

La lettre du Collège

LA CONCURRENCE SUR LE MARCHÉ DE LA COMPLÉMENTAIRE

Actes de la 19^e Matinée thématique du 6 novembre 2019

SOMMAIRE

Introduction	
■ Thierry Beaudet.....	3
TABLE RONDE 1	
Quelle place pour la concurrence sur le marché de l'assurance complémentaire en France ?	
■ Jérôme Wittwer.....	6
■ Marc Perronnin.....	8
■ Francis Kessler.....	10
■ Catherine Pollak.....	12
TABLE RONDE 2	
La réalité de la concurrence sur les marchés de l'assurance santé	
■ David Bernstein.....	15
■ Albert Lautman.....	17
■ Laurence Tribillac.....	19

LE MOT DU PRÉSIDENT

Premiers enseignements d'une crise sanitaire majeure

Le système de santé essuie une tempête inédite. Il est mis à dure épreuve et le personnel soignant fait face avec les moyens à sa disposition à cette situation extrême démontrant une implication totale qui force notre admiration.

De nombreux enseignements seront certainement à tirer de cette épreuve mais la gestion de crise est une chose, l'adaptation de notre système de santé à l'évolution démographique et épidémiologique de notre population en est un autre. Pour aller à l'encontre de certain discours du moment, les problèmes de demain seront ceux d'hier, ne nous méprenons pas.

Cela ne veut pas dire que nous ne pouvons pas déjà tirer des premiers enseigne-

ments de cette crise sanitaire majeure. Je vois essentiellement deux points.

Le premier nous interpelle directement nous autres, économistes de la santé, sur le coût que la société est prêt à supporter pour enrayer l'épidémie. Pour grossir le trait si l'on estime que l'effort demandé va se traduire par un ralentissement de 50 % de l'activité économique sur deux mois, le coût (hors traitement des patients) de cet effort s'élève à 200 milliards d'euros soit juste un peu moins du montant annuel de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). C'est une estimation haute, certes, mais pas complètement improbable. Si l'on utilise

(Suite page suivante)

ÉDITORIAL

Repenser l'articulation entre assurance maladie publique et privée ?

L'assurance maladie publique obligatoire poursuit un objectif social d'égal accès aux soins pour tous, sous le contrôle de l'État, en s'appuyant sur des principes de solidarité conduisant à délivrer des prestations, en fonction des besoins, et à les financer en fonction des capacités contributives. En conséquence, cette activité n'est pas considérée comme une activité économique au sens du droit européen de la concurrence. C'est une activité en dehors du marché.

Cette assurance laisse à la charge des assurés des copaiements, soit parce que l'assurance ne couvre pas intégralement les tarifs définis (tickets modérateurs, forfaits journaliers, franchises...), soit parce qu'il existe une liberté tarifaire des professionnels de santé (dépassements d'honoraires, prix libre des lunettes ou des prothèses...), soit, parce que le panier de soins public ne couvre pas certaines dépenses (automédication, chambres particulières...). Ce risque

de copaiement peut être assuré par la souscription d'un contrat d'assurance maladie complémentaire privée. Cette activité est, au sens du droit européen, une activité économique. Cela signifie que son fonctionnement doit respecter le droit communautaire de la concurrence.

On observe depuis de nombreuses années un phénomène de polarisation des remboursements de l'assurance maladie publique en faveur des assurés ayant les dépenses les plus élevées, sous les effets conjugués :

- du progrès technique, qui permet d'améliorer le traitement des maladies au prix de médicaments très onéreux pris en charge à 100 % par l'assurance maladie publique ;
- du vieillissement de la population et de l'évolution des modes de vie qui conduisent au développement de pathologies chroniques prises en charge au titre des Affections de Longue Durée (ALD) ;

(Suite page suivante)

Collège des économistes de la santé

CESP – Équipe 1 – Hôpital Paul Brousse
Bâtiment 15/16
16, avenue Paul Vaillant Couturier
94807 Villejuif cedex

Tél. : 06 67 52 04 16

E-mail : sg@ces-asso.org

Site internet : www.ces-asso.org

Directeur de rédaction :

Jérôme Wittwer,
assisté de Denis Raynaud
et Bruno Detournay

Secrétariat de rédaction :

Claire Maugé

IRDES Conception maquette :

Franck-Séverin Clérembault (Irdes),
Anne Evans (Irdes)

Mise en pages :

Franck-Séverin Clérembault (Irdes)
Damien Le Torrec (Irdes)

ISSN : 2266-7857

Tous droits réservés. Les reproductions des textes, graphiques ou tableaux sont soumises à autorisation écrite et préalable du Collège des économistes de la santé.

Le mot du président (suite)

la valeur de la vie préconisée par le rapport Quinet pour le calcul économique, soit 3 millions d'euros, cela signifie que l'on espère sauver plus de 65 000 vies grâce à cet effort ce qui est tout à fait conforme avec les prévisions épidémiologiques. La productivité moyenne de l'effort de confinement est-elle pour autant supérieure à la productivité marginale de notre système de santé ? Si l'on en croit les travaux conduits dans différents européens sur la productivité marginale de nos systèmes de santé, on peut en douter. Alors pourquoi considérer comme légitime l'effort de confinement demandé pour lutter contre l'épidémie et ne pas juger raisonnable une augmentation sensible de la CSBM ? Cela doit nous conduire à réfléchir sur les fondements du calcul économique en santé.

Le deuxième point a été déjà beaucoup été commenté. La crise sanitaire a mis en lumière l'incapacité de nos systèmes de santé à satisfaire dans des délais raisonnables des besoins en produits de santé de première nécessité. On en vient à être simpliste sur cette question. C'est à l'Europe de faire en sorte que les capacités de production pour des produits de santé stratégiques soit suffisantes sur notre continent pour faire face à des situations de crise. Sinon ce serait douter de la réalité d'une quelconque vision politique de l'Europe, ou, ce qui revient au même, de douter de ses moyens d'action. La plus grande leçon à tirer c'est à l'Europe de la tirer. ■

Jérôme Wittwer

Président du Collège
des économistes de la santé

Cette Matinée thématique du Collège a été organisée en partenariat avec la FNMF le mercredi 6 novembre à la Mutualité Française (255 rue de Vaugirard, 75015 PARIS).



ÉDITORIAL, suite...

- de la contrainte financière sur les finances publiques, qui a conduit à autoriser des tarifs libres et à laisser dériver l'écart entre les tarifs réels et les bases de remboursement publiques (optique, dentaire...)

Aujourd'hui, pour les soins courants (les soins hors hospitalisation ou maladie chronique exonérante), soit pour les trois quarts des français, l'assurance maladie publique ne rembourse en moyenne que la moitié de la dépense. Cela permet d'offrir à ceux qui ont les besoins les plus élevés un excellent niveau de couverture publique, sans pour autant, dans certains cas (ticket modérateur hospitalier, cumul de dépassements d'honoraires...) les mettre à l'abri de copaiements élevés.

La souscription d'une assurance complémentaire est donc très largement favorisée par la politique publique : complémentaire santé solidaire pour les plus défavorisés, assurance complémentaire d'entreprise obligatoire pour les salariés du secteur privé, contrats dits « Madelin » pour les indépendants, réforme du 100 % santé, et régulation générale du marché via des incitations financières par le biais des contrats solidaires et responsables.

Désormais, pour garantir à tous la protection de la santé inscrite dans le préambule de la constitution du 27 octobre 1946, il est nécessaire, en plus de l'assurance maladie publique universelle, de bénéficier de la protection d'une assurance complémentaire privée, en souscrivant un contrat sur un marché concurrentiel. Cela

conduit, inévitablement, à ce que les cotisations tendent à se rapprocher du risque. Ce risque peut-être plus ou moins mutualisé. L'assurance complémentaire collective permet une mutualisation via une tarification au risque moyen du groupe assuré, généralement les salariés d'une entreprise. L'assurance complémentaire individuelle, en autorisant une tarification en fonction de l'âge à des opérateurs en concurrence, limite les possibilités de mutualisation du risque. Cette mutualisation est soit volontaire, en se fondant sur le maintien incertain de solidarités professionnelles historiques (fonction publique...), soit limitée à une simple mutualisation à l'intérieur de classes d'âge définies, les personnes âgées en mauvaise santé bénéficiant ainsi de la solidarité des personnes du même âge en bonne santé, mais pas de celle des personnes plus jeunes.

Dans ce contexte, il est indispensable que la politique publique veille à ce que chaque français puisse accéder aux soins sans contrainte financière, c'est-à-dire, compte tenu de l'articulation actuelle entre assurance maladie publique et privée, ait la capacité financière de payer une prime d'assurance maladie complémentaire...

Ou alors, ne faudrait-il pas, justement, repenser cette articulation entre assurance maladie publique et privée, pour que la protection de la santé soit mieux garantie ? ■

Denis Raynaud, Irdes

Carine Franc, Inserm

Thierry Beudet

Président de la Mutualité française

Il me semble que dans le domaine de la complémentaire santé les décisions publiques sont prises avec un présupposé très ancré, à savoir que notre secteur générerait des rentes liées notamment à un défaut de transparence. Les pouvoirs publics nous invitent donc à plus de transparence, « plus de lisibilité », dans le cadre d'une approche libérale, très concurrentielle, mais en même temps polluée par une soif réglementaire inextinguible. Notre analyse c'est que les effets désirés par les pouvoirs publics de cette concurrence dans le champ de la complémentaire santé ne sont pas au rendez-vous. Il nous semble qu'il y a les intentions d'une part et les faits d'autre part. A ce stade, les faits nous paraissent têtus. C'est la raison pour laquelle, de notre point de vue, il serait utile que les économistes s'emparent de cette question de la concurrence sur le marché de la complémentaire santé pour invalider ou conforter les quelques intuitions qui sont les nôtres.

A quoi assiste-t-on depuis 20 ans ?

Les systèmes de santé et d'assurance maladie publics et privés sont confrontés à des transitions démographiques, épidémiologiques et technologiques. Toutes ces transitions aboutissent à une augmentation des dépenses de santé. Je ne vais pas détailler tous ces facteurs d'augmentation, vous connaissez cela parfaitement. En lisant certains de vos travaux, j'ai découvert que la première cause d'augmentation des dépenses de santé n'est pas celle à laquelle on songe spontanément. C'est le fait qu'à tous les âges de la vie le recours au système de santé est beaucoup plus qu'il y a 20 ou 30 ans. Prenons l'exemple d'un couple qui a un jeune enfant. Pour celui-ci, ce couple va recourir davantage au système de santé aujourd'hui qu'il ne l'aurait fait il y a quelques décennies. C'est vrai à tous les âges de la vie. Cette augmentation du recours à tous les âges de la vie pèse sur les dépenses de santé, comme naturellement le progrès technique, le vieillissement de la population avec notamment la chronicisation des maladies. Les dépenses de santé augmentent et vont continuer d'augmenter.

Depuis bientôt 20 ans, il nous semble que l'action des pouvoirs publics dans le domaine de l'assurance maladie est caractérisée par quatre orientations.

La première orientation correspond à un objectif de régulation de la dépense de santé avec une appétence plus ou moins marquée, selon les périodes, pour des reculs de la prise en charge financière de la Sécurité Sociale ou des mesures de baisse de prix, dans le domaine du médicament notamment. Pour 2020, on note assez peu de recul de la prise en charge de la Sécurité Sociale dans le PLFSS pour 2020. Cependant, certaines restrictions ne sont pas prises via le PLFSS mais passeront par voie réglementaire. C'est le cas du ticket modérateur pour les consultations externes à l'hôpital qui sera porté de 20 à 30 %. Chaque année, la tentation d'un recul de la prise en charge financière de la Sécurité Sociale est présente et ces dernières années, systématiquement, la régulation utilise le levier des baisses des prix. Une fois encore le médicament va être un contraindre cette année. La conséquence des baisses de prise en charge de la Sécurité Sociale, c'est que la part des ménages s'accroît, soit directement

soit par le biais des complémentaires santé. Même si les pourcentages sont globalement stables sur une longue période, la dynamique du remboursement des complémentaires en euros est très importante. Lorsque l'ensemble des complémentaires avaient été convoquées par le président de la République l'année dernière, j'ai eu l'occasion de commenter une formule qui m'irrite par rapport à nos hausses de tarifs. On nous transfère de la charge, mais à peine l'a-t-on fait que nous sommes pointés comme des mauvais élèves. Au mieux nous sommes considérés comme le mal nécessaire de la Sécurité Sociale et au pire comme sa maladie honteuse. Comme je l'ai exprimé au Président de la République « Si la Sécurité Sociale peut faire davantage, ne vous en privez pas. Les besoins de nos adhérents sont tels que les mutuelles ne manqueront pas de terrains sur lesquels s'employer. En revanche, si vous nous transférez de la charge, respectez-nous davantage ».

