



Assurance obligatoire, assurance volontaire en santé

Seminaris 27 juin 2003

Christine Meyer





Questions de vocabulaire :

↳ Assurance de base : assurance maladie **obligatoire**

↳ Couverture complémentaire :

- Contrats collectifs **obligatoires**
- Contrats collectifs à adhésion **facultative**
- Contrats individuels strictement **volontaires**

- **le droit** à la protection complémentaire



Assurance obligatoire

→ l'assurance de base : obligation de par la Loi

- De la Loi de 1945 à la couverture maladie universelle (1999 : le droit aux prestations)
- Affiliation sur base professionnelle et sur base de résidence



Assurance obligatoire et volontaire en complémentaire santé

→ L'obligation dans les contrats collectifs

- L'obligation ouvre un avantage : déductibilité fiscale des cotisations et de la contribution employeur
- sans contrainte de contenu, ou de prix

→ l'adhésion libre dans les contrats collectifs

- un contrat est négocié
- pas de participation employeur, pas de déductibilité

→ l'adhésion libre en contrat individuel

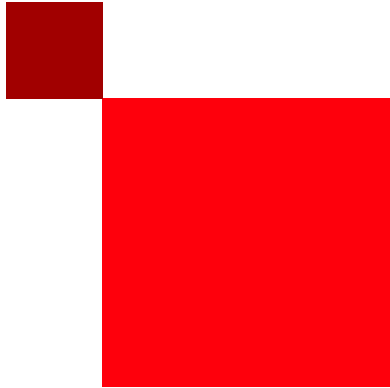


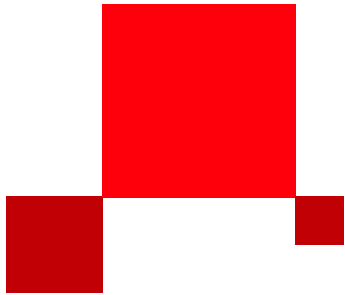
Le droit à la complémentaire santé

→ La Loi CMU de juillet 1999 définit

- les conditions d'accès au droit (conditions de ressources)
- le contenu du droit :
 - une garantie : un niveau de couverture sans paiement de cotisation
 - le prix des prestations (prix conventionnels et dépassements limités)
 - l'accès en tiers payant

Régimes obligatoire de base / régimes complémentaires ... aujourd'hui





- ➔ **en couverture non légalement obligatoire**
- ➔ **92% de la population est couverte, et pourtant...**



Le contenu d'un contrat de complémentaire santé

→ Le complément des prestations de sécurité sociale :

- le ticket modérateur
- le forfait journalier hospitalier

→ des prestations supplémentaires

- dépassements d'honoraires
- prestations « non reconnues » (actes HN)

→ *en % du tarif de responsabilité < = ou > 100%*

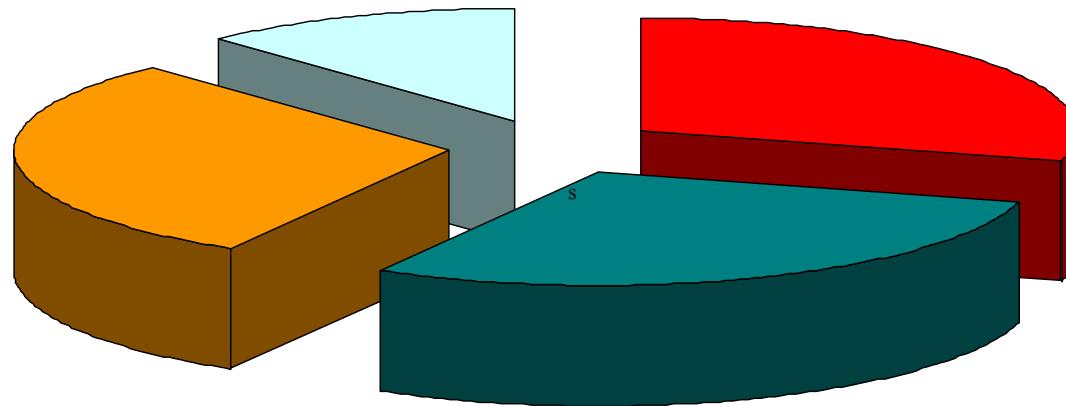
→ *selon la nature des actes*

→ *des forfaits*

→ *des plafonds*

Dépassements et tickets modérateurs en complémentaire santé

Couvertures individuelles
= 42%



Couvertures collectives =
58 %

les décisions des uns ...

