

Complémentaire santé Sortir de l'incurie

Par Luc Pierron

Le 2 juin 2016

Aux dires de nombreux observateurs, la complémentaire santé serait mal régulée. Malheureusement, c'est moins en dépit, qu'au regard des réformes menées ces dernières années que nous souscrivons à cette critique. Ni le durcissement des contrats dits « responsables », ni la croissance exponentielle des taxes pesant sur les assurés, ni les nouvelles réglementations en matière de paniers et de réseaux de soins ne paraissent à la hauteur des enjeux auquel notre système de santé est confronté.

Oui, l'ambition des pouvoirs publics d'universaliser l'accès à une complémentaire santé apparaît louable et pleinement justifiée. Mais elle ne doit pas s'accompagner d'une publicisation progressive ; « métamorphose silencieuse » louée de toute part, pour détourner l'expression du conseiller d'État Didier Tabuteau.

À ces velléités, nous préférons répondre par une réforme réaliste, rassembleuse et porteuse d'une nouvelle dynamique pour notre système de santé, dans laquelle les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) ne seraient ni négligés, ni voués à disparaître. Plutôt qu'à une libéralisation complète, qui n'a jamais fait ses preuves, c'est à une autre régulation, à un changement de modèle que nous appelons.

Ardente nécessité autant que véritable opportunité, cette meilleure régulation passerait par trois axes de réformes :

- Substituer aux paniers de soins actuels des principes directeurs applicables à l'ensemble des contrats de couverture complémentaire santé (tels que la prévention, la transparence, les solidarités...);*
- Favoriser, par la fiscalité, les investissements dans le système de santé et le financement d'expérimentations à impact social sur les territoires ;*
- Lever les restrictions réglementaires dans certains territoires de santé sur une base concertée et selon des critères objectifs (déserts médicaux, inégalités massives...).*

Loin d'être les seules réponses possibles, ces trois axes cherchent à ouvrir des perspectives nouvelles en exploitant tout le potentiel des opérateurs en présence. Sortir de l'incurie, c'est avant tout mobiliser toutes les forces vives pour répondre aux défis connus par notre système de santé et apporter des solutions pérennes à l'ensemble de la population. Sortir de l'incurie, c'est aussi et surtout parvenir à réenchanter le rêve d'une assurance réellement « solidaire et responsable ».

INTRODUCTION

« Depuis longtemps, les rapports se succèdent avec souvent des recommandations qui renforcent les précédentes, et les principaux axes d'action sont connus »¹.

Un temps considéré comme le meilleur au monde, notre système de santé continue de faire l'unanimité, y compris lorsqu'il s'agit de le réformer. Il est vrai que les acteurs qui le composent convergent à de nombreux points de vue :

- **Sur le diagnostic d'abord** : chronicisation des pathologies, vieillissement des populations, permanence des avancées scientifiques et persistance des inégalités sont autant de défis auxquels il nous faut répondre dans un contexte budgétaire contraint ;
- **Sur les solutions ensuite** : vouloir lier qualité de soin, efficacité économique et performance globale oblige à mieux prévenir, mieux soigner et mieux prendre soin, le tout pour toujours mieux dépenser ;
- **Sur leur complémentarité enfin** : bénéficier de la bonne prise en charge, au bon moment, quel que soit l'endroit où l'on se trouve, induit la mobilisation et l'articulation de nombreuses compétences, du professionnel de santé au patient lui-même, de nombreux financements, publics comme privés, ainsi qu'une gouvernance qui n'opposerait pas le ministère de la Santé à l'assurance-maladie.

Cette convergence dissimule néanmoins une profonde défiance, qui s'est propagée parmi les parties prenantes² du système de santé avant de se cristalliser au sein même des différentes familles d'acteurs³.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam), plus connus sous l'appellation de « complémentaires santé » ou de « mutuelles », ne sont pas épargnés⁴. Les critiques sont là aussi connues : les Ocam seraient synonymes d'injustice et d'inégalités ; ils favoriseraient une privatisation rampante de notre modèle social, quand ce n'est pas son « américanisation » ; ils pervertiraient notre système solidaire et nuiraient aux efforts déjà réalisés, via des coûts de gestion élevés et une absence de maîtrise de leurs tarifs.

¹ A. Cordier (dir.), Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des "sages", La Documentation française, p. 12.

² On peut ici rappeler les oppositions régulières entre notamment médecine de ville et hôpital, professionnels de santé et assurance-maladie.

³ On en veut pour preuve les discussions tendues qui animent annuellement les hôpitaux publics, les cliniques privées et les établissements privés sans but lucratif sur la question des tarifs hospitaliers.

⁴ On renverra en ce sens vers les écrits les plus récents de Didier Tabuteau (« La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Dr. soc.* 2010, p. 85. Du même auteur, *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, 2013).

Encadré 1 - Ocam : de quoi parle-t-on ?

La notion d'Ocam (Organismes complémentaires d'assurance maladie) recouvre l'ensemble des organismes assureurs intervenant dans la prise en charge de frais de santé, à titre privé, en complément de la sécurité sociale. En France, trois familles d'assureurs cohabitent :

Les mutuelles

Sans but lucratif et à gouvernance démocratique, ce qui signifie que leur conseil d'administration est élu par une assemblée générale d'adhérents selon le principe « une personne = une voix »

Les institutions de prévoyance

Sans but lucratif et à gouvernance paritaire, étant donné qu'elles sont créées et gérées par les partenaires sociaux d'une entreprise, d'une branche d'activité ou entre plusieurs branches professionnelles

Les sociétés d'assurance

But lucratif et à gouvernance actionnariale

Forts de ces critiques, les contempteurs des Ocam s'accordent dans leur volonté d'agir. Ici encore, les propositions convergent. L'assurance santé sera strictement réglementée, ou ne sera pas :

- Certains voudraient **élargir le socle de prise en charge de l'assurance-maladie**. Le rôle des complémentaires santé se circonscrirait alors aux seules « prestations qui ne sont pas complètement indispensables, comme par exemple certaines cures thermales »⁵ ;
- D'autres voudraient **créer une complémentaire publique** « à laquelle chacun cotiserait selon son niveau de ressources »⁶. Cette offre s'ajouterait aux contrats proposés par les opérateurs privés, qui lui feraient concurrence s'ils n'acceptaient pas de la distribuer ;
- D'autres encore voudraient « **organiser un financement des soins unifié** »⁷. Deux options sont proposées : dans la première, les Ocam disparaîtraient derrière un monopole public ; dans la seconde, ils proposeraient tous un même contrat standardisé, sur lequel la concurrence s'exercerait.

