Fiche thématique n°5

HIPPOCRATE
Club parlementaire sur l'économie de la santé

Club parlementaire sur l'économie de la santé
présidé par
Gérard BAPT
Député de la Haute-Garonne
Jean-Pierre DOOR
Député du Loiret
Alain VASSELLE
Sénateur de l'Oise

Le positionnement des complémentaires santé dans l'assurance santé

Note rédigée par Carine FRANC, économiste, chargée de recherche à l'INSERM

Le constat est indiscutable : les organismes d'assurance maladie complémentaire jouent aujourd'hui un rôle incontestable et quasi généralisé dans l'accès au système de santé et le financement des soins de santé. Alors que jusqu'au début des années 80, moins de 70% de la population bénéficiaient d'une couverture maladie, aujourd'hui plus de neuf personnes sur dix en disposent[1]. Les prestations versées par les organismes d'assurance représentent 13,7% de la Dépense en Soins et Biens Médicaux (DSBM) soit 23,3 milliards d'euros[2] en 2008 contre 12,7% en 2001 et ce malgré une hausse de plus de 40% de la DSBM sur la même période. Cette forte progression du marché de la complémentaire cache néanmoins de fortes disparités entre les différentes familles d'organismes, entre les différents contrats, tant dans le contenu des garanties offertes que dans les modalités de la souscription.

Fort dynamisme du secteur de la complémentaire santé

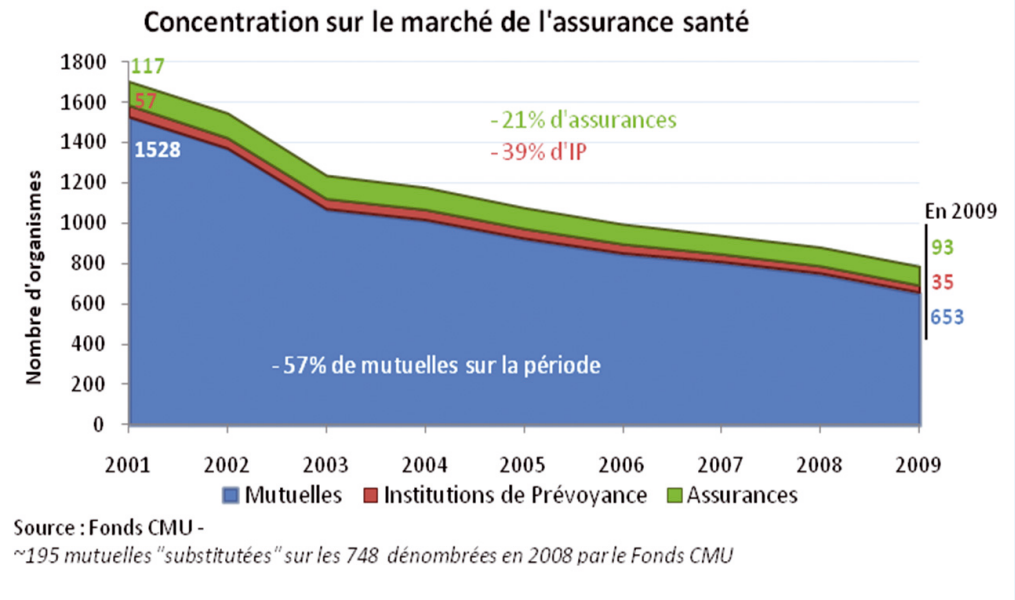
Un phénomène de concentration qui reste soutenu

Au milieu des années 80, la reconnaissance de l'existence d'un véritable marché de l'assurance maladie par la réforme du code de la mutualité (1985) et la loi Evin (1989) et l'entrée sur ce marché de " nouveaux acteurs " ont initié de profondes transformations du secteur. Ces transformations se sont accélérées au cours des 10 dernières années. Comme dans tous les domaines de l'assurance, la complexification du métier et l'intensification de la concurrence ont amené les organismes à se restructurer pour atteindre une taille critique suffisante, conduisant à un phénomène important de concentration du secteur. Ainsi, le nombre d'organismes, tous types confondus, a diminué de moitié depuis 2001 (fonds CMU). C'est-à-dire que, parmi les organismes qui s'acquittent de la contribution à la CMU-C, le nombre d'institutions de prévoyance (IP) et le nombre de sociétés d'assurances qui opèrent dans le champ de l'assurance maladie a respectivement diminué de 39% et 21% au cours des huit dernières années. Cette tendance est plus nettement accentuée pour les mutuelles qui ont " subi " en 2002 l'alignement des directives européennes relatives aux assurances et en 2007 et 2008 le relèvement des seuils minimums de garanties obligatoires pour les mutuelles exerçant une activité d'assurance. Malgré la baisse de près de 60% de leur nombre par des regroupements, des transferts, des fusions et des substitutions, le secteur des mutuelles reste pourtant extrêmement morcelé avec 653 mutuelles en 2009 (Fonds CMU). En 2008, les 100 premières mutuelles, en termes de chiffre d'affaire santé, représentaient près de 80% de l'assiette du Fonds CMU (collectée au titre des mutuelles) et les 650