Depuis 20 ans, la deuxième orientation est caractérisée par des tentatives visant à remettre de l'opposabilité dans les tarifs de la Sécurité Sociale. C'est ce que l'on a vu avec les médecins, via le contrat d'accès aux soins devenu Optam, et plus récemment en optique, prothèses dentaires et aides auditives, avec la réforme du reste à charge zéro. Avec cet Optam, les médecins du secteur 2 s'engagent à respecter un taux moyen de dépassement de 100 % et à ne pas baisser leur taux d'activité facturée sans dépassement. On remet un peu d'opposabilité et, en contrepartie, ces praticiens bénéficient des mêmes prises en charge de cotisations sociales que les médecins de secteur 1. D'après la Cnam, en septembre 2019, le taux d'adhésion à l'Optam des médecins concernés est d'environ 50 %. Entre 2012 et 2018, toujours selon des sources Cnam, le taux de dépassement moyen a baissé de 7 points, passant de 55 à 48 %. Ces éléments dénotent un certain succès du dispositif, même si ce n'est pas au niveau attendu.

La troisième orientation nous concerne : c'est un encadrement toujours plus marqué de l'activité de la complémentaire santé, avec des spécifications des garanties toujours plus précises. Le décret de 2014 qui réforme les règles s'appliquant au contrat responsable prévoit notamment la mise en place de planchers et de plafonds de remboursement pour l'optique médicale en fonction de la complexité des équipements. Il prévoit également des limites de prise en charge des dépassements d'honoraires pour les médecins n'adhérant pas au fameux Optam. On voit bien que, dorénavant, ce contrat responsable est le véhicule utilisé pour mettre en œuvre des mesures d'encadrement toujours plus nombreuses.

La quatrième orientation qui nous paraît importante se produit de fait à bas bruit. Je ne suis pas certain qu'elle soit véritablement pensée. Elle est caractérisée par une dualisation de l'assurance maladie privée. Il y a d'une part le renforcement des mécanismes concurrentiels, avec la possibilité de résiliation infra annuelle, et d'autre part une forme d'étatisation, avec la mise en place de la CMU-C, et dorénavant son extension aux bénéficiaires de l'ACS, le nouveau dispositif dit de la complémentaire santé solidaire. Ce sont les derniers avatars de cette orientation.

Pour nous, aucune de ces quatre orientations - mesure de régulation de la dépense, opposabilité dans les tarifs, encadrement marqué de la complémentaire santé et dualisation de l'assurance maladie privée - n'apporte de réponse durable aux changements structurels qui sont à l'œuvre. Les deux premières (régulation et recherche d'opposabilité) visent à assurer la pérennité du système en limitant globalement le niveau des dépenses. Je crois cependant que l'on peut tous constater que le cumul d'Ondam très contraints, année après année, aboutit à la situation d'un système de santé exsangue à bien des égards, en particulier à l'hôpital. On ne dit pas qu'il ne faut pas transformer le système et qu'il faut remettre de l'argent dans un système qui ne serait pas transformé, mais pour nous la transformation ne se fera pas sans moyens supplémentaires. Il nous semble qu'un certain relâchement de l'Ondam, avec de vraies projections pluriannuelles, seront aujourd'hui nécessaires. De telles projections nous contraindraient à définir collectivement le modèle de prise en charge que nous souhaitons.

En ce qui concerne les deux autres orientations (encadrement et dualisation), il nous semble que celles-ci fragilisent les fondations de notre modèle social dans le domaine de la santé. C'est l'histoire sociale de notre pays : notre modèle conjugue solidarité nationale et initiative privée avec, au premier rang, l'initiative mutualiste. Depuis 1945, cet alliage s'inscrit dans le développement de notre pays et constitue un pilier solide de notre identité, de notre pacte social. Il est souvent critiqué, non sans raison car il faut l'améliorer, mais il produit des effets positifs notamment en matière de reste à charge final pour les ménages, qui est le moins élevé des pays de l'OCDE. Cet alliage a fait preuve de résilience et de performance. Et là, à bas bruit, entre le marché pour quelques-uns et l'étatisation qui ne dit pas son nom pour les autres, on est en train de saper les fondations de notre modèle.

Pour en venir à la concurrence, plutôt qu'à une baisse des prix, qui est l'effet attendu de la concurrence sur le marché de la complémentaire santé, nous assistons aujourd'hui au développement des acteurs qui consacrent une part plus forte des cotisations aux frais d'acquisition. A ce stade, et c'est là que les analyses des économistes nous intéressent, il nous semble que la concurrence ne produit pas une baisse des tarifs mais plutôt l'inverse. Les frais d'acquisition, et donc les frais de gestion, augmentent. Ce sont les organismes ayant aujourd'hui les frais les plus élevés (les sociétés d'assurance pour ne pas les citer) qui gagnent des parts de marché. Selon la DREES, en 2018, les frais d'acquisition s'élevaient à 5 % pour les institutions de prévoyance, 6 % pour les mutuelles et 12 % pour les sociétés d'assurance, soit le double pour les sociétés d'assurance. Si l'on prend le ratio « prestations sur cotisations », la redistribution s'établit à 67 % pour les sociétés d'assurance, 75 % pour les mutuelles et 81 % pour les institutions de prévoyance. Et le constat sur les parts de marché, c'est que celles des sociétés d'assurance augmentent de 6 points entre 2008 et 2017. Les perdants sont les mutuelles et les institutions de prévoyance. Ce sont les faits, et il nous semble que ce serait faire preuve de naïveté que de croire qu'il suffirait d'imposer quelque part l'affichage du *ratio* « prestations sur cotisations » pour que, subitement, les français se précipitent sur les contrats les plus redistributifs. Les faits montrent qu'aujourd'hui ils sont surtout sensibles à la publicité. Cet élément est impor-

tant. Nous constatons que lorsque les tarifs augmentent (et c'est bien le cas) la part de la population qui renonce à se couvrir s'accroît. Ce phénomène contraint à élargir la cible des mécanismes d'assistance et, d'une certaine manière, paradoxalement, la concurrence renforce l'étatisation. Ces deux extrêmes réduisent le rôle d'acteurs sociaux joués par les mutuelles. Celles-ci sont prises en tenailles entre l'étatisation côté assistance et la concurrence par les prix sur des garanties de plus en plus normalisées. A l'heure où la question de savoir comment refaire la société se pose avec acuité, je crois que ce n'est pas neutre.

J'ajoute que, dans un contexte d'augmentation permanente des dépenses de santé, le panier de soins réglementé pourrait se réduire. Le risque serait que cela nous conduise à terme à l'émergence d'un troisième compartiment totalement dérégulé : garanties non responsables, sélection des risques etc. Ces tendances sont à l'opposé du modèle inclusif que nous défendons. Nous plaçons pour un système de couverture qui permette une mutualisation la plus large possible de la population. Plutôt qu'une suradministration du secteur, nous voudrions une régulation basée sur des mécanismes incitatifs favorisant les prises en charge solidaires. Aujourd'hui, c'est tout le contraire. Dans le monde de concurrence dans lequel on nous a amenés, année après année, les mutuelles sont contraintes de faire des compromis successifs, toujours plus défavorables aux prises en charge solidaires.

Notre système de santé s'est complexifié. Il est devenu largement illisible. Des nouveaux besoins émergent, si l'on veut bien se placer du point de vue des français. Ce sont des besoins d'orientation et d'accompagnement. Or, les chances ne sont absolument pas égales dans ce domaine. Aujourd'hui, en poussant un peu le trait, ce qui est décisif en matière d'accès aux soins et pour éviter les pertes de chance, ce sont les contacts téléphoniques stockés dans son portable. Face à un épisode de soins, soit vous avez les bons numéros de téléphone, vous appelez la bonne personne et vous aurez une prise en charge de qualité, soit vous n'avez pas ces numéros de téléphone et vous subissez une perte de chance. Il faut entendre cette demande-là. Je pense que ni l'Etat ni l'assurance maladie obligatoire ne pourront y répondre. Ce n'est d'ailleurs pas leur rôle puisqu'ils doivent conventionner l'ensemble des établissements et des professionnels de santé. Lorsque votre responsabilité est de les conventionner tous, vous ne pouvez en choisir aucun. Je pense qu'il y a une nouvelle demande sociale émergente et elle devra bien trouver un débouché.

Je conclus comme j'avais commencé : il est très important pour nous que les économistes s'emparent de la question de la concurrence et ce, sans préjugés. Notre analyse est-elle juste ? Nous pensons que la concurrence à travers des prestations totalement réglementées pour tous les acteurs, dans l'objectif de faire baisser les prix, ne produit pas les effets attendus. Et lorsque j'écoute les adhérents et les questions qu'ils posent aux mutuelles aujourd'hui, j'ai une deuxième interrogation, plus large. Il y a une quinzaine d'années, quand l'adhérent interrogeait sa mutuelle face à un épisode de soins programmés, il lui demandait : « quel sera le montant de mon remboursement ? ». Plus récemment, du fait de tous les « espaces de liberté tarifaire », face au même épisode de soins, la question de l'adhérent était souvent : « quel sera mon reste à charge ? » sous-entendu

après le remboursement de la Sécurité sociale et de la mutuelle. Aujourd'hui ce n'est pas cette question-là que nous posent les adhérents en priorité, leurs interrogations ont changé. La dernière reste valide mais d'autres se sont ajoutées dont voici des exemples : « Mon médecin traitant est parti à la retraite et n'est pas remplacé, comment puis-je faire ? », « j'ai un problème de vue, j'ai besoin de voir un ophtalmo et on me dit que je ne pourrais pas le voir avant 6 mois, mais mon problème de vue ce n'est pas dans 6 mois, c'est aujourd'hui ». Autre type de question : « je suis actif, j'ai un parent qui devient dépendant et je ne sais absolument pas comment organiser sa prise en charge, comment concilier vie professionnelle et vie personnelle » etc. Quand il

est question de concurrence, je me demande si les pouvoirs publics ne se trompent pas complètement de terrain sur lequel celle-ci s'exerce. Voici ce que nous aimerions voir challengé par des études, des analyses, sur la question de la concurrence dans le champ de la complémentaire santé : ne serait-ce pas plus intelligent d'organiser une forme de concurrence sur la capacité des acteurs à répondre aux vrais besoins, sur leur capacité à proposer des solutions permettant un meilleur accès au système dans toute son acception (l'orientation, l'accompagnement, la prévention, les soins etc.) ? Voilà ce que m'inspirent les travaux que vous allez mener aujourd'hui. ■

ÉLÉMENTS DE CADRAGE

Jérôme Wittwer

Professeur en sciences économiques, Université de Bordeaux,
Président du Collège des économistes de la santé (CES)

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
https://www.ces-asso.org/sites/default/les/diaporama_wittwer.pdf

L'objet de ma présentation est de proposer quelques éléments de cadrage théoriques. Tout ce que je vais dire ne s'applique pas forcément directement au cas français ni au cas de la concurrence sur le marché de la complémentaire. Je souhaite faire un point sur les notions et les outils que mobilisent les économistes de la santé lorsqu'ils s'intéressent à la question de la concurrence sur le marché de l'assurance. C'est une question très ancienne en économie de la santé. Elle a été très étudiée aux Etats-Unis qui constitue un laboratoire grandeur nature pour étudier la concurrence en assurance santé. Les expériences américaines ont donné lieu à un grand nombre de travaux. Il n'est pas question aujourd'hui de faire le bilan de ces travaux explorant un contexte particulier éloigné des contextes européen et français. Nous allons simplement rappeler quelques éléments rhétoriques fondamentaux de l'analyse de la concurrence sur les marchés de l'assurance santé.