Tous les suffrages vont donc au plus voire au tout-public, même si de telles évolutions demeurent, de l'avis même de leurs promoteurs, « *un objectif difficile à atteindre* »⁸.

⁵ D. Tabuteau, « La "Sécu" continuera-t-elle d'exister dans 70 ans ? », *La Croix*, 6 oct. 2015. Plus largement, voir A. Grimaldi, D. Tabuteau, F. Bourdillon et al., *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Odile Jacob, sept. 2011.

⁶ P. Chalvin et E. Paul, « Les complémentaires peuvent être les vecteurs de la réforme de la santé », *Le Monde Économie*, 7 oct. 2015. Plus largement, v. des mêmes auteurs, *Refonder le rôle des complémentaires dans le système de santé*, Rapport pour la Fondation Jean Jaurès et Cartes sur Table, sept. 2015.

⁷ B. Dormont, P.-Y. Geoffard et J. Tirole, « Refonder l'assurance-maladie », *Les notes du Conseil d'analyse économique*, n°12, avr. 2014.

⁸ *Ibid.*

À ces propositions, nous préférons répondre par une réforme réaliste, rassembleuse et porteuse d'une nouvelle dynamique pour notre système de santé, dans laquelle les Ocam ne seraient ni négligés, ni voués à disparaître.

En premier lieu, parce que ce secteur concerne encore aujourd'hui 600 organismes, plus de 100 000 collaborateurs et près de 34 milliards d'euros de cotisations collectées annuellement⁹. En deuxième lieu, parce que la dépense de soins et de biens médicaux est financée à hauteur de 25,7 milliards d'euros par les complémentaires santé (13,5 % de la dépense totale), en augmentation de 28,6 % depuis 2006¹⁰. En troisième lieu, parce que les mutuelles, pour ne prendre que leur exemple, participent déjà pleinement à l'offre de soins : premier réseau sanitaire et social de France, elles gèrent au total 2 500 services de soins et d'accompagnement mutualistes. C'est donc moins l'assise historique que la réalité économique et sociale de l'assurance santé qui nous oblige à tenir compte de ce secteur et à capitaliser sur lui.

Le *statu quo* n'est pas pour autant admissible. La couverture de la population doit être améliorée. L'égal accès à la santé doit passer du droit aux faits. L'optimisation des dépenses doit être poursuivie. En réponse à ces trois enjeux, l'ambition des pouvoirs publics d'universaliser l'accès à une complémentaire santé apparaît louable et pleinement justifiée¹¹. Mais pourquoi séparer les réflexions sur l'accès à une couverture assurantielle de celles sur la qualité des couvertures offertes, leur impact économique et social, ce qu'elles financent réellement et les solidarités qu'elles organisent entre les assurés ?

Gestionnaires d'action sociale, offreurs de soins... les Ocam font bien autre chose que rembourser des honoraires médicaux et des boîtes de médicaments. Les réduire à un tel rôle apparaît même contreproductif au vu de ce qu'ils représentent réellement. Couvrant déjà près de 9 Français sur 1012, ils constituent un formidable levier d'amélioration de notre système de santé. La régulation des Ocam doit pour cela être repensée. Celle-ci souffre de trop nombreuses insuffisances. Les dernières réformes menées¹³ ne sont d'ailleurs pas parvenues à inverser cette tendance. Pire, l'incohérence du cadre réglementaire, la fiscalisation progressive des opérateurs et l'interdiction de certaines pratiques ont contribué à étouffer les possibilités d'un secteur sous-exploité (1). Alors que s'est engagée la généralisation de la complémentaire santé en entreprise le 1er janvier 2016, des réflexions alternatives paraissent devoir être proposées (2).

⁹ A. Montaut, « Assurance complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain », *Études et Résultats* 2016, n°952, Drees.

¹⁰ DREES, *Les comptes nationaux de la santé 2014*, sept. 2015.

¹¹ T. C. Buchmueller et al., « Access to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter? Evidence from France », *Health Economics* 2004, 13(7), pp. 669-687 – P. Dourgnon et al., « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Economie publique* 2012, n°28-29, pp. 123-147 – F. Jusot, « La complémentaire santé : une source d'inégalités face à la santé ? », *Les Tribunes de la santé* 2014, n°43, pp. 69-78.

¹² N. Célant, S. Guillaume et T. Rochereau, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », IRDES, juin 2014.

¹³ Parmi ces réformes, il est possible de citer le durcissement des contrats dits « responsables », la croissance exponentielle des taxes pesant sur les assurés ainsi que les nouvelles réglementations en matière de paniers et de réseaux de soins.

1 - ÉTAT DES LIEUX : ENTRE REFORMES ET MEFORMES

Les Ocam sont incités à proposer des offres aux cahiers des charges toujours plus précis, définis par les pouvoirs publics (1.1). L'incitation repose sur une fiscalité qui a connu une progression exponentielle ces dernières années, sans garantie de meilleures prises en charge (1.2). De plus, cette régulation du financement de la santé ne s'est jamais accompagnée de la possibilité pour les Ocam de participer pleinement à la régulation de l'offre de soins, ce qui a renforcé le caractère inflationniste du système (1.3).

1.1 - UNE REGLEMENTATION ALIENANTE

- Le cadre actuel

Pour réguler les Ocam, les pouvoirs publics ont toujours privilégié un encadrement des contrats d'assurance. Cet encadrement passe à la fois par la définition de « paniers de soins » (cahiers des charges indiquant ce qui doit ou non être financé par les garanties comprises dans les offres d'assurance) et l'interdiction de certaines pratiques. Le respect de ces prescriptions donne droit à l'octroi d'un label, celui de « contrat solidaire et responsable », ainsi qu'à une fiscalité avantageuse.

