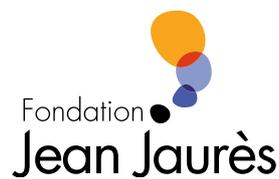


Cartes sur table

Refonder le rôle des complémentaires dans le système de santé

Paul Chalvin
Erwann Paul



Refonder le rôle des complémentaires dans le système de santé

Paul CHALVIN et Erwann PAUL

Cartes sur table

Septembre 2015

Paul Chalvin est élève directeur d'hôpital.

Erwann Paul est directeur d'hôpital.

Les Français s'intéressent à la santé. Ils la considèrent comme un élément central du pacte social républicain et le rappellent régulièrement dans les sondages d'opinion. Pourtant, le débat public sur la santé se focalise le plus souvent soit sur la maîtrise des dépenses (le fameux « trou de la sécu »), soit sur l'enjeu de l'accès aux soins, sans que les véritables problématiques ne soient mises sur la table.

L'opinion commune est que la santé, en tant que droit fondamental, est de la responsabilité de la collectivité. La réalité est plus subtile. Il est vrai que la part « socialisée », c'est-à-dire publique, des dépenses de santé est relativement stable depuis les années 1980. Mais cette responsabilité collective a connu d'importantes mutations. Autrefois centrée sur le statut de travailleur, elle est désormais attachée à l'individu. Les dépenses des soins en affections de longue durée (ALD), remboursées à 100 %, augmentent continuellement, tandis que les soins courants sont de moins en moins bien remboursés.

Notre système de santé est traversé de véritables lames de fond qui, mises bout à bout, dressent les contours d'une révolution silencieuse. La transformation du rôle des complémentaires en est une. Alors que les mutuelles étaient au cœur de l'essor de la protection sociale au XIX^e siècle, elles sont devenues des payeurs complémentaires du fait de la création de la sécurité sociale. Depuis vingt ans, le rôle des organismes privés dans le système est en mutation constante sous les effets conjugués d'une concurrence accrue, de l'application du droit européen, et de la contrainte grandissante sur la dépense publique¹.

La part de la dépense de santé remboursée par les organismes complémentaires augmente². Surtout, les complémentaires ont acquis un rôle prépondérant sur certains marchés – l'optique, le dentaire, les audioprothèses – pour lesquels la part remboursée par l'Assurance Maladie (AM) est inférieure à 50 %. Elles accompagnent aussi le développement des dépassements d'honoraires³. En 2013, la part des organismes complémentaires dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) a atteint 25,7 milliards d'euros, soit 13,8 % de la CSBM⁴. De fait, le remboursement du ticket modérateur et du forfait hospitalier n'est plus le rôle principal des organismes complémentaires d'Assurance Maladie (Ocam).

Deux mouvements accompagnent cette mutation. D'une part, les pouvoirs publics ont accumulé de nombreuses réformes aux conséquences incertaines, parmi lesquelles la création de franchises pour maîtriser les dépenses, la labellisation de contrats « solidaires et responsables » pour améliorer la qualité des contrats complémentaires, et bien sûr la création de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) puis de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) pour rendre la couverture complémentaire accessible aux plus modestes. D'autre part, le système reste soumis à des évolutions spontanées, véritables angles morts du débat politique : hausse du reste à charge et des prix des contrats pour les retraités, développement des réseaux de soins notamment en optique, retour en grâce des mutuelles locales, résurgence de mutuelles « hospitalières » *low cost* qui ne remboursent que les soins hospitaliers.

En outre, la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés, intervenue suite à l'accord national interprofessionnel (ANI) de janvier 2013, est une réforme de plus dont la cohérence avec les choix politiques qui ont précédé n'est pas évidente. Derrière l'intention louable d'étendre la couverture complémentaire, cette mesure favorise en réalité les contrats collectifs d'entreprise par rapport aux contrats individuels. En se focalisant sur les salariés, elle

¹ D. Tabuteau, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, 2010.

² Entre 1995 et 2010, la part de la dépense de santé remboursée par l'assurance maladie complémentaire a augmenté de 1,4 point. Elle atteint 13,5 % de la dépense en 2010. DREES, « 60 années de dépenses de santé », *Etudes et résultats*, n°831, février 2013.

³ En 2013, les dépassements d'honoraires ont apporté une rémunération de 2,1 milliards d'euros aux seuls médecins spécialistes. Ces dépassements représentaient 52 % du reste à charge des patients sur l'ensemble de la dépense de médecine de ville. DREES, « Les comptes nationaux de la santé en 2013 », *Etudes et statistiques*, 2014.

⁴ DREES, « Les comptes nationaux de la santé en 2013 », *Etudes et statistiques*, 2014.

est par ailleurs en contradiction avec la volonté de détacher les droits sociaux du statut de travailleur.

Dans ce champ complexe, il appartient au politique de proposer une vision claire, fondée sur des principes connus, et susceptible d'emporter l'adhésion. Ouvrir le débat sous l'angle de la rigueur budgétaire, comme le contexte difficile invite à le faire, a le mérite de la clarté mais risque d'enfermer le politique dans un discours de gestion là où précisément, dans la santé, le besoin d'un récit collectif se fait le plus sentir.

Sans s'affranchir des contraintes économiques, nous proposons plutôt de partir du principe que l'accroissement de la demande de santé est une évolution positive, à laquelle il faut répondre par une extension de la couverture santé des Français. Soins dentaires, frais d'ambulance, achat de lunettes, dépassements d'honoraires : nombreuses sont les dépenses quotidiennes mal remboursées, alors qu'elles répondent à un vrai besoin de santé.

Lorsque l'extension de la couverture santé est évoquée, le débat tourne rapidement à l'affrontement idéologique entre les partisans d'une réaffirmation de la solidarité nationale et les avocats d'une privatisation de grande ampleur. Une ambition réformatrice plus modeste, mais aux chances de succès plus grandes, serait de rechercher les meilleures options permettant de réduire le reste à charge des Français, sans que cela implique nécessairement de grands changements du taux de socialisation, et dans des conditions permettant de lutter plus efficacement contre les inégalités de santé.

Nous proposons un nouveau partage du risque dans la couverture santé des Français (I). Les complémentaires santé auraient ainsi l'opportunité d'être au cœur de la modernisation de notre système de santé (II).

I. Un nouveau partage du risque s'impose pour lutter plus efficacement contre les inégalités de santé et pérenniser notre modèle solidaire

1. Alors que le rôle croissant des Ocam alimente la différenciation entre gros risque et petit risque, les propositions existantes dans le débat public ne sont pas de nature à réduire les inégalités de santé

a) Les Ocam ont un rôle de plus en plus important dans la prise en charge des dépenses de santé

Les Français expriment dans toutes les enquêtes d'opinion leur attachement au système de sécurité sociale⁵. La solidarité créée au lendemain de la Seconde Guerre mondiale fait partie du pacte social. C'est l'une des forces du système de santé français. Pourtant, notre couverture santé est soumise à des mutations régulières. La répartition du risque entre les Ocam et l'AM est un impensé du système de santé. Elle est le fruit d'une succession de réformes et de l'accumulation des co-paiements⁶ et de tickets modérateurs⁷.

Il nous faut d'emblée déconstruire une idée préconçue : oui, le secteur privé a toujours eu sa place dans la santé. Historiquement, la constitution des mutuelles a précédé la création de

⁵ Deloitte, *Étude santé France*, 2012.

⁶ « De nombreux co-paiements ont été introduits depuis 2004 : les patients doivent payer des « participations forfaitaires » de 1 euro par consultation médicale, analyse de biologie ou d'imagerie et de 18 euros pour les actes dont le tarif remboursable dépasse 120 euros. D'autres co-paiements, appelés « franchises », ont été créés en 2007 : 50 centimes par boîte de médicaments et par acte paramédical et 2 euros par trajet pour les transports sanitaires, avec un plafonnement annuel de 50 euros ». B. Dormont, P-Y. Geoffard et J. Tirole, « Refonder l'assurance-maladie », *Les notes du CAE*, 2014.

⁷ Il faut y ajouter que le « ticket modérateur de 20 %, institué par l'ordonnance du 19 octobre 1945, est désormais un souvenir et n'a plus de réalité qu'à l'hôpital [...]. En médecine de ville, il a augmenté à de nombreuses reprises [...] et a été fractionné au fil du temps en six niveaux de participation de l'usager: 15 à 25 %, 25 à 35 %, 30 à 40 %, 35 à 45 %, 60 à 70 % et 80 à 90 % ». D. Tabuteau, « Le « New Deal » des assurances maladie obligatoires et complémentaires », *RDSA*, 2014.

l'AM (la gestion de certains régimes est d'ailleurs toujours confiée à des mutuelles – ceux de la fonction publique et des étudiants, par exemple). Leur rôle dans le remboursement des soins a perduré malgré la création de la sécurité sociale en 1945⁸. La part du financement des dépenses par l'AM (51 % en 1950) a progressé au fur et à mesure de son extension à l'ensemble de la population. Après avoir atteint un pic à 80 % en 1980, elle décroît légèrement depuis (75,5 % en 2012). Symétriquement, la part financée par les Ocam et les ménages a fortement reculé, passant de 37 % en 1950 à 17 % en 1980, pour remonter à 24,5 % en 2010⁹. Sur les quinze dernières années, la prise en charge par les Ocam a augmenté de 1,4 point et atteint 13,7 % de la dépense en 2012, tandis que celle laissée à la charge des ménages fluctue ces dernières années entre 9 % et 10 %. Les ménages continuent à payer directement pour leur santé.

Ces moyennes masquent une évolution majeure : la différenciation du niveau de prise en charge entre « petits » risques et « gros » risques qui entraîne de profondes inégalités dans le montant des restes à charge¹⁰. Pourtant, cette séparation n'a de sens ni d'un point de vue économique, ni d'un point de vue médical. Certaines pathologies non traitées ou dont les traitements sont retardés entraînent par la suite des affections beaucoup plus graves. Qui plus est, dans un système de santé qui se veut solidaire, il est impensable de limiter le remboursement des soins aux pathologies les plus graves¹¹. Ce principe est au cœur du pacte social fondant la sécurité sociale.

C'est, toutefois, la dynamique à l'œuvre. La couverture du risque par l'AM se concentre sur le remboursement des ALD, dont la liste est établie selon deux facteurs : la chronicité de la maladie et le coût financier des soins qui y sont liés. Les patients bénéficient ainsi d'une prise en charge à 100 % pour les soins liés à cette affection. Le régime des ALD est un dispositif ancien¹², issu de l'intégration de l'assurance « longue maladie » dans l'assurance maladie de droit commun, qui tend à devenir le mode par défaut de remboursement des soins. La part des patients classés en ALD augmente environ de 4 % par an, tandis que le taux de couverture des assurés non ALD diminue. Ces deux tendances s'autoalimentent puisque la dépense publique est limitée par le vote annuel d'un objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) par le Parlement¹³. Cela fragilise le principe d'une large solidarité entre les Français. En effet, les ALD correspondent aux frais de santé de 9,6 millions de Français et à 90 milliard d'euros en 2011¹⁴. Elles représentent ainsi 64 % des dépenses totales de l'AM et, surtout, 90 % de leur croissance annuelle¹⁵.

⁸ DREES, « 60 années de dépenses de santé », *Etudes et résultats*, n°831, février 2013.

⁹ Entre 2000 et 2012, la part des soins prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire (AMO) a baissé de 1,2 point (de 76,7 % à 75,5 %) alors que, dans le même temps, celle financée par les assurances complémentaires a augmenté de 1,3 point (de 12,4 % à 13,7 %). D. Tabuteau, « Le « New Deal » des assurances maladie obligatoires et complémentaires », *RDSA*, 2014.

¹⁰ E. Caniard et P. Batifoulier, « L'identité mutualiste en assurance santé : un objectif de solidarité menacée par une concurrence exacerbée », *Revue du MAUSS*, 2013.