Tout d'abord demandons-nous pourquoi la concurrence pourrait-elle plus efficace que l'absence de concurrence sur le marché de l'assurance santé ?

Le premier point est relatif à la maîtrise des coûts par la gestion des risques, à la fois côté demande (patients) et côté offre (professionnels). Il existe de nombreux outils mobilisables par le financeur (copaiements, encadrement normatif des pratiques, réseaux de soins...). Il y a ainsi de multiples façons de réguler la demande et de réguler l'offre, mais ces outils ne sont pas propres au système concurrentiel. L'espoir mis dans la concurrence c'est que son aiguillon soit tel que les efforts de gestion soient particulièrement efficaces, innovants et performants. Cela reste évidemment à démontrer empiriquement.

Le deuxième point est ce que j'appelle ici de manière un peu maladroite « la diversité de l'offre », c'est-à-dire la capacité du marché à coller aux besoins, à la demande. Au-delà de la maîtrise des coûts, ce point est souvent avancé comme constituant l'avantage premier de la concurrence, et ce, quelques soient les marchés, mais en particulier sur les marchés où les besoins sont complexes et variés. La concurrence est un outil de régulation performant quand il s'agit de répondre à une demande hétérogène. Elle conduit à une situation appelée de concurrence monopolistique, chaque contrat spécifique constituant une niche qui attire des assurés avec des besoins particuliers.

Le troisième point est en lien avec le premier. Il s'agit de la question de la mise en concurrence des offreurs de soins. La concurrence entre assureurs devient un moyen de mettre en concurrence les offreurs de soins dans l'objectif de faire baisser les prix des soins.

Pour les objectifs concernant la « mise en concurrence des offreurs de soins », on peut théoriquement les atteindre sans concurrence entre assureurs. On sait que la concurrence entre offreurs de soins est organisée dans des systèmes étatisés comme en Grande-Bretagne qui organise la concurrence entre les établissements hospitaliers en particulier. On peut mobiliser la concurrence comme outil de régulation dans un système avec assurance publique obligatoire. En France, la T2A peut être comprise comme un système concurrentiel. Il met en concurrence les établissements en fixant comme prix un coût moyen par prise en charge. Les hôpitaux dépassant ce coût vont être incités à revenir à la norme. On peut tout à fait organiser la concurrence dans un système qui n'est pas un système concurrentiel. Il reste à démontrer empiriquement que la concurrence entre assureurs est le meilleur moyen pour mettre en œuvre cette concurrence entre offreurs de soins.

Concernant la « maîtrise des coûts », les instruments utilisés par les assurances en concurrence peuvent également être mis en œuvre, nous l'avons dit, par un assureur unique. Pour la capacité à coller à la demande en revanche, il est plus difficile de ne pas reconnaître que la concurrence présente des avantages comparatifs par rapport à une assurance unique.

Après avoir présenté succinctement les avantages possibles de la concurrence dans le champ de l'assurance santé venons en aux difficultés. Elles sont bien connues. La difficulté majeure est relative la sélection des assurés sous toutes ses formes, la sélection directe et la sélection indirecte. Il y a de multiples façons de sélectionner indirectement ses clients pour une assurance santé. Il s'agit évidemment d'un problème majeur quand on se fixe comme objectif de mutualiser tous les risques. Cet objectif de mutualisation large fait l'objet d'un très large consensus en France et plus largement en Europe. On ne le retrouverait pas forcément dans d'autres pays, aux Etats-Unis par exemple. Dans le contexte européen favorisant une large mutualisation, la sélection et le "screening" sont des problèmes absolument majeurs de la mise en concurrence des assurances santé. De là vient la nécessité d'une régulation très forte. Tous les pays qui

ont cherché à utiliser la concurrence entre assureurs ont mis en œuvre des systèmes de régulation contraignant. A l'étranger, on rencontre des systèmes de régulation du marché de l'assurance santé d'une très grande complexité parce que la concurrence laissée libre sur ce type de marché va générer mécaniquement de la sélection s'il n'est pas régulé.

Thierry Beaudet a beaucoup insisté sur la question de savoir si les choix des patients sont éclairés. Les personnes elles se dirigent-elles là où est leur intérêt ? Ou plutôt là où la publicité est la meilleure ? Dans le champ de la santé, c'est un vrai sujet, même s'il est parfois balayé du revers de la main. Qu'est ce qui guide véritablement les choix des assurés sociaux quand ils choisissent leur contrat ? Il s'agit d'une vraie question sur laquelle on n'a pas beaucoup travaillé en France, que ce soit sur les risques couverts ou la qualité des soins. Evidemment la concurrence n'est efficace que si les choix sont éclairés. Pour un économiste, s'ils ne sont pas éclairés, si les personnes sont mal informées, l'efficacité de la concurrence s'effondre. Il s'agit d'une question absolument centrale qu'il serait souhaitable d'étudier de plus près.

Le pouvoir de marché des offreurs de soins est une autre difficulté rencontrée par la mise en concurrence. Les américains l'ont expérimenté. Il est extrêmement difficile de mettre en concurrence des offreurs de soins qui ont la capacité de s'organiser efficacement pour faire face aux financeurs. Dans la pratique il est difficile de mettre en concurrence des offreurs de soins et donc de faire jouer la concurrence dans le but de faire baisser les prix. Le coût de la concurrence en termes de publicité, de régulation (la concurrence sur ce marché implique une régulation très forte) est par ailleurs à prendre en compte. La question du coût de l'acquisition de l'information pour les patients qui sont sur des marchés extrêmement complexes est également une question importante que nous avons évoquée précédemment. Ces difficultés sont bien connues. Elles ne sont pas spécifiques à l'assurance santé, mais elles sont très marquées sur ce marché.

Quelles sont les solutions que l'on peut imaginer pour essayer de contourner les difficultés en rapport avec la sélection ? « Surveiller et punir », il s'agit de faire en sorte que ce ne soit pas possible. On imagine des réglementations et des lois pour lutter contre les phénomènes de sélection. On peut également mettre en œuvre des systèmes de péréquation, utilisés aux Pays-Bas ou en Suisse par exemple. On considère que les risques des clientèles sont différents, on essaie de corriger ex-post ces différences de risques pour qu'il n'y ait pas d'assureurs en situation préférentielle. Cela demande immanquablement une régulation très forte.

Concernant les choix éclairés des assurés, une façon de faire consiste à concevoir des contrats-types pour rendre les contrats lisibles. Cela évite que les assureurs jouent sur le fait qu'aucun contrat n'est comparable à un autre pour maintenir des prix élevés. Ces contrats types ont été expérimentés, sur une période très courte en France pour l'ACS, aux Etats-Unis dans le cadre des marchés organisés de l'Obamacare. En Suisse des contrat-types sont proposés pour l'assurance de base pour aider les choix et pour favoriser la concurrence, l'objectif est que les produits soient les mêmes. S'ils sont identiques, la concurrence en prix est mécaniquement féroce, dès lors que les assurés sont mobiles en tous les cas. Le problème d'une concurrence féroce en prix sur un même contrat c'est qu'elle génère une incitation à la sélection forte qui appelle régulation. En l'absence de contrats types, les plateformes santé en ligne peuvent jouer un rôle utile à partir du moment où elles ne constituent pas un instrument promotionnel déguisé.

En ce qui concerne le pouvoir de marché des professionnels de santé, la solution « classique » est l'intégration verticale. Les professionnels de santé, les établissements de santé et les assureurs sont intégrés verticalement, à des degrés qui peuvent être variables. C'est une partie de l'expérience américaine des quarante dernières années. Il existe également la possibilité, moins lourde, de la création de réseaux de soins sous la forme d'une contractualisation des professionnels de santé du réseau avec l'assureur. Il s'agit de la solution la plus proche de ce que l'on peut rencontrer sur le marché de la complémentaire en France. C'est un moyen d'essayer de contraindre le pouvoir de marché des offreurs de soins.

Le message que je souhaite transmettre c'est que l'introduction de la concurrence entre assureurs se traduit inmanquablement par une régulation lourde et complexe. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la concurrence dans ce secteur ne contribue certainement pas à simplifier la régulation, bien au contraire. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas le faire. Mais le bon argument n'est certainement pas de dire que l'on va simplifier les choses en promouvant la concurrence, c'est tout sauf le laisser-faire. Le système des Pays-Bas est exemplaire, la régulation est complexe et ajustée très régulièrement pour faire face aux effets indésirables. Quand on joue de la concurrence en assurance santé pour réguler le système de santé, soit on n'a aucun objectif de mutualisation et les choses sont simples, soit on a de forts objectifs de mutualisation et les choses sont immédiatement très complexes. ■

ÉTAT DU MARCHÉ DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE SUITE À L'ANI DE 2013 – PANORAMA À PARTIR DE L'ENQUÊTE PSCE 2017

Marc Perronnin

Statisticien, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
https://www.ces-asso.org/sites/default/les/diaporama_perronnin.pdf

Les résultats que je vais vous présenter sont des éléments statistiques sur le marché de la complémentaire santé. Ceux-ci font suite à la généralisation de ce type de complémentaire santé. Ces résultats sont issus d'une enquête menée en 2017, elle est intitulée « Enquête complémentaire protection sociale entreprise ». Elle a été menée en partenariat entre l'Irdes et la Drees. Cette enquête collecte des informations auprès des établissements et de leurs salariés. Le nombre d'établissements interrogés est de 6 122. On a recueilli des informations sur les caractéristiques des complémentaires santé qu'ils offrent à leurs salariés, ainsi que quelques indicateurs concernant l'offre de prévoyance santé. Les salariés sont interrogés sur leurs caractéristiques socio-économiques, leur état de santé (au travers de quelques indicateurs) et leur renoncement aux soins et surtout sur les choix concernant leur complémentaire d'entreprise : ont-ils étendu le contrat à leur conjoint ? Ont-ils choisi une surcomplémentaire ? Ont-ils pris une dispense d'adhésion ? Etc. Ces données sont complétées par un appariement avec les déclarations annuelles de données sociales que nous fournit l'Insee. Au niveau salarié, ces données nous fournissent des informations sur l'âge, le sexe, les caractéristiques professionnelles (par exemple la PCS, le salaire). Elles sont aussi utilisées au niveau établissement, en agrégeant ces informations de manière à avoir des structures d'âge, de sexe et de PCS au niveau des établissements. Nous avons déjà eu l'occasion de présenter les premiers résultats sur cette enquête.

Tout d'abord, 84 % des établissements qui emploient 96 % des salariés offrent une complémentaire santé à leurs salariés. Il reste donc en 2017 des catégories d'établissement qui sont moins souvent couvertes. Ce sont notamment des établissements rattachés à des entreprises de moins de 5 salariés (les très petites entreprises). Ce sont aussi les établissements de certains secteurs d'activité, notamment les « autres activités de service ». 29 % de ces établissements n'offraient pas de complémentaire santé d'entreprise, 25 % des établissements des administrations publiques d'enseignement, de la santé et du social, et 22 % des établissements de l'agriculture. Par ailleurs, un tiers des établissements des départements et régions d'outre-mer n'offraient pas de complémentaire santé en 2017. Ces chiffres, relativement substantiels, doivent être relativisés par le fait que, dans tous les cas, la part des salariés concernés par l'absence d'offre de complémentaire santé est de l'ordre de 9 à 11 %. La rai-

son est que ce sont souvent de très petites structures qui n'offrent pas de complémentaire santé.

Sur le graphique, on voit la part d'établissements offrant une complémentaire santé avant l'ANI et après l'ANI, suivant la taille de l'entreprise à laquelle est rattaché l'établissement. On constate qu'en termes d'offre de couverture santé, la plus forte progression concerne les petites structures, c'est-à-dire les établissements qui sont rattachés à une entreprise de 1 à 4 salariés. Le taux d'établissements équipés a été doublé. Malgré tout, ce sont des établissements qui offrent le moins souvent une complémentaire santé en 2017.

