



L'avenir des complémentaires santé

Synthèse de conférence

Conférence de la Chaire Gouvernance et Régulation

Université Paris Dauphine-PSL, 27 janvier 2022



Dauphine | PSL 
CHAIRE GOUVERNANCE
ET RÉGULATION

Synthèse n°71

Université Paris Dauphine-PSL, 27 janvier 2022

L'avenir des complémentaires santé

François-Xavier Albouy, Directeur de Recherche de la Chaire « Transitions démographiques, Transitions économiques »

Eric Brousseau, Directeur scientifique, Chaire Gouvernance et Régulation et Club des Régulateurs

Eric Chenut, Président, Mutualité Française

Carine Franc, Chercheuse associée en économie, INSERM

Josette Guéniau, Associée fondatrice du cabinet de conseil JGSC

Carine Milcent, Professeure d'économie, Paris School of Economics

Florence Lustman, Présidente, France Assureurs

Pierre Maitrot, Directeur des Affaires Publiques, Groupe Elsan, membre de la FHP

Guillaume Moukala Same, Chargé d'études économiques, Cabinet Asterès et FONDAPOL

Nicolas Peju, Directeur général, Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts

Jean-Marie Spaeth, Ancien Président, Caisse Nationale d'Assurance Maladie

Denis Raynaud, Directeur, IRDES

Erwan Samyn, Rapporteur extérieur, Cour des Comptes

Sommaire

Introduction

Eric Brousseau, Directeur scientifique, Chaire Gouvernance et Régulation et Club des Régulateurs.....	5
Carine Franc, Chercheuse associée en économie, INSERM.....	8
Carine Milcent, Professeure d'économie, Paris School of Economics.....	10
Nicolas Peju, Directeur général, Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts.....	12
Pierre Maitrot, Directeur des Affaires Publiques, Groupe Elsan, membre de la FHP.....	14
Jean-Marie Spaeth, Ancien Président, Caisse Nationale d'Assurance Maladie.....	15
Denis Raynaud, Directeur, IRDES.....	17
Échanges.....	19
Florence Lustman Présidente, France Assureurs	21
Eric Chenut, Président, Mutualité Française.....	23
Erwan Samyn, Rapporteur extérieur, Cour des Comptes.....	25
Josette Guéniau, Associée fondatrice du cabinet de conseil JGSC.....	26
Guillaume Moukala Same, Chargé d'études économiques, Cabinet Asterès et FONDAPOL.....	28
Eric Brousseau, Directeur scientifique, Chaire Gouvernance et Régulation et Club des Régulateurs.....	29
Échanges.....	31

Introduction

Éric Brousseau | Directeur scientifique, Chaire Gouvernance et Régulation & Club des Régulateurs, Université Paris Dauphine-PSL

Comment repenser le rôle des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie, les OCAM, leur modèle économique et leur encadrement réglementaire, au regard de leur contribution au système de santé et de leur articulation avec les acteurs du financement public, du pilotage du système de santé et de l'offre de soins ?

Ce colloque, organisé dans un cadre universitaire, a pour ambition de poser des diagnostics et d'imaginer des solutions réalistes, grâce aux éclairages d'experts de l'économie de la santé et de l'économie de l'assurance ainsi que de responsables impliqués auprès des opérateurs publics et privés ou dans la gouvernance du système de santé. Ils partageront avec nous leur connaissance approfondie du système de soins, de son pilotage et de son financement.

Un constat semble faire largement consensus : les différentes réformes visant à cadrer l'action des OCAM ont abouti à engendrer des dynamiques difficilement soutenables, notamment du fait des évolutions démographiques et de la demande sociale, et ont construit un système marqué par des inégalités significatives et caractérisé par une certaine inefficacité.

Ces facteurs sous-jacents nourrissent d'ailleurs de longue date des débats. Déjà, en 2002, le rapport Chadelat analysait les défaillances de l'articulation entre intervention publique et privée dans le financement de la santé. Ces débats ont récemment été réactivés, tant par les travaux menés au sein du Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance maladie, le HCAAM, que par la parution de plusieurs rapports issus de groupes de réflexion ou d'institutions publiques.

Deux tables rondes permettront d'aborder, d'une part les enjeux de l'articulation public/privé dans le financement de la santé et de l'offre de soin (disparité des efforts contributifs, éventuelles inefficacités induites par le modèle actuel, relations entre les financeurs et les offreurs de soins, maîtrise de la dépense, financement de l'innovation, définition des paliers de service financés grâce au mécanisme de mutualisation et de collectivisation de la dépense de santé...), d'autre part le potentiel de valeur ajoutée des OCAM (type de services, modèle économique...) à l'amélioration de l'accès aux prestations, de la couverture et de la maîtrise des dépenses de santé.

1ère Table ronde : Enjeux de l'articulation public-privé dans le financement de la santé et de l'offre de soin

Modérateur : **Éric Brousseau**

Constats et diagnostic

Carine Franc | Chercheuse associée en économie, INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale)

La place de l'Assurance maladie complémentaire (AMC) dans le financement des soins a été prévue dès la création de la Sécurité sociale. Le financement privé a donc associé dès 1945, les ménages et les mutuelles, lesquelles préexistaient à l'Assurance maladie. Ainsi, le ticket modérateur –créé dès l'origine – n'a jamais eu de « modérateur » que le nom puisqu'il a été d'emblée « ré-assurable ». Il n'a donc jamais vraiment été associé à des incitations économiques qui auraient pu modérer la dépense. En revanche, il a initié dès le départ les grands enjeux en matière d'accès aux soins pour ceux qui ne pouvaient pas accéder à l'AMC ou à certains soins.

En réduisant le reste à charge des ménages pour tous les soins délivrés aux mêmes patients par les mêmes professionnels, l'AMC joue un rôle réellement complémentaire à la Sécurité sociale. De part l'ampleur de cette complémentarité, ce système est quasiment unique au monde. Relativement marginal dans les années 1960 (seulement un tiers de la population souscrivait alors un contrat d'assurance maladie complémentaire), ce dispositif s'est progressivement universalisé (pour concerner aujourd'hui 96 % de la population), dans un marché devenu donc extrêmement concurrentiel et saturé.

Le rôle des complémentaires dans le financement des soins

En 2020, le régime dit « obligatoire » couvrait près de 80 % de la dépense, le financement privé se répartissant entre l'AMC (12,3 %) et les ménages (6,5 %). Ce faisant, le reste à charge pour les ménages français est l'un des plus bas des pays de l'OCDE.

Il convient toutefois de préciser que la place qu'occupe l'AMC dépend des postes de soins. Ainsi, la dépense en biens médicaux est assurée à 36 % par l'AMC, tandis que celle-ci couvre moins de 5 % de la dépense hospitalière.

Un rôle dépendant de l'état de santé des patients

L'Assurance maladie prend en charge l'intégralité des dépenses de soins directement liées aux affections de longue durée (ALD) pour les patients qui ont une ou plusieurs ALD déclarées. En revanche, pour les autres patients, le financement privé est plus élevé en moyenne, particulièrement pour les soins ambulatoires pour lesquels il est de l'ordre de 50 %. Cela pose nécessairement la question de l'accessibilité à ce type de soins pour des patients qui n'auraient pas souscrit un contrat d'AMC ou que ce contrat n'offrirait pas des garanties élevées : d'après les chiffres récemment publiés par le ministère, après remboursement de la Sécurité sociale, 10 % des assurés ont un reste à charge de 2 200 euros et 1 % un reste à charge de 3 700 euros.

Un rôle dépendant de la nature des contrats

Le fait de bénéficier d'une AMC n'est pas synonyme d'égalité d'accès aux soins, car les contrats sont très loin d'être homogènes. Les bénéficiaires ne sont donc pas tous égalitaires face au risque de reste à charge. Une des différences de couverture la plus marquée s'observe entre les contrats collectifs et les contrats individuels : les contrats collectifs sont très avantageux dans la mesure où ils concernent une population de salariés globalement plus jeunes et en meilleure santé que la population dans son ensemble incluant notamment les retraités. Le « pool » de risques est, dans ce cas, nettement favorable à une prime plus accessible, qui est de surcroît négociée le plus souvent par branche d'activité et subventionnée par l'employeur.

La complémentaire santé solidaire

En 2000, la mise en place de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) a correspondu à une quasi-institutionnalisation de l'assurance complémentaire. Les réformes qui ont suivi ont d'ailleurs eu pour principal objectif de faciliter l'accès à cette assurance maladie complémentaire pour faciliter l'accès aux soins.

