

Foliocollection

Actes du 16^e Colloque professionnel Ipse
vendredi 2 décembre 2016

2016 Année ANI Horribilis ou An 01 de la nouvelle complémentaire généralisée



Institut de la protection sociale européenne

L'Ipse remercie
Le Crédit Coopératif pour son soutien actif apporté
à l'organisation de ce 16^e Colloque professionnel Ipse.

Lieu de la conférence



Le Crédit Coopératif
12 Boulevard de Pesaro, 92000 Nanterre

Sommaire

Ouverture du 16^e Colloque professionnel Ipse

Bernard Petit-Jean _____	4
<i>Président de l'Ipsé</i>	

Présentation des enjeux du Colloque

Dominique Boucher _____	6
<i>Délégué général de l'Ipsé</i>	
Jean-Marc Leverrier _____	8
<i>Actuaire Conseil, JML Conseil</i>	

La généralisation de la complémentaire santé a-t-elle atteint son but ?

Evelyne Guillet _____	9
<i>Directrice Santé, CTIP</i>	
Agnès Bocognano _____	16
<i>Directrice déléguée santé de la FNMF</i>	
Gabrielle Clotuche _____	19
<i>Ancienne DG de la sécurité sociale en Belgique, ancienne Directrice de l'unité Protection sociale au sein de la DG Affaires sociales de la Commission européenne, Co-présidente du conseil d'orientation de l'Ipsé</i>	

La différenciation entre opérateurs est-elle significative ou bigarrée ?

Catherine Touvrey _____	12
<i>Directrice générale, Harmonie Mutuelle</i>	
Alexandre André _____	22
<i>Directeur général, La Fabrique d'Assurances</i>	

Quelle considération pour les usagers de la santé ?

Magali Léo _____	29
<i>Chargée de missions, Conseil Inter associatif sur la Santé (CISS)</i>	

Conclusions

Jean-Louis Bancel _____	32
<i>Président de la Fabrique d'Assurances, Président de la Mutuelle Centrale des Finances, Président de Coop Fr, Fédération des Entreprises Coopératives</i>	

Ouverture du 16^e Colloque professionnel Ipse



Bernard Petit-Jean
Président de L'Ipsé

Aujourd'hui, nous allons reprendre le dossier sur la généralisation de la complémentaire. L'Ipsé a déjà traité ce thème dès 2013 à travers ses colloques. A cette époque, nous ne savions pas encore comment cette généralisation allait se concrétiser. Le débat portait sur les clauses de désignations, l'organisation de la mutualité des paritaires et des contrats individuels et collectifs.

Aujourd'hui, la complémentaire se met en place progressivement car elle est soumise à une obligation depuis janvier 2016. Beaucoup de questions restent en suspens. On constate ces derniers temps la réalisation de nombreux bilans intermédiaires concernant la mise en place de la complémentaire santé : ces derniers sont souvent partiels ou partiels. Essayons donc d'y voir un peu plus clair.

Cette généralisation de la couverture a-t-elle été réelle ? On parle de 30% de personnes qui ne seraient toujours pas couvertes, qu'en est-il réellement ?

Quelles sont les garanties offertes ? Il semblerait que des options de

base aient été proposées mais généralement, grâce à l'impact du dialogue social, les contrats mis en place sont souvent supérieurs aux options de base.

L'offre actuelle de contrats de base conduit-elle au développement de la surcomplémentaire ? Il est vrai que des assureurs, des opérateurs sont venus immédiatement proposer des contrats en surcomplémentaire.

Comment vont évoluer les contrats dits « responsables » ? Ils devront tous être mis en place à partir de janvier 2018. Lors d'un précédent colloque, nous nous étions interrogés sur ces contrats en nous disant qu'il serait plus judicieux de s'attaquer aux contrats irresponsables plutôt que de plaider pour des contrats responsables. Et ce, d'autant plus qu'une surenchère est faite par les négociateurs eux même y compris dans les négociations sur la mise en place de contrats liés à la santé ou à la prévoyance. **Une certaine incompréhension entoure ces contrats.** Ceux qui les avaient souscrits se demandaient pourquoi ils étaient moins bien couverts. Alors, aujourd'hui, certains employeurs proposent des contrats qui sortent du champ des contrats responsables afin de satisfaire les négociateurs.