> *Le nombre d'institutions de prévoyance et de sociétés d'assurances qui opèrent dans le champ de l'assurance maladie a respectivement diminué de 39% et 21% au cours des huit dernières années.*

1/ y compris les individus bénéficiant de la CMUC ; selon Insee (juin 2007). " La complémentaire Santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités ". *Insee Première* n°1142 et ESPS 2006, DREES n°698.
2/ Comptes de la Santé 2008, septembre 2009.

autres représentaient 20%. En 2008, les 100 premiers organismes (11%), tous organismes confondus, représentaient 75% de l'assiette globale du Fonds CMU, les 50 premiers (6%) près de 58% et les 10 premiers (1%) représentent plus du quart de l'assiette avec 27%.



Ce phénomène de concentration se poursuit encore par la croissance de la part des groupes consolidés (les six plus importants représentant plus de 25% du marché de la complémentaire) et le regroupement ou l'union d'organismes ou de groupes, pourtant parmi les plus importants du point de vue de leur chiffre d'affaire tels que la MGEN, la MNH, la MNT, Malakoff-Médéric, etc.

Ces " groupes de groupes " ont pour objectif de poursuivre l'amélioration de leur compétitivité et la mutualisation des moyens, de " peser " sur le secteur afin d'accroître l'attractivité des offres, souvent coordonnées faute d'être toujours unifiées, mais surtout de " peser " sur les producteurs de soins et sur les réseaux de prestataires de services de santé.

Un marché en forte croissance

Les trois grandes familles d'organismes se partagent un marché saturé qui croît de façon significative. Le chiffre d'affaire global du secteur approximé par l'assiette de la contribution financière des organismes complémentaires au financement de la CMU-C, dépasse en 2009 les 30 milliards d'euros, soit une hausse de près de 73% depuis 2001. L'assiette de la contribution financière à la CMU-C est constituée du montant des primes ou cotisations émises déduction faite des annulations et des remboursements, ou à défaut d'émission, recouvrées au cours d'un trimestre civil (article L. 862-4 du code de la sécurité sociale). Ce chiffre d'affaire santé peut différer légèrement des données comptables des organismes du fait du décalage possible entre le versement de cotisations par les souscripteurs et la période à laquelle correspondent ces mêmes cotisations[3].

Le chiffre d'affaire global du secteur dépasse en 2009 les 30 milliards d'euros, soit une hausse de près de 73% depuis 2001.

Outre ces légers décalages temporels qui expliquent une bonne part des écarts entre les décomptes du fonds CMU et la comptabilité des OC relayée par l'ACAM, des transferts stratégiques ont pu être effectués ponctuellement par quelques organismes pour réduire l'impact de la hausse du taux de contribution à la CMU effective au 1er janvier 2009 (en affectant des ressources de 2009 sur la fin de l'année 2008). En corrigeant les données de ces comportements stratégiques, l'évolution du chiffre d'affaire santé

3/ La DREES a analysé différents redressements des données collectées par le fonds CMU d'une part et par l'ACAM d'autre part dans son rapport annuel sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2009. Il est notamment montré que l'écart entre chiffre d'affaire santé au sens du fonds CMU et au sens des données comptables est le plus important pour les sociétés d'assurance puisque les primes émises comptabilisées en 2008 par l'ACAM dépassent de 10% le montant des primes retenues pour le calcul de la contribution au fonds CMU ; cet écart serait notamment dû au poids des contrats d'assurance ouverts à des non-résidents.

	Mutuelles	Institutions de Prévoyance	Assurances	Ensemble OCAM	Evolution / N-1
2001	10 596	3 279	3 692	17 567	
	60,3%	*18,7%*	*21,0%*	*100%*	
2002	11 264	3 573	3 991	18 828	7,2%
	59,8%	*19,0%*	*21,2%*	*100%*	
2003	12 129	3 809	4 538	20 476	8,8%
	59,2%	*18,6%*	*22,2%*	*100%*	
2004	13 367	4 040	5 239	22 646	10,6%
	59,0%	*17,8%*	*23,1%*	*100%*	
2005	14 452	4 225	5 788	24 465	8,0%
	59,1%	*17,3%*	*23,7%*	*100%*	
2006	15 319	4 379	6 344	26 042	6,4%
	58,8%	*16,8%*	*24,4%*	*100%*	
2007	15 951	4 695	6 729	27 375	5,1%
	58,3%	*17,2%*	*24,6%*	*100%*	
2008	16 433	5 009	7 338	28 780	5,1%
	57,1%	*17,4%*	*25,5%*	*100%*	
2009	16 955	5 344	8 168	30 467	5,9%
	55,7%	*17,5%*	*26,8%*	*100%*	
Progression du marché entre 2001 et 2009					
	60%	**63%**	**121%**	**73%**	***en millions d'€***

