

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

Le printemps du Collège est marqué par une journée dense : matinée thématique consacrée à la télémédecine, conférence et débat sur l'accessibilité des données de santé et Assemblée générale annuelle. Nous resterons ainsi fidèles à nos principes : débattre entre chercheurs et acteurs du système de santé ; analyser les enjeux des questions et méthodologies de recherche que nous partageons.

Avec l'Assemblée générale, ce 15 mai sera aussi l'occasion d'un bilan, non seulement celui de l'année, mais aussi celui de la mandature. Je le partage avec Claude Le Pen, qui m'a passé le flambeau de la présidence en janvier 2013. C'est ainsi très largement le fruit de son action, et de celle de Thomas Barnay qui l'accompagnait comme secrétaire général, que nous mesurerons lors de l'Assemblée générale. Les membres du CA « sortant » m'ont fait confiance pendant ces 18 derniers mois et je les remercie sincèrement car c'est dans un esprit collégial – conforme à la tradition du CES – mais aussi de partage des responsabilités que nous avons développé les activités du collège ces derniers mois.

Grâce à tous les membres du CA, et tout particulièrement à l'engagement des membres du bureau (Florence Jusot, Bruno Detournay, Carine Franc, Nora Moumjid-Ferjaoui) et des secrétaires généraux qui se sont succédés (Laurie Breban, Frédéric Bonnemaïson), le CES développe avec bonheur ses activités et son rayonnement : le succès des Journées des Economistes Français de la Santé s'est encore confirmé en 2013 avec une affluence record et un beau numéro spécial d'Economie et statistiques en préparation ; des ateliers ont été co-organisés avec la Société Française d'Economie de la Santé, avec le soutien de la Haute Autorité de Santé ; très enrichissants, ils ont initié une collaboration naturelle entre nos deux associations sur les méthodologies d'évaluation économique ; le CES s'implique aussi dans la toute nouvelle association

européenne EuHEA avec prochainement un workshop pour les doctorants...

Lors de notre prochaine AG le 15 mai – comme tous les trois ans – nous renouvellerons le conseil d'administration, une occasion d'impliquer de nouveaux collègues dans les responsabilités et activités du Collège. Certains n'ont pas souhaité prolonger leur engagement, happés par d'autres activités et horizons et voulant laisser la place à de nouvelles visions et énergies... Je souhaite les remercier tout particulièrement et leur dire toute mon admiration pour ce qu'ils ont apporté au Collège au fil des années. Merci à Martine Bungener, grâce à qui le CES est hébergé au CERMES,

merci à Chantal Cases, Alain Paraponaris, Nicolas Vaillant... et un grand merci à Claude Le Pen ! Merci à tous de votre confiance et de nous transmettre le Collège en si belle santé.

Je suis heureuse de savoir que le relais sera pris. L'arrivée de nouveaux membres du CA sera sans aucun doute une occasion de donner de nouvelles impulsions à notre association, dans l'esprit qui est toujours le sien, d'échange et de débat, de convivialité et d'ouverture à la société. Au plaisir de vous retrouver le 15 mai pour ce rendez-vous important !

Sophie BÉJEAN

LEG, Université de Bourgogne

ÉDITORIAL :

Complémentaires santé : réforme ou révolution ?

S'il est une évolution importante du système de santé, bien qu'encre imparfaitement perçue par l'opinion publique, c'est bien celle qui affecte le monde des complémentaires santé. Jusqu'à ces toutes dernières années, la politique consistait surtout à accroître leur participation dans le financement des « frais de santé ». Entre 2000 et 2012, alors que les paiements directs des ménages restaient stables à 9,6% de la DSBM, la part des complémentaires augmentait de 12,4 à 13,7% correspondant à une charge supplémentaire de 2,4 Mds d'euros en 2012¹. Une somme du même ordre que le plan d'économies voté la même

année dans le cadre de la LFSS 2013.

