



# DEVENIR ET RÔLE DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ



*Think tank indépendant dédié à la croissance, à la  
compétitivité et à la prospérité*

EDITION  
AVRIL 2022

## PRÉFACE

La COVID-19 a montré à quel point la santé préoccupe chacun de nos concitoyens et qu'il ne peut être question de vivre « au jour le jour » sans disposer d'un système de santé équilibré pouvant s'inscrire dans la durée avec une articulation logique et saine entre le rôle des pouvoirs publics et celui des acteurs privés. C'est dans ce contexte que la Fondation Concorde a décidé de s'impliquer davantage dans l'analyse et les préconisations pouvant concerner le secteur de la santé, avec un souci de préservation de la qualité du service rendu aux usagers et de pérennité de la trajectoire des dépenses de santé.

La note rédigée par la Fondation Concorde a pour objet de permettre au nouveau gouvernement qui sera en place dès ce mois de juin de disposer de quelques repères pour lui permettre de prendre des décisions de début de quinquennat qui s'imposent.

Nous avons déjà, en 2021, analysé la question cruciale du financement de la dépendance / perte d'autonomie qui nous inquiète tous alors que des solutions existent avec un financement raisonnable, défiscalisé et mutualisé. Dans cette note, il s'agit de montrer à quel point l'impact de la digitalisation est encore très sous-estimé dans ce secteur d'activité des complémentaires santé et doit permettre de « booster » les actions de prévention et d'innovation dans un climat de forte concurrence permettant à chacun de disposer de la meilleure protection.

Ces préconisations sont à l'opposé d'une logique individualiste : elles respectent la nécessité de renforcer la cohésion nationale et sociale. En permettant à l'Etat et aux acteurs publics de se recentrer sur des missions essentielles telles que la définition d'une véritable politique de santé publique, en supprimant les doublons de responsabilités, en allégeant les charges administratives, en permettant aux acteurs privés de se développer, en desserrant le carcan réglementaire qui les étouffe, en suscitant de l'innovation maximale grâce là aussi à la digitalisation de ce secteur d'activité, en optimisant les actions de prévention, c'est bien la maîtrise des coûts et de l'évolution des dépenses de santé qui seront au rendez-vous dans l'intérêt de toute la collectivité publique.

Cette note espère présenter ainsi quelques repères et points d'équilibre à respecter pour que ce dynamisme nouveau soit donné dès le début du quinquennat aux acteurs de la prévention et de la santé.

**Philippe Ansel,**  
Chef économiste de la Fondation Concorde

## 1. LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ EN 2022

Les nombreuses décisions en matière de santé durant la pandémie de COVID-19, tant sur les questions d'organisation du système de santé, d'infrastructures nécessaires, de revalorisation du statut des personnels soignants, de formation que de lutte contre les déserts médicaux, ont laissé de côté des pans entiers, pourtant essentiels, de la politique de santé publique.

C'est notamment le cas des interactions gagnantes / gagnantes entre la partie dite obligatoire de l'assurance-maladie – AMO – et la partie complémentaire – AMC – relevant davantage de l'initiative privée. Cet aspect bien délimité des enjeux de santé conditionne au quotidien tous les aspects de prévention, d'organisation des soins, de détermination du reste à charge et de rapidité d'exécution au moindre coût.

### 1.1. UN ÉTAT DES LIEUX DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ EN FRANCE<sup>1</sup>

Par rapport aux pays occidentaux comparables, l'assurance privée en France se singularise par la combinaison de plusieurs éléments : elle a une fonction essentiellement complémentaire, elle couvre un pourcentage très élevé de la population et un pourcentage important des dépenses. La réglementation socle est complètement en phase avec l'esprit de la Sécurité sociale de 45. C'est une spécificité française qui justifie que nombreux sont les Français à défendre le duo AMO / AMC et à ne pas les opposer.

Plus de 95% de la population française bénéficie d'une couverture complémentaire en santé.

En 2020, la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) est financée à hauteur de 79,8% par la Sécurité sociale, 12,3% par les organismes complémentaires, 6,5% par les ménages et 1,4% par l'Etat et CSS organismes de base.

---

<sup>1</sup> Sources : Rapport 2021 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, février 2022 ; Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, janvier 2022 ; Les dépenses de santé en 2020 – Résultats des comptes de la santé – Edition 2021, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2021.