De gros efforts d'explications restent aussi à fournir pour les salariés qui basculent de l'individuel vers le collectif notamment concernant la prise en charge à 50%.

Un autre sujet doit être abordé, il s'agit des **problèmes de tarification**. Du dumping a été fait sur les contrats de base. Certains assureurs

« la complémentaire se met en place progressivement car elle est soumise à une obligation depuis janvier 2016 »

proposent des prix qui défient toute concurrence, tels que les mutuelles municipales. Parallèlement à leurs prix très bas, ils proposaient une surcomplémentaire. Ils pensaient ainsi récupérer sur la complémentaire ce qu'ils ne gagnaient pas sur le contrat de base, et ainsi décrocher le marché.

Je me permets de faire une petite information d'actualité. La loi de 2013 contient la mise en place de négociation pour la prévoyance.

Dans le PLFSS¹ 2017, des amendements ont été posés dernièrement pour développer la prévoyance obligatoire dans les branches ou dans les entreprises et un débat a lieu sur les clauses de mutualisation. L'Ipsé travaille sur ce sujet afin de chiffrer l'impact que pourrait avoir un accord sur la prévoyance, l'impact pourrait être de 200 Millions sur la sécurité sociale.

On va aujourd'hui travailler sur une série de questions : la généralisation de la complémentaire santé a-t-elle atteint son but ? La différenciation entre opérateurs reste t-elle significative ? Quelles considérations pour les usagers de la santé ?

Je voulais simplement vous remercier à nouveau, remercier les experts qui vont intervenir dans cette assemblée et nous souhaiter aux uns et aux autres, un fructueux travail. ■

¹ Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

Présentation des enjeux du colloque



Dominique Boucher
Délégué général de l'Ipsé

Jean-Louis Bancel ne se renouvelle pas à la présidence du collège de comptabilité nationale et m'a prié de vous faire part de cette décision.

Le présent colloque porte sur le sujet suivant : « ANI *horribilis* ou année 1 de la nouvelle complémentaire généralisée ». Cette généralisation avait déjà été évoquée lors du Congrès de Nice en 2012 par François Hollande. Mais à l'époque, il s'agissait d'un projet de généralisation à toute la population.

Notre sujet d'aujourd'hui, l'ANI¹, est constamment évoqué dans les publicités et les communications. Mais l'ANI n'est que l'article 1 d'un accord national interprofessionnel. Cet accord contractuel va bien plus loin sur l'avenir du travail. Il ne constitue qu'un élément de la loi Travail. Et d'après quelques com-

mentateurs, cet article 1 a été cédé pour faire passer deux articles plus difficiles qui suivaient dans la loi. De plus, on constate avec étonnement que bien que cet accord soit issu du monde contractuel, c'est à dire d'un accord entre partenaires sociaux, les publicités sont adressées essentiellement aux patrons et sur un ton très condescendant. Un manque de dynamique contractuelle se fait donc ressentir.

La généralisation de la complémentaire santé aujourd'hui devra être observée dans le cadre plus général de l'ensemble de la protection sociale, sans oublier la sécurité sociale. Demandons-nous si cette généralisation de la complémentaire santé est un renforcement de la protection sociale solidaire ou une substitution au désengagement déjà engagé depuis les lois Weil (qui consistaient à confier aux complémentaires, tout ce qui n'était pas du ressort des affections de longue durée).■

¹ Accord National Interprofessionnel

La généralisation de la complémentaire santé a-t-elle atteint son but ?

La représentante du cabinet de Marisol Tourraine n'a pas pu être parmi nous aujourd'hui. Toutefois, pour pallier à cette absence, Jean-Marc Leverrier restitue ce qu'il comprend du point de vue du Ministère afin de justifier la généralisation de la complémentaire santé.

La démarche de généralisation présente une certaine cohérence. **Avant ce processus, 94% des gens étaient déjà couverts par une complémentaire.** Dans ce cas, pourquoi généraliser quelque chose qui l'est déjà ?