Sources : Fonds CMU(2010) - données corrigées des transferts stratégiques (2008-2009)

***Tableau 1** : Evolution de l'assiette financière de la contribution des organismes à la CMU-C*

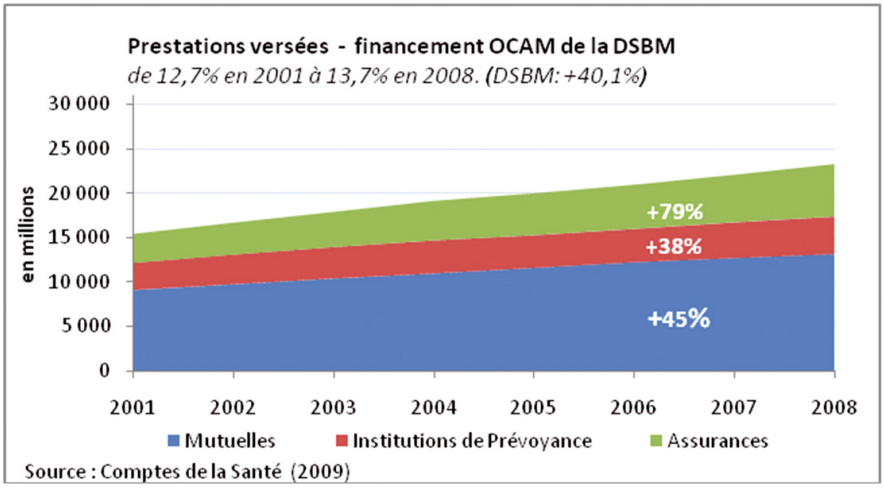
apparaît en très forte hausse et ce à toutes les périodes (Tableau 1). Entre 2003 et 2004, le montant des primes encaissées au titre de la couverture santé a progressé de 10,6% et entre 2008 et 2009 sensiblement comme entre 2007 et 2008, la progression a été de 5,9% contre 5,1% l'année précédente. En d'autres termes, il semble que les organismes n'aient pas davantage augmenté leurs tarifs suite à la hausse sensible du taux de la contribution à la CMU de 2,5% à 5,9%, en tous les cas pas plus que l'année précédente.

> ***Le montant des primes encaissées au titre de la couverture santé a progressé de 5,9% entre 2008 et 2009.***

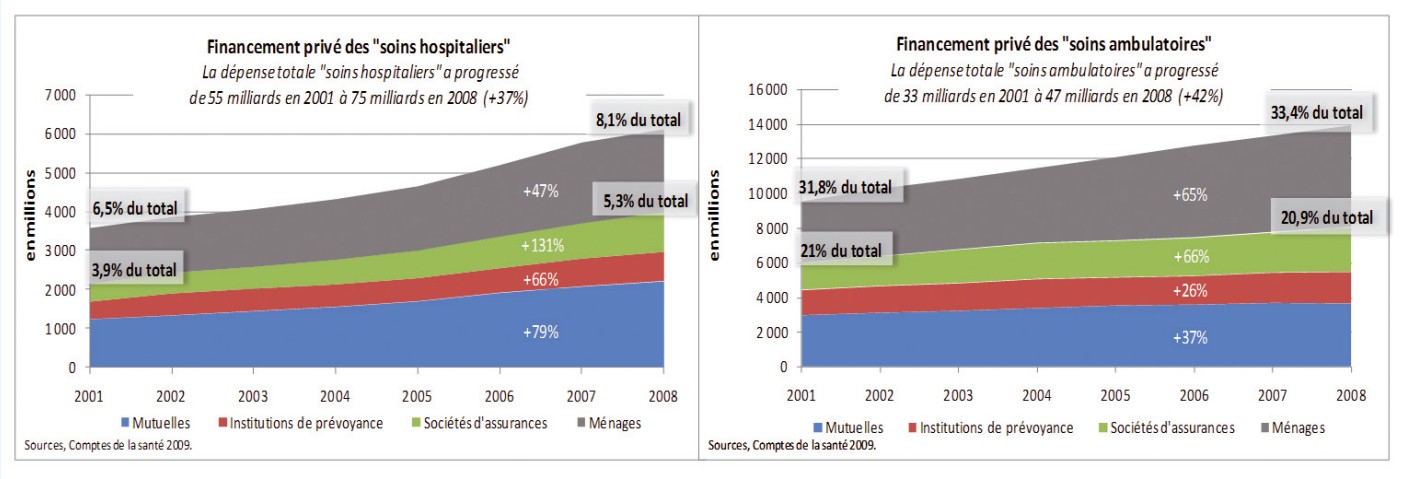
Cette croissance du chiffre d'affaire santé n'est toutefois pas uniforme entre les familles d'organismes : avec une progression de plus de 120% des primes encaissées entre 2001 et 2009, les sociétés d'assurance gagnent clairement des parts de marché (+5,8%) au détriment des mutuelles (-4,7%) et dans une moindre mesure des Institutions de Prévoyance (-1,1%).

