglementant, plus il faut se mettre en conformité avec la réglementation (qui

a connu une incroyable accélération ces dernières années), ce qui augmente fortement les coûts de gestion car il faut tout changer dans les chaînes informatiques et déployer beaucoup d'efforts de communication et de marketing pour expliquer les réformes aux clients.

### **En conclusion**

La Note pointe très bien les insuffisances actuelles du métier des complémentaires santé, et notamment combien leur modèle d'affaires est celui d'une rente à risque réduit – laquelle rente a été très influencée par une évolution de la réglementation favorisant l'immobilisme : les complémentaires santé n'ont pas accès à certaines données (anonymisées) qui leur permettraient de mettre en place des services bien plus pertinents qu'elles ne peuvent le faire aujourd'hui. Et pour cause, il leur est interdit de contractualiser avec une grande partie de l'offre de soins et notamment les médecins. Du même coup, la réglementation favorise la non-prise de risque, puisqu'elle a au fur et à mesure conduit à cantonner les complémentaires santé à la prise en charge du petit risque, en concentrant la Sécurité sociale sur les gros risques – qui représentent 60 % de ses prestations.

Par ailleurs, j'ai apprécié votre appel à réfléchir à un cofinancement multiple. Aujourd'hui, la Sécurité sociale est le financeur principal et les assureurs sont devenus, avec la réglementation, des financeurs de consommation de soins. Le temps est venu de réfléchir à d'autres formes de financement pour ce qui ne relève pas de vrais risques, mais plutôt de besoins de santé récurrents.

Enfin, la Note pointe très pertinemment les problèmes lourds de santé, qui conduisent à l'arrêt de travail voire à l'invalidité ou au décès et pour lesquels, à l'heure actuelle, seule la moitié des Français est assurée.

## Discussion

### *Éric Brousseau*

Le système est si complexe et multiforme qu'il n'existe pas de solution simple pour l'améliorer.

### *Joëlle Toledano*

La dynamique des complémentaires santé individuelles est mortifère. Ce système est d'ailleurs en train de se vider pour aller vers des complémentaires santé d'entreprise, ce qui est plutôt une bonne démarche. Les mécanismes incitatifs pourraient certes être améliorés, mais ils permettent déjà à la concurrence de servir à autre chose qu'à une inflation des coûts et engagent plutôt les assurés à rester vigilants en la matière.

Le système de la complémentaire santé collective s'avère assez vertueux, contrairement à son pendant individuel, qui deviendra de moins en moins intéressant du fait de sa désertion (a fortiori si les fonctionnaires en partent, comme prévu) car il restera moins de monde pour mutualiser. Les prix augmenteront donc nécessairement, le taux de retour vers les personnes concernées diminuera et l'opacité du système grandira. Et ce, alors même que les sociétaires seront de plus en plus âgés. Alors que les prix continueront à augmenter, les assurés seront de moins en moins bien remboursés. Aujourd'hui, pour une cotisation de 100, le retour moyen est de 64. Il est urgent d'étudier ce problème de près.

### *Éric Brousseau*

C'est d'autant plus vrai qu'il est accentué par le fait qu'en vidant de ses cotisants à faible risque le système individuel, on conduit à une augmentation très forte des cotisations, ce qui contraint à mettre en place des mécanismes de solidarité pour financer les complémentaires santé. C'est une véritable fuite en avant.

### *Alexandre Volle*

Jusqu'à présent, les réformes du système de santé ont produit des effets contre-productifs : l'ouverture à la concurrence a forcé les mutuelles à augmenter leurs coûts de gestion pour acquérir de la clientèle ; les petites entreprises ont désormais accès aux contrats collectifs, comme les fonctionnaires demain. J'insiste aussi sur les taux de retour très faibles et sur les lacunes qu'il reste à combler, notamment en matière de décès, là où l'assurance pourrait avoir une véritable utilité sociale et économique.

### *Joëlle Toledano*

Nous avons été frappés par la difficulté à obtenir des données fines, alors même que celles-ci existent. De fait, elles ne sont pas rassemblées : on ne se sert donc pas de la possibilité de croiser les données des complémentaires santé avec celles de la Sécurité sociale pour disposer d'une vision globale qui permettrait de mettre en place des mécanismes plus incitatifs.

### *Éric Brousseau*

Le marché a été réglementé sans informations précises ou études détaillées qui rapprochaient, sur le plan individuel, les cotisations payées par les assurés et les prestations reçues. Il existe des moyennes, mais pas de données fines qui permettraient de comprendre les comportements de l'offre et de la demande.

***Josette Guéniau***

Il ne faut pas y voir une volonté des complémentaires santé de ne pas communiquer leurs données. Mais celles qu'elles reçoivent sont tellement agrégées qu'il leur est très difficile de les utiliser.

13

Par ailleurs, au-delà d'une garantie de prévoyance, je regrette qu'un cinquième scénario ne vienne pas s'ajouter aux quatre proposés par le HCAAM : celui d'une refondation du système de 1945, dans un contexte sanitaire devenu bien différent. Comment renouveler la création d'un partage et d'un cofinancement qui ont su produire le reste à charge le moins élevé de l'OCDE en face de cette réalité grandissante du vieillissement de la population et des maladies chroniques ?

L'on est en train d'essayer, très modestement, de mettre en place une autre tarification des soins en France, reposant davantage sur le forfait et moins sur l'activité. Mais il n'est pas du tout prévu que la Sécurité sociale discute avec les complémentaires santé d'une gestion conjointe de ce nouveau financement. Dès lors, comment co-investir pour passer d'un modèle tout à l'activité à un modèle mi-forfait mi-activité, notamment pour répondre aux besoins de santé de cette population de malades chroniques ou vieillissants ?

***Éric Brousseau***

Il s'avère, en effet, indispensable de refonder le débat sur l'offre de soins et sa tarification, mais aussi sur l'offre d'assurance et de services associés (prévoyance, prévention). Une réflexion collective sur le modèle de refondation de notre Sécurité sociale et des complémentaires santé est nécessaire et fera certainement l'objet d'un grand débat national tout au long de la présidentielle et au-delà.







Chaire Gouvernance et Régulation  
Fondation Paris-Dauphine  
Place du Maréchal de Lattre de Tassigny - 75016 Paris (France)  
<http://chairgovreg.fondation-dauphine.fr>