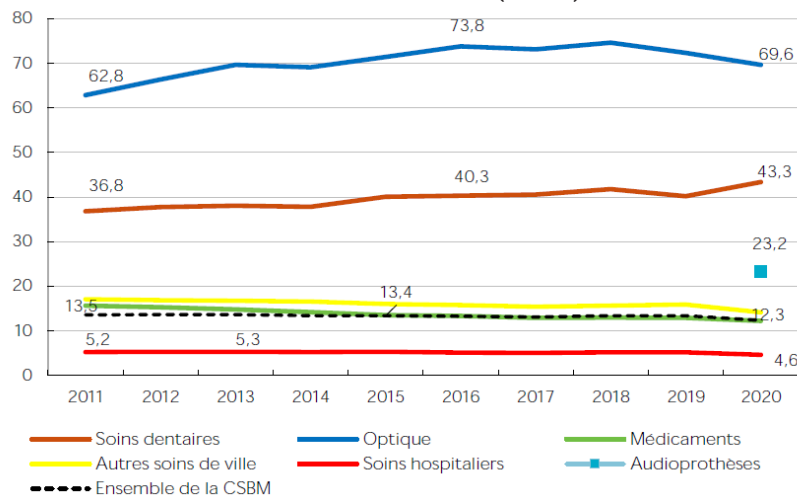
## Evolution de la structure de financement des grands postes de la CSBM entre 2011 et 2020 (chiffres en %)

	2011	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ensemble de la CSBM							
Sécurité sociale	76,3	77,3	77,5	77,8	77,8	77,9	79,8
État, CSS organismes de base	1,2	1,3	1,4	1,3	1,4	1,5	1,4
Organismes complémentaires	13,5	13,4	13,3	13,1	13,4	13,4	12,3
Ménages	8,9	8,0	7,8	7,8	7,4	7,2	6,5

Source : DREES, comptes de la santé

Sur l'ensemble des biens médicaux hors médicaments, les organismes complémentaires financent en 2020 36% de la dépense, et notamment 69,6% de la dépense en optique et 43,3% des soins dentaires.

## Parts versées par les organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM, entre 2011 et 2020 (en %)



Note > Les prestations versées par les organismes complémentaires représentent 4,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux en soins hospitaliers en 2020.

Source : DREES, comptes de la santé

D'après l'Urssaf Caisse nationale, 428 organismes (301 mutuelles, y compris mutuelles substituées, 102 sociétés d'assurances et 25 institutions de prévoyance) exercent une activité de complémentaire santé en 2020. Les vingt plus grands organismes concentrent, à eux seuls, plus de la moitié du marché en matière de cotisations collectées.

## 1.2. LES MODÈLES EUROPÉENS DE COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Au **Royaume-Uni**, l'Etat assure un service national de santé. Les assureurs santé privés sont complémentaires ou duplicatifs au National Health Service et proposent, outre l'assurance médicale privée, des « cash plans », un contrat d'assurance couvrant les coûts des soins de santé quotidiens (opérations chirurgicales, bilant et traitement dentaires, podologie...).

En **Espagne**, il existe également deux systèmes de santé parallèles : le système universel public et le régime de santé privé volontaire. Les assureurs santé privés sont des prestataires de soins directs et ne procèdent donc à aucun remboursement. L'assurance santé privé peut être substitutive (le dentaire n'est pas du tout couvert par le système public) ou complémentaire.

En **Allemagne**, le régime d'assurance maladie se compose de deux systèmes d'assurance distincts : le régime général d'assurance maladie obligatoire (*Gesetzliche Krankenversicherung*, GKV) et l'assurance maladie privée (*Private Krankenversicherung*, PKV). Un assuré choisissant l'assurance privée ne peut plus revenir dans le système public. L'offre d'assurance maladie complémentaire (prothèse dentaire, frais pour une chambre simple en hôpital...) est considérée comme source potentielle de croissance.

Aux **Pays-Bas**, la gestion du système d'assurance maladie obligatoire est confiée aux assureurs privés. Les habitants ont l'obligation de souscrire à une assurance santé privée et les assureurs santé privés doivent accepter tous les requérants. Le gouvernement détermine quant à lui les priorités sanitaires et régule l'accès, la qualité et le coût des soins. Il paie également la couverture des enfants jusqu'à 18 ans.

La comparaison faite avec des dispositifs de santé mis en place dans d'autres Etats membres de l'Union européenne montre qu'il est tout à fait possible que les partenaires privés exercent un rôle beaucoup plus important en France sans pour autant remettre en cause la cohésion nationale et sans surcoût pour la collectivité.

## 1.3. LA VALEUR AJOUTÉE DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Les complémentaires santé sont caractérisées en France par des services de proximité, une rapidité du remboursement et des capacités d'innovation et de réponses aux besoins et attentes des assurés.