Un champ d'intervention qui se développe

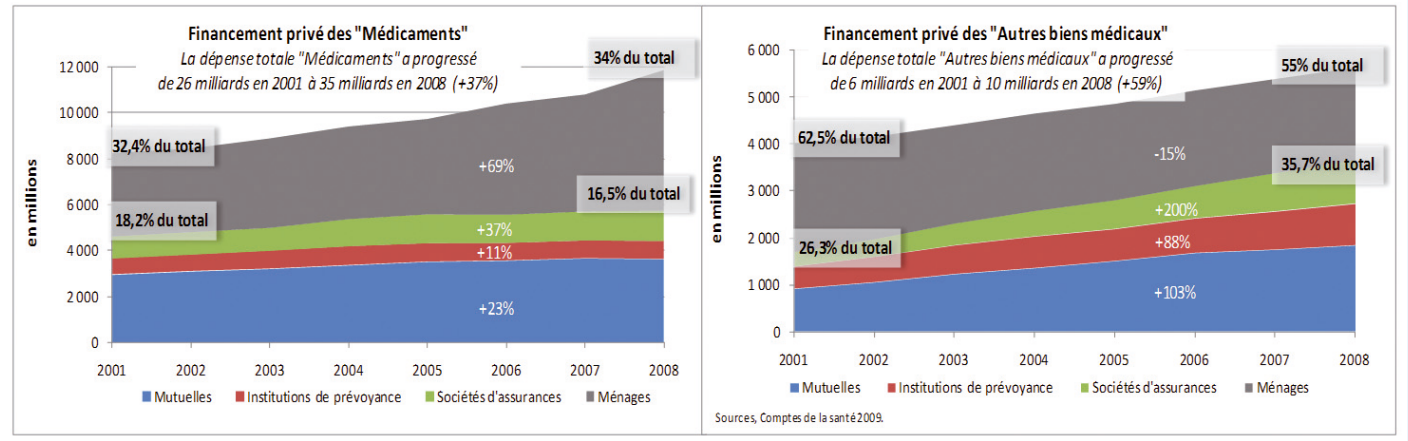
Plus que jamais, les OCAM jouent un rôle essentiel dans l'accès au système de soins : alors que la DSBM a progressé de 40% entre 2001 et 2008, la part de cette dépense financée par les OCAM a elle aussi progressé de 12,7% à 13,7%. Les prestations versées par les sociétés d'assurance ont notamment augmenté de près de 80%, reflétant là encore un gain de part de marché des sociétés d'assurance.



La part des dépenses hospitalières financée par les opérateurs privés (y compris les ménages) est longtemps restée stable, autour de 6,6% jusqu'à 2005 pour atteindre 8,1% en 2008, alors même que les dépenses hospitalières ont augmenté de plus de 37% depuis 2001. Entre 2001 et 2008, le financement des OCAM a augmenté (de 3,9% en 2001 à 5,3% en 2008) notamment du fait des hausses successives du forfait hospitalier (+1€ par an entre 2004 et 2007 pour atteindre 16€)[4]. Les financeurs privés assurent aujourd'hui le tiers des dépenses ambulatoires 33,4% ; pour autant, la part des OC a baissé laissant ainsi un reste à charge financier plus important aux ménages. Ce reste à charge est lié pour une part aux différentes mesures dites de " responsabilisation des patients " introduites par la loi de réforme d'août 2004. Il s'agit par exemple de la participation forfaitaire de 1 euro applicable à toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur tous les examens radiologiques ou analyses ; cette participation n'est pas remboursée par les OC dans le cadre des contrats responsables[5].



Comme pour le financement des soins ambulatoires, le reste à charge des ménages pour leur dépense de médicaments (+69%) a augmenté beaucoup plus rapidement que la dépense globale du poste (37%). En effet, alors que le financement privé des médicaments atteint 34% en 2008 contre 32,4% en 2001, la part des OCAM a baissé sur la même période passant de 18,2% à 16,5%. Ceci n'est pas encore le résultat de la franchise médicaments (introduite en janvier 2008). La tendance était déjà amorcée en 2006 par rapport à 2005 du fait du déremboursement d'un certain nombre de médicaments en mars 2006. En revanche sur la même période 2001-2008, les OCAM ont significativement amélioré la prise en charge des " autres biens médicaux "[6] : avec un financement couvrant en 2008 plus du tiers de la dépense 35,7% contre à peine plus du quart en 2001 (26,3%). Cette plus grande participation des organismes a réduit le reste à charge des ménages de 15% sur la période et ce malgré une hausse globale de ce poste de 59%.