On peut s'interroger sur la façon dont l'organisme assureur a été choisi. Pour rappel, il y a eu un débat important concernant les clauses de désignation et de recommandation dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé. Celui-ci a abouti à la censure des clauses de désignation mais celles-ci pouvaient courir jusqu'à mi 2018. Dominique Libault a fait un rapport consacré à cette thématique. Puisqu'il pouvait y avoir des clauses de désignation au moment de l'enquête, l'organisme gestionnaire est issu d'une désignation en 2017 pour 26 % des contrats. Ces désignations restaient plus fréquentes parmi les établissements des TPE et dans le secteur de l'agriculture et de l'hôtellerie-restauration. Un organisme était recommandé pour 20 % des contrats, d'après les déclarations des enquêtés. La recommandation était suivie pour un contrat sur deux. Ces recommandations étaient beaucoup plus souvent suivies dans les entreprises de moins de 10 salariés que dans les établissements rattachés à des entreprises de 100 salariés ou plus. Ainsi, lorsque les établissements étaient soumis à une recommandation, celle-ci était d'autant moins suivie que la taille de l'entreprise de l'établissement était importante. Pour 36 % des contrats, la branche n'a pas recommandé d'organismes. Ces cas de figure sont d'autant plus fréquents que la taille de l'entreprise est élevée. Enfin, il n'y avait pas de rattachement à une branche pour 7 % des contrats.

Je vais donner rapidement le poids de chaque famille d'organismes dans la gestion des contrats. D'après l'enquête, 38 % des contrats étaient gérés par une mutuelle, 32 % par une institution de prévoyance, et 24 % par une société d'assurance. Pour 6 % des contrats, l'enquêté nous a indiqué un courtier, sans pouvoir nous donner exactement le type d'organisme qu'il y avait derrière.

On a constaté que les contrats sont beaucoup plus souvent gérés par une institution de prévoyance lorsqu'il y a une désignation, ou lorsqu'il y a une recommandation qui a été suivie. Dans les 2 cas, les IP (Institutions de Prévoyance) représentent 51 % des contrats. En revanche, les sociétés d'assurance sont surreprésentées dans les autres cas, notamment lorsqu'il y a une recommandation qui n'a pas été suivie, lorsque l'établissement appartient à une branche sans recommandation, ou lorsqu'il n'y pas de rattachement à une branche. On constate enfin qu'il y a une forte spécialisation sectorielle des institutions de prévoyance qui gèrent 68 % des contrats dans la construction et 44 % d'agriculture.

Il est intéressant de comparer ce qui se passe lorsqu'il y a des établissements qui avaient une complémentaire santé avant la généralisation, et ceux qui n'en avaient pas. En termes d'organismes gestionnaires, on constate que les établissements qui n'avaient pas de complémentaire santé avant la généralisation ont plus souvent souscrit leurs contrats auprès d'une société d'assurance. En revanche, ils l'ont moins souvent souscrit auprès d'une institution de prévoyance. En ce qui concerne la part des mutuelles, il n'y a pas de différence entre les établissements anciennement équipés et les établissements nouvellement équipés. Les désignations sont moins fréquentes parmi les établissements qui n'avaient pas mis en place de complémentaire santé avant la généralisation. En revanche, les recommandations sont un peu plus fréquentes, et surtout, elles sont plus souvent suivies.

Sur le marché de la complémentaire santé d'entreprise, on observe que la part de contrats gérés par une société d'assurance a augmenté de 3 points. Ce gain semble avoir été obtenu grâce aux souscriptions auprès des établissements nouvellement couverts. Par ailleurs, il faut savoir qu'il y a eu très peu de migrations d'une famille d'organisme à une autre pour les établissements anciennement couverts. Les gains de parts de marché semblent s'être opérés sur les établissements nouvellement couverts. En revanche, on a une stabilité de la part des mutuelles sur le collectif. Comme cela a été mentionné, il y a une légère perte de part de marché sur l'ensemble du marché de l'assurance, d'après le Panorama de la Drees. Cela peut s'expliquer par la perte d'assurés anciennement couverts qui ont un contrat individuel. Ils étaient couverts par une mutuelle mais ils ne sont plus forcément couverts par celle-ci et peuvent avoir basculé sur un contrat géré par une société d'assurance.

Continuons de comparer les contrats des établissements anciennement et nouvellement équipés. On a comparé le contenu de ces contrats en termes de garantie et de prix. Le radar présente ici les niveaux de garantie. Sur cette figure, chaque pointe du polygone est sous la forme d'un taux multiplicatif. En bleu, on a les niveaux de garantie moyens des établissements couverts avant l'ANI. En rouge, ce sont les niveaux de garantie moyens de ceux qui n'étaient pas couverts avant l'ANI. A chaque fois, on rapporte le niveau de garantie des établissements nouvellement couverts avec celui des établissements

anciennement couverts. Par exemple, pour la chambre particulière en MCO, le niveau moyen de garantie des établissements anciennement couverts est 1,4 fois plus élevé que celui des établissements nouvellement couverts. D'une manière générale, les niveaux de garantie sont plus élevés sur les établissements anciennement couverts. Ce résultat était assez attendu.

Pour l'instant, en termes de niveau de cotisation, on est limité à la cotisation au cas type du contrat de base pour un salarié célibataire. En moyenne, le montant de cotisation est de 62 euros. Il y a une différence assez nette entre les contrats des établissements anciennement équipés (69 euros) et ceux qui le sont nouvellement (49 euros). Celle-ci est de 20 euros, elle s'explique en partie par une différence de niveau de garantie. Il peut y avoir également des différences liées à des différences de taille d'entreprise et de composition salariale. Si l'on essaie de l'expliquer par une régression, en réalité, on a toujours une différence de cotisation de 10 % entre les établissements anciennement couverts et les nouvellement couverts. Cet écart est robuste à différents types de spécifications qui ont pu être faits pour expliquer ces primes. Voici une explication qui mériterait vraiment d'être creusée parce que c'est quelque chose qui est assez préliminaire : les tarifs pourraient avoir été plus avantageux en faveur des établissements nouvellement couverts afin de pouvoir les attirer.

Un mot sur les choix des salariés en termes de dispense d'adhésion et de sur complémentaire : 82 % des salariés du secteur privé déclarent être couverts par leur entreprise et concernant les 18 % restant, 15 % déclarent qu'ils sont dispensés d'adhésion et 3 % que leur établissement ne leur offre pas de complémentaire santé d'entreprise. Parmi les salariés qui sont couverts par leur propre entreprise, 24 % déclarent avoir souscrit à une sur complémentaire, ou à une option leur permettant de bénéficier de supplément de garantie par rapport à la formule de base. La souscription de ces suppléments de garanties est très peu, voire pas du tout, liée au milieu social des salariés. On a presque autant de souscription chez les bas salaires que chez les hauts salaires, autant chez les ouvriers que chez les cadres. En revanche, elle est plus fréquente chez les individus âgés. Cela peut s'expliquer par le fait que les cotisations sont souvent forfaitaires, elles sont donc souvent indépendantes de l'âge. Par conséquent, elles sont un peu plus fréquentes chez les individus présentant un état de santé dégradé. Enfin, elles sont souvent associées à des niveaux de garantie plus faibles sur la formule de base, ce qui est logique : si on leur offre un niveau de garantie de base assez faible, les individus vont souscrire une sur complémentaire. Le graphique illustre les différences de souscription suivant l'état de santé et l'âge ainsi que les différences de niveau de garantie entre souscripteurs et non souscripteurs d'une sur complémentaire.

Enfin, voici quelques mots sur la prévoyance : 77 % des établissements employant 91 % des salariés offrent un contrat de prévoyance à tout ou partie de leurs salariés. La généralisation de la complémentaire santé semble

s'être accompagnée d'une amélioration de la diffusion de la prévoyance lourde. En effet, 10 % des établissements déclarent avoir mis en place un contrat de prévoyance à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Ce taux atteint même 15 % lorsqu'on se restreint aux établissements qui n'avaient pas de complémentaire santé d'entreprise avant l'ANI. On a l'impres-

sion que les négociations qui ont eu lieu dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé, avec le personnel ou avec l'organisme gestionnaire, ont été aussi l'occasion indirectement de discuter des questions de prévoyance de santé, et de mise en place de ce type de prévoyance. ■

DROIT ET PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE : « LA JURIDICISATION » D'UN CHAMP D'ACTIVITÉ

Francis Kessler

*Maître de conférences en droit privé et sciences criminelles,
Ecole de droit de la Sorbonne, Paris I*

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
https://www.ces-asso.org/sites/default/les/diaporama_kessler.pdf

Je suis avocat dans un cabinet, et depuis quelques années je m'occupe non seulement des régimes spéciaux mais également de leurs restructurations, c'est un serpent de mer. Je m'occupe aussi de regroupements ou de divorces d'organismes complémentaires de protection sociale. Je vous ai préparé un exposé très ennuyeux sur ce qu'on appelle « les clauses de désignation » que je ne vais pas vous faire subir. Je vais simplement vous présenter la façon dont les juristes appréhendent cette question de l'organisation de la protection sociale complémentaire. Je dis bien « les juristes » parce que je pense qu'aujourd'hui un seul juriste n'est pas capable de maîtriser seul les multiples questions. Pourquoi ? Tout simplement parce que l'on a toute une série de marchés qui fonctionnent de façon articulée. A partir du moment où l'on décide que l'on confie la prise en charge de frais de soins à des organismes assureurs, toute la réglementation des organismes assureurs s'applique. La réglementation des organismes assureurs est d'abord une réglementation de protection de l'assuré (premier élément, première ambition).

Comment protège-t-on un assuré dans un mécanisme d'assurance ? Comment régule-t-on cela ?

On a tout d'abord un certain nombre d'exigences financières qui font que, le jour où le risque se réalise pour l'assuré, l'assureur a bien les moyens de payer ce à quoi il s'était engagé au moment où le contrat d'assurance a été conclu. *Grosso modo* on fait attention à ce qu'il y ait assez d'argent lorsque le risque se réalise. On a déjà toute une réglementation de la profession d'assureur qui est une réglementation de protection de l'assuré. Elle permet d'éviter des faillites dont vous avez entendu parler, la non prise en charge du risque et donc le non-respect de « la promesse ». C'est ainsi que les juristes appellent ce mécanisme de l'assurance. L'assureur s'engage pour le futur : « je promets de te prendre en charge ». C'est un méca-

nisme de droit civil. Cette première réglementation est aujourd'hui devenue un peu plus complexe. Pourquoi ? Parce que cette réglementation des finances de l'organisme d'assureur santé est doublée par une réglementation européenne dont l'objectif n'est pas seulement ni prioritairement la protection du consommateur. Elle a un objectif autre, celui d'avoir un marché unique de l'offre d'assurance. Théoriquement, un organisme assureur estonien peut venir opérer sur le marché français de l'assurance complémentaire. Le choix qui a été fait en la matière est d'unifier les règles financières puisque l'activité d'assurance (l'assureur des frais de soins) est un marché réglementé pour la protection du consommateur. La réglementation n'est donc pas uniquement française, mais également européenne. Celle-ci s'est durcie en ce sens que les exigences financières, c'est à dire les règles de minima financier nécessaires pour un organisme assureur pour opérer dans toute l'Europe et tout particulièrement en France, s'appliquent et sont imposées. Cela explique aussi la réduction du nombre d'opérateurs en France puisqu'il faut se regrouper pour avoir une taille financière suffisante. Le premier champ de réglementation assez complexe vient du fait que l'on est en présence d'organismes assureurs pour lesquels la réglementation européenne voudrait qu'ils puissent opérer n'importe où sur le marché. On a donc une première série de règles financières de base.

Deuxième série de règles qui impactent fortement, c'est la réglementation qui concerne un système où il y a des complémentaires santé. Le marché c'est la complémentaire, « ce que ne prend pas en charge la Sécurité Sociale » ou les régimes de sécurité sociale. On a une articulation entre régime de base et régime complémentaire. On a toute une partie du code de la Sécurité Sociale qui impacte indirectement l'activité des complémentaires santé parce que ce sont les règles de la Sécurité Sociale qui vont fixer l'espace dans lequel elles vont pouvoir opé-

rer. Il n'y pas un impact direct sur le fonctionnement des institutions mais le marché n'est pas défini uniquement par les organismes assureurs complémentaires. On a déjà deux briques réglementaires qui s'appliquent.