¹¹ Certaines voix de réformes comme le bouclier sanitaire proposent de manière assumée un partage des risques qui reviendrait *in fine* à une séparation du gros et du petit risque (cf. *infra*).

¹² 20 mai 1955.

¹³ Les dépenses des personnes en ALD croissent à un rythme annuel moyen de 4,9 % sur la période 2005-2010, contre 1,8 % pour les autres dépenses). A. Fenina *et al.*, « Comptes nationaux de la santé 2010 », Document de travail série statistiques, 2011.

¹⁴ En complétant les remboursements de droit commun et exonérant de ticket modérateur les actes en liens avec pathologies, les ALD représentent un surcoût de 12,5 milliards d'euros soit 14 % des dépenses remboursés aux assurés bénéficiant du dispositif. D. Caby et A. Eidelman, « Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ? », *Lettre du Trésor Eco*, 2015.

¹⁵ Les dépenses de santé remboursées vont augmenter dans les années à venir pour représenter 8,3 % du PIB en 2025 et la part des ALD passeraient de 15,47 % de la population en 2011 à 19,7 % en 2025. D. Caby et A. Eidelman, *op.cit.*

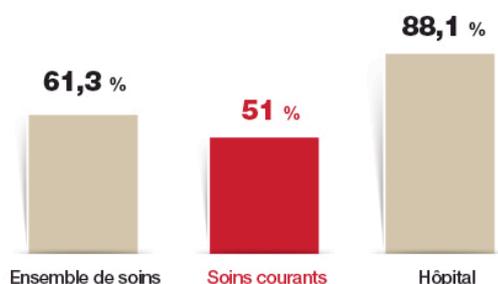
Tableau 1 : Taux de prise en charge selon le statut ALD/non ALD et par type de soin, 2008-2010 (%)

	2008			2009			2010		
	ALD	Non ALD	Total	ALD	Non ALD	Total	ALD	Non ALD	Total
Soins de ville	83,4	52,2	66,3	83,4	51,5	66,3	83,5	51,2	66,6
Soins ambulatoires à l'hôpital	98,1	89,3	95,1	98	88,1	94,8	97,3	87,9	94,3
Hôpital	94,7	89,4	92,6	95,2	89,2	93,1	95,1	88,6	92,9
Activité privée à l'hôpital	78,9	65,8	71,8	81,8	64,9	72,8	80,5	65,9	72,9
TOTAL	87,7	61,1	74,4	88	60,3	74,7	87,9	59,5	74,7

Source : CNAMTS (EGB) – SG du HCAAM.

Du fait de cette polarisation de l'AM sur les ALD, elle a réduit son financement des soins courants, notamment en laissant se développer les dépassements d'honoraires dans un double souci de maîtrise des dépenses et de croissance des revenus pour les praticiens¹⁶. Elle rembourse 75,5 % de l'ensemble des soins mais environ 50 % des dépenses de soins en ville (encore moins pour les personnes hors ALD, cf. graphique 1 et 2)¹⁷. C'est la somme des restes à charge réglementés (ticket modérateur, forfaits, franchises) et des restes à charge concédés ou subis (dépassements d'honoraires) qui explique la faiblesse du taux de remboursement des soins courants par l'AM. Dans ce contexte, les Ocam ont une place de plus en plus importante dans le remboursement de soins. Elles couvrent 13,6 % de la totalité des dépenses, 20,5 % de l'ambulatoire et quasiment l'intégralité des dépenses de soins dentaires et d'optique. Elles ont obtenu une place centrale dans le remboursement des soins.

Graphique 2 : Taux moyen de remboursement de l'Assurance Maladie en 2012 (pour les non ALD)



49 % de la dépense de soins courants (soins de ville) des assurés non ALD restent à la charge des ménages et des complémentaires santé. Les personnes non soumises au régime des ALD représentent 82,7 % des consommateurs de soins.

Source : HCAAM (rapport annuel 2013).

L'autre fait majeur est la place significative qui a été officiellement accordée aux Ocam. Trois étapes cruciales peuvent être distinguées : la création de la CMU-C en 1999, la création de l'aide à la complémentaire santé (ACS) en 2004 et l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013¹⁸. Les deux premières étapes partent du constat que l'accès aux soins,

¹⁶ Créé en 1979 par le gouvernement Barre, le « secteur 2 » à honoraires libres n'a pas toujours existé. La première convention nationale de 1971, signée avec les représentants des professions médicales, limitait les honoraires au tarif de l'assurance-maladie.

¹⁷ D. Tabuteau, *op. cit.*, 2014.

¹⁸ D. Tabuteau, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, 2010.

notamment des plus pauvres, nécessite l'accès à une couverture complémentaire. La troisième vise à étendre le champ de la couverture complémentaire.

L'AM va être bouleversée par la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés, prévue par l'ANI, qui consolide un modèle dual et paradoxal en donnant un rôle prépondérant aux contrats collectifs d'entreprise¹⁹. Certes, l'accord va permettre d'améliorer la qualité des contrats de beaucoup de salariés et réduire le coût de la complémentaire pour ceux qui n'étaient pas couverts, notamment les salariés des petites entreprises. Mais il crée une rupture d'égalité. Le transfert de plusieurs centaines de milliers de contrats individuels vers des contrats collectifs va provoquer un creusement des écarts entre ceux qui participent au marché du travail (*insiders*) et les autres (*outsiders*). L'ANI reproduit ainsi paradoxalement les traits dont on voulait se débarrasser depuis quarante ans : la différenciation entre salariés et non-salariés et le poids des cotisations sociales pour les entreprises²⁰. En raison d'une mutualisation plus faible du risque, le coût de la couverture complémentaire va mécaniquement augmenter pour les chômeurs et les retraités s'ils souhaitent que leur protection reste d'un niveau équivalent après leur sortie du marché du travail. Pour les progressistes, la généralisation de la complémentaire pour les salariés ne doit donc être qu'une première étape avant la généralisation à tous. Le combat de la gauche pour l'égalité exige la mise en place rapide de mesures permettant l'accès à une complémentaire de qualité pour les pauvres, les étudiants, les chômeurs de longue durée²¹ et les retraités, aujourd'hui laissés de côté et pour certains pénalisés par cette évolution.

Outre cette faiblesse, la mesure présente un coût important. Au global, le coût de la généralisation de la complémentaire pour les salariés avoisinera les 2 milliards d'euros par an, qui vont venir s'ajouter aux 5,2 milliards d'euros annuels déjà dépensés par les pouvoirs publics pour inciter à la mise en place de contrats collectifs obligatoires (exemption de cotisations sociales pour les employeurs s'ils financent des contrats complémentaires, déduction d'une partie de la somme du contrat du revenu imposable pour les salariés)²².

b) L'architecture actuelle du système ne réduit pas les inégalités de santé

Surtout, l'architecture actuelle ne réduit pas les inégalités de santé. Celles-ci demeurent et se creusent à plusieurs niveaux. Il convient de différencier les inégalités de santé, c'est-à-dire les variations de l'état de santé dans la population selon différents facteurs (niveau de revenu, âge, catégorie socioprofessionnelle, lieu de résidence, etc.), des inégalités dans l'accès aux soins. Les inégalités de santé se manifestent notamment dans les chances de survie ou l'espérance de vie en bonne santé. A l'âge de 35 ans, l'écart d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier est par exemple de six années et l'écart d'espérance de vie sans incapacité est de dix années²³. Mais il existe d'autres facteurs que la catégorie socioprofessionnelle. L'état de santé d'un individu est aussi dû à son revenu (premier facteur d'inégalités de santé), à son éducation, à l'environnement social auquel il appartient et à son mode de vie²⁴. En effet, certains comportements à risque sont socialement distribués. Par ailleurs, les inégalités d'accès aux soins proviennent d'accès limités aux praticiens du fait de difficultés financières ou d'une distance géographique et du non-recours aux soins du fait de facteurs culturels. Jusqu'à présent, l'extension de la couverture complémentaire n'a pas empêché la persistance d'inégalités de trois types : l'exclusion d'une

¹⁹ L'ANI procède moins d'une généralisation des complémentaires mais plus d'un transfert généralisé vers des complémentaires d'entreprises.

²⁰ « L'assurance maladie de 1945 était donc inégalitaire (elle ne couvrait pas les non-salariés), corporatiste (avec le maintien des régimes spéciaux et leur couverture spécifiques), régressive (effet du plafonnement de la base des cotisations). [...] Tous les traits précédents vont cependant être progressivement gommés au cours des décennies suivantes selon une double logique d'universalisation et d'extension de la couverture d'une part, et d'étatisation de la gouvernance d'autre part ». C. Le Pen, « Assurance Maladie : le modèle de 1945 est-il mort ? », *Le Débat*, 2010.

²¹ L'ANI améliore la situation des chômeurs de courte durée en augmentant la portabilité de la complémentaire de 9 mois à 12 mois mais ne change pas la situation de ceux de longue durée et des inactifs.

²² HCAAM, « La généralisation de la couverture complémentaire en santé », *Rapport du HCCAM*, 2013.

²³ E. Cambois, C. Laborde et J-M. Robine, « La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population & sociétés*, 2008.

²⁴ M. Moleux, F. Schaetzel et C. Scotton, *Les inégalités de santé*, 2011.

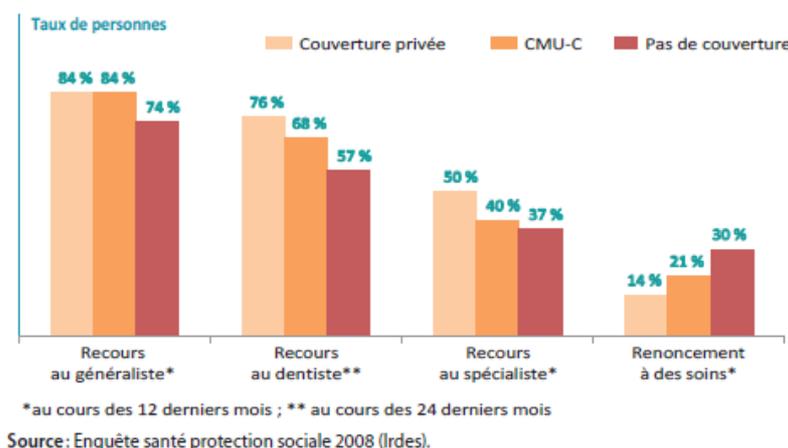
partie de la population du champ de la couverture complémentaire, le poids variable du coût de la complémentaire dans le budget des ménages, et la qualité inégale des contrats²⁵.

Malgré l'existence de la CMU-C et de l'ACS, une proportion non négligeable de ménages à bas revenus n'a pas de complémentaire (14,4 % contre 7 % pour l'ensemble de la population française)²⁶. L'absence de couverture touche de manière plus aiguë les populations les plus défavorisées. 46 % des personnes n'ayant pas de complémentaire l'expliquent par des raisons économiques²⁷. Cela entraîne des comportements de non recours aux soins (14 % dans la population totale contre 30 % chez les personnes n'ayant pas de complémentaire – cf. graphique 3), notamment pour les consultations chez un médecin spécialiste, pour l'optique, et pour les soins dentaires (cf. graphique 4).

L'achat d'une mutuelle pèse différemment dans les budgets des ménages. Les populations les plus modestes ont souvent des contrats moins avantageux mais l'acquisition de ceux-ci pèsent de manière plus importante dans leur budget. La part du revenu consacrée à l'achat d'une complémentaire est de 2,9 % pour les ménages les plus aisés alors qu'elle est de 10,3 % pour les plus modestes²⁸.

La qualité inégale des couvertures complémentaires peut être source d'inégalités. Les contrats collectifs d'entreprise sont souvent plus généreux que la moyenne, mais les personnes les plus défavorisées ont souvent recours à des contrats individuels moins protecteurs ou à des formules d'assurance moins avantageuses. Ainsi, si 40 % des Français sont couverts par des contrats collectifs, 77 % des contrats des cadres sont collectifs contre 44 % des contrats des employés. Les travailleurs indépendants, les chômeurs ou les jeunes sont moins bien couverts.