Cette démarche est d'abord issue d'une négociation entre partenaires sociaux. Ce choix présente une rationalité. Il s'agit de la nécessité de développer la portabilité, c'est-à-dire faire en sorte que les salariés aient la garantie d'une protection sociale continue entre deux contrats. La protection sociale du contrat précédent perdure pendant un certain temps. Or cette portabilité s'organise à partir de contrats collectifs obligatoires, il était donc logique de demander à ce que cette complémentaire santé pour les actifs soit intégrée dans des contrats collectifs obligatoires pour garantir cette portabilité au même titre que celle de la prévoyance. Nous pouvons alors nous deman-

der pourquoi les pouvoirs publics sont intervenus. L'intervention des pouvoirs publics n'a-t-elle pas été source de troubles, d'autant plus qu'elle a donné lieu à un recours devant le Conseil constitutionnel au sujet des clauses de désignation ? En fait, le passage par les pouvoirs publics était indispensable car tout accord social, pour être valable et rendu obligatoire dans toutes les entreprises, nécessite au moins un arrêté d'extension.

Parmi les mesures rajoutées dans la loi y compris pour les aspects fiscaux et sociaux, il y a les contrats responsables avec les minima et maxima de garanties pour pouvoir bénéficier des avantages sociaux et fiscaux des cotisations. Fondamentalement, les pouvoirs publics voulaient des plafonds de prise en charge en tant que responsables de l'équilibre de l'assurance maladie obligatoire. Il s'est avéré que plus les personnes ont des garanties élevées, plus elles ont recours aux garanties de bases. Donc le fait de

« Cette démarche est d'abord issue d'une négociation entre partenaires sociaux »

« plus les personnes ont des garanties élevées, plus elles ont recours aux garanties de bases »

dire : « on va limiter les garanties les plus élevées » n'était pas forcément absurde quand on veut maîtriser le coût des garanties de base.

En outre, les avantages sociaux et fiscaux qui sont donnés aux contrats responsables et qui étaient donnés avant à tous les contrats obligatoires santé ont un coût relativement élevé. Donc l'idée est de limiter les avantages sociaux et fiscaux en termes de garanties. Tout comme il existe des limites dans les cotisations, on ne doit pas considérer qu'on peut avoir n'importe quel avantage social et fiscal.

L'objectif des pouvoirs publics de réduire le déficit de l'assurance mala-

die obligatoire passe par les contrats responsables. L'intervention des pouvoirs publics répond donc à une certaine logique qui se poursuit avec les contrats des ACS. Cette logique implique de limiter l'utilisation des chèques santé pour les bénéficiaires de ACS (qui sont juste au-dessus de la CMU) à des contrats normés afin que ce chèque ne soit plus utilisé pour n'importe quel type de garantie. Il s'agit là encore d'un mécanisme de limites de garantie. C'est ce type de logique qui a été développé par les pouvoirs publics.

Telle est ma compréhension de la logique des pouvoirs publics dans la généralisation de la complémentaire santé. ■



Agnès Bocognano
Directrice déléguée santé de la FNMF

Puisque le sujet a été abordé, je voulais revenir sur l'objectif de la généralisation. Pourquoi généraliser la complémentaire santé alors qu'on est déjà à 95% de personnes couvertes? Au fond, la généralisation a eu lieu avant ce qu'on a appelé la « généralisation ». Dans les années 1980, le taux de couverture complémentaire était de 70%. En 1990, on était

déjà à 90% de couverture et dans les années 2000, on est arrivés à 5% de non-couverts. Que s'est-il passé entre temps ? C'est d'abord la loi sur les régimes sociaux et fiscaux qui a permis le développement de la couverture santé dans les années 1990. Le second choc de généralisation, c'est la CMU créée en 2000. Avec 4,6 millions de personnes bénéficiaires, la CMU est une couverture maladie gratuite qui fonctionne et dont le taux de recours est plutôt bon. L'ACS est une continuité de la

CMU, beaucoup moins puissante parce qu'il n'y a pas de gratuité. La généralisation avait donc été entreprise avant l'ANI.

Toutefois, la généralisation reste un bel objectif. En effet, le Haut Conseil Economique de l'Assurance maladie rappelle que la solidarité entre bien

« la solidarité [...] ne s'est jamais traduite par la gratuité »

portants et malades est organisée par l'assurance maladie obligatoire mais elle ne s'est jamais traduite par la gratuité. De tous temps, il y a eu un reste à charge, ne serait-ce qu'un ticket modérateur qui reste à la charge du patient. C'est pour permettre un accès généralisé aux soins qu'on a organisé un complément de remboursement à la Sécurité Sociale.