En 2021, plus de 7,2 millions de personnes ont bénéficié de la Complémentaire santé solidaire (C2S), issue de la fusion entre la CMU-C et l'Aide à la complémentaire santé (ACS). Sur les 2,4 milliards d'euros de dépenses générées par la C2S, seuls 192 millions sont associés à des contrats C2S gérés par des OCAM. L'Assurance maladie joue donc le rôle de complémentaire pour la quasi-totalité des ces 7,2 millions de bénéficiaires. Il faut noter toutefois que l'accès à la C2S est financé par des taxes sur les prix des OCAM, ce qui renchérit le coût de l'assurance complémentaire et réduit de facto son accessibilité pour un certain nombre de personnes.

Globalement, depuis des décennies, la régulation est donc davantage passée par la maîtrise de la dépense publique de la dépense de santé plus que par celle de la dépense de santé – ce qui conduit à des choix qui ne sont pas toujours les plus efficaces.

Une place de l'AMC au regard de celle de l'AMO qui est loin d'être sans conséquence

La part que représente le financement de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) dans le revenu disponible des ménages augmente avec leur niveau de vie de sorte que le financement est bien progressif. A l'inverse, tandis que leur contribution au financement des complémentaires et leur reste à charge diminuent, de sorte que le taux d'effort est particulièrement important pour les personnes ayant les niveaux de vie les plus bas, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'aspect redistributif du système dans son ensemble. Ainsi, plus la place du financement privé est importante, moins le système est redistributif.

Les implications de la « Grande Sécu »

Carine Milcent | Chercheuse CNRS, Professeure d'économie, Paris School of Economics

Le projet dit de « Grande Sécu » vise à résoudre les inégalités sociales constatées dans l'accès aux soins.

Réduire les inégalités d'accès aux soins

Si les salariés bénéficient du contrat collectif d'OCAM souscrit par leur entreprise et de l'abondement de cette dernière – subvention déguisée depuis que l'abondement a été rendu obligatoire en 2016 –, les retraités, les non-actifs et les travailleurs indépendants en revanche ne sont plus ou pas couverts par des contrats collectifs d'entreprise. Pour eux, la question de la charge que représente une assurance complémentaire n'est donc pas anodine.

Qui plus est, un article publié dans Health Economics en 2021 (Milcent and Zbiri, 2021) montre que le type de soin dont vous bénéficiez dans un établissement privé varie en fonction de votre complémentaire santé.

Ces inégalités de traitement, de choix et d'accès aux soins se sont accentuées avec le vieillissement de la population, les maladies chroniques et les ALD (Affections de Longue Durée). Le système, fondé sur une maîtrise des dépenses publiques, permet de couvrir les personnes atteintes d'une ALD, mais implique, en contrepartie, une réduction du panier de soins couverts et donc une moindre prise en charge pour les personnes qui ne sont pas malades chroniques.

Quel panier de soins ?

Le marché du travail évolue. Ainsi, si la part des salariés est toujours dominante, les travailleurs indépendants émergent, notamment depuis la crise sanitaire. Or, ceux-ci sont bien moins couverts par leur complémentaire santé. D'une part, la couverture d'assurance complémentaire est par un contrat individuel nettement moins avantageux qu'un contrat groupe. D'autre part, même si la situation s'est récemment modifiée, beaucoup reste dans une situation de 40 jours de carence avant une prise en charge par la Sécurité sociale, contre 3 pour les salariés en cas d'arrêt maladie. Enfin, cela pose la question de la contribution des entreprises à la grande Sécu, dans un monde où le salariat se modifie.

La prise en charge de la maladie évolue aussi : avec le « tournant ambulatoire », celle-ci se fait de moins en moins à l'hôpital et de plus en plus en ville. Or le niveau de couverture de la Sécurité sociale d'une prise en charge en ville est nettement inférieur, de l'ordre de 70 % pour les patients non-ALD.

Il est donc légitime de se demander si le panier de soins couvert par la Sécurité sociale sera redéfini. Ou plus exactement, quel sera le panier de santé couvert et non les soins couverts, intégrant la prévention. Dans le cas contraire, la question des personnes exclues de cette couverture se fera plus prégnante encore.

Quel financement ?

La question de la hausse des cotisations sociales et de son financement se pose aussi. Se traduira-t-elle par des cotisations supplémentaires pour les entreprises ? Induira-t-elle une augmentation de la CSG pour les ménages ? Ou des taxes ? Les retraités sont également assujettis à la CSG en fonction de leur niveau de retraites. Qu'est-ce que ces possibles augmentations induiront en termes de redistribution ? Et pour quel type de soins, de santé ? Quels sont les effets de fuites à attendre – des soins réalisés dans le secteur public ou privé en fonction du niveau

de richesse et des délais de prise en charge – et les évolutions des inégalités attenantes ? d'une centrale au charbon, avec une réduction des émissions de gaz à effet de serre d'au moins 55 %. Des objectifs de verdissement sont en outre définis, puisqu'il faudra intégrer 30 % de gaz renouvelable d'ici 2025 et 55 % d'ici 2030. L'ensemble est parfait d'un point de vue théorique, mais il aboutit à un texte très prescriptif, qui s'applique uniformément à tous les Etats membres, alors que ceux-ci se trouvent dans des situations différentes.

La Commission souhaitait logiquement respecter l'article 10-2. Toutefois, l'obligation d'incorporer 30 % de gaz vert dès 2025 représenterait, en France, 25 TWh sur le parc de centrales existantes, cette proportion passant à 45 TWh en 2030. Or la Programmation Pluriannuelle de l'Energie prévoit une production de biométhane comprise, selon les scénarios, entre 14 et 22 TWh en 2028. Les prescriptions sont donc en complet décalage avec les capacités. La situation est identique en Allemagne, qui aura encore plus besoin du gaz pour sortir du charbon et du nucléaire et tenir ses engagements en termes d'utilisation des énergies renouvelables. Pour compenser leur intermittence, il est en effet indispensable de disposer de moyens « pilotables » pour maintenir la stabilité du système.

Ce rôle d'accompagnement de la transition que pourrait jouer le gaz n'est pas reconnu par l'acte délégué complémentaire, ce qui obère une partie de ses perspectives de développement. La position de la Commission est compréhensible, car elle est liée à sa volonté d'être en conformité avec l'article 10-2. Elle pose toutefois un certain nombre de difficultés. En outre, le seuil extrêmement bas de 270 grammes de CO₂ par KWh pourrait décourager les investissements, car l'écart à combler pour aller chercher le label pourrait se traduire par une perte de compétitivité. Encore une fois, une approche plus continue, en trajectoire et sans effet de seuil, aurait pu permettre d'éviter cet écueil.

L'articulation du financement public/privé du système de soin

Nicolas Peju | Directeur général, Centre Hospitalier National d'Ophthalmologie des Quinze-Vingts

Avant de diriger l'hôpital des Quinze-Vingts, j'ai travaillé à l'ARS Ile-de-France puis au ministère de la Santé, ce qui me permet d'aborder le sujet éminemment complexe du financement de notre système de santé à travers trois points de vue.

Le point de vue du directeur d'un hôpital public

Le Centre des Quinze-Vingts est un hôpital public de référence, de renom et de recours national, spécialisé en ophtalmologie. Toutes les catégories sociales y ont accès au meilleur des technologies qu'offre l'ophtalmologie, ce dont nous pouvons être fiers.

Pour autant, je porte un regard très critique sur le système du double payeur, c'est-à-dire de la double facturation, qui génère lourdeur et complexités administratives, surcoûts, difficultés d'accès aux soins et, par conséquent, une forme d'injustice pour les usagers. Nous accusons notamment un retard incroyable en matière de digitalisation et d'interopérabilité entre les différents systèmes d'information. Le chantier national « ROC », Remboursement des organismes complémentaires, dans lequel nous sommes engagés, devrait heureusement aboutir à un système plus satisfaisant tant pour les hôpitaux que pour les usagers. Mais, pour l'heure, nos éditeurs trouvent le système particulièrement long, complexe et difficile. Peut-être faudrait-il le simplifier lui-même, plutôt que les outils qui permettent d'y accéder ?

En attendant, les surcoûts administratifs générés par l'actuel système sont très concrets pour nos concitoyens. Il suscite aussi chez les usagers des hôpitaux des difficultés de compréhension et d'accès au remboursement des soins, puisque les systèmes de prise en charge diffèrent d'un établissement à un autre. À titre d'exemple, l'hôpital des Quinze-Vingts ne facture pas la partie complémentaire pour les consultations externes. Sans compter que certains patients n'ont pas de complémentaire. En général, il s'agit de personnes plutôt âgées et précaires. Or les maladies ophtalmologiques se développent avec l'âge, entraînant souvent des hospitalisations à répétition. Chez nous, le coût du ticket modérateur s'élève à 256 euros en cas d'hospitalisation ambulatoire et à 384 euros en cas d'hospitalisation conventionnelle – ce n'est pas négligeable, a fortiori en l'absence de mutuelle.