Graphique 3 : Taux de recours et de renoncement aux soins selon l'accès à une complémentaire santé²⁹



²⁵ Il conviendrait d'ajouter une quatrième disparité. Le comportement des soignants et des individus diffèrent selon le type de mutuelles auxquels ils ont accès, ce qui peut accroître les inégalités de santé.

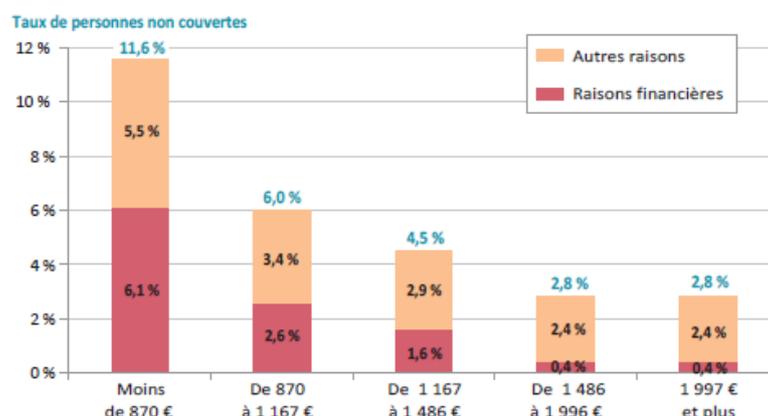
²⁶ K. Kambia-Chopin et al., « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, 2008.

²⁷ M. Perronnin et al., « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *Questions d'économie de la santé*, 2011.

²⁸ Le taux d'effort s'élève à 7,8 % pour les ménages non éligibles à la CMU-C appartenant aux 20 % de ménages les plus pauvres contre 2,6 % pour les 20 % des ménages les plus riches, soit un rapport de un à trois.

²⁹ C. Després, P. Dourgnona, R. Fantin et F. Jusot, « Le renoncement aux soins pour raisons financières, une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, 2011.

Graphique 4 : Proportion des personnes sans couverture complémentaire santé selon le niveau de revenu du ménage³⁰



Source : Enquête santé protection sociale 2008 (Irdes).

Outre ces inégalités dues à l'accès ou non à une complémentaire santé, les frais restant à la charge des patients après remboursement sont un autre facteur d'inégalité³¹. Les assurés sont confrontés à des « restes à charge » plus ou moins importants, notamment selon qu'ils soient couverts ou non par le régime des ALD (cf. graphiques 1 et 2). Le dispositif des ALD conduit à ce que deux personnes avec des consommations de soins égales ne soient pas remboursées de la même manière³². De 1998 à 2008, la croissance des restes à charge en ambulatoire est plus rapide pour les personnes sans ALD (+46 % contre +31 % pour les personnes en ALD)³³. Au sein même des ALD, les sommes déboursées par les patients varient fortement et les critères médicaux d'accès au régime des ALD diffèrent, notamment pour les maladies psychiatriques, selon les régions³⁴.

c) *Le nouveau rôle des partenaires sociaux et les deux lignes de fracture du système actuel appellent une évolution*

Un autre enjeu doit être évoqué. Il tient aux évolutions de l'intervention des partenaires sociaux dans la santé. Ceux-ci étaient au cœur de la gouvernance des différents régimes d'assurance-maladie³⁵, mais l'intervention de l'Etat s'est progressivement accrue³⁶, notamment pour tendre vers l'universalité et maîtriser les dépenses. La création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) en 2004 a été un pas important vers une étatisation : son directeur général, qui dirige également la CNAMTS, chapeaute l'ensemble des régimes et est nommé par le Conseil des ministres³⁷. Les partenaires sociaux, désireux d'intervenir dans la santé, ont donc investi intellectuellement ces dernières années le champ des complémentaires et

³⁰ Ibid.

³¹ Les restes à charge avant paiement de la part complémentaire sont une bonne indication des paiements directs du patient. Ils donnent à voir les sommes à déboursier avant le remboursement par une mutuelle pour laquelle le patient a payé des cotisations complémentaires.

³² « Si un assuré multiplie les accidents ou pathologies il pourra subir une dépense de santé importante et un reste à charge élevé sans bénéficier du même remboursement qu'un malade en ALD avec un niveau de dépense voisine », D. Caby et A. Eidelman, « Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ? », *Lettre du Trésor Eco*, 2015.

³³ P. Dourgnon et al., « L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008 », *Questions d'économie de la santé*, 2012.

³⁴ N. Vallier, B. Salanave, A. Weil, « Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée », *CNAMTS, Point de repère*, 2006.

³⁵ C. Franc, « Quelles perspectives pour l'assurance maladie complémentaire ? », *Les Tribunes de la santé*, 2005 et P. Hassenteufel et B. Palier, « Les trompe-l'œil de la gouvernance de l'assurance maladie, Contrastes franco-allemands », *Revue française d'administration publique*, 2005.

³⁶ P. Hassenteufel, « Le rôle de l'Etat dans la régulation de l'assurance maladie » in P.-L. Bras et al., *Traité d'économie et de gestion de la santé*, 2009.

³⁷ « La généralisation de la sécurité sociale [...], l'universalisation de son financement avec la contribution sociale généralisée (CSG), la constitutionnalisation de l'intervention de l'Etat par la réforme Juppé ont fait de l'Etat le pilote officieux puis officiel de la sécurité sociale, et particulièrement de l'AM ». D. Tabuteau, « Les autres défis de l'assurance maladie », *Les Tribunes de la santé*, 2004.

plaident pour son extension. De même, les acteurs mutualistes ont abandonné leur slogan d'une AM pour tous.

Dans ce contexte mouvant, deux lignes de fracture se dessinent dans le système actuel et menacent son caractère solidaire. La première provient des inégalités d'accès aux soins pour raisons financières, la seconde tient à la concentration des remboursements par l'AM sur la prise en charge des pathologies les plus lourdes dans le cadre du régime des ALD.

Ces lignes de fracture menacent la solidarité entre assurés, principe à la base du modèle de protection sociale français. C'est pourquoi nous proposons que cette évolution passe par la définition d'un rôle actif et clair pour les Ocam.

d) L'hypothèse du bouclier sanitaire présente plusieurs limites

Afin de favoriser un pilotage des dépenses d'AM et de redonner une lisibilité au remboursement des dépenses de santé, certains ont proposé une réforme appelée « bouclier sanitaire »³⁸. Les patients ne se verraient rembourser leurs soins qu'à partir d'un certain montant de dépenses fixé annuellement. Ce socle pourrait être le même pour toute la population ou pourrait varier selon le revenu. Les Ocam interviendraient sur la partie à la charge de chacun. La clarté du fonctionnement serait assurée.

Une telle réforme induirait plusieurs difficultés. En prenant en considération toutes les dépenses de santé des individus (celles actuellement prises en charge par l'AM, par les Ocam et par les paiements directs des patients), le socle devrait être positionné à un haut niveau pour être soutenable et réduire le déficit de la sécurité sociale. De plus, cela nécessiterait un accompagnement ou des mécanismes de solidarité supplémentaires pour les plus modestes, ce qui limiterait la clarté utile du dispositif. Si le niveau du bouclier dépend du revenu, alors non seulement les contributions aux dépenses d'AM seraient dépendantes du revenu³⁹ mais aussi les prestations⁴⁰. Ce serait une entorse au principe de solidarité horizontale, selon lequel les bien-portants paient pour les malades, chacun étant traité également quel que soit son revenu⁴¹. La redistribution verticale n'est pas la fonction première de l'AM ; elle en est une conséquence (les plus modestes sont souvent plus malades et donc utilisent plus le système)⁴².

Nous considérons que l'AM doit avant tout permettre cette solidarité horizontale⁴³. Le système de protection sociale en matière de santé se doit d'être universel⁴⁴. La solidarité verticale doit être prise en charge par la redistribution et par des dispositifs ciblés comme la CMU-C. La protection de base (AM) doit être commune à tous, sans quoi elle risque de ne plus être acceptée par la population (les personnes les plus riches voudront de moins en moins payer pour un système dont ils profitent proportionnellement moins). En revanche, il faut promouvoir

³⁸ R. Briet et B. Fragonard, *Mission bouclier sanitaire*, 2007.

³⁹ « Le financement de la branche maladie de la sécurité sociale repose pour l'essentiel sur la CSG et sur les cotisations patronales. Il s'agit de prélèvements en fonction des revenus qui opèrent une redistribution verticale [...] considérable ». D. Tabuteau, « Le « New Deal » des assurances maladie obligatoires et complémentaires », *RDSA*, 2014.

⁴⁰ C'est actuellement le cas mais uniquement pour la CMU-C. Pour tous les autres individus, le principe de solidarité horizontale prévaut.

⁴¹ « La doctrine sous-jacente du modèle bismarckien à la française consiste à créer les conditions d'une égalité d'accès aux soins tels qu'ils sont y compris les soins de spécialité en cabinets libéraux ou clinique privée. [...] De tradition mutualiste et assurantielle, la solidarité « à la française » est d'abord « horizontale », entre malades et bien-portants avant d'être « verticale » entre riches et pauvres ». C. Le Pen, *op. cit.*, 2010

⁴² Le caractère obligatoire du système facilite la redistribution verticale.

⁴³ Le droit à la protection de la santé est un objectif constitutionnel reconnu de longue date par le Conseil constitutionnel, qui se fonde sur le 11^{ème} alinéa du préambule de la Constitution de 1946.

⁴⁴ De même, d'aucuns insèrent une solidarité intergénérationnelle dans le système. Celle-ci est seconde et non constitutive. C'est parce que les dépenses de santé sont concentrées dans la dernière année de vie et parce que proportionnellement les personnes âgées consomment plus de soins que le système peut introduire ce type de solidarités. Mais le but du système de santé ne réside pas dans la mise en œuvre d'une solidarité intergénérationnelle.

des mécanismes complémentaires favorisant une réelle redistribution entre les plus modestes et les plus aisés⁴⁵.

e) Une plus grande transparence dans les choix publics en matière de santé doit permettre la définition démocratique d'un panier de soins

Si une seule idée devait être retenue de cette note, c'est celle d'une lisibilité du partage de risque entre Ocam et AM. Nous proposons que la répartition du taux de prise en charge soit votée par le Parlement chaque année, sur le modèle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Au lieu d'accumuler des tickets modérateurs, des prestations annexes, etc. qui font baisser le taux de prise en charge de l'AM (cf. graphique 5), celui-ci serait décidé pour chaque grand type de prestation chaque année (ALD, soins hospitaliers, soins de ville, etc.). L'ensemble des franchises⁴⁶ serait supprimé. Ils n'ont des effets incitatifs que minimes sur les comportements de soins et complexifient le système⁴⁷. En ajoutant au vote sur le niveau des dépenses (ONDAM) un vote sur le taux de socialisation, notre système redeviendrait compréhensible pour les citoyens. Tout transfert de charges serait clairement affiché et pourrait être ainsi discuté. Un débat public pourrait, enfin, naître sur ces enjeux⁴⁸.

Proposition 1 : Introduire un vote du Parlement sur les taux de remboursement des soins pour permettre un débat démocratique sur le partage du risque entre l'AM, les Ocam et les patients :

- **Vote sur un taux global de remboursement des soins par l'assurance-maladie ;**
- **Vote sur un taux par catégorie de dépenses (soins hospitaliers, soins de ville, ALD, etc.) et par tranche de population (moins de 18 ans, notamment).**

⁴⁵ B. Dormont, « Liberté ou solidarité : le dilemme des complémentaires », *Les tribunes de la santé*, 2010, et M. Dreyfus, « L'histoire de la mutualité : quatre grands défis », *Les Tribunes de la santé*, 2011.