C'est pour cela que même pour 5% de la population, ça valait quand même la peine de se donner un objectif de généralisation de la complémentaire santé.

« les acteurs ont su s'adapter »

Ce qui reste plus surprenant, c'est d'avoir choisi de commencer par favoriser la couverture de tous ceux qui avaient déjà une couverture organisée. L'ANI traduit un choix : celui de réaliser la généralisation en passant par la création d'un droit lié au statut de salarié. Or, les personnes non couvertes par la complémentaire santé, sont en majorité les 18-29 ans, qui sont dans une phase de

transition de vie souvent caractérisée par une rupture de couverture, les personnes de plus de 80 ans, les personnes les plus malades, celles qui ont perdu leur emploi etc. **Ainsi, les populations qui ne sont pas couvertes sont aussi celles qui ne sont pas salariées.**

En s'appuyant sur les travaux de l'IRDES¹, on a calculé qu'aujourd'hui, 20% des salariés n'étaient pas couverts. Soit à peu près à 5% de personnes non couvertes en France.

De combien ce taux va-t-il descendre avec l'ANI ? Selon l'IRDES, si tous les salariés sont couverts, on descend à 4% de personnes non couvertes. Si tous les chômeurs peuvent faire intervenir la prolongation des droits, on descend à 3,7%. Et si tous les ayants droit de toutes ces personnes sont dans le portefeuille des contrats collectifs et des contrats d'entreprise, alors on descend à 2,7%. Dans ce cas, le taux de non-couverts diminuerait de moitié. Cela nous permet de recadrer l'objectif de la généralisation. L'outil choisi peut être très puissant, mais on n'atteindra pas la généralisation au sens propre. Pour cela il faudrait d'une part, aller chercher les personnes qui sont en dehors des entreprises, et qui n'ont pas de couverture pour des raisons étrangères à leur volonté. Ce n'est pas le sens qu'a pris la réforme. Il faudrait d'autre part, que la réforme de l'ANI s'applique à 100% des salariés et de leurs ayants droit.

¹ Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

Or on ne sait pas encore bien quelle a été l'efficacité de l'ANI.

Un raz de marée avait été annoncé, transformant les contrats individuels en contrats collectifs. Il semble que ce raz de marée n'ait pas eu lieu. Ce qu'on voit, c'est que peu d'entreprises étaient préparées à l'ANI. Avant l'obligation de mise en place des accords santé, les entreprises étaient un peu loin du sujet. Leur sensibilisation demandait un vrai travail de formation et de pédagogie. On constatait toutefois une

« alors que l'un des objectifs était sans doute de simplifier les choses »

forte mobilisation dans les branches. Mes chiffres datent de juste avant l'obligation du premier janvier 2016 : 60 nouveaux accords de santé avaient été signés dans les branches. Il y a eu un mouvement indubitable; mais les accords de branches sont-ils tous pleins ? Se sont-ils traduits par des contrats et par une couverture pour les salariés ?

Le sentiment partagé est qu'une fois l'accord signé, la mise en place après recommandation est lente. A moins d'avoir une force de frappe commerciale très puissante, le processus est long. Il est très difficile de diffuser la couverture dans les entreprises très petites à moyennes. On sait aussi que des cas de dispenses avaient été prévus et qu'ils ont été très utilisés. (Il ne s'agit que d'un constat non chiffré). Donc nous avons à la fois un outil très puissant : l'ANI et des

effets qui ont du mal à se concrétiser en termes de couverture.

Pour conclure, le bilan se fera plutôt dans deux ou trois ans et il devra être fait non seulement sur les taux de la couverture mais aussi sur sa qualité. A-t-on une bascule importante des contrats individuels vers les contrats collectifs ? Pour le moment, les chiffres montrent que ce n'est pas le cas mais que se passera-t-il demain ? Quelle forme prendra l'évolution des contrats individuels ? Il faudra aussi mesurer la réalité du sentiment d'une baisse de la qualité et des taux des remboursements. Le taux de souscription de surcomplémentaires reste aussi à mesurer. Les surcomplémentaires représentent-elles la solution ? Il faudra donc refaire un bilan à deux ans sur la qualité.