Récemment renforcé, ce label concernait jusqu'alors 96 % des personnes couvertes par une complémentaire santé. Une série de dispositifs ciblés d'aides au financement d'une complémentaire santé s'est par la suite greffée sur ce socle réglementaire. Ils sont ouverts à des publics selon leurs ressources ou leur âge, ainsi qu'à des catégories de travailleurs prédéfinies (fonctions publiques, indépendants, salariés du secteur privé).

Si chacun de ces dispositifs respecte *a minima* les conditions d'obtention du label « solidaire et responsable », tous offrent une couverture différente sans véritable égard à la spécificité de la population protégée.

- Une généralisation paradoxale

Louable à première vue, cette volonté de généraliser la complémentaire santé dans les mêmes conditions que l'universalisation de la sécurité sociale, à savoir morceau par morceau, est critiquable. En institutionnalisant pour chaque catégorie de la population une couverture spécifique, les pouvoirs publics ne neutralisent pas la tendance à la segmentation des risques¹⁴ qui s'est progressivement imposée à l'ensemble des Ocam sous l'influence des mécanismes de marché. Bien au contraire, ils l'ont encouragée et consolidée, mettant ainsi à mal la loi des grands nombres, pourtant au fondement d'assurances sociales alliant mutualisation et solidarité.

Dans le cas de l'assurance santé, la structuration dans la durée de segments autonomes les uns des autres se fait au détriment d'espaces de solidarité à reconquérir (entre les bien-portants et les

¹⁴ La segmentation en assurance a été définie comme l'opération par laquelle l'assureur distingue les risques qu'il prend en charge, afin de les classer dans des catégories de risques homogènes et de leur appliquer un traitement adéquat en ce qui concerne le tarif et la garantie (<http://goo.gl/Ka0QfP>).

malades, les plus jeunes et les plus âgés, les plus riches et les plus pauvres), ce qui contribue en définitive à une augmentation des tarifs et/ou à une moindre prise en charge des assurés.

La régulation par les paniers de soins laisse aussi à penser que la vertu dépend uniquement de planchers et de plafonds de garanties. Or, on pourrait estimer qu'une couverture performante repose avant tout sur une véritable solidarité entre les populations couvertes (qu'elle soit intergénérationnelle ou tournée vers les plus fragiles), voire qu'elle permette de lutter contre les inégalités de santé.

Pire, les planchers et plafonds choisis posent problème par eux-mêmes. Les premiers, trop élevés, peuvent exclure certaines populations à faibles ressources du bénéfice de contrats réglementés, donc du régime de faveur afférent ; les seconds, trop élevés eux aussi, permettent de continuer d'accorder des garanties très généreuses, déconnectées de toute idée de besoin, à ceux qui le souhaitent et, surtout, à ceux qui en ont les moyens financiers. À cela s'ajoute la difficulté de recourir à des niveaux de prise en charge pour délimiter ce qui relève des dépenses nécessaires, de confort et somptuaires dans un contexte où la science et la technique sont en pleine transformation.

D'une segmentation des risques, on aboutit alors à une contradiction : si de plus en plus de personnes sont équipées en complémentaire santé, rien n'incite à ce qu'ils le soient aux meilleures conditions.

- Une conception surannée

La réalité du marché français de l'assurance santé n'est pas non plus prise en compte. Pour beaucoup d'opérateurs, ce marché n'est pas un moyen de réaliser des profits¹⁵. Il sert bien plutôt de porte d'entrée vers d'autres débouchés (assurantiels ou non). Par conséquent, tout procédé de mise en concurrence préalable à la sélection d'un Ocam, par les seuls coûts, constitue une véritable opportunité de « mise en lumière » d'offres et de services sans rapport avec la santé. Pire, l'encadrement strict des paniers de soins prolonge les logiques de « dumping » déjà existantes, la concurrence ne pouvant s'exercer que sur les prix, à défaut de marges de manœuvre sur les garanties. Ce sont alors les équilibres assurantiels qui se retrouvent compromis, une baisse des prix pouvant simplement être la conséquence d'un contrat sous-coté et/ou financé par ailleurs. Or, l'activité d'assurance ne peut se financer par des déficits, d'autant qu'elle oblige à disposer en permanence d'actifs financiers suffisants pour garantir aux assurés le bénéfice de leur couverture.

Les modes de régulation choisis par les pouvoirs publics perpétuent en outre l'étanchéité quasi-totale entre les Ocam et le système de santé. Alors que les organismes assureurs sont financeurs voire, pour certains actes et prestations, principaux financeurs de ce système¹⁶, les paniers de soins réglementés n'encadrent que la capacité des opérateurs à solvabiliser la demande de soins. Pourtant, dans la quête d'un égal accès à des soins de qualité, la régulation de l'offre devrait également être interrogée. Un encadrement des remboursements médicaux ne peut être considéré

¹⁵ Pour rappel, le résultat technique de l'activité d'assurance santé n'est que de 0,7 % (228 Meuros d'excédents sur 33 Mdeuros de primes récoltées) : DREES, *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, mai 2015.

¹⁶ On peut citer en exemples l'optique, le dentaire et les audioprothèses.

comme suffisant, à lui seul, pour réduire les restes à charge de la population. A fortiori si, comme c'est le cas aujourd'hui, la politique de régulation des tarifs des professionnels de santé est défailante.

Maintenus dans un rôle de « payeurs aveugles », les Ocam sont placés dans une situation paradoxale, en étant contraints, lorsqu'ils investissent le marché de la santé, d'aggraver les pressions inflationnistes que connaît déjà le système. Inversement, toute régulation des Ocam peut avoir des répercussions économiques importantes, non seulement sur les établissements et les professionnels de santé, mais aussi sur un large tissu industriel, français notamment (industries pharmaceutiques, fabricants de dispositifs médicaux). Pourtant, les pouvoirs publics mènent encore trop rarement de réflexion globale, en amont comme en aval, sur l'impact de leur action sur l'intégralité de la chaîne de valeur en santé.

- Un impact médico-économique limité

Les paniers de soins n'apportent qu'une réponse partielle aux préoccupations de notre système de santé.

