

Le blog de
Jean-Claude Hazera,
Journaliste



Entendu à la conférence Assurance Santé des Echos - 8 décembre 2010 - Paris

Par Jean-Claude Hazera

Ils veulent ou ils veulent pas ?

Les assureurs santé complémentaires veulent-ils vraiment être associés à la gestion du risque maladie pour contribuer à maîtriser la dépense où sont-ils satisfaits de leur rôle de « payeur aveugle » de tout ou partie de ce que ne rembourse pas la Sécurité Sociale ? Mercredi 8 décembre 2010 à la neuvième conférence assurance santé des Echos, Yves Bur, député UMP du Bas Rhin, rapporteur de la loi de financement de la Sécurité sociale, a joué les provocateurs en les accusant d'être « timides » et de se satisfaire d'une augmentation régulière de leurs primes, plus forte que l'augmentation de leurs coûts de remboursement. Certains participants comme Anne-Marie Cozien, présidente de Unéo (mutuelles de militaires) se sont très clairement élevés contre cette vision des choses, rappelant que les assureurs complémentaires demandent au contraire depuis longtemps à être associés à la gestion des risques et à la maîtrise des dépenses. Il y a beaucoup d'expériences menées dans l'univers des complémentaires. Philippe Tremoureux, de Vauban-Humanis, a évoqué par exemple la nouvelle expérimentation de « prévention rentable » de l'hypertension artérielle (l'assureur et supposé retrouver en baisse des sinistres au titre de la prévoyance la dépense supplémentaire consentie en prévention santé). Mais il y a dix ans que les assureurs complémentaires se livrent à des expériences diverses de gestion et de prévention ; il faut passer à autre chose, a dit également Alain Ficheur, directeur général du marché des entreprises pour Generali. Interrogés sur leur capacité à gérer totalement le risque optique à la place de la Sécurité Sociale si on le leur proposait, Norbert Bontemps, directeur général santé de Groupama, et Jean-François Tripodi, directeur général de Carte blanche chez Swiss Life, se sont déclarés prêts, sans hésitation. Leurs systèmes de conventionnement des opticiens sont plus efficaces que tout ce qu'a pu tenter la Sécurité Sociale affirment-ils, évoquant des économies allant jusqu'à 25% sur les verres. Cela dit, cette hypothèse, évoquée en avril 2008 par Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, avait provoqué un tollé. Eric Gérôme, responsable du développement de Carrés bleus à CNP assurance rappelle à quel point se serait une révolution symboliquement lourde de voir la Sécurité Sociale totalement désengagée de l'optique. Au-delà de ce secteur, l'expérience de gestion des assureurs complémentaires est moins forte soulignent plusieurs participants. La solution réside sans doute, en partie au moins, dans une participation à la gestion par le biais de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire), l'organisation représentative de l'ensemble des complémentaires créée par la loi de 2004 sur l'assurance maladie. Encore faut-il qu'elle soit écoutée. Fabrice Henry, son président, déplore de ne jamais avoir été reçu par la ministre de la Santé « sortante » et surtout de ne

pas avoir été entendu lorsque son organisation a présenté l'été dernier un plan d'économies de 3,5 milliards de francs, comportant des mesures aussi sensibles que le déremboursement total des médicaments dont l'utilité thérapeutique a été mise en cause ainsi que celui d'une partie des cures thermales. L'UNOCAM voudrait être écoutée mais aussi informée. Fabrice Henry a rappelé la nécessité de partager les données chiffrées de la Sécurité Sociale avec les complémentaires pour permettre à celles-ci de participer collectivement à une gestion plus fine des risques. Christian Babusiaux, président de l'Institut des Données de Santé a détaillé tout ce qui est en cours pour répondre à cette nécessité en communiquant notamment des échantillons homogènes avec la clientèle des complémentaires sous forme d'informations anonymes. Mais il a convenu lui-même que tout cela ne va pas assez vite. Alors, « timides » au bout du compte les assureurs complémentaires ? Prudents. Peut-être un peu trop.

L'UNOCAM s'installe dans le paysage

Créée par la loi de 2004, l'UNOCAM semble bien s'installer dans l'esprit des assureurs complémentaires comme leur représentant commun auprès des pouvoirs publics, en face de la Sécurité Sociale. Cet organisme bénéficie sans doute d'un phénomène qu'il contribue à accélérer : « les frontières entre groupes de protection sociale, mutuelles et compagnies d'assurance n'auront bientôt plus aucun sens ». C'est Philippe Tremoureux, directeur assurances de personnes de Vauban-Humanis, qui le dit ainsi. Une impressionnante mappemonde de la planète complémentaires présentée par Caroline Sarocchi, du cabinet R&B partners à la 9^{ème} conférence santé des Echos apporte une partie de l'explication. Une quantité de petits flèches en pointillé rappellent l'existence de nombreux accords de partenariat entre acteurs appartenant à ces trois continents, partenariats qui ne sont parfois que le prélude à de véritables unions.

Quelle est la taille critique d'une complémentaire santé ?