⁴⁶ 0,50 euro par boîte de médicaments ; 0,50 euro par acte paramédical ; 1 euro par consultation chez un médecin généraliste ; 2 euros par transport sanitaire.

⁴⁷ A. Aron-Dine, L. Einav et A. Finkelstein, « The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later », *Journal of Economic Perspectives*, 2013. Les auteurs trouvent des réductions de dépenses comprises entre 9 et 18 %, lorsque le taux de co-paiement varie jusqu'à atteindre 25 %. Ces chiffres de participation sont très éloignés de ceux existant en France qui n'ont que peu d'effet sur les comportements. B. Dormont, P-Y. Geoffard et J. Tirole, « Refonder l'assurance-maladie », *Les notes du CAE*, 2014.

⁴⁸ Cette proposition se retrouve chez D. Tabuteau dans la conclusion de son article cité ci-dessus.

Graphique 5 : Taux de prise en charge par l'AMO selon les segments de soins

Taux de prise en charge AMO	2000	2010
Hôpitaux du secteur public	93,4%	92,1%
Hôpitaux du secteur privé	87,3%	86,9%
Médecins	72,7%	68,2%
Auxiliaires médicaux	78,9%	78,8%
Dentistes	35,5%	32,9%
Laboratoires d'analyses	75,3%	69,6%
Transports de malades	94,8%	91,8%
Officines pharmaceutiques	64,7%	65,8%
Autres biens médicaux en ambulatoire (optique, prothèses, orthèses...)	34,3%	42,1%
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	76,7%	75,7%

Source : DREES, comptes de la santé 2011

Nous plaçons pour une redéfinition du panier de soins. Une prise en charge plus conséquente de l'AM est nécessaire sur certains domaines. Pour des raisons de santé publique, il est difficile d'accepter le quasi non remboursement des soins dentaires ou de l'optique. La prise en charge tardive a souvent pour conséquences des problèmes de santé plus importants ou a des répercussions sur d'autres domaines (décrochage scolaire, par exemple). Néanmoins, augmenter le degré de socialisation sur de tels secteurs a des impacts financiers certains. Pour répondre à cela, il serait possible d'accroître la prise en charge des Ocam sur un certain nombre de biens.

Proposition 2 : Ouvrir un débat sur le panier de soins remboursés par l'AM et sur les taux de remboursement, notamment pour les soins dentaires et l'optique, dans une perspective de santé publique.

2. La gratuité des soins pour les mineurs permettrait de lutter plus efficacement contre les inégalités de santé et favoriserait leur autonomie

a) Une rupture philosophique qui correspond à un objectif de santé publique...

Les inégalités sociales de santé sont encore plus intolérables chez les enfants que chez les adultes. Elles ont des conséquences immédiates sur leur santé mais surtout auront une influence sur leur vie future. A l'heure où la jeunesse est une priorité publique, investir dans la santé des enfants et des jeunes doit devenir incontournable.

Pour lutter contre ces inégalités de santé, deux voies sont possibles :

- privilégier les dispositifs ciblés, soit sur les familles les plus démunies (critère social), soit sur des priorités de santé publique (critère médical) – il s'agit de la voie qui a été empruntée jusqu'à maintenant ;
- choisir l'universalité, pour offrir à chaque enfant une couverture santé qui réponde à la totalité de ses besoins de santé.

La première option ayant montré ses limites au vu de la persistance des inégalités sociales de santé, nous appelons à faire résolument le choix de l'universalité. Nous proposons que l'ensemble des soins soit pris en charge à 100 % jusqu'à l'âge de 18 ans. Ce serait l'extension de la gratuité déjà en vigueur pour les nourrissons de moins de six mois. Les facteurs économiques limitant l'accès aux soins seraient très largement réduits. Ce caractère universel nous semble préférable à des mesures ciblées qui entraînent fatalement des effets de seuils et de la complexité, et donc des phénomènes de non-recours aux droits.

La critique inévitable à l'encontre de cette proposition est qu'elle fait abstraction des inégalités liées au contexte familial : est-il vraiment juste d'assurer la même couverture à un enfant d'une famille riche et à un enfant d'une famille pauvre ?

D'une part, la lutte (nécessaire) contre les inégalités de richesse n'est pas l'objet de cette note. D'autre part, trois arguments plaident pour une mesure universelle :

- une question de principe : un enfant doit être considéré comme titulaire de droits sociaux en tant que personne, et non en tant qu'ayant droit d'un adulte couvert par tel ou tel régime ;
- en raison des gains attendus en termes de santé publique ;
- car il existe d'autres dispositifs permettant de réduire les inégalités sociales face à la santé.

Une telle mesure constituerait une rupture philosophique que nous assumons pleinement. Dès sa naissance, le jeune ne serait plus considéré comme ayant droit mais comme assuré social à part entière. Pour le matérialiser, chaque enfant pourrait se voir attribuer à la naissance un numéro de sécurité sociale, comme il l'est déjà aujourd'hui à partir de 16 ans, et être doté d'une carte vitale. Les parents choisiraient le médecin traitant de l'enfant jusqu'à un âge que l'on pourrait appeler la « majorité sanitaire ». Cela renforcerait son indépendance dans la prise en charge de sa santé. Afin de renforcer l'autonomie des patients (ce qui peut être une ligne de conduite de toute une politique de santé⁴⁹), cette « majorité sanitaire » pourrait être abaissée de 16 ans à 15 ans afin que les jeunes puissent se saisir réellement du contrôle de leur santé (notamment en matière sexuelle). Ce type de mesure concentre trois avantages majeurs : elle répond à un objectif de santé publique clair, elle favorise la mise en place de nombreuses actions de prévention qui sont les marques de sa réussite, et elle permet l'anonymat de la prise en charge pour les adolescents.

Les gains attendus en termes de santé publique justifient à eux seuls la mesure. Les déterminants sociaux de santé agissent dès l'enfance et les inégalités qui en résultent⁵⁰ ont un impact sur la vie entière⁵¹. Il s'agit donc d'agir sur les inégalités à leur racine pour les réduire tout au long de la vie. Enfin, la mobilisation en faveur des plus jeunes aura à long terme des conséquences positives pour les finances publiques en évitant des soins coûteux à l'avenir⁵².

Enfin, la prise en charge à 100 % pour les plus jeunes n'exonère pas la puissance publique, comme nous l'appelons de nos vœux dans cette note, d'assurer une couverture de qualité pour tous en étendant la couverture complémentaire à tous les adultes.

Proposition 3 : Instaurer la gratuité des soins pour les mineurs afin de s'attaquer aux inégalités de santé à leur racine.

Proposition 4 : Abaisser la majorité sanitaire à 15 ans pour favoriser l'autonomie des jeunes.

⁴⁹ Cartes sur Table, *Le patient, acteur de son parcours de santé*, 2014.

⁵⁰ La proportion d'enfants obèses s'élève ainsi respectivement à 4,5 % (pour les ouvriers) contre 1,2 % (pour les cadres) en grande section de maternelle, à 5,8 % contre 0,8 % en CM2 et 5,5 % contre 1,6 % en classe de 3^{ème}. DRESS, *L'état de santé de la population en France en 2015*, 2014.

⁵¹ F. Jusot, M. Khlaf, T. Rochereau, C. Sermet, « Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi », *Données sociales, la société française*, 2006.

⁵² Au Québec, le rapport sur la santé des enfants note que si tous les enfants de moins de 18 ans avaient eu le même niveau de soins que les enfants de cadres, 13 500 hospitalisations seraient économisées par an. A. Lopez et al., « Les inégalités sociales de santé dans l'enfance », *Rapport de l'IGAS*, 2011.

b) ... et doit donc être accompagnée de fortes actions de prévention

Une telle politique n'a de sens que si elle est accompagnée de fortes actions de prévention. Celles-ci se doivent d'être coordonnées entre tous les acteurs⁵³ et s'intégrer au sein de plans de prévention définis par les Agences régionales de santé (ARS). Les freins dans l'accès aux soins sont souvent autant culturels et sociaux que financiers. Il est donc impératif d'agir sur l'ensemble de ces facteurs.

Cette gratuité sera accompagnée d'actions de prévention soit globales (explication du dispositif, rappels du nombre de consultations de contrôle utiles par an, etc.) mais aussi ciblées afin de toucher les personnes les plus modestes. Trop souvent, les actions de prévention génériques profitent essentiellement aux personnes les plus aisées et les plus éduquées⁵⁴. Pour cela, de telles actions doivent être coordonnées avec les services de santé scolaire et la médecine communautaire et menées par un seul pilote. Pour vraiment être efficiente, cette proposition nécessite que le parcours de santé de l'enfant soit organisé. Ce rôle de référent peut être tenu par le médecin généraliste ou le médecin scolaire qui aura alors la charge d'organiser le parcours de soins de l'enfant.

Naturellement, outre ces actions liées aux prises en charge, l'ambition d'améliorer l'état de santé de la population doit être présente dans tous les secteurs de l'action publique. La réduction des inégalités de santé doit être un objectif explicite de toutes les politiques (logement, éducation, etc.).

Proposition 5 : Allier à la gratuité des soins pour les mineurs des mesures fortes de prévention, qui dépassent le seul champ des politiques de santé (logement, éducation...).

c) La gratuité des soins pour les mineurs présente un coût modéré et permettrait d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération des médecins

La gratuité des soins pour les mineurs est une mesure qui présente un coût. En 2008, les soins de l'ensemble des personnes de moins de 18 ans représentaient 13,2 milliards d'euros, soit un dixième du budget de la sécurité sociale (cf. graphique 6). Une prise en charge à 100 % des dépenses de santé des mineurs augmenterait le budget de l'AM de 3,4 milliards par rapport à la situation actuelle. Une telle somme peut, cependant, être mise en regard du coût des ALD (65,2 milliards en 2008).

Graphique 6 : Dépenses de santé et reste à charge par tranche d'âges

Âge	Population	Dépense présentée Ville	Dépense présentée Hôpital	Dépense de santé	Reste à charge	Dépense globale
0-4	3 802 193	531	737	1 268	235	4 821 180 724
5-9	3 853 251	434	232	666	181	2 566 265 166
10-14	3 714 428	577	222	799	267	2 967 827 972
15-19	3 967 703	580	332	912	268	3 618 545 136
20-24	3 886 787	505	427	932	215	3 622 485 484
25-29	3 903 503	714	577	1 291	293	5 039 422 373
30-34	3 956 012	819	631	1 450	342	5 736 217 400
35-39	4 385 102	887	600	1 487	377	6 520 646 674
40-44	4 421 009	1 046	634	1 680	433	7 427 295 120
45-49	4 290 657	1 250	731	1 981	519	8 499 791 517

⁵³ Cour des Comptes, *La prévention sanitaire*, 2011.

⁵⁴ C. Banchereau, A. Doussin, T. Rochereau et C. Sermet, « L'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire : le BBD a-t-il atteint sa cible ? », *Questions d'économie de la santé*, 2002, et les travaux plus récents de T. Rochereau et S. Azogui-Lévy.

50-54	4 156 163	1 515	891	2 406	607	9 999 728 178
55-59	4 171 546	1 795	1 015	2 810	661	11 722 044 260
60-64	3 325 595	2 051	1 097	3 148	715	10 468 973 060
65-69	2 490 964	2 394	1 460	3 854	780	9 600 175 256
70-74	2 448 473	2 739	1 886	4 625	844	11 324 187 625
75-79	2 249 003	3 205	2 341	5 546	947	12 472 970 638
80 et +	3 097 973	3 681	3 043	6 724	1047	20 830 770 452

Source : INSEE et HCCAM.