En premier lieu, les actuels contrats responsables participent de la banalisation des dépassements d'honoraires, au lieu d'ouvrir la voie vers de nouveaux modes de rémunération. Rien qu'entre 2012 et 2014, ces dépassements ont crû de 6,6 % pour atteindre 2,8 milliards d'euros entièrement supportés par les ménages et les complémentaires santé. Les récents efforts de la Cnamts en la matière n'ont eu que peu d'effet sur la régulation des tarifs. Pire, ils n'ont abouti en fin de compte qu'à légitimer les Ocam dans le seul rôle qui leur est aujourd'hui dévolu : celui de payeur aveugle.

En deuxième lieu, les contrats responsables n'ont pas besoin de prévoir des garanties en matière de soins dentaires et d'audioprothèse pour être labellisés. Dans ces deux secteurs, les Ocam sont pourtant les principaux financeurs. Ces contrats ne sont pas non plus de nature à favoriser l'atteinte d'objectifs pourtant reconnus comme des objectifs de santé publique, tels que la consommation de génériques ou l'utilisation de certains vaccins.

En troisième lieu, les contrats peuvent être qualifiés de responsables sans intégrer dans le panier de garanties à couvrir des actes réalisés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (Ehpad notamment). Seules les prestations des établissements de santé doivent être prises en charge. Malgré l'immense enjeu que représente le financement de la perte d'autonomie, celle-ci n'est donc couverte que très partiellement.

En quatrième et dernier lieu, rien n'est envisagé pour favoriser l'investissement des assureurs dans l'amélioration du système de santé.

- Les limites d'une approche par contrat

En accordant les labels contrat par contrat, l'administration a entendu favoriser le développement de « contrats socles » et de « contrats surcomplémentaires », en lieu et place de contrats uniques (composés de garanties de base communes à tous les bénéficiaires et d'options de couverture

facultatives). De cette façon, un contrat surcomplémentaire pourra ne pas être responsable, alors même que le contrat socle sur lequel il s'appuie le sera. Autrement dit, le principal dispositif de régulation des Ocam se révèle aisément contournable.

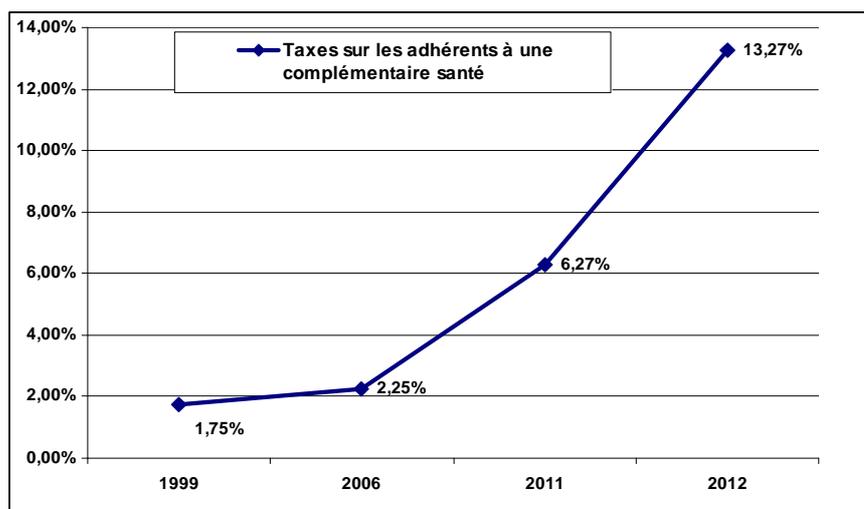
C'est pourtant le fait pour les Ocam d'offrir de tels paniers de soins qui conditionne le bénéfice d'un régime de faveur.

1.2 - UNE FISCALITE SIBYLLINE

- Une progression continue

Contrairement à d'autres secteurs d'activité, l'assurance est exonérée de TVA. Elle n'en demeure pas moins soumise à taxation. Depuis le 1er janvier 2016, le chiffre d'affaires réalisé en assurance santé par les Ocam est assujéti à la seule taxe de solidarité additionnelle (TSA).

Au cours des quinze dernières années, la fiscalité applicable à la complémentaire santé a connu une progression exponentielle (+ 658 %).



Alors que les complémentaires santé labellisées sont taxées à hauteur de 13,27 %, les autres contrats le sont à hauteur de 20,27 %. Le montant cumulé de ces taxes normale et majorée représente 4,2 milliards d'euros de recettes publiques annuelles.

- La progression : pour quoi faire ?

Cette progression de la fiscalité doit également être observée à travers le prisme des aides publiques servant à l'acquisition d'une complémentaire santé. A l'heure actuelle, les pouvoirs publics prélèvent chaque année 4,2 milliards d'euros sur les souscripteurs d'une complémentaire santé en même temps qu'ils encouragent l'acquisition d'une telle couverture via des aides publiques à hauteur de 4,7 milliards d'euros par an. Un tel constat ferait sens s'il était basé sur un système redistributif, quel

qu'en soit la forme (solidarité verticale ou horizontale). Or, seule la moitié de ces aides est versée à des publics précaires¹⁷, le reliquat bénéficiant à d'autres catégories de la population sur la seule base de leur statut professionnel¹⁸.

En définitive, la fiscalité de la complémentaire santé, dans les conditions et l'environnement d'aujourd'hui, se révèle à la fois :

- Élevée, dès lors qu'elle pèse sur l'accès aux soins du plus grand nombre, donc sur des services de première nécessité ;
- Inéquitable, puisqu'elle varie selon le type de contrats souscrits et le secteur d'activité, voire l'entreprise d'appartenance ;
- Absconse, étant donné qu'elle incite à poursuivre des objectifs – l'acquisition d'une couverture labellisée notamment – en eux-mêmes critiquables.

Les importantes restrictions dont font l'objet les réseaux de soins aggravent les constats d'une prise en charge lacunaire et d'une fiscalité mal ciblée.

1.3 - UNE OFFRE DE SOINS NEGLIGEE

- Les réseaux : un outil parmi d'autres

On appelle « réseaux de soins » la possibilité laissée aux Ocam de négocier et conclure avec les professionnels et les établissements ou services de santé des conventions en vue d'agir sur les comportements de soins de l'assuré, sur le contenu, la qualité et le prix des pratiques médicales ainsi que sur la nature et le niveau de leur prise en charge. Par ce biais et sous certaines conditions, il est par exemple possible d'instaurer des remboursements différenciés selon que l'assuré recourt à un professionnel membre ou non d'un réseau.