4/ La hausse du forfait journalier hospitalier de 2€ le passant à 18€, effective au 1er janvier 2010, apparaîtra dans les comptes de la santé qui seront publiés septembre 2011.
5/ hors cas prévu d'exonération, les jeunes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse et les bénéficiaires de la CMU-C.
6/ comprenant les soins optiques, prothèses, orthèses, véhicules pour personnes handicapées physiques, petits matériels et pansements.

Les prestations versées par famille d'organismes font apparaître des différences importantes, qui dans le cas du financement des " autres biens médicaux " plus encore que pour les autres postes, ne peuvent pas s'expliquer seulement par un gain de part de marché des sociétés d'assurances. En effet, les prestations versées à ce titre ont progressé de 200% pour les sociétés d'assurance contre respectivement +103% pour les mutuelles et +88% pour les Institutions de Prévoyance. Ces écarts entre familles d'OCAM sont aussi le résultat de choix stratégiques de gammes de garanties. Notons qu'au-delà des agrégats, il existe une grande hétérogénéité dans les contrats offerts provenant non seulement du degré des garanties offertes mais aussi de la nature du contrat individuel / collectif. Par ailleurs, ces écarts entre familles d'OCAM témoignent d'une forte spécialisation du secteur. Même si les OCAM ont globalement absorbé le désengagement de la sécurité sociale dans le financement de la DSBM (78,3% en 2001 contre 76,9% en 2008) cela s'est fait avec des écarts importants selon les postes de dépenses.

Des inégalités persistantes du fait d'une grande hétérogénéité sur le marché de la complémentaire

Un marché très spécialisé

Sur le champ, pourtant relativement restreint, des organismes offrant une assurance santé complémentaire, le marché apparaît très spécialisé : malgré certaines tendances à la convergence, les familles d'organismes se distinguent par le statut, le positionnement sur le marché, la part de la santé dans l'activité des organismes et la nature même des contrats proposés. Les mutuelles, organismes à but non lucratifs, opérateurs historiques et précurseurs du financement des soins de santé (Sandier et al, 2004), ont une activité essentiellement centrée autour de l'assurance santé qui représente en 2007, 90% du leur chiffre d'affaire[7]. Fondées sur la solidarité et sur le volontariat[8], les mutuelles ont dû s'adapter aux règles prudentielles communes aux organismes ayant une activité d'assurance. Elles ont surtout dû et doivent encore s'adapter à une concurrence toujours plus intense sur ce marché saturé. C'est à partir du milieu des années 80 que les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance, organismes à but non lucratifs régis par le code de la sécurité sociale, ont étendu leurs activités à l'assurance santé. Les institutions de prévoyance ont, de part leur positionnement historique de gestionnaires des retraites des salariés, construit l'offre d'assurance santé sur la base de contrats collectifs. La part de la santé dans le chiffre d'affaires est respectivement de 6% pour les sociétés d'assurances et de 47% pour les IP (dans le champ restreint des OCAM). A l'inverse des mutuelles qui offrent généralement exclusivement une couverture santé, ces deux familles d'organismes ont une gamme plus large de couvertures en " dommages corporels " (invalidité-incapacité et dépendance). Quoi qu'il en soit, l'entrée des IP et des sociétés d'assurance sur le marché a bousculé le partenariat informel que les mutuelles avaient établi au cours du temps avec la sécurité sociale. La nécessaire adaptation des tarifs et des garanties, du fait de la concurrence, a sensiblement limité la pression que pouvait exercer jusque là les mutuelles sur les organismes du régime obligatoire (remboursement des dépassements d'honoraires, par exemple).

> ***Ainsi, les Organismes Complémentaires d'Assurances Maladies ont globalement absorbé le désengagement de la sécurité sociale dans le financement de la Dépense en Soins et Biens Médicaux (78,3% en 2001 contre 76,9% en 2008)***

Inégalités dans l'accès à l'assurance

En 2007, 86% de la population souscrit une assurance complémentaire auprès d'un OCAM, 7% bénéficie de la CMU-C et 7% reste sans couverture complémentaire soit plus de 4 millions de personnes. Même si une part de la population non couverte peut, par certains dispositifs,

7/ En considérant l'ensemble des mutuelles (livre II et livre III), la part moyenne de la santé dans l'activité est de 75%. Rapport Drees, santé financière des organismes complémentaires d'assurance maladie, 2009