Le deuxième point de conclusion que je voulais amener, c'est qu'on a développé la complexité du système. L'ANI a couplé la complexité des complémentaires et celle des contrats de travail. Cela nuit à l'image de la complémentaire santé alors que l'un des objectifs était sans doute de simplifier les choses. Les pouvoirs publics en gèrent depuis les conséquences. Beaucoup de mesures ont dû être prises pour ne pas perdre trop de monde lors de la mise en œuvre, comme l'avait montré le rapport de Dominique Libault : création de chèques santé, gestion de situations de multi employeurs,

celle des contrats courts ou précaires... la complexité est immense. Si les pouvoirs publics avaient été présents, je les aurais interpellés

« Ce que je demanderais aux pouvoirs publics, c'est juste d'arrêter les réformes »

pour constater que les acteurs ont su s'adapter.

Les mutuelles ont été réactives. Aujourd'hui, elles sont en capacité d'offrir de la complémentaire santé aux assurés individuels comme aux assurés collectifs. On a fait la preuve d'adaptation : il a fallu faire l'ANI, l'appel d'offres sur l'ACS², les modifications des contrats soli-

naires et responsables. Beaucoup d'investissement de réactivité ont été nécessaires pour faire face à la complexité dans la mise en gestion. Quand on parle des frais de gestion des mutuelles, rappelons que la mise en œuvre des réformes a toujours un coût. Ce que je demanderais aux pouvoirs publics, c'est juste d'arrêter les réformes. Laissons les acteurs agir, faire leur travail. Laissez un temps de pause pour les réformes mises en œuvre et pour quelques temps, ne touchez plus à la complémentaire santé. ■

² Aide au paiement d'une complémentaire santé



Jean-Marc Leverrier
Actuaire Conseil, JML
Conseil

En restitution d'un exemple sur une branche ayant une désignation en prévoyance depuis longtemps et qui fonctionne tant bien que mal. Quand est arrivée la question de la santé, on a voulu se calquer sur le régime prévoyance. D'une part, la différence entre désignation et recommandation posait des problèmes de compréhension. D'autre

part, une fois l'appel d'offre mis en place, des protestations se sont élevées. En effet, les partenaires sociaux savaient bien qu'effectivement la plupart des salariés des

entreprises qu'ils représentaient étaient déjà assurés donc la mise en place d'une complémentaire dans les entreprises ne leur convenait pas. Les entreprises, quant à elles, devaient prendre 50% à leur charge, ce qui suscitait leur mécontentement. D'un côté, les grosses entreprises de plus de 50 salariés, qui possédaient des CE¹ et qui avaient déjà des complémentaires santé, ne se sentaient pas concernées. Et de l'autre, on avait les petites qui se refusaient à trop payer. Donc la branche a décidé de mettre en place un régime socle minimal. Est-ce que ça a généralisé la complémentaire ? A priori, non car tous les cas de dispense ont été utilisés et il y en avait

¹ Comité d'entreprise

beaucoup! Les salariés ont aussi été mécontents de voir qu'ils n'avaient pas bien compris et que leurs remboursements étaient beaucoup plus faibles qu'auparavant. Evidemment, puisqu'ils étaient passés à un contrat socle ! En réaction à cela, les assureurs mirent en place des options et cette solution fut acceptée par les partenaires sociaux... jusqu'à ce qu'une voix s'élève pour demander si on était dans le régime. Les

options sont à la charge des salariés à 100%. La deuxième déconvenue se situe dans un argumentaire commercial. On vante les 50% pris en charge par l'employeur sur le socle obligatoire mais cette part est réintégrée fiscalement. Et les salariés le découvrent après coup et sont insatisfaits. Je demande donc au CETIP son avis : est-ce que mes propos correspondent bien à une réalité ? ■



Evelyne Guillet
Directrice santé au CETIP

La complémentaire santé était déjà très largement diffusée avant l'entrée en vigueur des nouveaux textes. Nos interrogations portent plutôt sur ce que les réformes récentes ont pu bouleverser dans l'assurance maladie complémentaire. Des déformations ont pu être observées dans les contrats collectifs et individuels ainsi qu'au niveau des acteurs et des garanties.