L'objectif visé est double. D'une part, il s'agit de maîtriser les coûts, en vue de limiter les restes à charge pour les ménages et les cotisations des complémentaires santé. D'autre part, ce dispositif a pour objectif d'améliorer la qualité des soins à travers les engagements pris par les professionnels de santé.

Ainsi, les réseaux, s'ils sont insuffisants à eux seuls pour définir les contours d'une politique de santé ou apporter une réponse exhaustive aux inégalités d'accès aux soins, constituent un outil parmi d'autres pour l'amélioration du système de santé. Pour les Ocam, ils sont également un moyen d'agir sur leur compétitivité prix et hors prix dans un environnement ultra-concurrentiel.

¹⁷ *Ibid.* : en 2014, la CMU et l'ACS ont représenté respectivement 2 Mdeuros et 0,3 Mdeuros.

¹⁸ Haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie, *Avis sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé*, juill. 2013 : en moyenne, les salariés bénéficieraient d'une aide individuelle de 151 euros, les indépendants de 260 euros et les fonctionnaires seulement de 15 euros.

- Un encadrement strict

Depuis la loi Le Roux du 27 janvier 2014, les trois familles d'Ocam sont soumises aux mêmes règles pour créer ce type de réseaux¹⁹. Leur liberté contractuelle est par conséquent encadrée par certains principes fondamentaux.

À l'examen, ces principes peuvent être classés en deux grandes catégories :

- Protéger les droits du patient : sont garantis le droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé ; les principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins ; une obligation d'information complète de l'assuré sur l'existence du conventionnement, ses caractéristiques et l'impact sur ses droits ;
- Protéger les libertés d'exercice des professionnels, des établissements et des services de santé : les clauses d'exclusivité, qui pourraient aboutir à une sélection des professionnels pour accéder aux réseaux, sont en principe interdites. Les critères d'adhésion aux réseaux doivent être « objectifs, transparents et non discriminatoires ». L'encadrement tarifaire des actes et des prestations n'est possible que dans certains domaines (dentaire, optique et audioprothèse). Enfin, le niveau de la prise en charge ne peut jamais être modulé s'agissant des médecins.

En dehors de ces restrictions, la liberté contractuelle s'impose. Un cahier des charges portant sur le type et la qualité du matériel fourni ou s'intéressant à l'amélioration du service rendu à l'utilisateur peut ainsi être appliqué dans le cadre d'un réseau.

- Des marges de manœuvre réduites

Le cadre actuel emporte plusieurs critiques.

L'éviction de principe des médecins nuit au développement et au financement de parcours de soins innovants s'appuyant sur l'ensemble des professionnels de santé. Elle prolonge en outre l'opposition entre assurance-maladie et Ocam, chacun devant intervenir sur des champs précisément délimités et exclusifs l'un de l'autre. Chaque acteur est alors incité à mettre en œuvre sa « propre » politique de santé, au lieu d'envisager des interventions cohérentes et ciblées.

Le droit positif ne permet pas non plus d'organiser, au plus près des territoires, des réseaux ambitieux qui engageraient à la fois des acteurs publics et privés (collectivités territoriales, CPAM, ARS, Ocam, etc.).

Pour finir, les protections offertes aux patients comme aux professionnels dans le cadre des réseaux limitent le développement de solutions propres à répondre à l'ensemble des besoins de santé. D'importants déserts médicaux existent et des inégalités de santé se creusent dès le plus jeune âge

¹⁹ CSS., art. L. 863-8.



pour se cristalliser tout au long de la vie. Or, à vouloir restreindre les capacités de contractualisation des Ocam sur la base de principes généraux et d'un cadre trop rigide, les pouvoirs publics s'interdisent toute possibilité d'expérimenter des idées neuves sur le terrain, là où les besoins se font sentir.

Bien que la régulation actuelle soit triplement défailante, la libéralisation complète de l'assurance santé n'a pas non plus fait ses preuves. L'importance des dépenses de santé aux États-Unis sont un exemple probant d'inefficacité du tout-privé. C'est pourquoi nous préférons appeler à une autre régulation, à un changement de modèle.

2 - CHANGER DE MODELE : « LIBERER L'IMPACT SOCIAL »

Dans ce nouveau modèle de régulation, les Ocam ne seraient soumis qu'à des principes directeurs dans les contrats qu'ils proposent (2.1). Leur activité serait en revanche appréhendée de manière globale pour les inciter à s'engager dans une démarche réellement responsable (2.2). Enfin, sans remettre en cause l'équilibre trouvé par la loi Le Roux, il apparaît indispensable d'élargir les capacités de contractualisation là où les besoins se font ressentir (2.3).

2.1 - UN CONTRAT GOUVERNE PAR DES PRINCIPES DIRECTEURS

- De nouveaux préceptes à définir

Si l'approche par le contrat n'a pas fait preuve de son efficacité dans l'amélioration du système de santé, il faut néanmoins lui reconnaître le mérite d'avoir institutionnalisé des pratiques vertueuses dans le marché de l'assurance. L'interdiction du questionnaire médical pour les contrats labellisés en est la preuve. Dans cette perspective, l'élaboration de principes directeurs applicables à l'ensemble des contrats de couverture complémentaire santé conserve un indéniable intérêt. D'autres pourraient néanmoins être proposés :

- Sur la souscription : pas d'âge maximal d'adhésion ; pas de refus de souscription selon l'état de santé ; transparence absolue sur les modalités de prise en charge ;
 - Sur les garanties : remboursement et incitation régulière à réaliser un bilan de santé ; atteinte d'objectifs de santé publique ; incitation au respect du parcours de soin ;
 - Sur le financement : écart de un à trois entre la cotisation la plus basse et la plus élevée ; pas de tarification selon l'état de santé ; limites tarifaires, âge par âge ; intégration de la rémunération dans le calcul des cotisations ;
 - Sur les engagements de service : « zéro sans solution » (accompagnement de l'assuré dans le système de santé) ;
 - Sur les obligations d'information : transparence dans l'utilisation des données personnelles de santé, sur les coûts de gestion ; répartition analytique de la cotisation.
- Obligation ou incitation

Les Ocam pourraient soit être obligés, soit être fortement incités à respecter ces principes. Dans le premier cas, ces principes constitueraient des conditions de validité des contrats souscrits. Dans le second, ils donneraient simplement lieu à un régime fiscal de faveur, avec un écart de taux plus important qu'aujourd'hui. Le respect de ces principes ferait l'objet d'audits réguliers et d'une obligation déclarative. En l'absence de conformité des contrats, l'autorité de tutelle des Ocam pourrait en prononcer la nullité dans le premier cas, tandis que dans le second, l'administration fiscale infligerait un redressement aux opérateurs récalcitrants.