En tant que directeur d'hôpital, je n'entretiens avec les financeurs complémentaires qu'une relation d'ordre technique et administrative de facturation. C'est regrettable, car nous gagnerions énormément à prévenir ou déceler plus précocement les pathologies en ophtalmologie. Elles seraient alors mieux prises en charge, et le coût pour la collectivité s'en trouverait atténué.

Le point de vue d'un ancien directeur général adjoint de l'ARS Ile-de-France

Depuis la création des ARS en 2009, j'ai assisté à une véritable structuration des relations entre celles-ci et l'Assurance maladie, pour des problématiques de gestion du risque au niveau régional. En revanche, je n'ai pas le souvenir d'avoir pu travailler avec des représentants des OCAM sur un projet ayant trait à la prévention et/ou à l'organisation de l'offre.

Le rapport 2020 du HCAAM portant sur la régulation du système de santé met en lumière le besoin de faire basculer un système entièrement centré sur le soin vers un système incitatif à la prévention et à l'innovation. Le modèle économique actuel ne l'est pas du tout : en Ile-de-France, les dépenses de l'Assurance maladie consacrées à la prévention représentent moins de 5 % du total.

Le système du double payeur pour un même risque n'est ni incitatif ni adapté : pour agir sur les inégalités en matière de santé et pour prévenir les pathologies, il me paraît indispensable de cibler les actions – par territoire, par population, par communauté – ce que ne permet pas la structuration actuelle des OCAM, contrairement à celle de l'Assurance maladie, plus territorialisée et plus connectée au régulateur.

La question du non-recours aux soins par manque d'information, d'accès à cette information et de compréhension de l'information doit aussi être posée. Ce manque creuse les inégalités et impacte les personnes les plus précaires et les plus âgées, qui doivent constituer notre cible prioritaire si nous voulons améliorer la santé de nos populations.

Le point de vue d'un citoyen

Notre système est à bout de souffle. Il faudrait le simplifier et le clarifier. Plutôt qu'une « Grande Sécu », il conviendrait de faire une Sécurité sociale plus simple, plus universelle et plus efficace. À cet égard, les différents scénarii envisagés par le rapport du HCAAM sont très intéressants.

La question de la lisibilité du système me paraît également cruciale, car elle représente un enjeu démocratique. Aujourd'hui, les systèmes de l'Assurance maladie et des OCAM sont trop intriqués et nos concitoyens ne comprennent rien à la manière dont ils sont organisés. Ils ne savent plus comment tout cela fonctionne, ni ce qu'il faut faire pour bénéficier d'une bonne couverture santé.

L'offre de soins privée

Pierre Maitrot | Directeur des affaires publiques, Groupe Elsan, membre de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)

Le financement du secteur hospitalier public et privé relève à 5 % des OCAM, avec un reste à charge des patients qui est le plus faible du secteur de la santé (2%). Ce sujet est donc très important pour nous, mais peut-être pas dans les mêmes proportions que pour d'autres acteurs de la santé.

Je viens du secteur public et je suis arrivé dans le secteur hospitalier privé qui exerce une mission de service public de santé. J'ai découvert que la question du statut de l'offreur de soins, public ou privé, se posait souvent avant celle de la mission qui est première et commune à tous les acteurs de santé. En l'occurrence, le système de soins en France est opéré par des acteurs qui sont majoritairement privés (médecine de ville, entreprises du médicament et du dispositif médical, biologie médicale, etc). Notre système de soins est également en majorité financé par le secteur privé (les deux tiers du budget de la branche maladie relèvent des cotisations sociales versées par les entreprises), mais tout en étant régulé par l'Etat, dans un cadre budgétaire qui est celui de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. De mon point de vue, ce cadre de régulation budgétaire doit tendre vers un cadre de régulation économique pour des acteurs économiques de santé.

À titre d'exemple, les tarifs hospitaliers sont réglementés et fixés chaque année le 1er mars, ceux de 2022 ne sont par exemple pas encore connus. Les hôpitaux publics et privés construisent donc leurs budgets 2022 et leurs plans d'investissement sans savoir comment leurs tarifs vont évoluer, alors que ceux-ci représentent 90 % de leurs revenus. En outre, ils sont exposés cette année à un risque élevé d'inflation (+3 % dans le secteur hospitalier). Or les dernières discussions sur l'évolution des tarifs faisaient état d'une hausse de 0,2 %. Enfin, nous ignorons quelle sera l'évolution du financement du secteur au-delà d'un an. Cette logique de régulation non économique crée un risque majeur de sous-financement du secteur hospitalier.

Les relations avec les OCAM

Les OCAM sont devenus un élément indispensable du financement des hôpitaux publics et privés, même s'ils ne représentent que 5 % de leurs ressources. La complexité de la réforme en cours impose d'étudier très finement ses impacts sur le financement de l'investissement et de l'innovation dans un secteur qui a besoin de visibilité et de ressources à long terme.

Ce système de relation Assurance maladie obligatoire/complémentaire permet d'accompagner l'exercice de la médecine libérale telle qu'elle a été conçue en France – avec la liberté de fixer les honoraires, notamment pour les 35.000 médecins libéraux qui exercent dans les hôpitaux privés, mais aussi pour les praticiens hospitaliers publics qui sont autorisés au secteur 2 dans les hôpitaux. Ce système privilégie de plus en plus l'individualisation et la prestation sur-mesure ou la demande du patient et son choix quant au niveau de prestation. Cette tendance est d'ailleurs très fortement impulsée par les patients.

En tout état de cause, il me paraît indispensable de conserver l'articulation entre un système d'assurance maladie fondé sur un panier de soins transversal et national, et une offre différenciée qui tienne compte des besoins des patients, étant entendu que la demande et l'offre de soins peuvent être différentes d'un territoire à un autre.

Le système de soins a besoin de ses deux « jambes », l'Assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires. Ces dernières apportent clairement une forme d'agilité, d'incitation et de concurrence dans le système de santé. Elles engendrent un bénéfice économique global, y compris pour l'Assurance maladie obligatoire.

Vers une prévoyance sociale

Jean-Marie Spaeth | ancien Président, Assurance Maladie

Ayant relevé du régime minier puis du régime général, j'ai pu choisir entre l'un et l'autre à l'heure de la retraite. J'ai privilégié le premier, auquel j'avais le plus cotisé et qui présente la particularité de rembourser les dépenses à 100 % du tarif de la Sécurité sociale, y compris la contribution d'un euro.

Une « Grande Sécu à 100% » ?

Que signifie une « Grande Sécu à 100 % » ? Pour moi, cela reste un mystère ! Je sais que le coût de ma complémentaire santé s'élève à 621 euros par an et que mon épouse paie plus du double pour le même contrat. Il est donc possible de mesurer concrètement le coût d'un système de couverture des dépenses de santé. En parlant de « 100 % », il faudrait éviter de créer des désillusions, en annonçant clairement ce qu'il en coûtera en termes d'augmentation de CSG, de TVA ou autre. Il n'y a rien de pire que de ne pas dire la vérité et d'organiser la désillusion.

Identifier les véritables freins à l'accès aux soins

Le niveau de remboursement et son organisation entre Assurance maladie obligatoire/complémentaire ne crée par des freins à l'accès aux soins, même s'il existe des cas particuliers qui appellent une réponse. Je ne crois pas un seul instant qu'une réforme de la « tuyauterie » des financements, même si elle s'avère nécessaire, modifiera en quoi que ce soit l'accès aux soins. Pour moi, les véritables freins sont les déserts médicaux, les urgences et les dépassements d'honoraires.

« Grand Sécurité sociale » ou non, ces trois questions sont prioritaires et méritent d'être traitées. Les réponses à trouver ne sont pas évidentes, car elles touchent à la liberté d'installation et au mode de rémunération de certains spécialistes des hôpitaux publics ou privés. Elles touchent également au « sacro-saint » paiement à l'acte, mode de rémunération qui s'éloigne de plus en plus des problématiques de vieillissement de la population, de flux migratoires dans les territoires et d'évolution des pathologies, notamment celle des maladies chroniques.

Les OCAM ne sont pas exonérées de tout effort ni de réforme

Le fait de passer du statut de salarié actif à celui de retraité change drastiquement la donne, en termes de coût. Les OCAM ne sont pas obligatoires, mais concernent l'immense majorité de la population et pour cause : ils sont indispensables pour accéder aux soins courants.