Dans l'optique développée tout au long de cette note de redistribuer le partage du risque entre Ocam et AM, une telle mesure pourrait être financée par le passage à un remboursement à 95 % par l'AM des ALD, le reste étant obligatoirement couvert par les contrats solidaires et responsables. Il serait d'ailleurs logique que les complémentaires santé, dont beaucoup fonctionnent sur une base professionnelle (mutuelle d'entreprise, institution de prévoyance, etc.), financent les soins des adultes plutôt que ceux de mineurs qui ne sont pas encore sur le marché du travail. Le modèle économique des Ocam ne serait pas bouleversé et elles auraient un véritable intérêt à agir dans la gestion du risque et notamment dans la prévention. Fixer le seuil de remboursement à 95 % permettrait de dégager 3,3 milliards d'euros ; le positionner à 94,5 % équivaldrait à 3,6 milliards d'euros.

Les patients mineurs seraient obligatoirement pris en charge aux tarifs opposables (fixés par l'AM, 23 euros pour une consultation chez un médecin généraliste par exemple). Il faudrait néanmoins veiller à ce que les praticiens ne rattrapent pas leur manque à gagner sur ces populations (en termes de dépassements d'honoraires) en accroissant leurs honoraires sur d'autres publics. Les Ocam tout comme l'AM disposent d'un rôle de contrôle important sur ce sujet. Il faut, dès à présent, écarter le risque d'inflation d'actes de la part des patients. Cette envolée du nombre de consultations n'a pas eu lieu pour les personnes déjà couvertes par des contrats complémentaires, elle n'a pas de raison d'être pour le reste de la population. Surtout, c'est souvent plus l'offre de soins (la demande induite par le praticien) que la demande des patients qui accroît les dépenses de santé. L'inscription du parcours de santé de l'enfant dans des réseaux de santé organisés peut limiter les risques de consumérisme médical. La mise en place d'un nouveau régime pour les enfants pourrait également s'accompagner de l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des médecins, telles que la « capitation » : chaque médecin traitant serait rémunéré en fonction du nombre d'enfants qu'il suit, afin que la gratuité ne favorise pas une surconsommation de soins.

Proposition 6: Rembourser les ALD à 95 % et obliger les Ocam à prendre à leur charge le ticket modérateur de 5 %.

Proposition 7 : Interdire les dépassements d'honoraires pour les mineurs, comme c'est déjà le cas pour les patients CMU (prise en charge au tarif opposable de l'assurance-maladie).

Si toutefois cette mesure de santé publique apparaissait comme trop onéreuse, il serait envisageable d'en mettre en œuvre une version moins ambitieuse. Elle consisterait en la gratuité d'un panier de soins pour tous les moins de 18 ans. Ainsi, chaque enfant aurait le droit à un certain nombre de consultations gratuites par an chez un généraliste, un dentiste, un ophtalmologue. Naturellement, les examens complémentaires, les médicaments et les consultations de spécialistes inscrites dans le parcours de soins seraient elles aussi prises en charge à 100 % afin de ne pas créer de rupture dans les prises en charge (et ce d'autant plus que c'est l'accès à ces soins qui est souvent le plus socialement discriminé). A défaut d'universalisme et d'un investissement marqué vers la jeunesse, cela réduirait les inégalités d'accès aux soins.

Proposition 8 : Expérimenter de nouveaux modes de rémunération des médecins pour les soins des mineurs, par exemple la capitation.

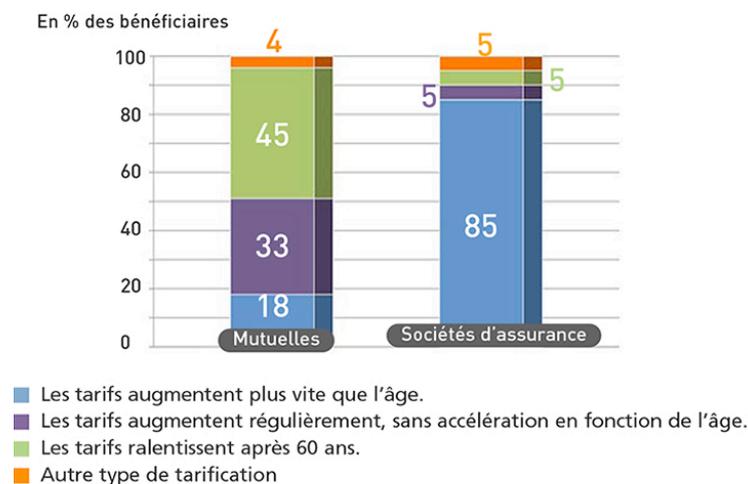
3. La lutte contre les inégalités d'accès aux soins chez les adultes passe par la création d'une complémentaire publique, universelle dans son accès, mais dont le prix serait modulé en fonction des ressources

a) Une complémentaire publique permettrait d'éviter les ruptures dans la couverture santé

L'ANI a permis la généralisation de la complémentaire pour les salariés mais les inactifs et les non-salariés n'ont pas vu leur situation s'améliorer⁵⁵. Toute une partie de la population n'a pas accès à une complémentaire santé ou alors dispose d'un contrat de mauvaise qualité. C'est particulièrement le cas des chômeurs non éligibles à la CMU-C et à l'ACS et des retraités. Ces derniers voient très régulièrement leurs cotisations augmenter. La loi Evin de 1999 oblige les entreprises à proposer une prolongation des contrats aux retraités, mais ils sont généralement de moins bonne qualité et surtout plus chers, car l'employeur cesse de les financer. S'ils acceptent de payer un peu plus cher les premières années pour conserver leur niveau de protection, ils ont de plus en plus de difficultés au fur et à mesure des augmentations de tarifs. Ils dégradent alors leur degré de couverture.

Les complémentaires n'ont pas le droit de tarifier selon le risque mais peuvent le faire selon l'âge. Faire dépendre le prix de la complémentaire de l'état de santé de l'assuré entraîne un doublement de la taxe supplémentaire sur les conventions d'assurance (TSCA) ce qui est assez dissuasif. Par contre, le prix de la complémentaire santé dépend de l'âge et augmente fortement après 55 ans.

Graphique 7 : Tarification à l'âge selon les organismes⁵⁶



Nous proposons la création d'une complémentaire publique à laquelle tout le monde pourrait cotiser⁵⁷. Elle limiterait les effets de rupture liés au passage d'une vie active à inactive ou à une variation de revenu. Cette complémentaire se doit aussi d'être ouverte à tous pour éviter la création d'une mutuelle des pauvres ou des personnes âgées qui ne permettrait par l'émergence d'un modèle actuariel viable⁵⁸. Elle concentrerait alors tous les risques sans

⁵⁵ E. Caniard, « Les limites de la généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé », *RDSA*, 2014.

⁵⁶ V. Le Palud, « Comment les complémentaires fixent leurs tarifs », *Etudes et résultats*, 2013.

⁵⁷ Cette proposition est également portée par le collectif né autour de la Charte pour une santé solidaire. Cette pétition porte d'autres propositions convergentes avec cette note (sur la prévention, notamment).

⁵⁸ Le risque serait alors de changer le rôle des complémentaires d'assureur à banquier. Une telle complémentaire publique interviendrait sur un champ tellement limité que l'aléa de la survenance du risque serait très faible. Son rôle deviendrait équivalent à celui d'une épargne préalable.

disposer des moyens financiers de la solvabiliser (à moins d'établir des cotisations à des taux prohibitifs).

Une telle complémentaire santé peut, notamment, intéresser les petites entreprises pour qui l'achat d'un contrat collectif est souvent complexe et onéreux. Elles pourraient inscrire leurs salariés à cette complémentaire publique dans le cadre de l'ANI.

Le système actuel est paradoxal. Alors que les discours politiques sur le marché de l'emploi et sur la protection sociale plaident pour la flexisécurité, l'ANI a attaché la protection contre le risque santé au statut de salarié et concentré la protection sociale sur les plus protégés. Afin de lutter contre ces effets de rupture, nous proposons de créer un droit d'*opt out* à l'ANI. Si le salarié dispose déjà d'une couverture complémentaire, il pourrait dès lors la conserver. Les aides patronales (et les déductions fiscales liées) se porteront alors sur son ancienne complémentaire (ou sur la complémentaire publique). L'employeur devra subventionner le contrat individuel à hauteur du coût moyen du contrat collectif proposé aux salariés de l'entreprise. Une telle mesure permettra de lisser les conséquences d'un changement de statut sur le marché de l'emploi.

Proposition 9 : Mettre en place une complémentaire publique pour éviter les ruptures dans la couverture santé.

b) Le prix de la complémentaire publique serait modulé selon les ressources des personnes

Les personnes affiliées à cette complémentaire publique paieraient des cotisations en fonction de leurs ressources⁵⁹. Pour que ce dispositif soit juste et efficace, plusieurs écueils majeurs sont à éviter. La mise en place de cette progressivité des cotisations doit éviter tout effet de seuil (système par tranche). Nous proposons une augmentation linéaire des cotisations selon les ressources. Par ailleurs, les cotisations doivent être plafonnées à un niveau raisonnable afin de ne pas dissuader les classes moyennes de rentrer dans le dispositif. Si c'est le cas, un effet d'éviction aurait lieu et la complémentaire publique se concentrerait sur les publics les plus défavorisés.

Les barèmes de cotisations doivent être construits autour de deux critères : le revenu et le patrimoine. En effet, toutes les études récentes montrent que la concentration des richesses se fait surtout sur le patrimoine et notamment le patrimoine immobilier (cf. graphique 8). La pondération de ces deux variables sera déterminée par le Parlement et devra veiller à ne pas peser trop sur les personnes âgées qui détiennent une part importante du patrimoine mais ne disposent pas nécessairement de revenus conséquents⁶⁰. Ainsi, cette mutuelle publique favorisera l'accès de tous à une complémentaire santé sans pour autant peser démesurément dans le budget des catégories les plus modestes, comme c'est le cas aujourd'hui⁶¹. Le nombre, potentiellement important, de personnes bénéficiant de cette complémentaire diminuera les frais de gestion et permettra la mise en œuvre de réels programmes de prévention⁶².

Proposition 10 : Moduler le prix de la complémentaire publique selon les ressources des personnes.

⁵⁹ Les cotisations des assurances complémentaires sont indépendantes des revenus dans les contrats individuels et ne prennent en compte les revenus, pour le calcul des cotisations, que pour un tiers des cas dans les contrats collectifs (M. Garnero, M.-O. Ratier, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008 », *Etudes et résultats*, 2011). Proposer un contrat public contributif limiterait tous ces effets anti-redistributifs.

⁶⁰ Les inégalités de patrimoine sont conséquentes et beaucoup plus marquées que celles des revenus. Les 10 % de ménages les mieux dotés en patrimoine possèdent au minimum 552 300 euros d'actifs, alors que les 10 % les plus modestes en termes de patrimoine détiennent au maximum 2 700 euros chacun, soit 205 fois moins. À titre de comparaison, le revenu disponible des 10 % de ménages les plus modestes est 4,2 fois moins élevé que celui des 10 % les plus aisés en 2009. Entre 2004 et 2010, les 10 % des ménages les plus fortunés ont vu leur patrimoine moyen augmenter de 400 000 euros, de 840 000 à 1,2 million d'euros, + 47 %. Les 10 % des ménages les moins fortunés ont gagné 114 euros (de 1 237 à 1 351 euros), soit + 9 %.

⁶¹ La part du revenu consacrée à l'achat d'une complémentaire est de 2,9 % pour les ménages les plus aisés alors qu'elle est de 10,3 % pour les plus modestes.

⁶² Cette prévention des risques individuels et collectifs sera possible notamment si des PME se tournent vers cette complémentaire.