La troisième brique réglementaire est une spécialité française. Il existe aujourd'hui trois types d'institutions de protection sociale complémentaire dont l'importance n'est pas la même dans le champ de la santé. Il a déjà été fait allusion à cette question de la croissance des organismes assureurs. Schématiquement, ces institutions fonctionnent avec des réglementations qui se rapprochent aujourd'hui les unes des autres, mais qui sont différentes. Une mutuelle ne fonctionne pas de la même façon qu'une institution de prévoyance, en tout cas dans sa gouvernance. Il y a des règles de gouvernance des structures qui viennent se greffer sur l'activité de ces structures. Des juristes débattent beaucoup des questions d'organisation, de structure, de pouvoir de décision, avec notamment des organismes assureurs qui ont non seulement besoin de grandir, mais qui peuvent avoir des mécanismes de décision communs. Je prends un exemple très simple : une Société Anonyme d'assurances peut croître très facilement et donc répondre très rapidement aux exigences dont j'ai parlé tout à l'heure. Comment ? On augmente le capital, on va chercher des actionnaires sur le marché réglementé des actions. En revanche, les mutuelles ou les institutions de prévoyance sont des sociétés de personne, il n'y a pas de capital. Je ne peux pas entrer au capital d'une mutuelle ni d'une institution de prévoyance. Pourquoi ? Parce qu'il n'y a pas de capital. Mais il y a des exigences de solvabilité, de besoin financier. On a donc inventé toute une réglementation qui permet de créer des groupes de protection sociale non capitalistique. Ceux-ci permettent justement d'accroître les exigences. Le troisième champ de réglementation est donc celui du fonctionnement des structures et d'éventuels regroupements possibles.

On a déjà toute une série de règles qui viennent se greffer sur cet objet qu'est la protection sociale complémentaire. Il y a donc des situations extrêmement complexes parce qu'historiquement certains groupes de protection sociale ont également, pour l'instant, une activité de retraite complémentaire obligatoire. Ils ont deux champs d'activité qui sont distincts : un champ d'activité dans le domaine de l'assurance (frais de santé, invalidité...) et un domaine d'activité complètement différent qui est celui de la retraite complémentaire obligatoire où là ces structures ont des monopoles. Pour ces institutions de prévoyance, on s'est posé la question de savoir si elles pouvaient en quelque sorte transposer le monopole qu'elles avaient en matière de retraite complémentaire obligatoire dans le champ de l'assurance, notamment celui de l'invalidité. La réponse relativement récente est non. On a considéré que les monopoles des institutions de prévoyance dans certains secteurs d'activité étaient contraires à la constitution, non pas dans le secteur de la santé mais dans ce que l'on appelle des « risques clos ». Toute une série de débats et de règles sur le fonctionne-

ment peut donc se poser, à la fois en termes d'organisation et en termes d'activité.

Cela fait 4 briques de réglementation qui s'emboîtent autour de l'activité sur le marché de la complémentaire. Il me semble qu'il y a une autre particularité française, et je ne la comprends pas. Dans un jeu très compliqué de régulation des prix sur ce marché de la santé, les pouvoirs publics ont développé une réglementation complètement incompréhensible sur la prise en charge obligatoire, au travers d'une mécanique et avec une idée de limitation du coût des frais de soin en général. On a le régime de base + le régime complémentaire. C'est ce qu'on appelle aujourd'hui le 100 % santé, dans des domaines très particuliers avec une réglementation d'une complexité folle. Ou alors, on a ce que l'on appelle dans d'autres champs « le contrat responsable » et là, cela devient complètement illisible. C'est un jeu de billard à 3 bandes, c'est la seule façon dont j'arrive à décrire cette réglementation. On espère limiter les dépenses de santé en imposant des règles, notamment sur les contrats d'assurance conclus par les employeurs avec des organismes d'assureurs. Encore une fois, on arrive à un champ de réglementation complètement différent.

Ces contrats responsables ont deux sortes de règles. Tout d'abord, il y a celles qui impactent le droit du travail. Pourquoi ? Vous savez probablement qu'il existe aujourd'hui une complémentaire santé obligatoire pour les salariés. Vous êtes salariés du secteur privé, en principe vous avez une complémentaire santé obligatoire. Evidemment il y a 100 000 exceptions, mais c'est une autre histoire. Il y a donc des engagements de l'employeur envers les salariés. Ils sont régis par des outils du droit du travail que sont soit le contrat de travail, soit la convention collective de travail. Aujourd'hui, il existe un champ d'organisation et de négociation collective qui fait que les négociateurs ne peuvent plus négocier ce qu'ils veulent. Pourquoi ? Parce qu'ils sont très fortement incités à appliquer les normes d'organisation de la prise en charge des frais de soin. Comment sont-ils incités à le faire ? On aborde un nouveau champ de réglementation, *via* des exonérations de cotisations sociales. C'est très simple. La première option est que tu respectes les règles de prise en charge des frais de soin. A ce moment-là, l'employeur qui participe au financement de la complémentaire obligatoire se voit exonéré partiellement de cotisations sociales sur l'argent qu'il met dans la complémentaire santé pour ses salariés. La deuxième option est que l'accord collectif ou la décision unilatérale de l'employeur ne respecte pas ces règles. A ce moment-là, chaque euro mis dans le paiement ou le copaiement d'une complémentaire santé par l'employeur sera soumis à cotisation sociale. Autant vous dire que pour les employeurs, c'est un mécanisme incitatif très fort qui pousse à appliquer les règles d'organisation. Vous voyez que l'organisation de la prise en charge des frais de soin passe par des règles de droit du travail et des règles d'exonération de cotisations sociales (charges sociales). On a encore deux nouveaux niveaux de réglementation qui sont par ailleurs extrêmement complexes.

Voici le dernier point.

Il en résulte aujourd'hui, on a une réglementation plus que complexe de ces questions-là puisqu'elle aborde toute une série de champs de l'organisation financière et de l'organisation structurelle des opérateurs. Cela impacte la négociation collective et les finances de l'employeur, à travers les exonérations de cotisations sociales. On a donc toute une série de règles qui s'appliquent de façon simultanée, avec un effet qui a déjà été décrit. Lorsque l'on met en place ce type de mécanismes complémentaire santé obligatoire extrêmement régulé quant au mécanisme de prise en charge, il y a nécessairement deux phénomènes qui se produisent. Il y a des salariés qui sont couverts et il y a les autres, notamment les personnes âgées. Il y a des espèces de règles très complexes de maintien pendant un certain temps. Cela signifie qu'il y a une segmentation du marché de la complémentaire santé via ce biais-là. Vous êtes indépendants ou fonctionnaires comme moi, il n'y a rien, mon employeur ne m'aide pas à acheter ma cotisation, il y a des règles un peu particulières. Il y a donc segmentation mais il y a également développement d'un nouveau marché dans lequel s'engouffrent les opérateurs, c'est le marché de ce que l'on peut appeler la surcomplémentaire santé. Cela veut dire que lorsque je travaille dans l'entreprise X j'ai le minimum obligatoire. Lorsque je travaille dans l'entreprise Y j'ai plus que le minimum obligatoire. En tant que salarié, c'est moi qui finance, ou alors c'est un

avantage en nature de mon employeur. Lorsque je suis cadre dirigeant, c'est l'employeur qui prend en charge tous mes frais de santé. On a donc une double segmentation réglementaire, avec des règles extrêmement détaillées sur la complémentaire santé obligatoire. Cependant, tout ce qui n'est pas salarié est exclu du dispositif. On commence donc à avoir des mécanismes de rattrapage comme la nouvelle assurance complémentaire solidaire notamment, pour les pauvres. Mais quand on est fiché moyennement riche et retraité, on n'a rien. On va donc probablement mettre une petite rustine réglementaire sur cette question prochainement.

Vous voyez le résultat : on a un empilement de normes, du côté des opérateurs et du côté de l'organisation du financement. Il existe donc aujourd'hui une complexité extraordinaire avec des contrats types. Si vous regardez les offres des organismes assureurs, quelques soient leur famille, vous avez des contrats de base, souvent appelés ANI par référence à un Accord National Interprofessionnel de 2013, et vous avez des garanties complémentaires que l'individu ou l'employeur peut acheter. Pour les autres, on ne sait pas trop.

Tout cela est très compliqué, et pourtant je n'ai pas parlé de toute la réglementation possible et imaginable des relations avec les professionnels de santé et des réseaux. Cela se passe par des règles de droit et, de plus en plus, par des contrats. ■

ÉLÉMENTS DE CADRAGE SUR LES ÉVOLUTIONS RÉCENTES DU MARCHÉ DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Catherine Pollak

*Responsable du bureau assurance maladie et études sur les dépenses de santé,
Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees)*

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
https://www.ces-asso.org/sites/default/les/diaporama_pollak.pdf

Voici quelques éléments de cadrage statistiques qui donnent des ordres de grandeur sur des éléments qui ont déjà été abordés par les autres intervenants. On assiste à un encadrement croissant des niveaux de prise en charge par les pouvoirs publics. Cela a un effet sur la concurrence en qualité des contrats qui sont proposés par les complémentaires santé. Différents objectifs sont poursuivis. Au début des contrats responsables, il y a la volonté de responsabiliser financièrement les patients. Cela se fait en créant des participations financières qui ne peuvent pas être couvertes par les organismes complémentaires et en modulant la prise en charge, selon le respect du parcours de soin. Un autre objectif est d'assurer un socle de prise en charge minimal, via la fixation de planchers de prise en charge. En même temps, l'objectif est aussi de contenir les prix qui sont pratiqués par les professionnels de santé, de façon un peu indirecte, en fixant des plafonds de prise en charge, ou plus directe-

ment par des tarifs opposables et, désormais, des prix limite de vente sur le panier 100 % santé. Un autre objectif est celui de favoriser la lisibilité des garanties, en fixant des normes de présentation devant permettre de pouvoir mieux comparer les contrats entre eux.

Quelles en sont les conséquences sur les garanties des contrats ? Avec les contrats responsables, une partie importante de la prise en charge des dépenses de santé est homogène entre les différents contrats. En effet quasiment tout le ticket modérateur (sauf sur les médicaments à service médical rendu faible), le forfait journalier hospitalier et le ticket modérateur à l'hôpital (qui doit désormais être pris en charge de façon illimitée par les complémentaires santé) sont couverts par tous les contrats responsables. Le reste à charge opposable est pris en charge de façon homogène entre les contrats, il représente à peu près la moitié du reste à charge sur les soins

de ville. Ajoutons à cela une homogénéité qui s'accroît sur la prise en charge de la liberté tarifaire.

Malgré les plafonds, on constate qu'en moyenne la qualité des contrats individuels augmente. Les statistiques que je vais présenter proviennent de l'enquête de la Drees auprès des organismes complémentaires sur les contrats les plus souscrits, qui nous permet de connaître les garanties et les pratiques de tarification des contrats. Elles proviennent également des données des états statistiques de l'ACPR.

Lorsque l'on classe les contrats par niveau de prise en charge on constate que, depuis 2011, le niveau de prise en charge des contrats collectifs est resté relativement stable, et reste en moyenne plus élevé que celui des contrats individuels. Entre 2011 et 2016, on assiste à une augmentation du niveau de garantie pour les contrats individuels. Il y a l'effet de la réforme des contrats responsables qui participe à l'amélioration des garanties. Le score en rend compte partiellement parce qu'il se focalise surtout sur les garanties qui permettent de distinguer les contrats entre eux, notamment sur les postes où se pratique la liberté tarifaire. Ces évolutions de prise en charge diffèrent selon les postes de soin. Pour les dépassements d'honoraires, le respect d'un écart de garantie minimal entre les consultations des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) [désormais OPTAM] a eu pour effet d'augmenter les garanties dans le CAS des contrats les moins couvrants, plutôt qu'à une baisse des garanties hors CAS. Néanmoins, le plafonnement des garanties hors CAS et la hausse du remboursement de la Sécurité Sociale dans le CAS ont conduit à une baisse des remboursements des contrats les plus couvrants.