8/ La partie législative du nouveau code de la mutualité a été publiée en avril 2001 et réaffirme les principes mutualistes fondateurs qui s'imposent à tout organisme mutualiste et assure la protection du terme " mutuelle " en cas d'utilisation frauduleuse d de ce label (art. L. 112-1 à L. 112-2).

bénéficier du remboursement d'une partie des tickets modérateurs et restes à charge (ALD, AT-MP), bon nombre d'entre eux sont susceptibles de renoncer à des soins pour des raisons financières. En 2006, 96% des cadres et professions intellectuelles disposent d'une couverture complémentaire dont l'achat correspond à un taux d'effort de moins de 4% alors que 88% des ouvriers non qualifiés et 87% des employés de commerces ont souscrit pour un taux d'effort de près de 6,5%[9]. Malgré la CMU-C ou le chèque santé[10], la part de la population non couverte augmente lorsque le revenu baisse. En 2003, F. Marical et T. de Saint Pol montraient notamment que malgré une amélioration significative de la situation depuis 1981, un peu plus de 20% des personnes appartenant aux 20% des ménages les plus pauvres (1er quintile) n'avaient pas d'assurance complémentaire. Les étrangers, les ménages sans enfant, les chômeurs mais aussi les professions libérales avaient moins de chance de bénéficier d'une couverture complémentaire pour leurs soins de santé[11].

En 2003, un peu plus de 20% des personnes appartenant aux 20% des ménages les plus pauvres n'avaient pas d'assurance complémentaire.

Parmi les ménages qui disposent d'une assurance maladie, six contrats sur dix sont des contrats individuels (69% sont offerts par des mutuelles, 27% par des sociétés d'assurance et seulement 4% par des Institutions de prévoyance) et quatre sur dix sont dits collectifs (42% offerts par des mutuelles, 20% par des assurances et 38% par IP). Le caractère collectif ou individuel est un des trois principaux facteurs qui expliquent les écarts de cotisations entre contrats d'assurance complémentaire (en sus de l'âge des personnes couvertes et du degré des garanties offertes). Les cotisations des contrats collectifs s'établissent à un niveau plus bas que celles des contrats individuels : les employeurs, de part la taille de la population à couvrir, bénéficient d'un certain pouvoir de négociation et sont plus à même de comparer les offres, ce qui renforce la concurrence sur ce marché. Par ailleurs, une population de salariés est en moyenne plus jeune que la population dans son ensemble : la part de bénéficiaires de " 60 ans et plus " est de 9% dans les contrats collectifs contre 29% en individuel. De fait, la tarification moyenne est plus faible por les contrats collectifs que pour les contrats individuels. De plus, dans le cadre des contrats collectifs (obligatoires mais aussi facultatifs), les employeurs prennent en charge au moins la moitié des cotisations, laissant une prime d'assurance diminuée à la charge des salariés, prime résiduelle qui par ailleurs est fiscalement déductible[12].

Inégalité dans les garanties souscrites et dans le recours aux soins

Les contrats d'assurance complémentaire sont aujourd'hui quasiment exclusivement des contrats responsables. Le respect du cahier des charges (établi par la loi d'août 2004) permet à l'organisme de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales. Sur une consultation du médecin traitant, il est par exemple obligatoire de rembourser la totalité du ticket modérateur. Toutefois, ce cadre est large et il existe une grande hétérogénéité entre les degrés des garanties offertes. L'enquête annuelle de la Drees auprès des organismes d'assurance maladie complémentaire permet d'établir un tableau synthétique des écarts de garanties moyennes offertes (à partir des contrats les plus souscrits[13]). L'analyse des principaux postes de prestations versées par les OCAM en 2008, à savoir en 2008 (les médicaments = 25% des prestations versées, les consultations de médecins = 17%) et les consultations de dentistes = 15%,) montre clairement des différences significatives selon que le contrat est individuel ou collectif mais aussi selon qu'il est géré par une mutuelle, un IP ou une société d'assurances : le résultat est sans appel - les bénéficiaires de contrats collectifs bénéficient d'un degré de garanties plus élevé que ceux qui souscrivent individuellement un contrat. Pour les médicaments

L'analyse précise des principaux postes de prestations versées par les OCAM montre clairement des différences significatives selon que le contrat est individuel ou collectif, mais aussi selon qu'il est géré par une mutuelle, un IP ou une société d'assurances.