« Nos interrogations portent plutôt sur ce que les réformes récentes ont pu bouleverser dans l'assurance maladie complémentaire »

intéressant de regarder ce qui s'est passé au niveau des accords de branches.

S'il est encore trop tôt pour tirer toutes les conséquences de ce nouveau contexte, il est

• L'accord national inter professionnel de janvier 2013 transposé dans la loi de sécurisation de l'emploi de juin 2013 a indéniablement dynamisé la négociation d'accords de branches en frais de santé. Fin 2012, le CTIP recensait 64 régimes de frais de soins de santé représentant environ 3 millions de salariés. Aujourd'hui c'est environ 135 accords en frais de santé qui, selon nos estimations représentent de l'ordre de 9 millions de salariés. Attention, je ne dis pas que ces 9 millions de salariés visés sont aujourd'hui effectivement couverts, je dis simplement c'est l'effectif salarié concerné par un accord de branche en frais de santé.

• On prévoyait que l'obligation de couverture a minima par les employeurs au 1er janvier 2016 allait provoquer un important transfert de l'individuel vers le collectif. Si on

reprend les études d'impact de la loi de sécurisation de l'emploi de juin 2013, on estimait que le transfert pouvait porter sur environ 4 mil-

« 9 millions [...] c'est l'effectif salarié concerné par un accord de branche en frais de santé »

lions de personnes. Il importe aujourd'hui de nuancer cette prévision pour les raisons suivantes en particulier : les dispenses d'affiliation liées à l'art 11 de la loi Evin sur la DUE¹, les nouvelles dispenses d'ordre public à compter de 2016 qui ont été élargies et sans doute la mise en place du chèque santé. En 2012, 56% de personnes étaient couvertes en individuel et 44% l'étaient en collectif, on avait

« La cotisation « frais de santé » est centrée aujourd'hui sur le seul salarié »

prévu un retournement de tendance, on prévoit plutôt aujourd'hui 50% pour le collectif et l'individuel.

- Si on se réfère aux nouveaux accords de branches, peu de nouveaux accords de branche en santé prévoient strictement le panier de soins ANI mais beaucoup s'en rapprochent, avec des améliorations sur quelques postes.

- La tendance qui semble se dégager dans les branches qui ne disposaient pas d'accords en frais de santé correspond à un alignement des accords de branche sur le taux de 50% exigé par la loi nouvelle.

- La cotisation « frais de santé »

est centrée aujourd'hui sur le seul salarié : presque tous les accords santé négociés en 2015 prévoient la couverture obligatoire du salarié uniquement (sans distinction cadre / non cadre) avec adhésion facultative du conjoint et/ou des enfants.

Que pouvons-nous en déduire ? C'est que toutes ces réformes engendrent de l'uniformisation et risquent aussi de se traduire par des démutualisations.

Vous avez évoqué par ailleurs l'ambition des pouvoirs publics de limiter certaines dérives liées au fait que les contrats collectifs auraient été très généreux. Je suis perplexe, les contrats responsables se caractérisent surtout par des maxima (dépassement d'honoraires, optique). A partir du moment où les contrats responsables imposent des plafonds comme pour les dépassements d'honoraires médicaux mais que nous n'avons pas les moyens de contrôler ces plafonds, il y a forcément un effet report en termes de reste à charge pour les assurés. D'une manière plus générale, toute cette avalanche de réglementation nie les services que peut rendre l'assurance maladie complémentaire, dans la régulation des dépenses mais aussi dans l'accompagnement des assurés. A titre d'illustration, nos organismes mènent différentes actions dans le domaine de la prévention ; la complémentaire santé ne se

¹ Décision unilatérale de l'employeur

réduit pas à un tableau de garantie ! Enfin, comme cela a été dit, cette réforme a engendré beaucoup de travail au niveau des systèmes d'information, de la gestion, de la com-

munication auprès de nos adhérents/assurés ; ce qui induit des coûts. L'instabilité juridique que nous avons vécue ces dernières années doit aussi être soulignée. ■



Gabrielle Clotuche
Co-Président du Conseil
d'orientation de l'Ipsé

Quelques commentaires à propos de la complémentaire santé en Europe.