En optique, le plafonnement des garanties affecte les contrats les plus couvrants. Globalement on assiste tout de même à une poursuite de la hausse des garanties des contrats individuels, parce que ces plafonds étaient fixés à des niveaux relativement élevés. En dentaire et pour les audioprothèses, on assiste aussi à une hausse des garanties, surtout pour les contrats individuels. Ces évolutions seront substantiellement modifiées dans les années à venir avec l'entrée en vigueur progressive du 100 % santé. On peut probablement s'attendre à une homogénéisation croissante des niveaux de garantie.

L'homogénéité et la lisibilité des contrats doivent en principe favoriser la concurrence en prix sur ce deuxième étage de couverture. Néanmoins l'encadrement des garanties est propice au développement d'un troisième étage de couverture (ou produits de différenciation). Parlons des effets observés lors de la réforme des contrats responsables en 2015 encadrant les garanties, notamment en optique. Sur ces incitations indirectes, on constate effectivement que les règles imposées de prise en charge limitée à tous les 2 ans des lunettes ont eu un effet sur le nombre de lunettes vendues, en tout cas sur leur renouvellement rapide. On assiste au développement d'un troisième étage de couverture, celui des surcomplémentaires. En 2016, 2,4 millions de per-

sonnes bénéficient d'une surcomplémentaire. Ce n'est pas énorme, mais en tout cas c'est un nouveau marché. Ce sont des contrats qui sont principalement proposés par des mutuelles (pour 60 % des bénéficiaires) et qui sont principalement commercialisés en collectif. Cela peut s'expliquer par le fait que les contrats collectifs sont imposés et définis par l'employeur pour tous les salariés, et une partie conséquente de la cotisation est prise en charge par l'entreprise. Ce sont encore majoritairement des contrats responsables. Mais il y a plus fréquemment des contrats non responsables lorsqu'ils sont commercialisés en individuel (dans 4 cas sur 10), sans doute pour des personnes qui souhaitent avoir des garanties plus élevées que celles qui sont proposées par les contrats responsables.

Depuis plusieurs années, les réseaux de soins prennent une place de plus en plus importante. Aujourd'hui, en optique, 8 bénéficiaires sur 10 sont couverts par un organisme lié à un réseau, cela représente la moitié des organismes complémentaires. En dentaire, la proportion est de 6 sur 10, ce qui correspond au tiers des organismes complémentaires.

Pour ce qui est de la taille du marché, moins de 5% de la population n'est pas couverte par une complémentaire santé. Est-ce que l'on atteint une certaine saturation du marché ? Ce que l'on observe dans les évolutions récentes c'est que, à la suite de l'ANI (la généralisation de la complémentaire collective), l'augmentation plus rapide des cotisations en collectif se poursuit. En effet, l'augmentation du marché des contrats collectifs était une tendance qui était déjà à l'œuvre avant l'ANI, et l'ANI n'a pas non plus bouleversé le partage entre individuels et collectifs. Entre 2016 et 2017, la masse totale des cotisations collectées en santé a augmenté de 964 millions d'euros, soit une hausse de 2,7 % pour l'ensemble des organismes. Les cotisations ont davantage augmenté pour les contrats collectifs, soit une hausse de 5 %. Ils avaient déjà progressé les années précédentes. En revanche la perte de marché des contrats individuels reste relativement contenue, avec une hausse de 0,7 % des cotisations en individuel entre 2016 et 2017. En 2017 les cotisations des contrats collectifs représentent 47 % des cotisations, contre 46 % en 2016, et 44 % en 2015.

En 2017, les charges de gestion, comprenant les frais de gestion des sinistres, les frais d'acquisition et les frais d'administration, représentent 20 % des cotisations collectées hors taxe. Elles ont augmenté au cours des dernières années. En 2011, elles représentaient 19 % des cotisations. Ces charges de gestion sont variables selon le type d'organisme complémentaire et le type de contrat. Les sociétés d'assurance ont les frais de gestion les plus élevés, 22 % des cotisations, devant les mutuelles qui sont à 20 % et les institutions de prévoyance qui sont à 16 %. Cette hiérarchie entre types d'OC s'explique d'abord par le poids du collectif parmi les contrats qui sont commercialisés par les organismes. En effet, les charges de gestion des contrats collectifs sont en moyenne plus faibles que celles des contrats individuels, respectivement 18 %

pour les contrats collectifs et 21 % pour les contrats individuels. Les frais de gestion des sinistres sont assez équivalents d'un organisme complémentaire à l'autre et d'un type de contrat à l'autre, ils sont autour de 4 ou 5 %. En revanche, les OC se distinguent sur les frais d'administration qui sont comparativement plus élevés pour les mutuelles. En revanche, les sociétés d'assurance ont des frais d'acquisition plus importants.

Pour ce qui est de la rentabilité, concernant les mutuelles et les sociétés d'assurance, le résultat technique en santé reste excédentaire en 2017, comme il l'était en 2016. Ce n'est pas le cas pour les instituts de prévoyance, même si leur déficit s'est réduit. De nouveau, l'écart de rentabilité entre types d'OC peut s'expliquer largement par les répartitions différentes entre contrats collectifs et contrats individuels. En effet, les contrats individuels sont excédentaires avec 5,3 % des cotisations en 2017, et les contrats collectifs sont globalement déficitaires de 3,2 % en 2017.

Le marché est de plus en plus concentré. Probablement sous l'effet des exigences de solvabilité et de la concurrence, on assiste à une baisse continue du nombre d'organismes complémentaires. On est passé à plus de 1 700 organismes complémentaires en 2001 à 474 organismes en 2018. La réduction du nombre d'organismes est particulièrement marquée pour les mutuelles qui comprennent davantage de petits organismes, ils sont les premiers concernés. Depuis 2001, le nombre d'institutions de prévoyance a été divisé par 2, celui des mutuelles par 4. En revanche, celui des sociétés d'assurance a peu baissé. Cette concentration du marché n'a cependant rien à voir avec d'autres pays européens qui ont beaucoup moins d'organismes. Il y a un grand nombre d'organismes, mais parmi eux il y a des organismes importants qui représentent une grosse part de ce marché. Les 20 plus gros organismes collectent à eux seuls 52 % des cotisations. Ces 20 plus gros acteurs rassemblent 8 mutuelles, 8 sociétés d'assurance, et 4 insti-

tuts de prévoyance. La part de marché des sociétés d'assurance augmente et passe de 19 % en 2001 à 31 % des cotisations en 2017, au détriment de celle des mutuelles, qui est passée de 60 % à 51 % du marché. Le message change beaucoup lorsque l'on tient compte de la logique de groupe : lorsque l'on tient compte des groupes, les groupes mutualistes ne représentent plus que 39 % du marché pour 34 % pour les groupes d'assurance et 26 % pour les groupes paritaires.

Considérons un dernier élément sur les changements des pratiques tarifaires au cours des dernières années. La concurrence sur le marché de la complémentaire santé conduit à une évolution des pratiques tarifaires, particulièrement marquées sur le marché de l'individuel. On constate que les modes de tarification des mutuelles se rapprochent de celles des sociétés d'assurance. Elles conduisent à fixer des primes au plus près du risque individuel, dans la limite des règles qui sont fixées par les contrats solidaires et responsables, et l'interdiction de tarifier à l'état de santé. Néanmoins, l'un des meilleurs proxys de l'état de santé reste l'âge. La tarification à l'âge pour les contrats individuels est désormais la norme. 97 % des bénéficiaires dans le contrat individuel ont une prime qui dépend de leur âge, contre 73 % en 2006.

En conclusion on peut dire qu'il y a deux groupes au sein des mutuelles. D'une part, les mutuelles dont les pratiques se rapprochent de la tarification à l'âge des sociétés d'assurance. Le ratio entre la prime à 75 ans et la prime à 20 ans est tout à fait comparable à celui des sociétés d'assurance. D'autre part, il y a un autre groupe de mutuelles qui couvre 25 % des bénéficiaires de contrats individuels, et qui assurent encore une solidarité entre niveaux de revenus. Ce sont principalement des mutuelles de fonctionnaires. Certes, celles-ci ont une tarification variable selon l'âge mais dans des proportions bien moindres que les autres, avec un ratio entre 20 et 75 ans qui est de 1,5 contre 3,4 pour les autres. ■

L'ASSURANCE MALADIE AUX PAYS-BAS : LA CONCURRENCE RÉGULÉE

David Bernstein

Chargé d'études internationales, Direction de la Sécurité Sociale

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :

https://www.ces-asso.org/sites/default/les/diaporama_bernstein.pdf

J'ai commencé à travailler sur ce sujet en 2010 lorsque j'étais chargé d'études internationales à la caisse nationale d'assurance maladie. Il y a eu une publication dans Les Tribunes de la Santé cette année-là. A l'occasion de cette présentation, j'ai dû faire une mise à jour parce qu'il y a eu quelques changements. Cependant, la structure de base n'a pas changé depuis 10 ans. La grande réforme de mise en place du système dit de "Managed Competition" (concurrence régulée) aux Pays Bas s'est faite en 2006.

Je vais vous exposer la situation avant 2006 afin d'expliquer ce qui a provoqué cette réforme. Il y avait un système bismarckien, avec plusieurs caisses, selon le statut d'emploi. Puis, très vite, dès les années 40, il y a eu un système dual par lequel il était décidé que le tiers supérieur de la population en termes de revenus devrait s'assurer dans le secteur de l'assurance privée. C'était un système privé pur, avec tarification au risque. Les deux tiers moins riches de la population s'assuraient dans un secteur public. Les cotisations sociales étaient assises essentiellement sur les salaires.

Le système dual (1941-2006) : tensions et déséquilibres

A l'origine, par construction, le secteur public et le secteur privé devaient être très séparés. Mais en fait, des tensions sont apparues très vite, à la fois à l'intérieur de ces systèmes, et entre les systèmes. Ces tensions ont fait que toutes sortes de mécanismes de solidarité, de péréquations et de régulations ont eu lieu à l'intérieur du système.

Dans le secteur privé, le problème politique des « riches malades » qui avait du mal à s'assurer dans le secteur privé dans lequel ils étaient placés est apparu assez vite. Ils ont donc mis en place un fond de solidarité des « riches bien portants » vers les « riches malades », à l'intérieur du système privé. Ensuite il y a eu un moment où le secteur public (qui avait besoin de ressources) s'est dit que le secteur privé avait globalement un profil de risques plus avantageux. Ils ont donc mis en place un système de contribution du système privé d'assurances vers le système public. Au sein du secteur public, ils ont décidé de mettre en place la concurrence entre les caisses sociales en 1992. C'était l'époque de l'apogée du néolibéralisme, on trouvait que mettre de la concurrence entre les assurances sociales était intéressant. Cette mesure a donc nécessité la mise en place d'un fond de

péréquation entre les caisses sociales. Ce que je trouve frappant, c'est que le secteur privé est devenu de plus en plus régulé. Il a créé des mécanismes de solidarité en son sein. Dans les années 90, le secteur public s'est mis à avoir de la concurrence. De plus, un mécanisme faisait que de l'argent transitait du secteur privé vers le secteur public. In fine, cela devenait assez compliqué. C'est ce qui a encouragé les réformes de 2006. C'est un système plus simple. Une grosse caisse de péréquation prend les cotisations et les redistribue aux assureurs santé en concurrence, afin de couvrir l'assurance maladie obligatoire des personnes.

La réforme de 2006

Les règles du jeu de ce système de "Managed Competition" est un mouvement d'universalisation que l'on trouve dans d'autres systèmes bismarckiens (dont la France). Un panier de soins standard est défini par l'Etat. La concurrence entre assureurs existe. Cependant, le point important est là, il n'y a pas de tarification individuelle ni de sélection des risques autorisés. La caisse de péréquation fait le travail de prendre en compte les différences de profil de risques et de dépenses de santé. Il y a alors un principe de double obligation, c'est le côté universel. Les assurés doivent être couverts, l'assuré doit aller chercher une assurance maladie et les assureurs doivent couvrir chacun. Ils n'ont pas le droit d'évincer des gens. Au fond, la concurrence se fait d'une part sur des coûts de gestion des assureurs, et, d'autre part, sur la capacité de négocier avec l'offre de soins.