Il me paraît donc indispensable et urgent que les trois familles de complémentaires tirent les leçons de cette situation et s'attellent à la mise en place de mécanismes de solidarité collective, afin d'introduire de la justice sociale dans la tarification de leurs contrats individuels, car la justice sociale dans le financement des complémentaires ne peut pas reposer uniquement sur l'ACS. Elles doivent elles-mêmes tirer les conséquences économiques et sociales du caractère désormais obligatoire des contrats portant sur un risque connu et prévisible, une population connue et des garanties indispensables pour l'accès aux soins. De mon point de vue, elles doivent « changer de logiciel », en tenant compte du fait qu'elles sont des acteurs de l'intérêt général.

La formule Sécurité sociale de base + complémentaire s'assimile un partenariat privé-public. Soit les complémentaires en tirent les conséquences et le traduisent en actes, soit les tenants de la thèse de la « Grande Sécu » universelle et étatique gagneront la partie et, ce faisant, créeront sans le vouloir les fondements d'une Sécurité sociale à deux vitesses. En effet, la Sécurité sociale ne pourra jamais tout rembourser à 100 %, ce qui conduira à la mise en place d'un « bouclier sanitaire » pour les citoyens de première et de seconde zone et à la création d'une nouvelle complémentaire pour les plus favorisés. Ce système existe déjà dans d'autres pays. En résumé, l'idée-même de la Sécurité sociale telle qu'elle a été conçue en 1945 n'existe plus.

Qu'est-ce que la santé ? Comment la préserver ?

En France, notre vision de la santé est très restreinte : elle se résume à l'absence de maladie ou d'infirmité et se concentre sur le curatif. Or, comme l'indique très justement l'OMS, la santé est « un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Cet aspect du bien-être mental et social a été crument mis en exergue par la crise du Covid. Cette problématique doit interpeler les acteurs du corps social et, en premier lieu, les chefs d'entreprise et les organisations syndicales. N'est-ce pas le moment de s'approprier cet objectif de bien-être ?

Il s'agit concrètement de promouvoir des conventions collectives pour apporter des réponses au mal-être et au mal-vivre grandissant des salariés, une situation qui naît de la discordance entre les exigences de l'entreprise et celles de la vie personnelle, familiale et sociale du salarié. Telle est ma proposition de prévoyance sociale. La négociation de telles conventions implique non seulement une mutualisation assurantielle, mais exige également des solidarités intermédiaires, pour tenir compte de la diversité des entreprises, des métiers et des mutualisations nécessaires.

Il me semblerait pertinent de négocier ces conventions au niveau des branches professionnelles et d'en confier naturellement la gestion aux OCAM. La prévoyance classique actuelle doit être généralisée et la prévoyance sociale doit prendre en compte les conditions de vie au travail, le stress, les cadences, la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, la formation, l'adaptation et, plus particulièrement, la fin de carrière.

Ces questions touchent à celle de la santé, mais aussi à celles du recrutement et de la performance économique et sociale de nos entreprises.

L'élargissement de la couverture prévoyance

Denis Raynaud | Directeur, IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé)

Dans son dernier rapport, le HCAAM dessine quatre scénarii d'évolution, tant le statu quo semble difficile. L'un d'entre eux – désigné « Grande Sécu » par la presse – est le plus commenté, mais les trois autres soulèvent aussi des questions intéressantes. Pour ma part, je trouve surprenant que personne ne parle de celui prévoyant d'élargir la couverture prévoyance, d'autant que les débats qui se sont tenus à propos de la prévoyance étaient assez consensuels et que les propositions retenues ont suscité une adhésion assez large au sein du HCAAM.

Ces propositions pourraient compléter les évolutions concernant l'articulation entre assurance publique et assurance privée et la prise en charge des soins. Rappelons que les mutuelles, les Institutions de Prévoyance (IP) et les OCAM sont à la fois assureurs des soins et assureurs en prévoyance.

La prévoyance, parent pauvre de la protection sociale

À l'inverse de la retraite et des soins, la prévoyance ne fait pas l'objet d'une obligation de couverture, hormis pour les salariés cadres. La couverture prévoyance s'est donc moins développée que la complémentaire santé. Les risques que couvrent la prévoyance (invalidité, incapacité de travail) sont mal connus et les assurés pensent, à tort, qu'ils sont couverts par le régime de base. La loi de mensualisation permet une prise en charge, mais seulement pour les arrêts de brève durée, et le régime invalidité de la Sécurité sociale ne rembourse que 50 % du salaire calculé sur les dix années précédant l'invalidité. Or la demande de couverture contre ce type de risque demeure très faible.

Le système en l'état couvre très bien des risques qui apportent assez peu de valeur ajoutée en termes de couverture, comme les frais d'optique. En revanche, il me paraît impensable de ne prévoir aucune couverture obligatoire pour des personnes qui, compte tenu de leur état de santé, risquent de perdre leur capacité de travail et donc leur salaire. Ce risque, qui est bien plus grave et catastrophique, n'est pas bien perçu par les salariés et n'a pas sa juste place dans la négociation sociale qui a lieu au sein des entreprises.

La participation obligatoire de l'employeur à une complémentaire santé fait désormais partie du « package » de rémunération et d'attractivité des entreprises, ce n'est plus considéré comme de la protection sociale. Tel est, du moins, ce qui est enseigné en master aux futurs DRH. Cette situation est très problématique au regard des immenses inégalités qui existent entre les différentes populations de salariés. L'exposition aux risques professionnels varie selon les métiers et les secteurs d'activité. Les cadres, pour lesquels la prévoyance complémentaire est obligatoire, sont très peu exposés aux risques professionnels, alors que les ouvriers non qualifiés et les agriculteurs sont parfois surexposés à ces risques.

Les arrêts de travail pour raison de santé sont deux fois plus élevés parmi les ouvriers que parmi les cadres et les professions intermédiaires. Le lien avec la prévoyance est évident : des arrêts de travail à répétition peuvent se transformer en incapacité de travailler et les catégories les plus exposées aux risques professionnels peuvent finir par basculer en invalidité et subir une forte perte de revenu, si elles ne bénéficient pas d'une couverture prévoyance.

Le développement de la prévoyance en entreprise

La présence de la prévoyance varie en fonction de la taille de l'entreprise et du secteur d'activité. Ainsi, un tiers des salariés des entreprises employant entre un et quatre salariés n'ont aucun accès à ce régime. Cette proportion est encore de 20 % dans les entreprises de moins de dix salariés et de 12% dans les entreprises comprenant entre dix et cinquante salariés. De même, 30 % des salariés du secteur agricole ne sont pas couverts par un régime de prévoyance complémentaire. Cette couverture dans le commerce, l'hébergement et la restauration est également

plus faible que dans d'autres secteurs. Or il s'agit des secteurs où la sinistralité est généralement la plus forte.

De manière générale, la prévoyance complémentaire existe dans un secteur grâce à la négociation de branche. En regardant par quintile de salaire, on voit que sept salariés sur dix parmi les 20 % des salariés qui perçoivent les salaires les plus faibles ont accès à un contrat de prévoyance complémentaire par l'intermédiaire de leur entreprise ; dans le dernier quintile, la proportion est supérieure à neuf sur dix.

En conclusion, le fait de développer davantage la couverture prévoyance donnerait beaucoup plus de sens à la prévention. En agissant pour diminuer la sinistralité, les absences pour raison de santé et les passages en invalidité, les OCAM trouveraient une vraie légitimité à intervenir au côté de la Sécurité sociale.

Échanges

Carine Franc

Notre système n'est pas orienté vers la prévention. Le paiement à l'acte ne la favorise clairement pas. De nombreuses expérimentations sont en cours, pour tenter de savoir si un système de paiement prospectif inciterait davantage les professionnels et les usagers à adopter une offre plus préventive chez les uns et des comportements plus préventifs chez les autres.

Il est délicat de demander aux OCAM, qui gèrent année après année un portefeuille de risques dans un environnement concurrentiel très intense, d'investir aujourd'hui pour obtenir des retours d'investissement dans dix, quinze ou vingt ans. Il me semble très difficile d'imposer aux OCAM, plus que cela n'est déjà le cas, une tarification et ou une prise en charge particulière.

Par ailleurs, le manque de lisibilité du dispositif global de financement peut s'avérer dangereux pour l'avenir de la Sécurité sociale, alors même que celle-ci représente un outil formidable de cohésion sociale et de redistribution. En effet, ce manque de visibilité peut saper le soutien politique dont elle bénéficie, ce qui pourrait conduire à des choix délétères. Il me paraît donc important de rendre plus lisible le dispositif et d'en rappeler tous les aspects positifs.