L'assurance santé privée non obligatoire existe dans tous les Etats membres de l'Union européenne aux côtés de l'assurance maladie obligatoire. Elle n'est jamais la seule ou la principale source de protection et est fortement influencée par l'assurance obligatoire

du pays. D'une manière générale son rôle est modeste à quelques exceptions près. Il est dès lors difficile d'y réfléchir de manière isolée.

Son rôle peut être de trois ordres, parfois cumulés :

« *L'assurance santé privée non obligatoire existe dans tous les Etats membres de l'Union européenne* »

- Soit une couverture supplémentaire autorisant aux affiliés accès à des services déjà couverts par l'A.O.

mais offrant plus de choix quant aux fournisseurs de soins (médecins ou

hôpitaux) souvent pour éviter des listes d'attentes.

(Pays-Bas, Pologne, Roumanie, Espagne, Royaume-Uni ou Danemark)

- Soit une couverture complémentaire donnant accès à des services exclus de l'A.O. ou permettant le remboursement du « reste à charge » du patient dans le cadre de celle-ci, ou encore le remboursement des suppléments d'honoraires de médecins ou de frais d'hôpitaux ; (Belgique, France, Slovénie, Lettonie)

- Soit encore une couverture de substitution qui couvre des personnes non éligibles à l'A.O. ou des personnes qui peuvent opter de participer à l'A.O.

(Allemagne, République tchèque, Estonie)

Parmi tous les États membres de l'Union européenne, seul Chypre a des dépenses de santé à titre privé qui dépasse 50% du total des dépenses de santé ; la Lettonie et la

« *cri d'alarme de l'OCDE à propos du recul de la couverture santé* »

Bulgarie ont aussi un niveau relativement élevé de dépenses privées. Par contraste, l'Allemagne, le Luxembourg, la Suède et le Danemark ont tous des dépenses de santé privées d'environ 15% de la totalité des dépenses de santé.

diminution de couverture n'a pas forcément conduit à une augmentation de l'assurance complémentaire car les personnes n'avaient pas les moyens d'y souscrire. Notons que des solutions de couverture gratuite ont parfois été proposées (en Grèce notamment) mais de portée très restreinte.

« *L'OCDE incite l'UE à ne pas aller vers « moins de protection publique et plus de privée ». L'avenir nous le dira* »

Depuis les dernières années l'assurance obligatoire a vu son champ d'action se réduire dans les pays de l'UE ; la crise de 2008 a entraîné des diminutions drastiques en Grèce, au Portugal, en Espagne et dans les Pays baltes. Cette

Ceci peut nous faire comprendre le cri d'alarme de l'OCDE¹ à propos du recul de la couverture santé, lequel crée des inégalités à l'intérieur des pays. L'OCDE incite l'UE à ne pas aller vers « moins de protection publique et plus de privée ». L'avenir nous le dira. ■

¹ Organisation de coopération et de développement économique

Débats avec les participants

Jean-Marc Leverrier

Actuaire Conseil chez JML Conseil

Peut-on dire que la France ne s'en est pas si mal sorti, sans toucher au taux global de prise en charge ? Les prises en charges sont de plus en plus chères. La France a maintenu 75% tout en réduisant son déficit.

On peut difficilement comparer en taux de remboursement, dans certains pays, ce ne sont pas des remboursements mais des services qui sont gratuits.

Michel Dieu

Président de l'Ipsec

On n'a pas parlé de l'observatoire créé par le CETIP ? Il serait bon de refaire un colloque pour voir si ce qu'on dit est cohérent avec les conclusions de l'observatoire.

Evelyne Guillet

Directrice santé au CETIP

C'est trop tôt pour en parler. Notre objectif est de regarder comment

cela va se passer. L'observatoire est une initiative pour regarder les difficultés que peuvent avoir les entreprises pour se couvrir.