ASSURANCE DE BASE

- payer des prestations,
- négocier les rémunérations des professionnels,
- modifier les niveaux de couverture,
- avoir une politique de revenus,
- dérembourser les actes non justifiés

ASSURANCE

COMPLEMENTAIRE

- définir les niveaux de garantie,
 - payer le TM,
 - prendre en charge des dépassements et les suppléments aux tarifs de responsabilité, les DE,
 - couvrir le HN,
- déterminer le niveau de cotisation
- payer les prestations

Décisions RO... dépenses des RC

- rémunérer des professionnels,
- bloquer les rémunérations
- dérembourser les actes couverts non justifiés
- payer des prestations du RO

- Les prix des actes définissent le montant du TM,
- les dépassements permettent de compenser les limitations
- pression des adhérents et des professionnels pour l'inscription dans les garanties d'actes HN
- le paiement des prestations à réception du flux...

Décisions RC... dépenses des RO

→ couvrir de très hauts niveaux de garanties, dans les domaines mal conventionnés

→ prendre en charge des dépassements,

→ prendre en charge les DE d'actes médicalement non justifiés

→ prendre en charge les actes non évalués, non remboursés

→ les niveaux de couverture peuvent modifier les volumes de consommation de soins (dentaire)

→ les inégalités des niveaux de couverture

→ neutraliser les choix de régulation

→ annuler les recherches d'utilité médicale

Questions d'architecture ?

→ les trois niveaux existent déjà (rapp Chadelat)

- assurance de base
- couverture complémentaire liée (RC de base)
- couverture supplémentaire (RC marché)

Questions de niveaux. Et de contenu

Nouvelles relations assurance de base /complémentaire volontaire ou négociée ?

- ➔ **La vente par appartements ?**
- ➔ **Résidence principale /résidences secondaires ?**
- ➔ **La maison commune ?**





Les enjeux

- ➔ **La couverture des besoins de santé**
- ➔ **L'action sur les comportements des assurés et des professionnels**
- ➔ **La régulation du système**

La vente par appartements : *la logique complémentaire*

- Le partage selon les pathologies (régulation par l'ALD)
- Le remboursement selon les ressources
- augmentation pour tous des copaiements

- Les personnes en ALD (11,5% des personnes, 44% des dépenses de ville AMO) ?
- la concentration des dépenses (5%/51%) ?
- Les risques d'exclusion

Résidence principale...

résidences secondaires : *la*

logique supplémentaire

→ Gros risque/petit risque,
→ la gestion du cosmétique,
du confort et de l'innovation
par les assureurs

- médicaments de confort
- services non essentiels

→ L'assurance au premier
euro de certains secteurs

- prévention, soins, et
restauration dentaires,
accidents



→ pour des assureurs où la santé est
du cosmétique (% du CA)

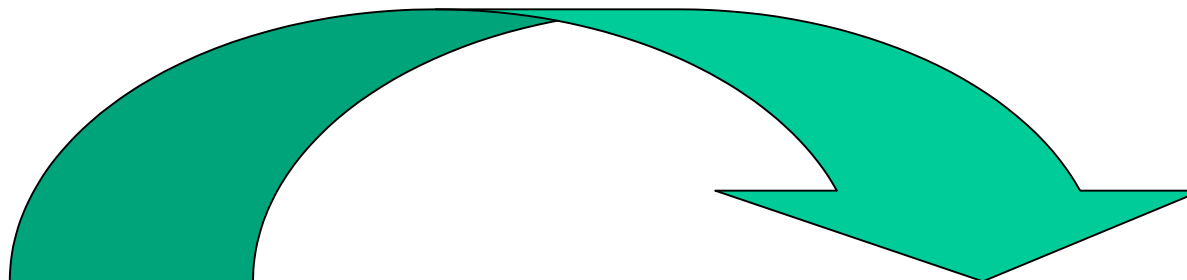
→ les enjeux financiers (15Mds € de
déficit et de CA global)

→ quid des prestations de premier
recours ?

→ risque assurable et non assurable
?

→ Capacité de négociation
(concurrence) et de régulation
(cohérence) ?

La maison commune ...



- Une couverture cohérente pour l'ensemble des prestations essentielles
- alliant assurance obligatoire et contractuelle
- associant les partenaires dans la négociation, les engageant dans la régulation

- un « règlement intérieur » de la protection sociale,
- des finalités communes (protection sociale, régulation, qualité),
- des outils à définir (utilité, évaluation, référentiels...)
- des négociations conjointes avec les offreurs



Pourquoi ce n'est pas seulement une question d'architecture :

- La concentration des dépenses**
- L'aléa et les consommations certaines**
- Les risques de sélection**
- la capacité contractuelle**
- L'innovation médicale**
- La capacité à payer**
- L'aversion au risque**
- La solidarité**
- la volonté de régulation**