Ces principes auraient un impact direct sur l'assuré qui se trouverait mieux informé, donc plus libre dans le choix de sa couverture, mais surtout plus à même de bénéficier de ses garanties. Par ailleurs, des principes de solidarité intergénérationnelle, familiale et de rémunération obligerait les Ocam à mettre en œuvre une réelle mutualisation au sein de leur portefeuille, ce qui réduirait d'autant les possibilités de segmentation et de sélection des risques. Premier pas vers un changement de modèle, ces principes doivent s'accompagner d'une meilleure prise en compte de ce qu'est le métier d'Ocam et de ce qu'il pourrait être demain.

2.2 - UNE ACTIVITE ORIENTEE VERS L'IMPACT SOCIAL

- Les Ocam, aussi des investisseurs institutionnels

On a tendance à l'oublier, mais les assureurs santé font bien plus que rembourser des soins : ce sont aussi des investisseurs institutionnels dont les actifs et les fonds propres pourraient utilement servir à l'amélioration de notre système de santé. Ce constat appelle à faire de nouvelles propositions pour inciter les Ocam à adopter une démarche globalement responsable. L'idée ne serait alors plus seulement d'aménager la fiscalité selon les caractéristiques des contrats proposés, mais en fonction de l'utilisation des fonds transitant par l'opérateur d'assurance. De cette façon, les Ocam seraient incités à s'engager dans une dynamique vertueuse pour l'ensemble des cotisations perçues, autrement dit tant sur les garanties offertes que sur les investissements réalisés.

Pour cela, un changement de perspective est nécessaire. Les taxes sont aujourd'hui assises sur le chiffre d'affaires de l'organisme assureur, sans égard à la manière dont celui-ci utilise ses recettes. Les pouvoirs publics ne s'attachent qu'aux cotisations encaissées, quels que soient les actifs disponibles, le montant et la nature des investissements réalisés. Un large pan de l'activité des Ocam ne fait donc l'objet que d'une régulation financière, sans considération aucune pour la santé, faute d'incitation pour les y engager.

Plus largement, ce changement de perspective serait salutaire au vu de la situation actuelle de l'assurance santé, étant donné que les différences de statuts (lucratif/non lucratif, par exemple) ne peuvent guère être prises en compte pour justifier le bénéfice d'aides publiques. Les parties prenantes de ce secteur, où le profit n'existe que de manière très limitée, où la concurrence est sans cesse plus exacerbée, où la réglementation ne va qu'en se durcissant, doivent choisir : se diversifier ou mourir. Envisager les Ocam à travers leurs investissements peut donc apparaître comme un moyen de leur survie, en plus d'être socialement responsable, économiquement utile et politiquement séduisant.

La solution la plus simple consisterait à tenir compte des investissements réalisés dans le système de santé en général. Le financement d'un centre de santé, d'un établissement sanitaire, social ou médico-social, voire de la recherche en santé pourrait ainsi être pris en compte.

De même, rien n'empêcherait les pouvoirs publics de définir des priorités de santé publique dans la Stratégie nationale de santé ou d'organiser une sélection de projets de santé dans lesquels il serait possible d'investir en échange d'un régime de faveur.

Avec plus d'ambition, il serait également possible de s'inspirer des « social impact bonds ».

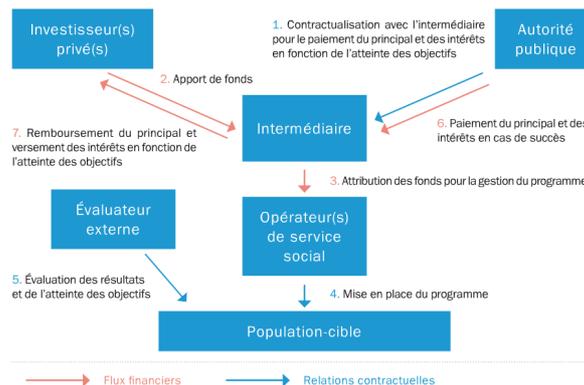
Encadré 2 - Social impact bonds : de quoi parle-t-on ?

Nés au Royaume-Uni avec la Big Society, les « social impact bonds » (SIB), ou contrats à impact social sous leur dénomination française, sont des véhicules financiers dont la rentabilité repose sur un double registre social et financier. Ces contrats « visent à lever des fonds privés pour financer des actions sociales publiques (par exemple : augmenter le taux de réussite scolaire dans des quartiers défavorisés, réduire le taux de récidive des anciens détenus, limiter le nombre de grossesses non désirées chez des adolescentes...). Dans ces montages, le secteur privé assume le risque financier : si les objectifs *ex ante* ne sont pas atteints, il perdra son investissement.

Concrètement, l'investisseur privé finance un opérateur de service social qui prend en charge la mise en œuvre du programme ciblé sur des publics fragiles. Si les objectifs fixés par le contrat sont atteints ou dépassés, l'autorité publique rembourse à l'investisseur les capitaux engagés auxquels s'ajoute un taux d'intérêt pour partie dépendant des économies réalisées. Si les résultats ne sont pas à la hauteur des objectifs fixés dans le contrat, l'autorité publique n'est pas tenue au remboursement des investisseurs »²⁰.

Modèle organisationnel d'un Social Impact Bond

SCHÉMA SIMPLIFIÉ D'UN SIB



Source : Institut de l'Entreprise, novembre 2015

²⁰ Plus largement, voir B. Le Perleven, Y. Nico et B. Gachet, « Social impact bonds : un nouvel outil pour le financement de l'innovation sociale », *Les Notes de l'Institut de l'entreprise*, nov. 2015.