9/ Commission des Comptes de la sécurité sociale - septembre 2008.
10/ Le " chèque santé " est le nom du dispositif successivement appelé " crédit d'impôt " en 2005, puis " Aide Complémentaire Santé " (ACS) a été instauré par la loi de réforme de l'assurance maladie. Créé pour facilité l'accès à l'assurance complémentaire des ménages modestes non éligibles non éligibles à la CMU-C. Ce bon d'achat, modulable selon l'âge et la taille de la famille, vient en déduction du montant de la prime d'un contrat d'assurance santé individuel et responsable.
11/ Insee (juin 2007). " La complémentaire Santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités ". *Insee Première* n°1142.
12/ Francesconi C, Perronnin M., Rochereau T. 2006 : " Complémentaire maladie d'entreprise : contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'antisélection et conséquences pour les salariés " - Questions d'économie de la santé n°116.
13/ Etudes et Résultats n°698 - août 2009. " Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007 ".

remboursés à 35% par la sécurité sociale par exemple, le ticket modérateur est remboursé dans sa totalité pour 97% des personnes assurées par un contrat collectif et pour 84% de celles assurées par un contrat individuel. Un remboursement partiel se présente dans 10,3% des cas et principalement par une mutuelle (14%) plus rarement par un IP (3%) et jamais par une société d'assurances. Un autre exemple, dans le cadre strict du respect du parcours de soins le remboursement des dépassements d'honoraires,est nettement plus fréquent dans le cas de contrats collectifs 64,5% des cas que de contrats individuels 27,5%. Sur ces degrés de garanties, les différentes familles d'organismes ont des stratégies différentes et il apparaît, dans l'enquête Drees, que les mutuelles incitent davantage ses adhérents à respecter le parcours de soins que les autres OCAM.

Une légitimité de plus en plus forte...

Le rôle institutionnalisé et règlementé des OC

L'articulation de la complémentaire santé avec l'assurance maladie obligatoire qui existe aujourd'hui s'est construite sur la reconnaissance de l'insuffisance de la protection de base pour permettre l'accès aux soins de tous les assurés. Par son volet sur la complémentaire, la loi sur la CMU de 1999 institutionnalise la nécessité d'une couverture complémentaire des dépenses de santé, tout au moins pour les plus démunis (le plafond de la CMU est nettement en dessous du seuil de pauvreté). Toutefois, dès les premières évaluations du dispositif de la CMU-C, est apparu le problème de l'effet seuil et les difficultés des ménages dont le revenu est juste supérieur au plafond CMU pour accéder au marché de la complémentaire. Après une circulaire CNAMTS de 2002 restée sans suite, la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004 crée le dispositif du chèque santé afin de faciliter l'achat d'un contrat complémentaire. Toutefois, ce dispositif, même s'il conforte la légitimité des complémentaires, rencontre quelques difficultés : sur une population cible de près de 2 millions d'individus, un peu plus de 500 000 personnes bénéficiaient effectivement du dispositif en novembre 2009 (Fonds CMU).

Sur une population cible de près de 2 millions d'individus, un peu plus de 500 000 bénéficiaient effectivement du dispositif chèque santé.

Par ailleurs, pour mieux coordonner les actions entreprises par le régime obligatoire d'assurance maladie et les régimes complémentaires, les pouvoirs publics ont entrepris de créer les conditions d'une participation renforcée des OCAM au fonctionnement du système de soins. Une des mesures consiste en la création de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) par la loi d'août 2004. Cette structure assure la représentation des régimes complémentaires santé et réunit dans une seule structure la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), la mutualité française, les institutions de prévoyance et le régime local Alsace-Moselle. Cette structure permet ainsi aux protagonistes de la complémentaire santé de s'exprimer d'une seule voix sur les évolutions du système de santé : ils s'accordent pour une représentation commune dans les négociations avec les professionnels, avec l'assurance maladie et dans les différents lieux de décision ou d'avis comme par exemple au Comité économique des produits de santé ou à l'Institut des données de santé.

Dans cettre logique de cohérence des actions menées sur ce marché et dans le souci de protéger les assurés, un organisme unique a la charge de contrôler, pour le compte de l'Etat, l'ensemble des organismes du secteur de l'assurance, l'Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles (ACAM). Dans ses missions, l'ACAM contrôle mais aussi assiste les organismes en les sensibilisant aux risques encourus, en détectant les signaux d'alerte et en encadrant les possibles solutions comme les partenariats ou les procédures d'adossement. En 2009, la coopération entre l'ACAM et les différentes fédérations du secteur de la complémentaire s'est renforcée dans le cadre du projet " Solvabilité II " dont les nouvelles exigences prudentielles s'imposeront à tous les organismes à partir de 2013.