Dans cet objectif, il apparaît nécessaire d'engager une réflexion pour renforcer la valeur ajoutée des complémentaires santé avec plus de prévention, sur-mesure, innovation digitale, concurrence entre les complémentaires santé et mutuelles elles-mêmes – véritable facteur de maîtrise des coûts, autonomie avec un moindre carcan réglementaire et spécialisation entre la sécurité sociale et les mutuelles.

## 2. RECOMMANDATIONS DE LA FONDATION CONCORDE

La France peut (encore) s'enorgueillir d'être le pays membre de l'OCDE qui laisse le reste à charge le plus faible de tous les pays occidentaux. Ce classement certes positif se fait au détriment d'autres paramètres clés tels que le coût global de la santé et des dépenses de santé dont l'évolution est particulièrement préoccupante, d'où la nécessité de prendre dès à présent des décisions.

Cette note de la Fondation Concorde a pour objet d'explorer toutes les voies contribuant à l'innovation, le renforcement de la concurrence, la complémentarité entre les rôles du public et du privé dans le seul objectif d'apporter des éléments de réponse aux interrogations de nos concitoyens sur l'avenir de notre système de santé. La Fondation Concorde recommande notamment d'alléger les contraintes réglementaires des complémentaires, d'accroître la complémentarité entre AMO et AMC, de renforcer les dispositifs de prévention adaptée aux cas individuels et d'accentuer l'information et la pédagogie de la part des mutuelles.

Plusieurs fédérations, instances et think tanks se sont récemment exprimés sur le devenir des complémentaires santé.

**France Assureurs** (« Redessiner l'assurance santé au bénéfice de tous les Français », octobre 2021) suggère d' :

- Adapter le cadre réglementaire existant, notamment celui du contrat responsable, pour redonner aux assureurs des marges d'action et d'innovation au bénéfice des Français ;
- Développer le champ des partenariats avec les professionnels de santé pour valoriser de nouvelles formes de prise en charge et d'accompagnement des Français ;
- Redéfinir les territoires de prise en charge intégrale par les assureurs dans une logique d'efficacité collective ;
- Renforcer le partenariat Etat-assureurs dans les missions de prévention qui, à bien des égards, reste le point faible de notre système de santé ;
- Élargir l'accès à une assurance santé essentielle à des publics susceptibles de renoncer aux soins en raison de revenus particulièrement limités, en adaptant la fiscalité.

De son côté, le **HCAAM** a initié il y a plusieurs années une réflexion sur l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire. Dans son rapport « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre sécurité sociale et assurance maladie complémentaire » de janvier 2022, il propose quatre scénarios. Le premier scénario (S1) propose des réformes visant à répondre à certaines limites du système actuel, sans modifier son architecture ; les trois suivants proposent de clarifier l'articulation entre Sécurité sociale et assurances maladie complémentaires : (S2) instauration d'une assurance privée obligatoire, universelle et mutualisée ; (S3) augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale ; (S4) liberté plus grande de définition des niveaux et contenus des garanties proposées par les assurances

privées dans le cadre d'un décroisement entre les domaines d'intervention de la Sécurité sociale et des assurances privées. Les quatre scénarios retenus sont par construction « polaires » et n'épuisent pas le champ des possibles. Il souligne que souscrire à une assurance privée reste incontournable pour une meilleure couverture sans pour autant garantir une prise en charge totale. Toutefois, disposer d'une mutuelle n'est pas accessible à tous. Il insiste sur « *la nécessité d'une démocratisation renforcée du système de santé impliquant tous les acteurs au plus près des territoires et des assurés sociaux* ».

Une chose est certaine c'est que l'immobilisme et le scénario « au fil de l'eau » ne sont tout simplement pas possibles ne serait-ce que pour des raisons macro-économiques de maîtrise des dépenses de santé. Cela n'est pas souhaitable pour améliorer la qualité de notre système de santé.

## 1 ALLÉGER LES CONTRAINTES RÉGLEMENTAIRES DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

La conviction de la Fondation Concorde est qu'il faut à la fois :

- desserrer le carcan réglementaire qui encadre par exemple les contrats responsables signés par plus de 95% de la population pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle ;
- s'orienter vers une zone d'action propre aux complémentaires santé et aux mutuelles, quitte à avancer vers des zones inconnues pour le dispositif français.

L'objectif serait alors que les complémentaires santé puissent exercer leur activité notamment sur certains secteurs où l'AMO est « quasi inexistante » ou très peu performante.