Ainsi, les Ocam pourraient proposer de telles expérimentations aux échelons national ou local qui, si elles entraînent une économie du point de vue des dépenses publiques et/ou remplissent des indicateurs de performance sociale prédéfinis, leur garantiraient un retour sur investissement adéquat, en sus des revenus financiers. Le financement de ces expérimentations par les Ocam se ferait soit sur leurs fonds propres, soit sur des fonds dédiés. Ces derniers pourraient résulter de levées de fonds spécifiques ou, dans le cas des organismes ne pouvant faire appel public à l'épargne tels que les institutions de prévoyance et les mutuelles, via les certificats paritaires ou mutualistes²¹.

Au vu des nombreux facteurs susceptibles d'influer sur l'état de santé (niveau de revenu, capital social, éducation, environnement, conditions de travail, logement, patrimoine biologique et génétique...), les possibilités seraient quasi-infinies, sous réserve de leur validation préalable par une autorité publique, centrale ou décentralisée, et de leur évaluation à terme.

Le développement des SIB dans l'assurance santé serait en outre un excellent moyen de défricher de nouvelles activités pour les Ocam, de renouveler leurs modes d'intervention dans le système de santé, tout en apportant des solutions innovantes aux besoins de la population. Ils offriraient également un cadre idéal pour favoriser de nouvelles synergies entre acteurs publics et privés. Par exemple, des accès spécifiques aux données de santé pourraient être ouverts aux Ocam s'engageant dans une stratégie globale de prévention et de lutte contre une maladie chronique.

D'aucuns voudraient voir dans cette proposition une énième tentative de privatisation des questions sociales. Or, comme l'a récemment rappelé un collectif d'entrepreneurs sociaux²², « la caricature est l'ennemie du réel. Car dans l'expérimentation française, il ne s'agit pas de confier au secteur privé la mise en œuvre opérationnelle de programmes sociaux innovants, mais de les financer dans un cadre régulé, un périmètre déterminé, une durée limitée ». Eux-mêmes reconnaissent d'ailleurs avoir besoin de prendre appui sur une plus large gamme de financements que par le passé pour sécuriser leurs actions et changer d'échelle : « levée de fonds, financements participatifs, philanthropie... et contrats à impact social ». « C'est aussi une occasion donnée demain de flécher une part grandissante de l'épargne dans l'humain, et non seulement dans la recherche du meilleur rendement financier ». Pour conclure : « ne nous privons pas de saisir toute opportunité de réarrimer la finance dans le réel ».

²¹ À mi-chemin entre actions et obligations, ces certificats sont une alternative à l'appel public à l'épargne, impossible pour ce qui concerne les mutuelles et les institutions de prévoyance, à défaut de capital social. Émis à destination des seuls adhérents et sociétaires, ils ne donnent lieu ni à un droit de vote, ni à un droit sur l'actif. L'émission de tels certificats passe par une résolution de l'assemblée générale. La rémunération de ces titres est plafonnée à une part du résultat cumulé sur les trois derniers exercices ou, s'il est négatif, à une part du dernier exercice clos.

²² Collectif, « Le recours au financement privé n'est pas une solution providentielle mais un levier supplémentaire pour innover », *le Monde.fr*, 14 mars 2016 - <http://goo.gl/gHJ3BC>

En ce sens, et afin de capitaliser sur les expériences anglaises tout en privilégiant la prise en compte des spécificités françaises, un rapport sur l'investissement à impact social a été rédigé, à l'initiative notamment de Benoît Hamon, alors ministre délégué à l'Économie sociale et solidaire²³. Contrairement au Royaume-Uni, les contrats à impact social n'auraient pas vocation à remplacer une politique publique existante ou à se substituer aux financements traditionnels des activités d'utilité sociale. Au contraire, ces contrats sont décidés, non pas en opposition ou en remplacement, mais en complément des moyens publics. Pour rappel, ils ne visent qu'à répondre à des besoins sociaux non ou mal satisfaits dont l'opérateur a des difficultés à assurer le financement à des conditions normales de marché.

Pour s'en assurer, il suffirait que les possibilités d'investissement soient clairement définies et encadrées en amont. L'obligation de contractualiser avec la puissance publique pour organiser et mettre en œuvre ce type d'investissement constitue, en tout état de cause, un excellent moyen de se préserver des effets pervers d'une financiarisation des questions de santé. Le lancement récent par le ministère de l'Économie et des Finances d'une expérimentation sur les « contrats à impact social » permet d'inscrire une telle avancée sous les meilleurs auspices concernant les Ocam.

En synthèse, « il s'agit d'un dispositif de financement "triple gagnant" »²⁴, en plus d'être adapté à l'assurance santé, « car il permet de s'assurer de l'efficacité des dépenses d'innovation en mesurant le résultat des actions menées, de récompenser la prise de risque lorsque le projet réussit, et de permettre, quelle qu'en soit l'issue, d'expérimenter d'un programme innovant d'actions destinées à prévenir des risques sociaux. La vérification de l'atteinte des objectifs est assurée par un expert évaluateur, selon les modalités prévues par le projet ».

Encadré 3 - Exemples de *social impact bonds* en matière de santé et de services sociaux au Royaume-Uni (source : *Policy innovation research unit*, Royaume-Uni²⁵)

Le *Sandwell SIB* concerne les patients bénéficiant de soins palliatifs et d'accompagnement en fin de vie. Un centre de coordination et un parcours de soins repensé permettent d'améliorer la communication entre les fournisseurs de services, les patients et les personnels soignants. Deux métriques sont utilisées pour mesurer les résultats du SIB : une augmentation des décès à domicile pour les utilisateurs des services, et une réduction du taux d'admission en services d'urgence dans le dernier mois de la vie.