Jean-Marie Spaeth

Je suis un farouche partisan de la prévention, mais je ne suis pas convaincu que la recherche de retour sur investissement en matière de santé soit l'objectif principal. Il faut davantage l'appréhender sous l'angle du bien-être et du bien-vivre.

Carine Milcent

L'ensemble des interventions a fait ressortir le besoin d'une vision globale du système de santé. Il s'agit aussi de préciser ce qu'inclut le panier de santé incluant les soins, les services de santé et la prévention. Dans un monde de plus en plus ambulatoire, la place de l'aidant devient notamment importante, ce qui soulève la question des dépenses de santé dans leur globalité : les personnes soignées et les dépenses de santé liées à l'activité d'aidants des proches.

Par ailleurs, il existe deux types de prévention : collective et individualisée. Les thérapies sont de plus en plus ciblées et les dépenses de soins s'accroissent. Il s'agit de savoir si les politiques de prévention sont correctement orientées et permettent d'atteindre le bon objectif.

D'après la présentation de Denis Raynaud, je crois comprendre que la prévoyance complémentaire est mal couverte et que le système actuel, qui prévoit une prise en charge de la prévoyance uniquement par l'État, ne fonctionne pas. Qu'est-ce que cela doit impliquer ? Quel rôle pour les complémentaires dans ce domaine ?

Pierre Maitrot

En 2022, le groupe Elsan (28.000 salariés) a connu une hausse moyenne de 40 % de ses primes de prévoyance collective, compte tenu de la dégradation de la sinistralité du secteur hospitalier en depuis deux ans. Qui est capable d'assumer une telle augmentation, dans un contexte d'évolution des tarifs hospitaliers de +0,2% seulement ? Comment peut-on financer ce risque avec une telle sinistralité et des équilibres économiques qui, à l'intérieur de l'Ondam hospitalier, ne prennent pas en compte les évolutions de coûts des opérateurs ? Nous devons en discuter avec le régulateur.

Aujourd'hui, les conséquences dans le système hospitalier de la discussion économique avec les assureurs ne sont pas correctement mesurées.

Jean-Marie Spaeth

Plus l'âge du départ à la retraite sera repoussé, plus les cas d'invalidité à couvrir augmenteront. C'est pourquoi je pense que la prévoyance sociale des fins de carrière est fondamentale pour l'avenir. L'extension de l'idée même de convention de prévoyance sociale aura bien évidemment un coût, mais il conviendra de trouver un équilibre entre de multiples facteurs à prendre en compte.

Pendant longtemps, on a fait peser la responsabilité des dépenses de santé sur le patient, mais ce n'est plus le cas : la responsabilité s'est déplacée vers le prescripteur et le panier de soins.

Denis Raynaud

L'expression « Grande Sécu » n'est pas appropriée. Le HCAAM fait plutôt mention d'une « extension de la Sécurité sociale », dans la prise en charge de certains éléments aujourd'hui inutilement confiés aux OCAM, comme le remboursement systématique du ticket modérateur. Ce scénario d'extension préserve les OCAM dans leur rôle de financeurs de la médecine libérale, mais il faudrait réfléchir simultanément à une réforme du panier de soins santé et à une extension de la prévoyance complémentaire.

En additionnant les marchés privés d'assurance complémentaire santé et d'assurance complémentaire prévoyance, nous pourrions améliorer le bien-être global, sans pour autant diminuer le chiffre d'affaires des acteurs concernés.

Nicolas Peju

L'appellation « Grande Sécu » n'est en effet pas opportune. Par ailleurs, je ne vois aucune raison pour faire perdurer le système du double payeur. Je souscris au fait que les financements complémentaires « tirent » l'économie globale du système. La qualité de notre système de santé tient à la pluralité des acteurs, laquelle n'est pas contradictoire avec une simplification.

Nous devons conserver nos « deux jambes » et leur confier à chacune un rôle précis, différent et compréhensible.

2e Table ronde : Les complémentaires santé : quel modèle économique ? Quelle offre de service ? Quelle régulation ?

Modérateur : François-Xavier Albouy | Directeur de recherche de la Chaire « Transitions démographiques, Transitions économiques »

« L'Observatoire de l'imprévoyance » estime le manque au marché de la prévoyance individuelle et collective à 13 milliards d'euros – soit la somme qui manque au secteur médicosocial. Toutes les tensions existant dans le domaine de la dépendance, de l'aide aux aidants et de la couverture du handicap proviennent de ce manque, qui explique le retard pris par notre pays dans ces domaines.

Service et innovation

Florence Lustman | Présidente, France Assureurs (ex FFA)

Les complémentaires santé sont peu connues, et donc peu reconnues sur les domaines de la fourniture de services et de l'innovation où nous sommes pourtant très actifs.

Le service

Notre récent livre blanc identifie quatre grands défis à relever sur la thématique de la santé, défis qui ont été identifiés par la cinquantaine de personnalités du monde de la santé que nous avons interrogées.

L'inégalité de l'accès aux soins

Cette inégalité est double : financière et territoriale. Du point de vue financier, les complémentaires sont très efficaces car elles permettent de réduire significativement le reste à charge de nos concitoyens. Pour remédier aux inégalités territoriales, nous avons introduit la télémédecine – et ce avant la crise Covid.

L'opacité des parcours de soins

Ces parcours sont complexes, a fortiori pour des personnes fragiles puisque malades. Nous avons développé des offres pour accompagner nos clients et les aider à naviguer dans les méandres des parcours : deuxième avis médical, aide dans la recherche d'un établissement de soin et dans les formalités administratives ou encore accompagnement à la sortie avec aide à domicile.

Il est intéressant de noter que cette alliance entre l'activité de gestionnaires de risques et celle de fournisseurs de services s'avère particulièrement complémentaire car c'est en fournissant les services que l'on peut limiter la survenance du risque ou a minima son degré de gravité.

La prévention

La prévention est le parent pauvre des politiques publiques, alors même qu'elle constitue l'une des clés pour sortir de la situation intenable dans laquelle se trouve le système de santé. Ainsi nous remboursons les bilans de santé.

Notre spécificité tient aussi à notre rôle de partenaires des entreprises car la prévention repose sur la répétition des messages et de ce point de vue l'entreprise est un superbe territoire de santé !

Les complémentaires santé prennent en charge les soins dentaires, les appareils auditifs, les lunettes et tous dispositifs médicaux qui permettent de prolonger l'autonomie des personnes – soit une part réelle de ce qu'est la prévention de la perte d'autonomie. Mais il faudrait aller beaucoup plus loin.

L'équilibre financier

Réglementairement, les complémentaires santé doivent être équilibrées financièrement, contrairement à la Sécurité sociale qui repousse sans cesse vers les générations suivantes le coût de la santé d'aujourd'hui. Malgré cette réglementation extrêmement lourde, nous avons développé des solutions en étant à l'écoute des assurés.

Nous nous caractérisons également par notre agilité et notre réactivité. Par exemple, face à la hausse des besoins en santé mentale liés à la crise sanitaire, nous avons décidé de prendre en charge quatre consultations de psychologue. Nous avons ainsi fait la preuve de notre capacité à nous entendre, entre acteurs privés, pour inventer des solutions.

L'innovation

C'est grâce à l'innovation que nous sortirons par le haut de la situation actuelle et que nous relèverons les quatre grands défis que je viens de citer.

En tant qu'assureurs, et grâce à l'épargne que les Français nous confient, nous sommes les principaux financeurs de l'innovation. Nous voulons soutenir la relance et la souveraineté française en matière de santé. Nous avons d'ailleurs investi 800 millions d'euros dans des entreprises innovantes du secteur de la santé (médicaments, aide au diagnostic, imagerie, etc.). Ces innovations ne sont pas seulement des investissements : nous les incorporons dans nos garanties. Ce faisant, nous sommes à la fois des financeurs et des passeurs d'innovation.

Nous sommes également partenaires du programme Impact de France Biotech, qui favorise le développement de solutions digitales pour la santé mentale. Plusieurs plateformes sont déjà labellisées en Allemagne.

L'action mutualiste

Éric Chenut | Président, Mutualité Française

Les 500 mutuelles fédérées au sein de la Mutualité Française ont de nombreux champs de compétences, dont 2800 services de soins et d'accompagnement mutualiste sur tout le territoire. L'opinion ne perçoit pas toujours la diversité de ces actions. L'enjeu consiste donc à conforter la perception que les utilisateurs finaux ont de notre contribution à l'intérêt général et à la construction de communs pour la société. La puissance publique y concourt, mais un certain nombre d'acteurs de l'économie sociale et solidaire aussi.