Principes de financement

En ce qui concerne le mécanisme de péréquation, le gouvernement fait un bouclage macro-économique chaque année, à l'automne, tout comme nous. A ce moment-là, il annonce une prime nominale moyenne. Par construction, la caisse de péréquation (essentiellement les cotisations sociales) finance 50 % des dépenses de santé publique. Les 50 % restantes doivent être couverts par ces primes proposées par les assureurs. Après avoir fait le bouclage macro-économique, le gouvernement annonce la prime nominale moyenne. Le calcul est le suivant : 13 millions de néerlandais fois X + l'argent de la caisse de péréquation des cotisations sociales = les dépenses totales de santé. Il s'agit de la prime moyenne théorique pour faire le bouclage, c'est le signal envoyé aux assureurs. Ensuite, à la mi-novembre les assureurs publient leurs tarifs. A ce moment-là, il y a le mercato

Table ronde 2

David Bernstein

pendant 6 semaines (entre mi-novembre et début janvier), période pendant laquelle les assurés peuvent changer d'assureur. La prime tarifée reflète les coûts de gestion et la capacité à discuter avec l'offre de soins.

Sur l'offre de soins il y a 2 leviers. Il y a le segment B hospitalier (ambulatoire / programmé/ chirurgie) qui est bilatéralement négociable entre les assureurs et les hôpitaux. Cela a conduit à la constitution de réseaux hospitaliers. De plus, en 2009, ils ont introduit des forfaits pour les malades chroniques. Par exemple, ce peut être un forfait annuel pour la prise en charge du diabète de Monsieur X sur l'année, négocié entre l'assureur et un groupe de soins. Ce sont essentiellement des gros cabinets de médecine générale.

Aujourd'hui les patients paient en moyenne une prime de 1 453 euros par an. Une franchise de 385 euros existe aussi sur tous les soins spécialisés et hospitaliers.

La caisse de péréquation est assez complexe. Elle est devenue de plus en plus sophistiquée, avec un ajout de variables avec le temps. Il y a eu beaucoup de recherches, je suis allé à l'université Erasmus à Rotterdam où plusieurs dizaines de thèses qui ont été financées ces dernières années sur cette question.

Que s'est-il passé en 2006 lorsque ce système a été mis en place ?

On a vu une forte concurrence et du dumping. Le secteur s'est très vite et complètement recomposé. Il y avait 57 assurances en 2005. Aujourd'hui il y en a 4 grosses qui ont 90 % du marché. Au début, ils ont surtout agi sur leurs coûts de gestion interne. La grande différence que je note de mon observation du système néerlandais entre 2010 et aujourd'hui, c'est qu'il semble vraiment qu'il y ait eu de la contractualisation, notamment avec des hôpitaux. Par exemple, je suis allé sur le site d'un assureur. Il propose trois niveaux de garantie pour l'AMO, trois tarifs selon le niveau de liberté du patient. Ce qui est intéressant c'est qu'il semble y avoir 3 niveaux. Il n'y a pas « le réseau » et « en dehors ». Il y a « le réseau », « le réseau moins proche » et « en dehors ». Tout cela a pris 10 ans, mais il s'est tout de même passé des choses. Il y a eu de la contractualisation. Il y a 10 ans, on pouvait être sceptique, le secteur de l'assurance santé étant essentiellement occupé à se restructurer.

Les dépenses de santé augmentent rapidement, comme partout. Le système néerlandais apparaît un peu plus cher que la France, mais le tendancier est similaire. Evidemment, par construction, la prime moyenne suit exactement la même tendance. Il s'agit de la prime annuelle versée depuis les assurés vers les assureurs. La

franchise a été introduite en 2008. Cette introduction est intéressante, elle était un peu là pour sauver le système. Il y a eu des dumpings, etc. Le gouvernement a pris la décision de la créer afin de ne pas obliger les assureurs à augmenter leur prime. En tout cas, ce qui est intéressant avec cette franchise, et qui fait beaucoup gamberger les économistes de la santé, c'est qu'aux Pays Bas, au moment de souscrire, l'assuré peut choisir un niveau de franchise encore plus élevé contre une prime plus basse (jusqu'à 900 euros de franchise choisie).

Le marketing affinitaire est intéressant à noter. Les assureurs n'ont pas le droit de refuser quiconque. Néanmoins, ils peuvent créer des produits afin d'attirer des clientèles particulières. On voit donc des choses qui ciblent les jeunes, et qui se passent via le numérique. On voit aussi des produits qui visent les végétariens ou les non-fumeurs, des partenariats avec des magasins bios. On peut se demander si c'est une forme de sélection des risques. Si la caisse de péréquation fonctionne, ils ne gagnent pas d'argent là-dessus. Mais la caisse de péréquation a-t-elle dans sa variable, par exemple, « végétarien » ?

Les contrats collectifs

Aux Pays Bas, il y a des contrats collectifs depuis 2006. Le collectif est à prendre au sens très large du terme, ce peut être n'importe quelle association. Mais récemment ces contrats ont assez mauvaise presse. La théorie était que les assureurs pouvaient offrir une ristourne de 10 % aux collectifs. Néanmoins, dernièrement, il y a eu une campagne d'associations consoméristes, notamment un sondage organisé par un programme populaire à la télé. Celui-ci a révélé que les ristournes étaient artificielles. On pouvait mieux s'en tirer avec des contrats individuels. A la suite de cela, pour l'année 2020, le gouvernement semble avoir pris la décision de tuer ce système à petit feu. Ils vont réduire les marges de manœuvre de ces ristournes.

Il y a une assurance santé supplémentaire pour les services additionnels (orthodontie, kinésithérapie...). Le taux d'équipement semble baisser et cela ne semble pas être très intéressant financièrement pour les assureurs.

Pour conclure, sur le sujet de la concurrence dans l'assurance santé, je citerai l'économiste Wynand Van de Ven, professeur à Erasmus et l'un des constructeurs de la réforme de 2006 : « Une logique de compétition qui fonctionne ne peut être produite du jour au lendemain. Il faut des investissements dans le développement de mécanismes d'ajustement des risques, un management de la qualité, un système complet d'information aux consommateurs et bien sûr une régulation volontariste de la concurrence. » ■

IMPACT DE LA CONCURRENCE SUR LA SOLIDARITÉ

Albert Lautman

Directeur Général de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
https://www.ces-asso.org/sites/default/les/ces_2019_presentation_a_lautman.pdf

Je vais me centrer sur l'un des aspects de la concurrence de la complémentaire santé en France. Il fait un peu écho à ce que l'on a vu dans les exemples à l'étranger et notamment aux Pays-Bas. Le sujet est : « de quel portefeuille de risques parle-t-on ? ».

On a vu que l'assurance santé est compliquée, on ne sait même pas si c'est vraiment de l'assurance. En tout cas, les dépenses des complémentaires comportent majoritairement (encore plus que l'ensemble des dépenses de santé) de moins en moins d'aléas (ex : les audioprothèses). Aujourd'hui, et ce n'est pas forcément connu du grand public, le premier poste de dépenses des complémentaires est lié à l'hospitalisation. On pourrait penser que c'est un secteur dans lequel il y a de l'aléa. En réalité, en hospitalisation, le reste à charge après remboursement par la Sécurité Sociale, est largement prévisible, par construction. En effet, le reste à charge à l'hôpital est directement lié à la durée du séjour : un ticket modérateur sur le tarif journalier de prestation (qui est donc lié à un nombre de journées d'hospitalisation) et du forfait hospitalier. Par conséquent, pour une hospitalisation ambulatoire ou pour un séjour d'1 ou 2 jours, les dépenses d'hospitalisation sont essentiellement remboursées par la Sécurité Sociale et le reste à charge est donc limité. En revanche, des patients qui feront un séjour long auront un reste à charge important. Or la durée du séjour est extrêmement corrélée à l'âge. De ce fait, les restes à charge élevés concernent majoritairement des seniors. Dès lors, on sait qu'à partir d'un certain âge, on aura statistiquement un reste à charge hospitalier qui sera très important et il n'y a donc plus d'aléa.

On a mis en place un système qui nous paraît à nous, acteurs opérationnels sur ce marché, extrêmement concurrentiel sur la complémentaire santé. Mais il concerne des remboursements de dépenses sur lesquelles il y a de moins en moins d'aléas et qui sont très liées à la composition du portefeuille couvert. Bien avant la généralisation de l'ANI, le marché des contrats collectifs était déjà devenu ultra concurrentiel. La Drees nous montre bien que ce sont des contrats qui sont vendus à perte et sur lesquels les organismes complémentaires « achètent » des parts de marché pour s'installer dans un certain nombre d'entreprises. Les mécanismes de correction de ces tarifs interviendront probablement un jour mais on ne les voit pas pour l'instant. La mutualisation entre les contrats collectifs et les contrats individuels est devenu quasiment impossible, du fait de l'ultra concurrence sur le segment des contrats collectifs, mais également de plus en plus sur le marché des contrats individuels. Le fait que des acteurs qui ne portent pas les mêmes portefeuilles

de risque soient en concurrence est, en soi, un sujet de soutenabilité de notre système à moyen terme.

Je vais essayer d'illustrer ce que je vous dis en parlant de la Mutualité et en comparant la population couverte par les mutuelles à l'ensemble de la population. Aujourd'hui, les mutuelles couvrent plus de 70 % des seniors, et ce chiffre augmente avec l'âge. A partir de 70/75 ans, l'essentiel des risques est porté par les mutuelles. On va me dire « oui, mais les mutuelles se sont mises à tarifer aussi en fonction de l'âge ». Mais, si on a le même regard aujourd'hui sur la dépense de santé globale et sur le reste à charge, on voit qu'il est extrêmement lié à l'âge. Sur le marché, nous avons des acteurs qui couvrent très peu de retraités. Ils proposent essentiellement des contrats collectifs ou, pour certains, des contrats individuels haut de gamme. Cette concurrence-là est très intense mais, en même temps, elle ne s'adresse pas au même public. Or si je regarde les dépenses des mutuelles en fonction de l'âge, après 70 ans, on n'est pas du tout sur les mêmes niveaux de remboursement, ni sur le même niveau de reste à charge. La Drees a démontré que les mutuelles pratiquent moins la tarification en fonction de l'âge que les autres acteurs du marché mais qu'elles commencent à le faire. La banalisation que l'on reproche aux mutuelles est une réalité économique. Pour les plus de 80 ans, le remboursement de la mutuelle est en moyenne de plus de 900 euros. A 30 ans, ce n'est même pas la moitié. C'est donc du bon sens. J'enfile des banalités, j'en ai conscience, mais il y a un réel sujet de défaut de régulation des portefeuilles de risques.

La conséquence, c'est que du fait de la structure d'âge des populations couvertes, les remboursements des mutuelles sont plus importants que les autres acteurs de la concurrence. Par exemple, un écart de 15 % en pharmacie et de 25 % à l'hôpital dont je rappelle qu'il est extrêmement corrélé à l'âge. Un projet de réforme du reste à charge à l'hôpital était initialement envisagé dans la LFSS pour 2020. Mais, pour plusieurs raisons de nature politique, d'effets de bord et parce que des établissements auraient été perdants dans la réforme, on a calé. On fait donc simplement un peu de vertu dans la LFSS pour 2020. On va essayer de faire converger les tarifs journaliers de tous les hôpitaux parce que chaque hôpital le calculait dans son coin, dans la plus grande non-transparence et les patients ne savent pas très bien ce qu'ils paient. Visiblement, il y a eu des abus. D'un hôpital à l'autre, on a des tarifs journaliers qui varient de façon très importante dans le même département, pour la même activité chirurgicale et pour le même acte. Alors que nous

sommes attachés à la notion d'égalité, le calcul du reste à charge à l'hôpital public est très inégalitaire.

Les mutuelles couvrent non seulement un public plus âgé que le public moyen et que le public assuré par les autres acteurs, mais en plus, ces portefeuilles vieillissent plus vite que ceux des autres acteurs. Dès lors quand je parle de soutenabilité, je pointe explicitement l'assurabilité de ces risques à moyen terme : sans possibilité de mutualisation avec d'autres portefeuilles, et avec des populations mutualistes vieillissantes aux besoins de santé croissants, les primes devraient mécaniquement continuer à augmenter.