C'est le cas notamment de toute l'activité liée à l'optique qui pourrait relever uniquement de l'action des complémentaires santé et des mutuelles, de même qu'une large partie des soins dentaires lorsqu'il s'agit des prothèses ou de l'orthodontie.

Les doublons et les surcoûts administratifs seraient éliminés au profit d'une plus grande efficacité, en capitalisant d'ailleurs sur un acquis incontesté des mutuelles et des complémentaires santé dans ces domaines si prégnants pour la population.

## 2 ACCROÎTRE LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE AMO ET AMC

Au vu de la pratique d'autres Etats membres de l'Union européenne, il apparaît évident aux yeux de la Fondation Concorde que les complémentaires santé et les mutuelles regroupées sous le terme AMC ont toute leur place et peuvent occuper davantage d'espace grâce à une meilleure articulation avec le dispositif public. En termes de finances publiques, les cotisations versées aux complémentaires santé ou aux mutuelles ne relèvent pas des prélèvements obligatoires au sens strict et ne viennent donc pas alourdir la situation des finances publiques nationale au plan international.

Une différenciation plus nette des rôles respectifs de l'AMO et de l'AMC est la condition nécessaire pour redonner de l'élan à tout le dispositif national encore largement hérité des ordonnances de 45 et des modes d'organisation de cette époque très particulière.

Le scénario dit de la « grande sécu », c'est-à-dire de l'étatisation de l'ensemble de la politique de santé au profit d'une seule bureaucratie émanation directe de l'Etat et d'un contrôle tatillon de chaque citoyen, n'est pas une voie que la Fondation Concorde peut recommander : elle est à l'inverse des valeurs d'innovation et de concurrence.

### 3 RENFORCER LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ADAPTÉE AUX CAS INDIVIDUELS

Il s'agit de permettre au dispositif global d'améliorer son efficacité, ses capacités d'innovation, de réduire les coûts inutiles et les doublons entre les structures étatiques et privées, dans un contexte où les performances sanitaires ne sont pas à la hauteur des moyens engagés. Chacun doit disposer d'une structure de proximité qui au travers de son médecin traitant – dont le rôle est irremplaçable – permet de prendre les meilleures décisions, au bon moment, au bon endroit sur le territoire national.

On assiste ces dernières années à des progrès majeurs en termes d'allocation des ressources vers la prévention avec de nouveaux programmes. Mais cela reste insuffisant et des marges de progression considérables en matière d'efficacité des programmes / actions sont possibles, notamment avec l'aide des complémentaires qui peuvent apporter un plus à l'édifice global.

Pour réduire autant que possible la progression des coûts de santé, il est indispensable d'aller beaucoup plus loin dans les dispositifs de prévention adaptée aux cas individuels.

Ce « sur-mesure » existe, les innovations aussi (coaching en matière de nutrition et d'activité physique, applications digitales de réduction de la fatigue visuelle, de méditation et de gestion du stress...). Là aussi, ce point fort des complémentaires santé et des mutuelles doit être valorisé pour leur permettre d'agir plus efficacement dans le domaine de la prévention.

Il faut aussi souligner aussi qu'un des enjeux, à l'aune de la médecine personnalisée ou autres innovations majeures à venir, est la capacité à répondre aux besoins et attentes de chacun tout en faisant en sorte que l'on entraîne bien tous les Français sur ce chemin, quel que soit leur âge, état de santé ou statut.



#### 4 ACCENTUER L'INFORMATION ET LA PÉDAGOGIE DES MUTUELLES

Du côté des mutuelles, des efforts sont nécessaires en termes d'information et de pédagogie. L'enquête Quali-quantum pour Opus Line de début 2020 montre que 48% des Français n'ont pas compris les conditions de remboursement sur les prothèses dentaires, 46% sur les appareils auditifs et 36% sur les lunettes de vue. La plupart des Français estiment que le panier 100% Santé n'est pas suffisant en termes de qualité. En optique, 56% doutent de la qualité du panier et 19% considèrent que les équipements ne sont pas du tout de qualité. Pour le dentaire, 46% des sondés pensent que la qualité du panier n'est pas au rendez-vous et 15% qu'il n'est pas du tout de qualité.

**Note réalisée par Luc DOMERGUE, Ingénieur, MBA HEC, membre du Conseil scientifique de la Fondation Concorde, et Timothée WAXIN, enseignant-chercheur à l'EMLV Business School – De Vinci Research Center (DVRC), rédacteur.**

Les auteurs remercient les experts de la Fondation Concorde et les personnes rencontrées dans le cadre de ce travail.