Une vraie rupture a été, à partir de 2009, le transfert aux complémentaires de l'intégralité du financement de la CMU et de l'ACS, via une nouvelle taxe, la Taxe de solidarité additionnelle (la TSA) qui rapporte environ 2Mds d'euros par an qui a permis de couvrir le complet désengagement de l'Etat². Dans le même esprit, ce dernier a aligné la taxation des « contrats responsables » sur le régime général des contrats d'assurance en les taxant à 7%, dégageant à nouveau 2Mds€ de recettes au profit cette fois de la CNAMTS et de la CNSA³. Résultat, les

OCAM contribuent désormais au financement de la part publique de la couverture maladie et ne se contentent plus de la « compléter ».

Mais ce n'est pas tout. Elles sont également de plus en plus amenées à intervenir dans la régulation de la dépense totale de santé, notamment pour encadrer les dépassements d'honoraires et les tarifs de certaines professions. Elles ont participé, on le sait, à la définition et à la mise en place du « contrat d'accès aux soins » adopté dans le cadre de l'avenant n°8 à la Convention médicale de 2011 pour les médecins qui s'engagent à ne pas dépasser de plus de 100% les tarifs opposables. Et à travers les réseaux de prestataires, qu'ont désormais le droit de constituer les mutuelles dites « de 45 », elles s'efforcent de réguler l'offre dans le secteur où elles interviennent à titre de financeur principal notamment le dentaire et l'optique.

Mais la principale innovation est la fameuse « généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé » votée dans le cadre de la Loi du 14 Juin 2013 relative à la « sécurisation de l'emploi » qui a transcrit les termes de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 13 janvier 2013. A partir du 1^{er} janvier 2016, tous les salariés bénéficieront d'un contrat groupe d'assurance-complémentaire obligatoire. Cette disposition a fait l'objet d'une longue bataille juridique finalement perdue par le gouvernement qui voulait imposer des contrats négociés au niveau des branches. Le Conseil constitutionnel a permis que les entreprises puissent négocier sans pénalités leur propre contrat. Mais contrat branche ou contrat entreprise, l'essentiel n'est pas là. L'essentiel c'est que se met en place pour les salariés – qui n'étaient peut-être pas ceux qui en avaient le plus besoin – une double protection obligatoire et universelle. A la base, un niveau public « beveridgien » avec un assureur unique, des garanties universelles et un financement largement fiscalisé. Au-dessus, un niveau privé « bismarckien » avec des caisses en concurrence, des contrats différents d'une branche ou d'une entreprise à l'autre et un financement par

cotisations sociales. Entre les deux s'organisera une division du travail dont on imagine mal qu'elle n'évolue pas vers une spécialisation du niveau de base dans le « gros risque » (ALD et hospitalisation), déjà très fortement solvabilisées par l'AMO, et du niveau complémentaire dans le petit risque et les pathologies courantes, déjà fortement solvabilisées par l'AMC.

Dans les deux cas, l'Etat régule soit directement, soit par l'intermédiaire des complémentaires dont il s'efforce d'encadrer la politique de couverture. Une série de décrets en préparation vise à fixer des montants minima et maxima à la prise en charge des soins dentaires et de l'optique médicale dans le cadre des contrats dits « responsables ». En plafonnant les remboursements, les pouvoirs publics espèrent peser sur les tarifs.

Il fait ainsi le pari qu'il peut compenser par une régulation plus ou moins stricte des complémentaires santé ce qui apparaît comme un désengagement public. Mais c'est un pari risqué qui peut tout aussi bien déboucher sur une forte augmentation du reste à charge des ménages si les tarifs ne baissent pas proportionnellement. Ou sur une sortie du cadre des « contrats responsables » d'un certain nombre de contrats d'assurance santé, notamment ceux souscrits dans les grandes entreprises, qui sont en général plus généreux, ce qui accentuerait alors les inégalités déjà fortes devant la protection complémentaire. De toutes manières, il aura du mal à assurer l'homogénéité totale des garanties qui serait requise pour limiter ces dernières.