Aujourd'hui, on voit bien que le sujet politique est le coût de la complémentaire santé pour les seniors. La réponse des pouvoirs publics est de contenir les frais de gestion. Mais, de quoi parle-t-on ? Il y a un problème structurel sur lequel on attend une vraie vision et une régulation sérieuse. Ensuite, on peut faire de la politique et de la communication. Mais la question de fond est bien celle-ci : notre système est-il soutenable à moyen terme ? Le rythme de dépenses de santé en tendanciel sur les plus de 70 ans est supérieur à 4 %, probablement plus près de 5 %, soit bien au-delà des Ondam PLFSS après PLFSS.

On a déjà un coût des remboursements des complémentaires assez élevé (944 euros pour les plus de 80 ans). Il augmente avec une forte dynamique, et à cela s'ajoute l'effet structurel de la génération du babyboom qui va arriver au grand âge. On parle des problèmes de dépendance et de l'effet de l'arrivée au grand âge de la génération du baby-boom. Mais ce phénomène est d'abord un problème de dépenses de santé en volume par rapport aux dépenses de dépendance. On ne parle pas du tout du même niveau. Comment prépare-t-on ce choc ? Comment peut-on l'anticiper ? Où en débat-on ? Quels sont les travaux sur ce sujet ? Si on avait des projections du Hcaam ou de la Drees sur l'évolution des dépenses à 30 ans, cela serait intéressant. Mais, on ne sait pas le faire ou quand on aboutit, le résultat fait tellement peur qu'on referme le sujet tout de suite. Néanmoins la question est : quelle est la soutenabilité de l'évolution des dépenses des plus de 70 ans ou des plus de 65 ans, à 20 ou 30 ans ? Et comment les finance-t-on ?

J'entendais des débats sur la question : « l'évolution de la concurrence et de la régulation permet-elle d'éviter l'augmentation des dépenses ? » et « est-ce que juger ou évaluer la pertinence de tel ou tel système de régulation (par exemple les Etats-Unis) se fait dans la capacité à freiner l'augmentation des dépenses ? » Je crois que ce n'est pas le bon étalon. Les dépenses augmentent parce que

la population vieillit. De toute façon, cette évolution des dépenses et la part du coût de la santé dans le PIB est un vrai sujet politique et social sur lequel je trouve que l'on débat assez peu. Nous, acteurs de la concurrence, nous sommes davantage concernés que les autres par ce sujet-là.

Maintenant, si je laisse de côté les complémentaires, et que je regarde notre système de santé, après intervention de la Sécurité Sociale, le reste à charge varie non seulement en fonction de l'âge mais aussi en fonction du territoire. J'ai parlé du tarif journalier de prestations des hôpitaux mais il y a également la question des dépassements d'honoraires qui varient de façon très forte sur le territoire. Au final, les dépenses des complémentaires santé varient presque du simple au double d'un département à l'autre. Il y a également la structure de l'offre de soins et la structure d'âge de la population dans chaque département. Cela explique cette carte. Voilà l'un des aspects je voulais illustrer.

Quelle est donc la régulation des portefeuilles de risque ? Comment remettre de la solidarité (et donc de la soutenabilité) dans un système assurantiel sur un risque qui deviendra inassurable, si l'on ne fait rien ? On retrouve les problématiques qui ont concerné les Pays-Bas à un moment donné même si notre système est différent et que les choses ne sont pas comparables. La différence était que certains riches n'étaient plus assurables et pour cette raison, ce modèle ne me paraît pas intéressant. Mais, potentiellement, on a la question de savoir jusqu'à quel niveau de complémentaire santé ce système est soutenable, sans faire de réforme structurelle ni repenser l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire.

Voici une dernière remarque. Dans les comparaisons internationales, je m'interroge sur l'un des critères habituels qui nous rassure et avec lequel on essaie d'évaluer les systèmes, il s'agit du niveau de la dépense de santé par habitant. On dit que les systèmes sont plus ou moins efficaces. La dépense de santé est du salaire, en grande partie, car ce sont les honoraires du personnel de santé. Quel niveau de rémunération des professionnels de santé souhaite-t-on ? Par habitant, la France est un peu moins chère que la Suisse ou les Pays-Bas. Lorsque l'on compare globalement le salaire des médecins ou des professionnels de santé en France, ils gagnent un peu moins que les catégories de population des autres pays. On a fait le choix de payer un peu moins nos professionnels de santé. Ce choix nous convient bien mais n'en tirons pas une espèce de gloire, comme si notre système serait plus efficace en termes de régulation que d'autres systèmes. Je crois que ce serait une erreur d'analyse. ■

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE - LE CAS DES AGENTS PUBLICS

Laurence Tribillac

Directrice Influence et métiers, Mutualité Fonction Publique

Les agents publics ne sont pas éligibles à un contrat santé collectif d'entreprise, ils n'ont pas de contrat de travail, ils ont un statut. Dans ce cadre, il existe une réglementation très spécifique de la protection sociale complémentaire (PSC) des agents publics. En 2007, la loi de modernisation de la fonction publique a autorisé les employeurs publics à participer au financement de la complémentaire santé de leurs personnels à la condition que les contrats ou règlements soient solidaires (réalisation effective de transferts solidaires au sein de la population active et retraitée éligible au contrat).

Concrètement, l'application de cette loi a été mise en place par deux décrets, l'un dans la fonction publique d'Etat en 2007 et l'autre dans la fonction publique territoriale en 2011. La fonction publique hospitalière, quant à elle, n'a pas vu de décret d'application de cette loi, eu égard à des acquis sociaux et statutaires spécifiques aux agents hospitaliers liés aux risques professionnels inhérents à leur lieu d'exercice (notamment les risques infectieux) : article 44 de gratuité des soins et prise en charge d'un maintien de salaire en cas d'arrêt de travail au titre de l'action sociale (Cgos).

Pour la fonction publique d'Etat, un nouveau dispositif est créé : la procédure de référencement. Chaque champ ministériel établit un cahier des charges des prestations santé / prévoyance (obligatoirement couplées) et lance un appel à concurrence européen. Il procède à une sélection des opérateurs candidats sur la base notamment de critères solidaires et retient un ou des opérateurs complémentaires pour assurer la couverture santé et prévoyance de ses agents actifs et retraités. La participation financière ministérielle est versée aux opérateurs référencés en compensation des transferts solidaires mis en œuvre. La convention de référencement ministère/opérateur(s) est signée pour 7 ans. Lors des 1^{er} référencements (2008-2010), les mutuelles historiques de la fonction publique, organisées en filières administratives, avaient toutes été référencées (sauf personnels de l'ONF tombés dans le giron de Groupama). En 2017-2018, les procédures de référencement ont été relancées (acte 2). A l'issue de cette nouvelle itération, trois constats peuvent être faits. Tout d'abord, une baisse très importante du niveau de participation financière des ministères à la protection sociale complémentaire des agents de l'Etat : 46 M€ pour l'acte 1 *versus* 28 M€ pour l'acte 2. Deuxièmement, des cahiers des charges peu adaptés aux besoins de couverture des agents notamment en prévoyance, générant une régression des droits complémentaires des agents, certains ministères ayant fait le choix de supprimer la prise en charge du risque dépendance ou l'accès à des réseaux de soins conventionnés. Enfin, une ouverture à la concurren-

ce, encouragée par les pouvoirs publics, mal maîtrisée qui a profondément fragilisé le dispositif et notamment son objet social (transferts solidaires réduits à néant dans certains champs ministériels). Au nom de la concurrence, de l'innovation, de la baisse des prix et de l'efficacité, les pouvoirs publics ont incité les ministères à retenir plusieurs opérateurs (circulaire de 2016). Or, dans un champ ministériel fermé (et vieillissant) et dans le cadre d'une adhésion facultative (le fonctionnaire étant libre du choix de son opérateur complémentaire), le fait d'avoir plusieurs opérateurs référencés génère *de facto* une segmentation de la population couverte et une démutualisation des risques. De plus, ces « nouveaux entrants » ont eu des comportements d'antisélection pour capter les « meilleurs risques » laissant le stock des retraités aux mutuelles historiques.

Conséquences sur deux exemples très significatifs :

- L'Education nationale représente un fonctionnaire d'Etat sur 2, c'est-à-dire quelque 1,2 million d'agents. Si l'on y ajoute les retraités, près de 3 millions d'agents sont concernés par le référencement du ministère. Deux nouveaux opérateurs (Intérieure et CNP) sont entrés, à côté de l'opérateur historique qu'est la MGEN, sur la base d'un cahier des charges minimaliste excluant toutes variantes possibles. En conséquence, les agents sont très majoritairement restés dans leur ancienne offre MGEN beaucoup « plus couvrante », se détournant de l'offre référencée par leur employeur. On se retrouve ainsi devant un cas d'école : bien qu'il existe une ligne budgétaire ouverte par le ministère et dédiée à la PSC, l'effectif très faible des agents adhérant à l'offre référencée ne permettant plus la réalisation de transferts solidaires, la participation ministérielle n'est pas versée !
- Aux Armées, il s'est passé la même chose avec la mutuelle historique des personnels civils de la Défense (la MCDEF). Sur 70 000 agents, quelque 2 000 agents ont basculé dans la nouvelle offre. Ce sont ainsi des pans entiers du budget public dédié à la PSC des fonctionnaires qui « tombent à l'eau » au nom de la seule concurrence.

A noter également, l'iniquité flagrante qui existe entre salariés et agents publics en matière d'accès à la complémentaire : alors que l'employeur privé est sommé de participer à hauteur de 50 % minimum à la cotisation de ses salariés (pour une prime moyenne de 800 €/an, l'employeur verse a minima 400 €/an soit 33 €/mois), l'employeur public n'a aucune obligation (ex du ministère de l'intérieur qui n'a pas lancé de procédure de référencement). Quand il choisit de participer, l'employeur public Etat participe en moyenne à hauteur de 1 €/mois !

Dans la fonction publique Territoriale, eu égard aux spécificités liées au nombre très importants d'employeurs et à une majorité d'agents de catégorie C à faibles revenus, deux dispositifs de participation ont été proposés : la convention de participation (proche du référencement mais avec un opérateur retenu unique) et la labellisation (l'agent choisit un contrat au sein d'une liste de contrats « labélisés » par des prestataires agréées par l'ACPR, condition pour qu'il reçoive une aide financière de son employeur). L'employeur peut faire le choix de participer à la santé ou à la prévoyance ou encore aux deux risques. Constat : des collectivités plus impliquées que l'Etat dans la mise en place de ces dispositifs, considérant la PSC comme un véritable élément d'attractivité de leur collectivité.

De ce fait, l'employeur territorial semble s'être davantage impliqué dans la rédaction des cahiers des charges et dans l'ouverture au dialogue social avec les organisations syndicales. Du fait de l'opérateur unique, l'effet délétère de segmentation n'a pas eu lieu. En revanche, il y a eu une autre dérive liée à la concurrence : certains opérateurs sont entrés sur le marché grâce à des pratiques déloyales de « bas prix ». Conséquence de cela, in fine, certaines communes ont vu leurs contrats passer dans

le rouge au bout de quelques années d'exercice et elles ont dû réévaluer leurs tarifs de 30 à 50 %. Ce risque de sous-tarifcation fait partie des effets délétères évidents de la concurrence.

Ce dossier PSC des agents publics est d'un enjeu colossal qui concerne près de 9 millions d'agents publics (actifs et retraités). Le gouvernement s'est engagé à revoir l'ensemble de ces dispositifs dans le cadre de la loi de Transformation de la Fonction publique (août 2019). Sont attendues d'ici fin novembre les ordonnances qui encadreront la PSC de demain dans la Fonction publique.

Pour finir, je citerai juste Michel Rocard qui, déjà à l'époque de la transposition des directives assurance, indiquait : « la couverture complémentaire maladie ne peut être traitée comme une autre assurance ». Il demandait alors d'imposer, pour des motifs d'intérêt général, des normes de comportement, afin d'éviter qu'un marché unique de la complémentaire ne vienne balayer les mécanismes de solidarité existant essentiellement en France. A l'époque déjà, il y a plus de 20 ans, ce débat était là. Il est d'autant plus d'actualité qu'il n'est absolument pas résolu aujourd'hui. ■