Les OCAM ont globalement absorbé le désengagement de la sécurité sociale observé ces dernières années en respectant le cadre " incitatif " du parcours de soins. Par ailleurs, du

fait de la fiscalité et la croissance du marché, les OCAM ont également compensé le désengagement de l'État dans le financement de la CMU-C, devenant ainsi des acteurs importants du financement de la solidarité. Alors que les ressources du Fonds CMU ont augmenté entre 2000 et 2008 de 39%, la dotation de l'État qui représentait près des trois quart des ressources entre 2000 et 2003, 50% en 2005, ne correspond plus en 2008 qu'à 3,2%. Dans le même temps, les OCAM ont été mis à contribution : la fiscalité sur le chiffre d'affaire santé représente une part croissante des ressources du Fonds (de 24% en 2000 à 39% en 2008) alors même que la hausse de la taxe de 2,5% à 5,9% n'apparaît pas encore puisqu'elle est applicable au titre de 2009. Reste à savoir si les OCAM continueront de ne pas ou que très modestement répercuter la hausse de cette taxe sur les primes collectées (comme cela semble avoir été le cas en 2009). Le transfert de " la solidarité " à la sphère privée est un pari car si le financement peut sembler pérenne, les conséquences sur le marché peuvent être contre productives à voir les difficultés du dispositif " chèque santé " qui peine à favoriser l'accès à l'assurance pour ceux dont le prix d'acquisition est trop élevé au regard de leurs revenus.

Soixante-quatorze parlementaires déjà membres d'Hippocrate...

Soixante-trois Députés

Gérard BAPT, Haute-Garonne
Jean-Pierre DOOR, Loiret

Abdoulatifou ALY, Mayotte
Edwige ANTIER, Paris
Jean-Paul BACQUET, Puy-de-Dôme
Jean BARDET, Val-d'Oise
Jean-Claude BEAULIEU, Charente-Maritime
Marc BERNIER, Mayenne
Philippe BOENNEC, Loire-Atlantique
Loïc BOUVARD, Morbihan
Valérie BOYER, Bouches-du-Rhône
Xavier BRETON, Ain
Yves BUR, Bas-Rhin
Martine CARRILLON-COUVREUR, Nièvre
Catherine COUTELLE, Vienne
Pascale CROZON, Rhône
Marie-Christine DALLOZ, Jura
Patrice DEBRAY, Haute-Saône
Bernard DEBRE, Paris
Jean-Pierre DECOOL, Nord
Rémi DELATTE, Côte-d'Or
Sophie DELONG, Haute-Marne
Cécile DUMOULIN, Yvelines
Philippe FOLLIOT, Tarn
Cécile GALLEZ, Nord
Sauveur GANDOLFI-SCHEIT, Haute-Corse
Bernard GATIGNOL, Manche
Catherine GENISSON, Pas-de-Calais
Michel ISSINDOU, Isère
Denis JACQUAT, Moselle
Olivier JARDÉ, Somme
Marguerite LAMOUR, Finistère
Guy LEFRAND, Eure
Michel LEJEUNE, Seine-Maritime
Claude LETEURTRE, Calvados
Céleste LETT, Moselle
Martine LIGNIERES-CASSOU, Pyrénées-Atlantiques
Lionnel LUCA, Alpes-Maritimes
Guy MALHERBE, Essonne
Richard MALLIE, Bouches-du-Rhône
Alain MARC, Aveyron
Philippe-Armand MARTIN, Marne
Jean-Claude MATHIS, Aube
Pierre MEHAIGNERIE, Ille-et-Vilaine
Pierre MORANGE, Yvelines
Alain MOYNE-BRESSAND, Isère
Dominique ORLIAC, Lot
Bernard PERRUT, Rhône
Bérangère POLETTI, Ardennes
Jean-Luc PREEL, Vendée
Christophe PRIOU, Loire-Atlantique
Jean PRORIOL, Haute-Loire
Didier QUENTIN, Charente-Maritime
Arnaud ROBINET, Marne
Valérie ROSSO-DEBORD, Meurthe-et-Moselle
Jean-Marc ROUBAUD, Gard
Pascal TERRASSE, Ardèche
Dominique TIAN, Bouches-du-Rhône
Jean-Louis TOURAINE, Rhône
Georges TRONC, Essonne
Philippe VIGIER, Eure-et-Loir
Jean-Claude VIOLLET, Charente
André WOJCIECHOWSKI, Moselle

Onze Sénateurs

Alain VASSELLE, Oise

Gilbert BARBIER, Jura
Bernard CAZEAU, Dordogne
Yves DAUDIGNY, Aisne
Sylvie DESMARESCAUX, Nord
Muguette DINI, Rhône
Françoise HENNERON, Pas-de-Calais
Annie JARRAUD-VERGNOLLE, Pyrénées-Atlantiques
Jean-Jacques JEGOU, Val-de-Marne
Dominique LECLERC, Indre-et-Loire
Isabelle PASQUET, Bouches-du-Rhône

AGORA europe
Secrétariat général : 01 41 14 99 00 / secretariat@club-hippocrate.fr

Collège des Economistes de la Santé
Conseil scientifique

Les partenaires d'*Hippocrate* : Générale de Santé, GlaxoSmithKline, Malakoff Médéric