Quoiqu'il en soit, cet empilement de régimes universels et obligatoires avec vraisemblablement un troisième niveau entièrement privé, sans aides fiscales et sans régulation publique dessine, sans grand débat et sans claire perspective, une configuration de l'assurance-maladie originale, dont on ne trouve pas l'équivalent dans les autres pays et qui constitue, par bien des égards, une rupture avec le contrat solidariste et universaliste de 1945.

Claude LE PEN

LEGOS - Université Paris Dauphine

1 Compte tenu d'une CSBM à 183,6 Mds d'euros. Cf. Le Garrec et M Bouvet : Comptes nationaux de la santé 2012, DREES, document de travail série statistiques, n°185, Septembre 1013.

2 Soit 6,27% de leur CA santé hors taxes (31,4Mds€ en 2012). Cette taxe accroît de 1Md environ la participation des complémentaires au financement de la CMU-ACS.

3 Ces contrats, créés en 2004, étaient initialement exonérés de la Taxe sur les Contrats d'Assurance (TCA). Une taxe spéciale, la TSCA, les frappant spécifiquement au taux de 3,5% a été introduite en 2011, le taux ayant été porté à 7% en 2012.

SANTÉ : POUR UN SYSTÈME ALLIANT SOLIDARITÉ, MUTUALISATION ET PERSONNALISATION

Préserver le pacte social actuel et garantir un accès à une santé de qualité pour tous les assurés : cet objectif est largement partagé, mais les moyens pour y arriver font débat. Notre conviction est que l'efficacité du système repose sur la complémentarité entre les acteurs publics et privés, entre une logique de solidarité d'un côté, et de personnalisation et mutualisation des risques de l'autre. La solidarité nationale joue un rôle essentiel de redistribution et relève de la Sécurité sociale (qui finance les $\frac{3}{4}$ des dépenses de santé). Le déficit annuel de l'Assurance maladie devant atteindre 7,7 milliards d'euros en 2013, tous les acteurs s'accordent sur la nécessité de la réforme de notre

système de protection sociale, à un moment, qui plus est, où la France s'est engagée à maîtriser ses dépenses publiques.

Les assureurs – qui financent 14 % des dépenses de santé – jouent un rôle complémentaire. Ils mettent notamment en place des dispositifs de gestion du risque, pour améliorer la santé de leurs assurés et la compétitivité des entreprises – qui financent en partie la protection sociale de leurs salariés. Les assureurs complémentaires ont ainsi démontré leur capacité à créer des réseaux de santé dans lesquels les prix – des lunettes et des audioprothèses, par exemple – sont négociés pour leurs assurés.

Une logique préventive et personnalisée

Notre conviction est que les complémentaires santé ont également un rôle majeur à jouer pour passer d'un système seulement curatif à une logique préventive, en aidant les entreprises à devenir des « territoires de santé », des lieux où déployer des programmes de prévention et de dépistage. En rendant la complémentaire santé obligatoire pour tous les salariés, les partenaires sociaux – dans l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 – puis le législateur – dans la loi du 14 juin 2013 – ont d'ailleurs reconnu ce rôle en l'institutionnalisant.

Les complémentaires santé mettent en place un niveau de personnalisation des garanties et services, sans équivalent dans le système public. Prenons l'exemple de la complémentaire santé d'entreprise : les représentants des salariés et les dirigeants ont la possibilité de mettre en place les garanties et les services les plus adaptés aux besoins des salariés. Et c'est essentiel. Les enjeux de sécurité et de santé diffèrent totalement d'un secteur d'activité à un autre et les réponses à apporter en termes de services et programmes de prévention sont donc loin d'être identiques.

Enfin, au niveau d'une branche professionnelle, il est possible de mettre en œuvre une véritable mutualisation des risques et de faire bénéficier aux salariés de très petites entreprises des mêmes garanties et services que ceux d'un grand groupe. Car ce sont bien-là les valeurs et l'engagement de Malakoff Médéric : la personnalisation va de pair avec la mutualisation et, en aucun cas, avec la sélection du risque et l'exclusion des plus fragiles.