Graphique 8 : Montant des patrimoines par âge

Age	Limite des 10 % les moins fortunés	Patrimoine médian	Limite des 10 % les plus fortunés
Moins de 30 ans	300	7 200	91 500
De 30 à 39 ans	800	48 600	312 700
De 40 à 49 ans	1 300	132 500	510 700
De 50 à 59 ans	2 000	203 700	648 500
De 60 à 69 ans	3 300	211 500	693 300
70 ans et plus	3 800	148 600	524 600

Source : Insee, enquête Patrimoine 2009-2010.

c) Deux dispositifs peuvent être envisagés : la gestion publique ou la délégation par appels d'offre

Le préalable à cette mesure est la fusion des dispositifs ACS et CMU-C afin que la complémentaire proposée intègre ces dispositifs. Les aides de l'Etat, ainsi que les ressources du fonds de mutualisation, pour la CMU-C et l'ACS resteraient à leur niveau actuel. La cotisation serait nulle pour les bénéficiaires de la CMU-C tandis que les individus actuellement éligibles à l'ACS pourraient être intégrés dans le dispositif. Cependant, les bénéficiaires de l'ACS conserveraient la possibilité d'utiliser cette aide pour souscrire une couverture santé avec un autre Ocam. Les réformes nécessaires de l'ACS (augmentation du plafond⁶³, réduction du non recours aux droits par des actions de communication et d'éducation⁶⁴, etc.) devront être menées.

Il existe deux modes de gestion possibles d'une telle complémentaire publique :

- La gestion par un opérateur de l'Etat ;
- La délégation par appel d'offres sur le modèle de ce qui existe actuellement pour la CMU-C et l'ACS.

L'irruption d'un acteur purement public dans le champ concurrentiel des Ocam peut poser des difficultés. Cet organisme (par exemple le Fonds CMU) devrait faire la preuve, pour être en phase avec le droit de l'Union européenne, que les aides versées par l'Etat (du fait de la contribution fiscale) et par les Ocam (TSCA) pour financer la CMU-C ne servent pas à solvabiliser cette complémentaire publique. Par ailleurs, il n'est pas certain que le Fonds CMU puisse absorber ces nouvelles missions. La gestion du dispositif demande des compétences que les Ocam ont acquises au cours du temps. Il peut donc être préférable de procéder par appels d'offres. L'organisme chargé de la gestion de cette complémentaire publique ferait appel aux Ocam déjà existants pour profiter de leur expérience et de leur savoir-faire. L'organisme serait chargé de la mise en place de ces contrats, de leur suivi et du contrôle des prestations proposées par les Ocam. La gestion du risque et la perception des cotisations seraient gérées directement par les Ocam sélectionnés.

A défaut de pouvoir mettre en œuvre cette complémentaire publique, nous plaçons pour :

- un rapprochement des régimes CMU-C et ACS afin d'éviter les effets de seuil ;

⁶³ L'ACS ne concerne que 300 000 personnes alors que la cible du dispositif était de 2 millions de bénéficiaires. Par ailleurs, l'ACS laisse à la charge des bénéficiaires près de 60 % du prix du contrat avant les décisions d'augmenter son plafond, c'est-à-dire 389 euros en moyenne par an ce qui représente environ 4,5 % de leur revenu annuel pour les ménages les plus pauvres. Grignon et Kampa-Chopin montrent que les aides à l'acquisition des complémentaires doivent représenter 80 % du prix du contrat pour être efficaces. M. Grignon et B. Kambia-Chopin, « Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France », *IRDES Working Papers*, 2009.

⁶⁴ S. Guthmuller, F. Jusot, T. Renaud et J. Wittwer, « Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 », *Questions d'économie de la santé*, 2014.

- la création d'un fonds de mutualisation entre les Ocam pour éviter ce renchérissement de la couverture santé des retraités. Un tel fonds (sur le modèle du fonds CMU) permettrait de réduire les surcoûts liés à la cessation d'activité.

4. Des réformes sont nécessaires pour pérenniser le régime des ALD

Les ALD cristallisent une partie des attentes que les Français placent dans la socialisation du risque maladie. Ils symbolisent pleinement la solidarité des bien-portants vers les malades. Les Français peuvent accepter de payer plus pour les soins bénins mais ils restent attachés à une socialisation forte des soins attachés aux longues maladies⁶⁵. Malgré une évolution de l'évaluation et de l'acceptation du risque⁶⁶, ce point reste central dans les attentes des citoyens envers le système de protection sociale.

Pourtant, les patients en ALD conservent dans le système actuel des restes à charge plus élevés. Après remboursement par l'AM⁶⁷, le montant moyen des dépenses restant à la charge des assurés est plus important pour ceux qui sont couverts par le régime des ALD. Ce montant était de 702 euros en 2008 contre 373 euros pour les « non ALD »⁶⁸. Surtout, il varie au sein de la population couverte par les ALD. Bien que généreux, le dispositif actuel n'annihile pas les différences de déboursements entre les personnes les plus malades et les moins malades⁶⁹.

Par ailleurs, il reste certain que le système des ALD a des effets redistributifs non négligeables et contribue à la solidarité verticale (*cf.* graphique 9). Les patients en ALD sont généralement plus âgés⁷⁰, plus modestes et ont fait moins d'études que le reste de la population⁷¹. Cela est dû à la persistance des inégalités sociales face à la santé. Le régime des ALD, alors même que ce n'est pas son objectif initial, limite aussi les disparités d'accès selon les classes sociales. Cet effet est plus marqué sur les soins de spécialistes.

⁶⁵ F. Van Roekeghem, « L'assurance maladie : sortie de crise ? », *Les Tribunes de la santé*, 2009.

⁶⁶ C. Ramaux, « Quelle théorie pour l'Etat social ? Apports et limites de la référence assurantielle. Relire François Ewald 20 après l'Etat providence », *RFSA*, 2009.

⁶⁷ C'est-à-dire sans prendre en compte la prise en charge éventuelle par la couverture complémentaire ou la CMU-C.

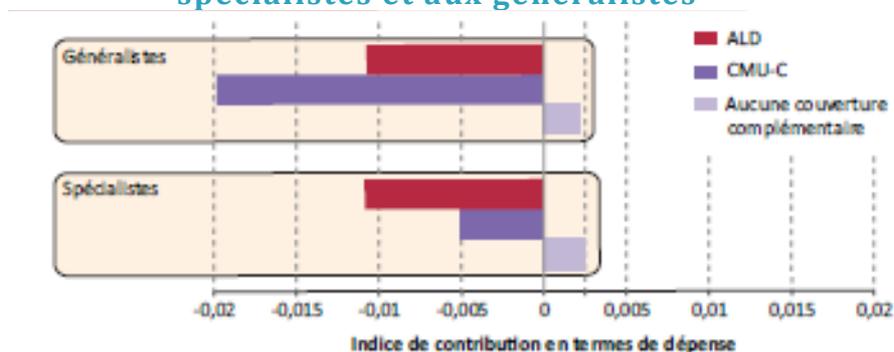
⁶⁸ HCCAM, *Rapport annuel 2011*, 2011.

⁶⁹ « Leur dépense annuelle de médicaments s'élève à 1 720 euros contre environ 220 euros dans le reste de la population. Les dépenses de médecins (généralistes et spécialistes) atteignent pour leur part, en moyenne, près de 600 euros pour les personnes en ALD contre 200 euros pour le reste de la population ». P. Dourgnon et al., *op. cit.*, 2012.

⁷⁰ « En 2008, l'âge moyen des personnes en ALD est de 62,8 ans alors qu'il est de 35,4 ans pour le reste de la population, et parmi les personnes en ALD, 57 % sont à la retraite ». P. Dourgnon et al., *op. cit.*, 2012.

⁷¹ « Les personnes non scolarisées ou avec un niveau d'études équivalent ou inférieur à l'école primaire représentent 52 % des personnes en ALD. Enfin, on observe un gradient selon le niveau de vie. La part des personnes en ALD est légèrement décroissante en fonction du revenu par unité de consommation, à partir du second quintile de revenus ». P. Dourgnon et al., *op. cit.*, 2012.

Graphique 9 : Contribution en 2008 de l'ALD, de la CMU-C et de la complémentaire santé à la réduction des inégalités de recours aux spécialistes et aux généralistes



Lecture : Les dispositifs ALD et CMU-C contribuent à réduire les inégalités de recours aux spécialistes et aux généralistes. L'ampleur de la contribution est cependant plus forte pour l'ALD en matière de recours aux spécialistes et plus forte pour la CMU-C en matière de recours aux généralistes.

Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 et données de l'Assurance maladie

Pour autant, une réforme des ALD reste souhaitable en raison de son coût élevé. Elle devra comporter des mesures concernant le contrôle des dépenses de santé en ALD ainsi que le respect d'un parcours de soins ou la sortie des ALD.

a) Le contrôle des prestations versées par le régime des ALD doit être accru pour éviter les dérives

En limitant ces vérifications de routine (l'affiliation notamment), l'AM pourrait se concentrer sur le contrôle des prestations et notamment des ALD. Plusieurs mesures peuvent être envisagées :

- Un respect plus strict de l'ordonnancier bizona (qui permet au médecin de prescrire séparément des soins ou médicaments pour l'affection couverte par l'ALD et pour les autres pathologies du patient) ;
- La création d'un service unique de contrôle indépendant des services administratifs⁷² ;
- Le recrutement de praticiens hospitalo-universitaires consultants et de praticiens hospitaliers retraités volontaires qui assument la fonction de conseil dans les décisions du service médical en matière d'hospitalisation (le ratio médecin/administratifs est actuellement de 1 pour 85)⁷³.

Proposition 11 : Accroître et moderniser les contrôles sur les prestations servies dans le cadre du régime des ALD.

b) Les sorties du régime des ALD doivent être favorisées pour permettre un « droit à l'oubli » en matière de santé

Par ailleurs, il faut poser la question de la sortie des ALD. L'inscription d'une durée *a priori* de l'ALD ou la nécessité d'avoir l'accord d'un médecin conseil de l'AM pour rester dans le dispositif sont des mesures intéressantes. Mais il est, surtout, nécessaire de favoriser le retour dans un système de prise en charge normale des patients. Une fois leur pathologie traitée, ils doivent être considérés comme des patients comme les autres et par conséquent relever du droit commun. Un droit à l'oubli en santé doit exister (pour des tiers au système de santé –

⁷² L'indépendance de ce service est nécessaire et doit être contrôlée – par le Conseil d'Administration de l'UNCAM – pour qu'il n'y ait pas de conflit d'intérêt entre le rôle de payeur de l'AM et son rôle de contrôle.

⁷³ Académie nationale de médecine, *Propositions pour une réforme de l'Assurance maladie*, 2010.

banques, assurances, etc. – mais vis-à-vis de l'AM elle-même). Le droit à l'oubli ne peut pas exister pour tous à l'exception du financeur des soins. Ce serait un beau paradoxe !

Proposition 12 : Favoriser les sorties du régime des ALD pour permettre un droit à l'oubli.

c) Les prises en charge des ALD doivent s'appuyer sur des protocoles précis de la HAS dans le cadre d'un parcours de santé

La prise en charge en ALD doit encore plus qu'aujourd'hui s'appuyer sur des protocoles précis de la Haute autorité de santé (HAS). Surtout, le bénéfice de l'ALD doit être associé au respect d'un parcours de santé prédéterminé. Une contrepartie à la prise en charge à 100 % (ou 95 % dans notre vision) des soins est nécessaire. Elle ne remet en rien en cause les libertés du patient car elle est limitée au suivi d'un certain nombre d'étapes de la prise en charge. Cette inclusion dans un parcours de santé favoriserait les actions de prévention (surtout secondaire et tertiaire).

Le patient devant respecter un certain nombre d'étapes prédéfinies, les acteurs de santé pourraient être rémunérés pour la prise en charge de la maladie – à l'exception des prises en charge dans l'urgence – plutôt qu'à l'activité. Outre le lien indispensable entre l'éligibilité au système de l'ALD et l'inclusion dans un référentiel de parcours, nous proposons de faire évoluer le financement de ces prises en charge. La tarification doit être liée au parcours du patient⁷⁴ et ne doit plus dépendre uniquement de la somme des actes effectués. Elle doit sortir d'une simple logique curative pour appréhender l'ensemble des étapes de la prise en charge et intégrer des notions de bien-être et d'accompagnement des malades (éducation thérapeutique, mieux vivre à la maison, etc.).