Une certitude, la concentration est à l'œuvre dans l'univers des complémentaires santé et elle va continuer. Cette tendance, mise en relief par Caroline Sarocchi de R&B partners ne semble contestée par aucun des participants à la conférence santé des Echos. En revanche personne n'a de vraie réponse à la question de la taille optimale. Un millions d'assurés c'est déjà bien estime Caroline Sarocchi, 4 millions c'est énorme. Certains n'hésitent pourtant pas à parler de 10 millions et d'un univers où il ne resterait que 4 ou 5 grands acteurs alors qu'on compte aujourd'hui 870 mutuelles. En réalité beaucoup de systèmes de mutualisation existent déjà. C'est bien la moindre des choses s'agissant de mutuelles. Tous les responsables de plate-forme de gestion, de Carré bleu à Carte blanche, sont évidemment prêts à accueillir de nouveaux participants. De même les industriels du transfert de données ou du tiers payant travaillent pour tout le monde. Leurs systèmes sont ouverts...avec des limites qui poussent quand même au rapprochement des mutuelles ou au moins à une certaine standardisation. Antoine Aizpuru, Président du pôle assurances, monétique et santé de Cegedim ne cache pas que la souplesse et l'interopérabilité atteint des limites quand il s'agit de plus en plus d'être connectés en temps réel au professionnel de santé qui a besoin d'informations de plus en plus fines sur l'assuré et sur ses droits.

Combien rend-on à l'assuré ?

UFC-Que choisir n'y va pas par quatre chemins. Daniel Bideau, son représentant, le 8 décembre à la 9^{ème} conférence assurance santé des Echos présente une revendication simple mais radicale : il faut que les complémentaires publient la proportion globale de leurs encaissements qui retourne aux assurés sous forme de remboursements. Il avance des chiffres moyens : 80% pour les mutuelles, 76% pour les instituts de prévoyance, 71% pour les assureurs. « Ces chiffres existent », oppose-t-il à ceux qui lui font valoir la difficulté d'aboutir

à une définition commune. Une partie de la différence entre primes et remboursements est mise en réserve par les complémentaires. Des réserves qui intéressent beaucoup le député Yves Bur. Sentant venir la tentation d'un prélèvement pour contribuer au comblement du déficit de la Sécurité Sociale, le président de l'UNOCAM a fait valoir que ces réserves ne représentent que 5 à 6 mois de remboursement en moyenne et correspondent pour partie à un provisionnement obligatoire. L'UFC, qui a déjà obtenu des pouvoirs publics de nouvelles obligations pour les banquiers en matière d'affichage des frais, veut aussi que les complémentaires affichent en tête de plaquette 10 remboursements standard normalisés qui permettent au futur client de mieux comparer.

Optique 2000 ne vend pas que des lunettes

Quel est le principal intérêt du système obligatoire de facturation électronique standardisé présenté non sans fierté le 8 décembre par Yves Guénin, secrétaire général du réseau Optique 2000 aux représentants des complémentaires santé qui assistaient à la 9^{ème} conférence assurance santé des Echos ? La rapidité de transmission ? L'abaissement des coûts ? Non. Le principal argument mis en avant c'est qu'il empêche l'opticien de frauder l'assureur complémentaire en facturant par exemple des verres là où il s'agit de montures. Une intervention qui ouvre des horizons sur les pratiques dans ce secteur. Yves Guénin s'est dit draconien. Les adhérents qui refusent le logiciel sont exclus du réseau.

Après 2012 ?

Il était acquis dans l'esprit de tous les orateurs à la conférence assurance santé des Echos le 8 décembre que rien de sérieux pour résorber le déficit de la sécurité sociale (plus de 11 milliards d'euro en 2011 comme en 2010) ne se fera avant les élections présidentielles de 2012. Après ? Une bonne partie du déficit est structurelle, estiment plusieurs participants. Le député Yves Bur estime qu'on n'échappera pas à une hausse de la CSG. Plusieurs orateurs ont également évoqué la remise en cause du mode de remboursement des affections de longue durée (70% des remboursements en 2015 au rythme actuel). Certains, comme Anne-Marie Cozien (Uneo) redoutent l'effet que pourrait alors avoir sur les complémentaires le « bouclier sanitaire » qui avait été étudié dans le rapport Briet-Fragonard de septembre 2007. En plafonnant les restes à charge en fonction des revenus il rendrait les complémentaires moins indispensables.

La virgule qui sauve l'assuré

Pour diminuer un peu le déficit de la Sécurité Sociale que tout le monde s'accordait à trouver scandaleux le 8 décembre à la conférence assurance santé des Echos il a été envisagé un moment de passer le ticket modérateur de base de 30 à 30,5%, raconte Yves Bur. Cette mesure, qui n'avait manifestement pas sa faveur, s'est heurtée d'après le député à une difficulté pratique : la Sécurité Sociale ne sait pas, semble-t-il, traiter des pourcentages avec des virgules.

Voir également sur tous ces sujets l'interview de Jean-Pierre Davant, président sortant de la Mutualité Française par Géraldine Vial (qui animait la matinée de la conférence assurance santé des Echos) dans les Echos du 10 décembre.