Notre conviction est qu'il est possible de préserver notre système de santé à condition de le rendre encore plus efficient, en donnant les moyens à chacun de devenir acteur de sa santé, grâce aux réseaux de soins, à des programmes adaptés de prévention et de dépistage et, enfin, à un plus large accès à l'information concernant les acteurs du système (taux de maladies nosocomiales ou de séjour ambulatoire dans un hôpital, avis des patients...).

Guillaume SARKOZY

Délégué général de Malakoff Médéric



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adrezsez votre courrier au :
CES - Site CNRS - Bâtiment E - 7, rue Guy Môquet – 94802 Villejuif
Tél. : +33 (0)1 49 58 33 72 - Fax : +33 (0)1 43 45 75 67

E-mail : economistesdelasante@gmail.com

Site internet : <http://www.ces-asso.org>

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.

Secrétariat de rédaction : Frédéric Bonnemaïson.

Réalisation : Louyot.

ISSN : 1953-6755

« LES MUTATIONS DU MARCHÉ DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ » Intervention d'Etienne Caniard

Quelques rappels tout d'abord sur les tendances du marché des complémentaires et leur articulation avec l'Assurance maladie avant de répondre à différentes questions découlant de la problématique de ce colloque.

En 2012, selon les chiffres de la DREES, la dépense de soins et biens médicaux est évaluée à 183,6 milliards d'euros, **25,2 milliards d'euros en 2012 sont pris en charge par les complémentaires** dont 13,6 milliards d'euros par les mutuelles.

Le poids relatif des différents financeurs peut sembler stable. Entre 2004 et 2012, la part de la dépense de soins et de biens médicaux financée par la Sécurité sociale a baissé de 1,5 point, celle des complémentaires a augmenté de 0,8 point. L'intervention de l'Assurance maladie peut quant à elle sembler très importante dans la mesure où elle prend en charge 75,5% des dépenses contre 13,7% pour les complémentaires. En réalité, le régime obligatoire ne « solvabilise » que 54% des dépenses de soins courants.

Les complémentaires jouent donc un rôle de plus en plus important.

Quelle forme prend la couverture complémentaire ?

Pour 43 % des personnes couvertes, il s'agit d'un contrat collectif (à adhésion obligatoire ou facultative). **Pour 57 %** des bénéficiaires, il s'agit d'un contrat individuel.

Quelle place occupe les mutuelles ? Une place prépondérante, les mutuelles occupant 55,2% du marché.

Les **deux tiers des personnes assurées à titre individuel le sont par une mutuelle**, 30 % par une société d'assurance et 4 % par une institution de prévoyance. Mais, contrairement aux idées reçues, les mutuelles sont également très présentes sur le marché des contrats collectifs puisqu'elles occupent **35 % de ce marché, derrière les institutions de prévoyance (43%) les sociétés**

d'assurance occupant, elles, 22% du marché. Au sein de l'univers des complémentaires, les mutuelles jouent un rôle spécifique. Elles sont en effet les organismes les plus solidaires.

- **29 % des adhérents des mutuelles ont plus de 60 ans.**
- Les mutuelles protègent 85% des personnes bénéficiant de la CMU-C.
- Elles protègent également plus de 70% des bénéficiaires de l'Aide à la complémentaire santé.

Cette solidarité résulte des mécanismes mis en place par les mutuelles. Comme l'indique la DREES dans son étude publiée en septembre 2013, les trois quarts des bénéficiaires d'un contrat individuel d'une mutuelle ont une tarification ralentissant après 60 ans ou restant stable.

À l'inverse, 85 % des bénéficiaires d'un contrat individuel d'une société d'assurance ont une tarification qui augmente plus vite que l'âge. En d'autres termes, les mutuelles ne procèdent pas à l'exclusion par les tarifs des personnes à plus forts risques.

La généralisation de l'accès aux complémentaires est-elle réalisée ? En apparence oui. En valeur absolue nous en sommes encore loin.