Proposition 13 : Conditionner la prise en charge par le régime des ALD au respect d'un parcours de soins.

Proposition 14 : Expérimenter une rémunération des différents acteurs (établissements, professionnels, etc.) au parcours plutôt qu'à l'acte.

d) La liste des ALD pourrait faire l'objet d'un débat démocratique à la lumière d'une évaluation médico-économique

Il est, enfin, envisageable, de plaider pour une actualisation de la liste des pathologies en ALD. Le système de remboursements de soins doit accompagner l'évolution des pathologies et des méthodes de prise en charge. Cette mise à plat se doit d'être effectuée de manière démocratique et sous l'égide de la HAS. Elle ne doit pas être sporadique mais bien avoir lieu à intervalles réguliers. Elle seule pourra réellement se positionner sur la question de la pertinence des soins.

Une telle concertation doit intégrer des représentants de la représentation nationale, de l'Etat, de l'AM, des Ocam, des sociétés savantes médicales et des patients. Une telle revue s'intéressera en priorité, naturellement, aux critères médicaux et à la pertinence de la gratuité des soins du fait de leur chronicité. Une réflexion médico-économique pourra enrichir les travaux du comité.

Proposition 15 : Réviser périodiquement la liste des ALD à la suite d'un débat démocratique.

⁷⁴ IGAS, *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, 2012.

II. Un nouveau rôle pour les Ocam, au cœur de la modernisation de notre système, leur permettrait de mieux répondre aux besoins de santé

1. Après la généralisation pour les salariés, la complémentaire doit être étendue à tous les adultes

Notre pari est d'étendre la couverture santé des Français pour diminuer les restes à charge. Dans le contexte européen actuel, le schéma d'une montée en charge de l'assurance-maladie obligatoire (AMO) imaginé pour les jeunes ne saurait être étendu à l'ensemble de la population, sauf à réduire considérablement le panier de soins ou à accroître de manière exponentielle le coût de la protection maladie et donc les prélèvements obligatoires.

Nous proposons de généraliser la complémentaire santé pour tous les adultes. Cette mesure devrait être mise en œuvre par étapes :

a) Refondre la CMU-C et l'ACS dans une complémentaire publique contributive

Il est désormais largement documenté que la complexité des dispositifs existants est une cause majeure du non-recours aux droits, qui concernerait deux tiers des personnes ayant droit à l'ACS.

A Lille, une expérimentation a été menée pour augmenter le recours à l'ACS. Trois groupes de personnes ont été constitués et se sont vus proposer soit l'ACS, soit une ACS majorée, soit l'ACS avec une réunion d'information sur le dispositif. C'est dans ce dernier groupe que la souscription a été la plus importante. Cela illustre pleinement l'importance de l'information dans l'accès aux droits⁷⁵.

Plutôt que de multiplier les dispositifs accessibles sur des critères qui tendent à augmenter les effets de seuil et les risques d'erreurs, nous proposons de créer une complémentaire publique à laquelle chaque personne affiliée à l'assurance-maladie obligatoire pourrait souscrire, moyennant une cotisation à partir d'un certain niveau de ressources. Cette cotisation serait proportionnelle aux ressources de la personne.

b) Créer un droit d'opt-out des contrats collectifs et garantir une portabilité des droits lors des changements d'employeur.

Cette mesure est cohérente avec la mise en place d'une complémentaire publique, car elle permet de s'affilier à cette dernière sans être obligé de souscrire à un contrat collectif d'entreprise. Elle permettrait également de ne pas obliger des ayants droits – un conjoint, un jeune à la charge de ses parents – à s'affilier auprès de leur employeur. Enfin, cette portabilité des droits serait possible pour les personnes qui changeraient d'employeur.

Proposition 16 : Mettre en place une portabilité des contrats complémentaires pour favoriser une couverture tout au long de la vie.

La question des transferts financiers entre contrats collectifs, contrats individuels et dispositifs publics est posée. A l'heure actuelle, les contrats collectifs bénéficient d'exonérations de cotisations sociales qui constituent une subvention publique à ce type de contrats. En parallèle, les contrats individuels sont soumis à la TSCA qui abonde le Fonds CMU-C et l'aide à la complémentaire santé. Ces transferts, qui se sont développés par sédimentation, n'auront plus de justification logique si la généralisation de la complémentaire pour les salariés prévue par l'ANI de janvier 2013 arrive à son terme. Ils ont aujourd'hui pour principale conséquence de démultiplier le prix des contrats au moment du départ en retraite. Cela appelle une remise à plat qui doit permettre de traiter équitablement l'ensemble des acteurs intervenant sur le marché de la complémentaire santé.

⁷⁵ S. Guthmuller, F. Jusot, T. Renaud et J. Wittwer, *op.cit.*, 2014.

Proposition 17 : Remettre à plat la fiscalité et les subventions sur le marché des complémentaires pour favoriser l'accès de tous à une complémentaire santé.

c) *Instaurer une obligation d'affiliation à une complémentaire santé permettant de couvrir tous les adultes*

Le dernier volet de ce modèle est la création d'une véritable obligation d'affiliation, sur le modèle de ce qui existe déjà pour d'autres contrats d'assurance. La simplification des dispositifs publics et la mise à plat des mécanismes incitatifs constituent les moyens nécessaires à la mise en œuvre concrète de cette obligation.

Proposition 18 : Instaurer une obligation d'affiliation à une complémentaire santé.

2. *Les Ocam doivent avoir un rôle plus important dans la prévention et dans le suivi de la santé des Français*

Reconnaître un rôle incontournable aux Ocam dans le remboursement des soins peut apparaître – à tort – comme une remise en cause insupportable de notre pacte social. Intégrée à une vision d'ensemble qui propose de concentrer l'action des pouvoirs publics sur certaines populations, comme les plus jeunes, cette mutation peut pourtant être une opportunité à saisir si les acteurs s'en emparent pour approfondir l'évolution de leur rôle auprès des assurés.

Centré sur les soins, en particulier hospitaliers, notre système de santé n'a globalement pas investi suffisamment dans la prévention, en dépit des avancées permises par le projet de loi de santé actuellement en discussion au Parlement. Dans le même temps, le rapport des patients au soin et aux professionnels est en pleine évolution. Le temps du « colloque singulier » entre le malade et son médecin de famille est révolu ; ce sont désormais de nombreux professionnels qui interviennent dans la prise en charge d'un patient. Ce dernier est souvent acteur de sa prise en charge et le sera de plus en plus⁷⁶.

La généralisation des complémentaires, dont beaucoup entretiennent un véritable lien de confiance avec leurs assurés, peut permettre d'accompagner ce changement. Les Ocam pourraient devenir les gestionnaires du capital-santé des Français en intervenant à la fois dans les entreprises, auprès des professionnels, et directement vers leurs assurés. Les leviers sont nombreux : information-santé, étude de devis, éducation en santé (qui ne se limite pas à l'éducation thérapeutique), gestion de parcours.

Certains de ces métiers sont déjà investis par les Ocam. Dès 1983, la Mutualité s'est par exemple dotée de moyens pour mener des actions de prévention et de promotion de la santé, tel qu'un « réseau des animateurs prévention » qui compte aujourd'hui plus de 150 salariés. Ces derniers définissent et mettent en œuvre des actions de prévention. Les institutions de prévoyance, centrées sur une branche professionnelle, travaillent déjà en lien avec les entreprises, sur des programmes de prévention de l'absentéisme ou de santé au travail, par exemple ; cette approche pourrait être étendue aux accidents du travail et maladies professionnelles (qui ne dépendent pas de la même branche de la sécurité sociale que l'AM).

Elle n'aura de sens que si les Ocam peuvent fidéliser leurs assurés. Certaines actions de prévention ne sont rentables que sur le temps long. Le portage des droits favorise cette vision de long terme. De même, la participation des mutuelles au financement d'une partie des dépenses de santé en ALD les incite à en réduire la prévalence et à s'inscrire dans une temporalité plus longue⁷⁷.

⁷⁶Cartes sur Table, *Le patient, acteur de son parcours de santé*, 2014.

⁷⁷ Cette action sur la prévalence des ALD est une des pistes de réformes évoquées dans la récente note du Trésor Eco sur le sujet.

Proposition 19 : Inciter les Ocam à investir le champ de la prévention dans le cadre d'une couverture santé tout au long de la vie.

Cette mutation du rôle des Ocam doit s'accompagner de l'ouverture maîtrisée des données de santé pour leur permettre d'intervenir en connaissance de cause dans le secteur⁷⁸. Elle n'est pas exclusive de la mise en œuvre d'une véritable politique de prévention coordonnée par les pouvoirs publics.

3. L'extension des possibilités de contractualisation avec les professionnels permettrait aux Ocam de contribuer à une modernisation de l'offre de soins

Souvent diabolisés, car rapidement comparés aux exemples américains les plus frappants, les réseaux de soins se sont pour l'instant développés sur des marchés spécifiques où l'AM avait progressivement diminué ses remboursements⁷⁹. C'est notamment le cas des soins dentaires, de l'optique et des audioprothèses. Ainsi, la part des personnes couvertes par une complémentaire santé qui permet d'avoir accès à un réseau s'élève respectivement à 29 % et 55 % pour l'optique et les audioprothèses.

Ces réseaux peuvent différencier, ou non, les taux de remboursement selon qu'on soit assuré ou non-assuré. Ils n'ont pas vocation à se substituer au conventionnement de l'AM mais seulement à le compléter et à le rendre plus efficace⁸⁰. Deux types d'évolutions peuvent être attendus du développement des réseaux :

- Un effet sur les prix : les Ocam, en négociant directement ou indirectement les tarifs proposés par certains offreurs à leurs assurés, tirent les prix à la baisse, ce qui participe de l'ambition des pouvoirs publics de diminuer les dépassements d'honoraires. C'est dans cette logique, néanmoins imparfaite (le taux de dépassements autorisés reste élevé), qu'a été mis en place le contrat d'accès aux soins. Il s'agit d'ajouter au mécanisme conventionnel de l'AM un mécanisme de marché ;
- Un effet sur la qualité, à travers l'incitation au regroupement, les démarches qualité, et la capacité de négocier des prises en charge spécifiques en fonction du taux de remboursement des soins (incluant les dépassements ou une partie de ceux-ci, par exemple) sur lequel s'entendent l'organisme et le praticien.

Les réseaux de soins sont cependant sujets à de nombreuses oppositions, leurs apports bénéfiques étant fréquemment contestés.

Premièrement, la capacité des Ocam à maîtriser les prix n'apparaît pas évidente à tous les observateurs. Certains pointent notamment les frais d'optique, qui n'ont pas diminué malgré une stabilisation⁸¹. L'intervention des pouvoirs publics double d'ailleurs celle des Ocam puisque, dans le cadre des contrats solidaires et responsables, le gouvernement a fixé un plafond de remboursement pour les frais d'optique.

Deuxièmement, les réseaux rencontrent une défiance forte des professions médicales. L'opposition à un rôle accru des Ocam dans l'organisation des soins figurait parmi les principaux mots d'ordre des mobilisations qui sont intervenues contre le projet de loi de modernisation du système de santé actuellement en débat au Parlement. Ainsi, 45 % des dentistes démarchés par une entreprise proposant des réseaux de soins *via* plusieurs Ocam auraient refusé d'être conventionnés.

Troisièmement, dans un contexte de démographie médicale contrainte, on peut craindre la création d'un système de santé à deux vitesses, dans lequel le fait d'être couvert par un

⁷⁸ A. Collin, Q. Demanet et E. Paul, « L'open data dans le système de santé français », *Gestions hospitalières*, 2014.