Une question de confiance est posée, aujourd'hui : permet-on aux mutuelles de prendre des initiatives en fonction de la réalité des besoins ou tout doit-il être réglementé par la loi ? Nous subissons une sur-réglementation, qui évolue bien trop souvent, mais aussi une fiscalité très élevée – ce qui nuit à notre capacité d'innovation.

L'épineuse question des données de santé

Sous couvert de la protection des individus, intention fort louable, nous sommes freinés dans notre capacité d'utilisation des data qui permettraient pourtant de mieux personnaliser les programmes de prévention et les accompagnements. Et ce, alors même que la loi de 2004 prévoyait une meilleure utilisation de ces données.

La perte de chance liée à cette situation est considérable. Si elle porte un risque, l'utilisation des données est avant tout une formidable opportunité. Cela permettrait aux individus de se responsabiliser et de mieux gérer leur capital santé. Mais on laisse les GAFAM devenir apporteurs de solutions en lieu et place des acteurs français et européens.

Les réponses à la triple transition (écologique, démographique et numérique)

Les besoins en santé sont appelés à continuer à croître du fait du vieillissement de la population, ce qui génère d'ores et déjà une problématique de soutenabilité, notamment en l'absence d'investissement dans le champ de la prévention.

Du point de vue écologique, il faut considérer l'influence de l'environnement sur notre santé mais aussi l'impact de l'évolution des modes de production et de consommation sur les flux de financement de la protection sociale.

Pour faire face, nous devrions miser sur l'intelligence collective de tous les acteurs de la chaîne de santé pour imaginer les bons arbitrages. Au lieu de cela, depuis une dizaine d'années, les complémentaires santé sont corsetées dans le contrat responsable et solidaire qui définit les paniers des prestations, les empêchant ainsi de se différencier. Ce sont pourtant les mutuelles qui ont inventé le tiers-payant ou la téléconsultation et qui ont initié les réseaux conventionnés permettant aujourd'hui d'aboutir au 100 % santé en optique, audio, dentaire. Nous sommes des initiateurs d'innovation, bien plus que l'État !

Aujourd'hui, le seul moyen de se différencier est la guerre des prix, et non la réponse aux besoins – ce qui s'avère très dommageable. Une latitude est indispensable pour apporter des réponses innovantes. Plutôt que de définir les prestations des complémentaires santé, mieux vaudrait réfléchir aux niveaux minimaux de répartition pour garantir les dynamiques de mutualisation et les mécanismes de solidarité.

La prévention

Les besoins dans ce domaine sont aussi considérables. Pourtant, loin d'encourager les complémentaires à investir dans ce champ, le cadre réglementaire est complètement désincitatif. De fait, les dépenses de prévention apparaissent en coûts de gestion, alors même qu'il s'agit de services, d'accompagnement et d'assistance. Investir dans la prévention est donc contre-productif pour une mutuelle, alors même que cela générerait des gains d'efficience qui pourraient être mutualisés sur l'ensemble des cotisants.

En somme, il est urgent de refonder un pacte de confiance entre la puissance publique et les mutuelles pour réengager la capacité à innover et proposer des réponses au vieillissement de la population. Dans cette optique, la Mutualité Française, avec France Assureurs, a fait une proposition de couverture par répartition solidaire pour couvrir les coûts de la dépendance avec des logiques de prévention, de détection précoce, d'aide aux aidants.

Enfin, compte tenu de l'importance du coût social et économique de la généralisation de la prévoyance, il est indispensable de généraliser ce risque et de le faire mieux connaître et mieux appréhender. Il faut aussi travailler sur l'extension des protections en matière d'épargne et de retraite.

Les positions inconfortables des AMC vis-à-vis de la réglementation

Erwan Samyn | Rapporteur extérieur, Cour des Comptes

Comme nous l'avons vu plus tôt, les OCAM (mutuelles, assureurs et institutions de prévoyance) sont des acteurs indispensables du système de santé, puisqu'ils couvrent 13 % des dépenses de santé. Dans les champs optique, auditif et dentaire, leur part est très élevée (entre 36 et 61%). Ils jouent également un rôle important dans la prise en charge de l'hospitalisation.

Le législateur a souhaité accompagner l'incitation faite à chacun d'avoir une complémentaire santé par des réductions de taxes pour les travailleurs indépendants et les agriculteurs, et par une obligation de souscription pour les salariés (et pour les fonctionnaires en 2024-2026). En contrepartie, ou parce que ces acteurs deviennent de plus en plus indispensables, il les encadre de plus en plus (interdiction de la tarification au risque, obligation de prendre en charge les tickets modérateurs) et leur impose des contraintes telles que des interdictions de remboursement, des minimums, des maximums.

Le 100 % santé

L'encadrement par le régulateur a connu une première acmé avec le 100 % santé. Il s'agit d'une réforme très positive car elle limitera les renoncements au soin qui existent aujourd'hui, mais elle risque aussi de réduire considérablement les prestations que peuvent offrir les complémentaires santé. Leur différenciation est donc de plus en plus contrainte et leur rôle de plus en plus subordonné. D'un point de vue institutionnel, on voit bien que l'UNOCAM joue surtout un rôle consultatif. L'Assurance maladie obligatoire prend parfois plus de place que la complémentaire.

Le double système de facturation lié à la complémentarité du système engendre une forme d'opacité et de complexité qui peut en outre se ressentir financièrement car chaque instance a ses propres coûts de gestion.

Vers une nécessaire évolution du système

Une évolution structurelle et structurante s'avère indispensable : la grande Sécurité sociale en est une, mais d'autres options existent aussi comme le décroisement des prestations – qui s'avère néanmoins assez complexe à conjuguer avec le 100% santé.

Quelle que soit l'option retenue, il faudra que les OCAM jouent un rôle plus affirmé dans la gestion du risque et ne soient plus cantonnées à une position accessoire.

L'accès des citoyens aux soins

Josette Guéniau | Associée fondatrice du cabinet de conseil JGSC, Directrice de l'Observatoire Santé et Innovation, Institut Sapiens

Je viens du métier de l'assurance santé, et j'ai dirigé une entreprise dans ce métier et celui de la prévoyance. Depuis plus de dix ans, je conseille mes ex-compétiteurs et ex-employeurs sur les aspects du marketing stratégique et de la réglementation. Enfin, j'ai pris il y a un an la direction de l'Observatoire Santé et Innovation de l'Institut Sapiens – l'innovation s'entendant au sens des technologies et de la transformation des systèmes.

Vers un sixième scénario

Quatre scénarii du HCAAM ont été largement mis en avant, mais il en existe un cinquième : le « bouclier sanitaire ». Et nous en proposons un sixième ! Au sein du HCAAM, existe un consensus quant à la nécessaire plus grande implication des assureurs sur la gestion des « risques lourds ». À l'Institut Sapiens, il nous semble que cette implication ne doit pas se borner au champ de la prévoyance (arrêt de travail, invalidité, décès) mais doit aussi concerner la répartition des financements des soins de santé.

Notre scénario permet de prendre en compte deux évolutions très importantes. Tout d'abord, l'évolution de la réglementation sur les complémentaires santé, qui a fait largement baisser les restes à charge. Ensuite, le besoin de transformation du financement et de la tarification de l'offre de santé, qui vise à augmenter l'efficacité de ce que peut faire le système pour les plus malades et les malades chroniques.

Tout le monde s'accorde à dire que l'unique financeur des plus malades doit être la Sécurité sociale. Mais ce n'est pas une bonne solution, car l'Assurance maladie couvre déjà 60% du financement des ALD et 92 % des hospitalisations, lesquelles sont appelées à se multiplier.

La crise sanitaire a mis en lumière les besoins très élevés d'investissement de l'hôpital, et pas seulement des investissements de fonctionnement. Cette situation ne peut plus durer. Il va falloir financer des soins toujours plus onéreux car personnalisés et plus sophistiqués. Si l'on a pu espérer que la Sécurité sociale ne serait un jour plus en déficit, on sait aujourd'hui que c'est impossible.

Dans ce contexte, il semble intéressant de remettre en question ce dogme, pour partager la dépense et retrouver la complémentarité entre l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé. Les textes officiels parlent d'assureurs maladie complémentaires. Or « assurer » ne signifie pas seulement financer une dépense quasi certaine, mais aussi participer dans les « gros pépins de santé » comme l'hospitalisation et les maladies chroniques. La CNAM s'est prononcée pour que les actes forfaitaires en panier de soins soient pris en charge par la Sécurité sociale, mais arrivera le moment où elle ne pourra plus payer, si elle est financeur unique. Aussi faudrait-il réfléchir à une répartition de cette charge entre les acteurs et avec les complémentaires santé, au travers de l'élargissement du panier de soins, de l'accompagnement en sortie d'hôpital, de la prise en charge de soins supplémentaires, etc par lesdites complémentaires. Le but de cette transformation de la tarification est d'éviter l'aggravation des maladies chroniques, les hospitalisations inopinées et les va-et-vient à l'hôpital parce que le retour à la maison s'est mal passé. Élargir les populations auxquelles ces services sont offerts permettrait d'accélérer la transformation du financement du système de santé, seule manière de sortir des avalanches de déficits et du fardeau financier du vieillissement de la population. Il en est de même la prise en charge de l'hôpital dans le cadre des forfaits épisodes de soins qui pourrait être contractualisée aussi.