The Green Dreams Project propose des solutions pour lutter contre le chômage, l'isolement et les baisses de qualité de vie. Les patients sont mis en relation avec des praticiens généralistes qui leur apportent un soutien individualisé. Une fois cela réalisé, les gestionnaires de projet *Green Dreams* prennent la main via une « triade de soins » qui comprend : des soins coordonnés et sur-

²³ H. Sibille (prés.), « Comment et pourquoi favoriser des investissements à impact social ? Innover financièrement pour innover socialement », *Rapport du Comité français sur l'investissement à impact social*, sept. 2014 : <http://goo.gl/Vdbe72>

²⁴ Cahier des charges de l'appel à projets de contrats à impact social, mars 2016 : <http://goo.gl/W2nC4e>

²⁵ S. Tal. et al., « An investigation of social impact bonds for health and social care », Rand Europe, avr. 2015 : <http://www.rand.org/randeurope/research/projects/social-impact-bonds-for-health-social-care.html>

mesure ; l'apport de solutions aux besoins de santé et sociaux ; des opportunités pour s'investir dans des activités communautaires.

Les résultats sont mesurés sur une diminution des personnes isolées, le retour en emploi ou en études. Des bénéfices ont également pu être constatés en matière de logement, d'endettement, de santé mentale et de nutrition.

Le *Leeds SIB* cible une cohorte de 70-100 patients âgés de 18 à 64 ans ayant des besoins très complexes du fait de leurs conditions physiques. Grâce à un centre de soins infirmiers et d'une équipe infirmière mobile, cette action permet d'éviter des admissions dans les hôpitaux en plus d'offrir de meilleurs résultats pour les patients vivant à domicile ou devenus incapables de résider chez eux. Les résultats sont mesurés en termes d'efficience tant sur le plan financier que de qualité des soins.

- Sur la fiscalité

Deux propositions d'incitations fiscales semblent opportunes pour que les Ocam s'engagent dans de tels investissements :

- Imaginer une réduction de TSA en fonction des investissements réalisés : l'impôt à payer serait alors proportionnellement réduit sur une base réelle (1 euros investi = 1 euros de réduction d'impôt) ou après application d'un coefficient de minoration (1 euros = 50 centimes) ;
- Tenir compte du montant de cotisations redistribué ou investi : l'Ocam bénéficierait d'une fiscalité très faible, voire nulle, si les prestations versées et les investissements réalisés égalaient, ou dépassaient, les cotisations perçues sur une base annuelle ou pluriannuelle. À l'inverse, un opérateur qui n'investirait pas dans les dispositifs cibles aurait une fiscalité plus élevée.

Cette proposition permettrait de sortir d'une régulation centrée sur la couverture complémentaire santé tout en amenant les Ocam à se mobiliser pour investir dans l'amélioration du système de santé. Plus largement, elle redonnerait à la santé ses lettres de noblesse en acceptant qu'elle puisse aujourd'hui se situer dans le marché, mais dans un marché régulé qui reposerait sur des fondations différentes d'autres secteurs d'activité. Outre la fiscalité, une réflexion pourrait être menée sur l'aménagement des règles prudentielles imposées aux assureurs dans l'optique de favoriser de tels investissements. En toute hypothèse, l'innovation sociale passe aussi par l'imagination de réponses concertées au plus près des territoires.

2.3 - UNE REPONSE ADAPTEE AUX INEGALITES

En se présentant sous la forme d'une série de principes généraux et absolus, la loi Le Roux est caractéristique de la défiance qui règne dans le secteur de la santé. Militer pour une libéralisation des réseaux de soins dans un tel contexte ne ferait qu'exacerber les tensions existantes entre les professionnels de santé et les Ocam. Pour changer de modèle, il faut d'abord commencer par légitimer l'intervention de ces organismes dans la régulation de l'offre de soins.

La définition de zones franches constituerait un excellent point de départ. On entend par « zones franches » un territoire de santé où certains principes et interdictions verraient leur portée limitée si ce n'est annihilée. Ces territoires seraient délimités par les différentes parties prenantes du système de santé sur une base concertée et selon des critères objectifs (déserts médicaux, inégalités massives...). Il s'agirait donc d'ouvrir l'étendue des possibles dans certaines zones géographiques pour expérimenter de nouvelles solutions sans pouvoir se voir opposer des restrictions réglementaires de nature à limiter les actions unanimement jugées légitimes et pertinentes.

Les actions possibles pourraient viser à :

- L'amélioration de l'accès financier aux soins ;
- La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- La mise en place de programmes spécifiques de promotion de la santé, de prévention ou d'éducation thérapeutique ;
- l'aide à la coordination des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé.

L'acceptation d'une telle proposition constituerait une inversion du schéma de pensée actuel, les expérimentations devant pour l'heure être autorisées par la loi, puis validées par une agence régionale de santé, avant de pouvoir être mises en œuvre concrètement avec des financements dédiés.

Elle emporterait au surplus divers avantages. Les zones franches seraient l'occasion de laisser libre cours à l'entrepreneuriat et à l'innovation des acteurs publics et privés au profit d'un meilleur système de santé. Elles contribueraient largement à libérer les énergies pour favoriser l'accès aux soins, combattre les inégalités de santé, maîtriser les dépenses. Comme l'ensemble des acteurs, les Ocam pourraient y développer et tester des actions ciblées avant d'en envisager la généralisation sur l'ensemble du territoire. De cette façon, ils seraient en mesure de démontrer leur impact positif dès lors qu'ils sont incités à agir positivement dans un cadre régulé.

CONCLUSION

Trop souvent encore les solutions publiques sont jugées à la hâte comme idéales en même temps que le secteur privé est considéré comme l'ennemi honni. En santé, ce clivage n'a aucune raison d'être à partir du moment où le secteur appelle une intervention croisée et partenariale d'acteurs de toute nature et qu'une juste régulation est imaginée.

Les trois axes proposés ne sont pas les seules réponses possibles aux problématiques connues par notre système de santé. Ils ne se veulent pas non plus parfaits, d'autant qu'ils ne couvrent qu'un champ particulièrement réduit. Ils cherchent néanmoins à ouvrir des perspectives nouvelles en exploitant tout le potentiel des opérateurs en présence plutôt qu'en militant pour leur disparition.

Sortir de l'incurie, c'est avant tout mobiliser toutes les forces vives pour répondre aux défis de notre système de santé et apporter des solutions pérennes à l'ensemble de la population.

Sortir de l'incurie, c'est aussi et surtout parvenir à réenchanter le rêve d'une assurance réellement « solidaire et responsable ».