⁷⁹ P-Y. Geoffard, « La réforme de l'assurance maladie confrontée à la théorie économique de la santé », *Sève*, 2004.

⁸⁰ B. Brunhes, « Des remèdes pour la santé et l'assurance maladie », *Études*, 2003.

⁸¹ Pour rappel, les frais d'optique sont remboursés à 4 % par l'AM, 66 % par les Ocam et 30 % directement par les ménages.

assureur proposant un réseau de soins permettrait d'avoir un accès plus rapide aux soins, tandis que les autres malades seraient confrontés à des listes d'attente de plus en plus longues⁸².

Nous proposons d'adopter en la matière une démarche pragmatique. La différenciation du niveau de remboursement pour l'assuré, selon qu'il ait recours ou non à un professionnel membre du réseau de soins, est actuellement autorisée pour les offreurs dont les prestations sont remboursées à moins de 50 % par l'assurance-maladie, c'est-à-dire pour l'optique, les soins dentaires et les audioprothèses. En l'absence de preuves évidentes de l'efficacité de ces réseaux, il n'apparaît pas raisonnable de généraliser cette possibilité pour l'ensemble des spécialités médicales.

Nous proposons par conséquent de développer les réseaux de soins dans trois cadres :

- Poursuivre le développement des réseaux en optique, soins dentaires et audioprothèses, tels qu'ils existent aujourd'hui, et évaluer leur efficacité médico-économique ;
- L'inscription d'un professionnel dans le cadre d'un réseau de soins n'implique pas nécessairement une différenciation par l'Ocam des niveaux de remboursement proposés aux assurés. Alors que certains territoires peinent à attirer des professionnels, les pouvoirs publics financent déjà la création de structures comme les pôles et maisons de santé qui sont à la fois attractives pour les professionnels et utiles pour la santé publique. Nous proposons d'inciter les Ocam qui le souhaitent à financer ou cofinancer de telles structures, y compris en leur permettant de contractualiser des niveaux raisonnables de dépassements d'honoraires, en contrepartie d'objectifs de qualité et de santé publique ;
- Enfin, plutôt que de mettre sur la table une généralisation, la différenciation du taux de remboursement pour l'assuré pourrait être expérimentée dans le cadre de contrats locaux de santé pour des médecins du territoire considéré, notamment en association avec l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération.

Les Ocam ne doivent pas servir à solvabiliser une demande considérée comme nécessairement légitime. Au contraire, elles peuvent avoir un rôle pour apprécier la qualité et les prix des actes.

Proposition 20 : Étendre les réseaux de soins avec pragmatisme pour améliorer la qualité des soins et en réduire le coût.

4. Les risques associés au développement du rôle des Ocam doivent être maîtrisés

La principale difficulté posée par le marché des complémentaires est la concurrence qui se joue entre les différents organismes⁸³. Elle conduit en effet à des modes de mutualisation des risques qui peuvent accroître les inégalités, lorsque les assureurs sélectionnent leurs clients en fonction de l'âge, du niveau de ressources ou de la catégorie socioprofessionnelle⁸⁴. Il faut que l'Etat joue pleinement son rôle de régulateur et qu'il pose suffisamment de contraintes⁸⁵ pour

⁸² Cet argument est surtout valable contre le conventionnement sélectif (selon la zone d'installation ou l'opposabilité des tarifs) qu'il est difficile de faire advenir dans un contexte de démographie médicale tendue.

⁸³ « Il y a deux domaines fondamentaux dans lesquels le libre jeu de la concurrence a des conséquences néfastes : l'école et la santé. [...] En santé elle ajoute une inégalité à une autre inégalité ». E. Caniard et P. Batifoulier, *op. cit.*, 2013.

⁸⁴ L'expérience néerlandaise montre que la diversité des paniers conduit à l'auto-sélection des assurés malgré la réglementation et indique qu'une certaine partie de la population reste non couverte par une complémentaire à l'instar de la France actuellement. Par contre, la généralisation de la complémentaire santé à la majeure partie des Néerlandais a permis une rationalisation de l'offre de soins et du marché assurantiel. A-M Brocas, « Quels enseignements tirer des expériences étrangères pour la France ? », *Revue française des affaires sociales*, 2010, et M. Wierink, « La réforme de l'assurance maladie aux Pays-Bas, deux ans après », *Revue française des affaires sociales*, 2008.

⁸⁵ La contrainte concurrentielle incite à la segmentation des marchés par les assureurs. Ils cherchent à attirer les personnes potentiellement les moins malades avec des stratégies tarifaires ou marketing et à dissuader les autres clients (limites d'âge, temps de remboursement). Les franchises cautionnées ou une partie de la cotisation est remboursée en cas de faible consommation des soins en sont un exemple. M. Perronnin, « La couverture complémentaire santé en France », in *Traité d'économie et de gestion de la santé*, 2009.

éviter que la sélection des risques permette aux acteurs du « marché de la santé » d'accroître leurs profits aux dépens des patients.

Pour limiter ces pratiques, une autorité de régulation spécifique au marché des complémentaires pourrait être créée, par exemple en se substituant à l'Autorité de contrôle prudentiel comme le proposait déjà Terra Nova en 2012⁸⁶. Elle superviserait les liens des Ocam avec les acteurs de l'offre de soins. Elle s'assurerait, en combattant les pratiques commerciales excessives et garantissant la transparence⁸⁷, que la généralisation des complémentaires favorise l'accès aux soins plutôt que de renforcer les inégalités.

Proposition 21 : Créer une autorité de régulation spécifiquement dédiée au marché des complémentaires santé.

Nous proposons également de mettre en place des contrats « repères », définis par leur taux de remboursement pour certaines catégories de prestations. Ils permettront aux assurés de faire leur choix plus facilement entre les contrats existants sur le marché, et peuvent faciliter le travail des PME qui mettent en œuvre la généralisation de la complémentaire pour les salariés. Une modulation de la TSCA selon le type de contrats et la solidarité qu'ils mettent en œuvre doit être proposée.

Enfin, il faut favoriser les opérateurs qui sont vertueux. Au-delà du label « solidaire et responsable », une labellisation plus exigeante pourrait être mise en place pour les contrats qui respectent certains critères de solidarité, tels que l'absence de dépassements d'honoraires, ou le respect d'un ratio maximal entre le coût du contrat pour les plus jeunes et pour les retraités.

Proposition 22 : Mettre en place des « contrats repères » pour faciliter le choix d'une complémentaire santé.

⁸⁶ Daniel Benamouzig et al., *Réinventons notre système de santé. Au-delà de l'individualisme et des corporatismes*, 2012.

⁸⁷ La transparence est nécessaire pour le fonctionnement d'un marché en asymétrie d'informations et devra être au cœur des actions de l'agence de régulation qui pourrait contrôler la définition, la diffusion de l'information et la mise sur le marché des contrats.

Nos cinq propositions phares :

- 1. *Le vote des taux de remboursement (par grand type de dépenses) par la représentation nationale***
- 2. *L'obligation d'affiliation à une complémentaire santé***
- 3. *La création d'une complémentaire publique contributive***
- 4. *La gratuité des soins pour les mineurs***
- 5. *La refonte périodique et démocratique des ALD***

22 propositions pour revoir la place des complémentaires dans le système de santé

Proposition 1 : Pour permettre un débat démocratique sur le partage du risque entre l'AM, les Ocam et les patients :

- Vote sur un taux global de remboursement des soins par l'assurance-maladie ;
- Vote sur un taux par catégorie de dépenses (soins hospitaliers, soins de ville, ALD, etc.) et par tranche de population (moins de 18 ans, notamment).

Proposition 2 : Ouvrir un débat sur le panier de soins remboursés par l'AM et sur les taux de remboursement, notamment pour les soins dentaires et l'optique, dans une perspective de santé publique.

Proposition 3 : Instaurer la gratuité des soins pour les mineurs afin de s'attaquer aux inégalités de santé à leur racine.

Proposition 4 : Abaisser la majorité sanitaire à 15 ans pour favoriser l'autonomie des jeunes.

Proposition 5 : Allier à la gratuité des soins pour les mineurs des mesures fortes de prévention, qui dépassent le seul champ des politiques de santé (logement, éducation...).

Proposition 6 : Rembourser les ALD à 95 % et obliger les Ocam à prendre à leur charge le ticket modérateur de 5 %.

Proposition 7 : Interdire les dépassements d'honoraires pour les mineurs, comme c'est déjà le cas pour les patients CMU (prise en charge au tarif opposable de l'assurance-maladie).

Proposition 8 : Expérimenter de nouveaux modes de rémunération des médecins pour les soins des mineurs, par exemple la capitation.

Proposition 9 : Mettre en place une complémentaire publique pour éviter les ruptures dans la couverture santé.

Proposition 10 : Moduler le prix de la complémentaire publique selon les ressources des personnes.

Proposition 11 : Accroître et moderniser les contrôles sur les prestations servies dans le cadre du régime des ALD.

Proposition 12 : Favoriser les sorties du régime des ALD pour permettre un droit à l'oubli.

Proposition 13 : Conditionner la prise en charge par le régime des ALD au respect d'un parcours de soins.

Proposition 14 : Expérimenter une rémunération des différents acteurs (établissements, professionnels, etc.) au parcours plutôt qu'à l'acte.

Proposition 15 : Réviser périodiquement la liste des ALD à la suite d'un débat démocratique.

Proposition 16 : Mettre en place une portabilité des contrats complémentaires pour favoriser une couverture tout au long de la vie.

Proposition 17 : Remettre à plat la fiscalité et les subventions sur le marché des complémentaires pour favoriser l'accès de tous à une complémentaire santé.

Proposition 18 : Instaurer une obligation d'affiliation à une complémentaire santé.

Proposition 19 : Inciter les Ocam à investir le champ de la prévention dans le cadre d'une couverture santé tout au long de la vie.

Proposition 20 : Étendre les réseaux de soins avec pragmatisme pour améliorer la qualité des soins et en réduire le coût.

Proposition 21 : Créer une autorité de régulation spécifiquement dédiée au marché des complémentaires santé.

Proposition 22 : Mettre en place des « contrats repères » pour faciliter le choix d'une complémentaire santé.

Sommaire

I. Un nouveau partage du risque s'impose pour lutter plus efficacement contre les inégalités de santé et pérenniser notre modèle solidaire	4
1. Alors que le rôle croissant des Ocam alimente la différenciation entre gros risque et petit risque, les propositions existantes dans le débat public ne sont pas de nature à réduire les inégalités de santé	4
2. La gratuité des soins pour les mineurs permettrait de lutter plus efficacement contre les inégalités de santé et favoriserait leur autonomie.....	12
3. La lutte contre les inégalités d'accès aux soins chez les adultes passe par la création d'une complémentaire publique, universelle dans son accès, mais dont le prix serait modulé en fonction des ressources.....	16
4. Des réformes sont nécessaires pour pérenniser le régime des ALD.....	19
II. Un nouveau rôle pour les Ocam, au cœur de la modernisation de notre système, leur permettrait de mieux répondre aux besoins de santé	22
1. Après la généralisation pour les salariés, la complémentaire doit être étendue à tous les adultes.....	22
2. Les Ocam doivent avoir un rôle plus important dans la prévention et dans le suivi de la santé des Français.....	23
3. L'extension des possibilités de contractualisation avec les professionnels permettrait aux Ocam de contribuer à une modernisation de l'offre de soins.....	24
4. Les risques associés au développement du rôle des Ocam doivent être maîtrisés	25
Nos cinq propositions phares :.....	27
1. <i>Le vote des taux de remboursement (par grand type de dépenses) par la représentation nationale.....</i>	27
2. <i>L'obligation d'affiliation à une complémentaire santé.....</i>	27
3. <i>La création d'une complémentaire publique contributive.....</i>	27
4. <i>La gratuité des soins pour les mineurs.....</i>	27
5. <i>La refonte périodique et démocratique des ALD.....</i>	27