La prévention

Les complémentaires santé ont un intérêt économique à faire de la prévention, pour les personnes dépendantes comme pour les malades chroniques. Cela profitera aux assurés, à la complémentaire santé et à l'Assurance maladie.

François-Xavier Albouy

Votre proposition radicale vise à transformer les complémentaires santé en de véritables assureurs.

La concurrence au service de l'innovation

Guillaume Moukala Same | Chargé d'études économiques, Cabinet Asterès et FONDAPOL (Fondation pour l'innovation politique)

Je reviendrai, avec un regard d'économiste, sur le rôle des complémentaires santé et les différences fondamentales entre l'État et un système concurrentiel – pour faire le lien avec les réflexions sur la grande Sécurité sociale.

Le rôle précurseur des complémentaires santé

Les complémentaires santé opérant sur un marché très concurrentiel, elles ont un intérêt tout particulier à chercher à se différencier, donc à innover. Or les incitations à l'innovation ne sont pas du tout les mêmes pour la Sécurité sociale.

Il existe plusieurs types d'innovations. Les premiers portent sur le cœur de métier : l'adaptation et la personnalisation de l'offre et des paniers de soins aux besoins des assurés ; la prise en charge des nouveaux risques. Dans ce domaine, la prise en charge de quatre consultations de psychologue par les mutuelles, durant la crise sanitaire, a incité l'État à prendre en charge huit consultations – signe de la synergie entre les innovations qui naissent dans le secteur privé et leur diffusion par la Sécurité sociale. Les OCAM contribuent également à améliorer le parcours de soins. L'intégration des plateformes de téléconsultation à l'offre des complémentaires en est l'exemple phare. Les complémentaires santé sont donc des points de contact entre leurs assurés et toutes les entreprises innovantes dans le domaine de la santé.

Les complémentaires santé et la prévention

Les complémentaires santé ont un double intérêt à faire de la prévention : un intérêt « marketing » car c'est attractif pour les clients, et un intérêt financier, un peu moins important car le retour sur investissement des actions de prévention est plus ou moins long, avec une durée moyenne d'un contrat de sept ans. Dans certains domaines toutefois, les actions de prévention peuvent avoir un retour sur investissement plus rapide (environ quatre ans).

Les complémentaires et les réseaux de soins

Les réseaux de soins ont deux fonctions : maîtriser la dépense de santé en orientant les adhérents vers les soins qui ont un prix contrôlé, mais aussi les diriger vers des soins de qualité et les aider à se repérer dans une offre abondante. Ils jouent donc un rôle capital pour l'accès aux prestations présentant le meilleur rapport qualité prix.

Sortir de l'impasse d'un modèle économique verrouillé

Éric Brousseau | Directeur scientifique, Chaire Gouvernance et Régulation & Club des Régulateurs, Université Paris Dauphine-PSL

Le système de santé français est marqué par de nombreuses inégalités et incohérences.

Trois mouvements historiques expliquent la situation actuelle.

- L'évolution de la structure de l'offre, avec la montée en puissance des assureurs qui ont d'abord conquis une nouvelle clientèle puis se sont emparés d'une partie de celle des acteurs historiques qu'étaient les mutuelles, induisant in fine un très fort rapprochement des comportements de tous les acteurs.
- L'encadrement progressif des pratiques contractuelles par les pouvoirs publics avec un double objectif : la justice sociale et l'amélioration générale de la couverture. Cela a renforcé la concurrence en prix entre les opérateurs et a parachevé une imbrication très étroite entre l'Assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire, qui rend la qualité des services extrêmement difficile à lire.
- L'effort de solvabilisation de la demande avec un appel au co-financement par les employeurs et la mise en place d'un système quasi-fiscal de prélèvement sur les cotisations permettant de subventionner une généralisation de l'accès à une complémentaire santé mais au prix de fortes inégalités entre cotisants et d'une augmentation du taux d'effort pour certaines catégories ; en particulier les retraités, les travailleurs indépendants et les chômeurs.

Ces effets pervers résultent d'un « empilement » de réformes destinées à régler à chaque fois un problème particulier au lieu d'être agencées afin d'aboutir à une architecture de marché cohérente et articulée avec les autres composantes du système de financement de la santé et avec les fournisseurs de services associés (gestion du parcours de soin, maîtrise de la dépense, etc.).

Une régulation par les pouvoirs publics peu adaptée

En tant que spécialistes de la régulation, nous avons été frappés de constater que le secteur est très encadré par les pouvoirs publics. Cette régulation semble ignorer trois éléments :

- la demande des usagers, mal connue car mal étudiée, notamment en raison de l'indisponibilité des données ;
- l'offre des OCAM (si la différenciation verticale avec les différents niveaux de prestation est bien connue, tel n'est pas le cas de la différenciation horizontale qui pourrait résulter de la mise en place de packages différents pour les diverses catégories d'utilisateurs) ;
- les stratégies des acteurs, qu'il est impossible d'analyser puisqu'on ne connaît bien ni l'offre ni la demande.

En somme, le marché est régulé par des pouvoirs publics qui ne connaissent pas les comportements des acteurs. La réflexion ne porte pas vraiment sur les incitations des uns et des autres. La logique reste largement celle du command and control (imposition de normes et d'obligations) et elle ne produit pas les effets prévus puisque les réactions des acteurs ne sont pas anticipées, conduisant à imposer de nouvelles réformes pour compenser les

effets indésirables des stratégies des offreurs ou des réactions de la demande.

En outre, la régulation se fait essentiellement par la conformité et non par l'analyse fine du rapport qualité-prix du service rendu. Tout cela est lié au fait que le rôle des OCAM est essentiellement envisagée dans une perspective de régulation budgétaire du système de santé où ils sont considérés comme un instrument de financement et de péréquation de la dépense et non comme un fournisseur de services à valeur ajoutée.

La régulation est donc envisagée principalement dans une logique budgétaire et prudentielle. Or les défaillances du marché justifieraient pleinement une régulation économique qui s'appuierait sur l'analyse de la valeur ajoutée des incitations des différents opérateurs. Le marché est en effet très opaque. Les citoyens connaissent mal la qualité du panier de services proposés, la concurrence se joue essentiellement sur des produits d'appel comme le remboursement des dépenses d'optique.

Vers une régulation économique

Il s'avère indispensable de renforcer la transparence du marché, pour permettre une meilleure analyse, par les décideurs macro et micro, des services offerts et de leur qualité.

Il faudrait, a minima, développer un Observatoire de la qualité et un Observatoire de la demande. Ils favoriseraient la transparence et pourraient conduire à une régulation clarifiant l'offre de service des différentes parties prenantes. Cela éviterait que la concurrence repose uniquement sur les prix d'un panier relativement figé, ce qui bloque un certain nombre d'évolutions nécessaires. Ces dernières ne doivent pas forcément être homogènes car on peut anticiper que la demande en matière de financement des soins, de la prévention et de la perte de revenu liée à des accidents de santé sont très différentes en fonction des usagers. Un mécanisme uniforme n'est donc pas nécessairement souhaitable.

Mais on pourrait aussi aller plus loin, dans les secteurs où existent des défaillances de marché, la présence d'une agence de régulation vise à permettre un ajustement fin des comportements des parties prenantes. C'est ce qui justifie l'existence de régulateurs dans les télécoms ou les transports, par exemple. Dans le domaine qui nous intéresse, il pourrait aussi y avoir un régulateur dont le rôle serait de favoriser une transparence du rapport qualité-prix des services offerts par les différents acteurs, de gérer l'accès à certaines facilités essentielles (données, financement de la solidarité) et d'évaluer en détail les innovations apportées par les opérateurs (afin de permettre une adaptation de la réglementation).

François-Xavier Albouy

La notion de perception des risques est essentielle, également. Les couvertures prévoyance collectives sont très faibles car collectivement, on préfère ne pas payer pour un risque de catastrophe à la probabilité très faible mais aux conséquences dramatiques et privilégier le remboursement de lunettes. Cette irrationalité est un biais constitutif de la gestion du risque.