Aujourd'hui, **96% de la population bénéficie d'une complémentaire.** Les 4% (soit environ 2,5 millions de personnes) ne disposant pas d'une complémentaire se distinguent, selon le HCAAM, en deux catégories :

- 2% ne souscrivent pas à une complémentaire pour des raisons financières
- 2% ne souscrivent pas à une complémentaire par choix.

L'Accord national interprofessionnel a été présenté à tort comme une généralisation de la complémentaire santé, puisque sur les bénéficiaires potentiels de l'ANI, 90% disposent déjà d'une couverture complémentaire.

Seules 400.000 personnes seront *in fine* des nouveaux accédants à une complémentaire. 3,6 millions des 4 millions visées par le dispositif étant déjà couverte par une couverture individuelle. Par ailleurs, compte tenu de son coût, l'ANI prive l'Etat d'une véritable marge de manœuvre permettant une « vraie » généralisation.

Pourquoi généraliser l'accès aux complémentaires ?

Le **reste à charge des ménages** atteint 17,6 milliards d'euros en 2012, soit 9,6 % de la consommation de soins et biens médicaux (comme en 2011).

Bien que le reste à charge moyen des Français soit plus bas qu'au sein de pays comparables en raison l'importance de la couverture complémentaire (complétée par la CMU-C), le renoncement aux soins atteint aujourd'hui 16% selon la DREES et touche en particulier les soins dentaires et optiques. Les personnes ne bénéficiant pas de complémentaire sont deux fois plus touchées par le renoncement.

Pourquoi est-il aujourd'hui irréaliste de parler d'un remboursement de 100% par l'Assurance maladie ?

Tout simplement parce que la Sécurité sociale doit faire face à un **déficit de 19 Md€ pour l'année 2012**, la dette sociale accumulée atteint 200 milliards d'euros. **15 Md€** sont chaque année consacrés au financement de l'amortissement et des intérêts de la dette. L'avenir de notre système de protection sociale est menacé en raison de sa situation financière et du recours systématique à l'endettement. Au-delà, pour que les taux affichés ne restent pas fictifs, il faut revenir à une forme d'opposabilité des prix. La prise en charge à 100% par la Sécurité sociale relève davantage du slogan que de la réalité...

Le Président de la République s'est engagé à généraliser l'accès aux complémentaires à l'horizon 2017. Cet engagement a été réaffirmé dans la stratégie nationale de santé. Quelles sont les conditions pour une généralisation ? Quels en sont les piliers ?

Tout d'abord celui de la régulation. Notre système de santé doit sortir d'une simple logique de solvabilisation où les complémentaires sont des payeurs aveugles et invisibles. Cela implique de privilégier la gestion du risque dans une relation renouvelée entre l'AMO, l'AMC et les professionnels de santé en prenant acte du poids de l'intervention des complémentaires dans certains secteurs, en particulier le remboursement des dépassements d'honoraires ainsi que les dépenses d'optique ou de soins dentaires. Le conventionnement ainsi que la définition du contenu des contrats solidaires et responsables sont des outils majeurs pour mettre en place ce premier pilier.

Deuxième enjeu, celui de la solidarité. Il faut étendre la solidarité au-delà de la Sécurité sociale. Les complémentaires sont aujourd'hui dans un véritable marché, concurrentiel, qui amène certains des acteurs à sélectionner les risques. Sans encadrement des pouvoirs publics sur l'effet de la concurrence qui s'exerce plus dans le domaine de la sélection du risque que dans la gestion du risque, nous nous exposons à une exclusion accrue des plus démunis... et des plus malades.

Ce qui nous amène au troisième pilier : la contrepartie fiscale. Sans contrepartie, aucun acteur n'aura « intérêt » à se montrer solidaire. En 2001 300 millions d'euros de taxes étaient prélevées sur le chiffre d'affaires des complémentaires, ce sont aujourd'hui 4 milliards.

Etienne CANIARD
Président de la Fédération Nationale
de la Mutualité Française