Échanges

Florence Lustman

La puissance publique peine à projeter les conséquences de ses décisions. Elle avait ainsi affirmé que le 100 % santé ne coûterait rien aux complémentaires santé. Les trois fédérations n'en croyaient rien, mais elles n'ont pas eu leur mot à dire au sujet de ces projections. Ce sont pourtant des professionnels de ces risques, il faut donc les écouter.

Je considère, par ailleurs, que les demandes et les attentes des usagers sont très bien connues... Dans les entreprises, les DRH et représentants des salariés consentent d'importants efforts pour définir leurs besoins. Cela explique d'ailleurs les fortes diversités d'une entreprise à l'autre, y compris au sein d'un même secteur professionnel : les gens ne négocient pas du tout le même type de garanties, car ils savent parfaitement ce qu'ils veulent et ce niveau de personnalisation est nécessaire

L'évaluation publique – transparente – est une mission primordiale. L'État doit la mener au moyen de techniques éprouvées au niveau international et rendre le résultat public. Aujourd'hui, par exemple, les patients ignorent si le professionnel de santé qu'ils consultent a continué à se former après ses études de médecine.

La Sécurité sociale ne connaît les citoyens que lorsqu'ils demandent un remboursement de soins. Les complémentaires santé, en revanche, connaissent les français tout au long de leur vie, même quand ils ne sont pas malades.

Le point de départ pour faire les choses dans l'ordre n'est pas la répartition Sécurité sociale/complémentaires santé mais la recherche d'un fonctionnement optimal de notre système de santé, selon les standards du moment et en tenant compte de toutes les innovations présentes et à venir, ainsi que la prévision des coûts liés au vieillissement de la population.

Éric Chenut

Il importe de réunir les conditions à la transformation du système, construit pour consolider le curatif. Il faut, désormais, investir davantage dans le préventif afin qu'il reste soutenable et avec un haut niveau de solidarité. D'importantes innovations et ruptures thérapeutiques arriveront dans les années à venir, notamment en pharmacopée et en imagerie. Ces techniques coûteront bien plus cher qu'aujourd'hui. Pour les rendre accessibles à tous, il faudra être capable de dégager des marges de manœuvre.

L'autre enjeu est d'ordre culturel : l'éducation populaire à la citoyenneté sociale, à la compréhension du système de protection sociale. La Sécurité sociale est notre patrimoine commun, le patrimoine de ceux qui n'en ont pas. Nous devons faire en sorte que chacun le défende et ne se comporte pas comme un consommateur mais adopte une démarche de prévention pour soi et pour les autres. Les individus doivent comprendre à quoi correspondent les cotisations sociales et fiscales qu'ils acquittent. Il faut donc rendre compte de la manière dont elles sont utilisées et démontrer leur efficacité.

Il s'agit aussi de consolider les outils de démocratie en santé, pour que les citoyens aient le sentiment de peser sur le système et sur les choix qui les concernent. Ces grandes orientations de santé publique doivent être débattues et expliquées, ce qu'on ne fait pas suffisamment aujourd'hui dans notre pays.

Carine Franc

Dans le domaine de la santé, la moitié des dépenses ne correspond pas à des risques, mais à des faits avérés. Or sur un marché non régulé, les risques ne sont pas assurables. De fait, une assurance privée non régulée n'existe pas. Cela a été expérimenté aux Pays-Bas et en Allemagne, notamment, mais ces pays sont finalement revenus en arrière car le pool de mutualisation nécessaire était trop important.

L'Europe a beaucoup contribué à la concentration dans le secteur des assurances complémentaires, mais cela était nécessaire car certains portefeuilles de risque pouvaient se trouver complètement déséquilibrés. Il faut donc s'organiser de façon à pouvoir absorber et anticiper cette dépense considérable qui n'est pas liée au risque.

Josette Guéniau

Le risque d'avoir un cancer reste un risque ! Par ailleurs, ma proposition ne vise pas à remplacer la Sécurité sociale, mais à participer aux paniers de soins qui entrent dans les forfaits.

Carine Milcent

La notion de soins de confort – l'optique, notamment – doit être maniée avec attention. Ces soins, même s'ils ne sont pas vitaux, exercent une influence considérable sur la vie des personnes, il ne faut donc pas les négliger.

S'agissant de l'évaluation des établissements, l'HAS met à disposition des évaluations, des certifications, des accréditations. C'est toutefois très complexe, car les nomenclatures sont ardues, mais ce sont pourtant elles qui définissent les paniers de soin. La qualité de ce panier de soins repose sur ce qu'il englobe or cette appréciation est subjective puisque la notion même de qualité est multi-dimensionnelle et dépend de l'acteur (patient, famille, professionnel de santé).

Par ailleurs, la demande n'est pas la clé. La santé est un marché très particulier, dont le cœur est le besoin de soins – lequel ne peut pas être mesuré avec des études et restera donc toujours inconnu.

Enfin, le système de santé français est l'un de ceux avec le plus faible reste à charge. Les dépenses ne vont faire qu'augmenter, la question cruciale est alors de savoir qui va payer. Actuellement, c'est le dernier décile de la population qui paie le plus pour la Sécurité sociale. Où est le contrat social ? Comment assurer l'adhésion sociale de la population si les CSG augmentent constamment ? Comment réguler face à des acteurs privés ?

La question n'est pas celle d'un financeur unique, mais celle de la répartition. Conserve-t-on un système complémentaire supplémentaire ou va-t-on vers un système 0 % complémentaire et 100 % supplémentaire ? De nombreux soins sont déjà supplémentaires et pas complémentaires.

Quel panier doit être couvert ? Cette question est cruciale. Doit-on définir par exemple une hospitalisation publique qui régule ce qui doit être couvert ou bien permettre l'hospitalisation privée avec intervention des complémentaires santé pour couvrir d'autres services ? Cette deuxième option sépare la population en 2 catégories : celle qui a droit au supplémentaire et celle qui n'y a pas droit.

Dans un modèle dynamique, il faut réfléchir à une prise en compte de la place croissante de l'aidant. Nous avons un système de soins et de services : mais qui assure les services quand il n'y a pas d'aidant, et qui rembourse ?

François-Xavier Albouy

La question de l'aide est fondamentale pour les années qui viennent et changera complètement la philosophie du système, les modes de vie personnels, l'organisation des familles, la mobilité urbaine.

Éric Chenut

L'optique n'est évidemment pas du soin de confort. Pour autant, la manière dont l'optique est consommée a été marquée par d'importants dérapages de la part des équipementiers et des opticiens – qui ont conduit les citoyens à trouver normal de changer de lunettes tous les ans, même sans variation de vue. La solidarité doit aller de pair avec la responsabilisation, une dépense futile n'a pas à être prise en charge par la collectivité.

Il est très courageux de la part des audioprothésistes de se garder de réitérer les erreurs effectuées dans le champ de l'optique. Dans cette situation précise, un encadrement de la part des pouvoirs publics est nécessaire.

Au sujet de l'aide, 20 % des salariés sont aidants, et 50 % des aidants sont salariés. Le niveau des arrêts de travail est beaucoup plus élevé chez les aidants que chez les autres travailleurs, ce qui a un coût économique ainsi que des conséquences sur leur propre santé. Si on ne les soutient pas davantage, ils ne pourront plus remplir ce rôle.

Jean-Marie Spaeth

Quoi qu'on en dise, les choses ont profondément changé au fil de l'histoire : la Sécurité sociale est désormais un régime universel et non plus conditionné au salariat ; le mode de financement a changé avec le passage des cotisations à la CSG ; un quart du financement de l'Assurance maladie provient de la TVA. Il y a également eu des évolutions idéologiques : la médecine libérale n'est plus un métier, mais un statut. Autrefois, il y avait le ticket modérateur avec un nécessaire reste à charge. Ce n'est plus le cas – et c'est une très bonne chose –, grâce à la HAS qui a impulsé les protocoles et les références. La vérification de la qualité de soin dans les hôpitaux a évolué aussi. Il est fondamental de rendre le système transparent et public.

Lors de la mise en place de la CMU-C, un protocole d'accord entre la CNAM et la Fédération Française de la Mutualité sur le panier de biens et de services a été créé. Mais il n'a pas été mis en place par le Gouvernement. Les choix sont donc bien fondamentalement politiques.

Éric Brousseau

Ce sont en effet des choix politiques. Les régulations doivent aussi l'être aussi, ce qui requiert de la transparence, d'où la nécessité de développer des outils d'information accessibles et partagés.

François-Xavier Albouy

Merci pour ce colloque passionnant !



Chaire Gouvernance et Régulation
Fondation Paris-Dauphine
Place du Maréchal de Lattre de Tassigny - 75016 Paris (France)
<http://chairgovreg.fondation-dauphine.fr>