David Giovannuzzi

Directeur des accords collectifs chez AG2R La Mondiale

Quelle différence peut-on faire entre un accord de branche et un contrat collectif d'entreprise ? Et quand les deux coexistent ? Et que dire de la décision par DUE ? Il y a une grande différence entre accords de branche étendus et une offre d'entreprise. Doit-on mettre en place un contrat par DUE quand il y a un accord de branche étendu ? Beaucoup de contrats d'entreprises arrivent sur un accord de branche étendu et tous les salariés peuvent refuser d'adhérer. Les dispenses fonctionnent très bien dans ce cas. La DUE a beaucoup nuit à la généralisation à travers les contrats collectifs. Il y aura de plus en plus d'accords de branche. Les partenaires sociaux vont devoir se mobiliser sur le niveau de garantie. On est face à un régime de santé à deux vitesses. La DUE est un vrai sujet qui est passé à travers les mailles du filet.

Annie-Claude Blondin

Adjointe au délégué Général de l'Ipse

Combien d'entreprises ont décidé de quitter le secteur non lucratif des

mutuelles, GPS, ou autres pour aller vers le secteur assurantiel ?

Evelyne Guillet

Directrice santé au CETIP

On n'a pas d'observatoire commun.

Jean-Marc Leverrier

Actuaire Conseil chez JML Conseil

Pour en revenir à la question des DUE, les accords de branche donnent un minimum de garanties donc théoriquement, tout le monde est dans cette obligation.

Il y eu des abus au niveau de la décision de l'employeur. Certaines garanties sont obligatoires mais si certaines entreprises veulent un niveau supérieur, elles doivent se protéger par un accord social ou une DUE (décision unilatérale d'employeur) par rapport au contrôle URSAFF et si c'est une DUE (cas le plus courant pour les entreprises de moins de 50 salariés, ça doit être signé par les salariés pour leur être appliquée. Il se peut que des petites entreprises aient utilisé, en accord avec les salariés, la DUE pour éviter une obligation.

Jean-Pierre Bobichon

Adhérent individuel à l'Ipse

La complémentaire santé a-t-elle atteint son but ? Cela dépend de l'entreprise dans laquelle on se trouve.

En ce qui concerne les TPE, ça a été considéré comme une charge nouvelle pour l'employeur mais comme un droit nouveau pour les employés. Cette idée de droits nouveaux imputables aux acteurs sociaux n'a pas assez été mise en avant. Pour avoir une image des différents droits, il faudrait faire appel à un eurobaromètre, afin de dresser un état des lieux de ce qui se passe en matière de complémentaire santé en Europe.

Dominique Boucher

Délégué général de l'Ipse

Notre ressource, c'est le réseau que nous avons dans les différents pays. Votre intervention, M. Giovannuzzi m'interpelle (beaucoup), parce que le tissu industriel de l'emploi est essentiellement fait d'entreprises de moins de 50 salariés. Si les accords négociés par des partenaires sociaux nous sont soustraits, cela veut dire que la tendance en Europe, c'est d'aller de l'interprofessionnel vers les branches, d'aller vers l'entreprise. Cette tendance s'accroît. Le patronat européen qui s'appelait UNICE auparavant s'appelle désormais « Business Europ ». Ce changement est très significatif de la primauté de l'aspect commercial (sauf pour l'UPA, CGPME, et l'UEAPME). C'est très préoccupant. Pourtant, il existe un outil qui joue le rôle de police des branches, il exerce un suivi des conventions collectives qui per-

met d'alerter en cas de non-respect de l'accord de branche.

Evelyne Guillet

Directrice santé au CETIP

Il s'agit de la Comarep

David Giovannuzzi

Directeur des accords collectifs chez AG2R La Mondiale

Pour rebondir sur ce que disait M. Leverrier, je ne pense pas que l'usage des DUE émane d'une volonté malsaine de la part des chefs d'entreprises. La plupart du temps, c'est par méconnaissance qu'ils y font appel. Le DUE est contre-productif parce que ceux qui souscrivent ces contrats sont rarement en bonne santé/ou déjà affiliés.

Nous, techniciens d'assurance collective et d'institutions paritaires, faisons très attention à la logique de mutualisation. Les discours d'affiliation sont contre-productifs sur la logique de stabilisation du régime. Alors bien sûr, de la souplesse a été introduite mais les clauses de dispense d'affiliation sont très complexes. Dans les branches avec lesquelles nous traitons, nous avons à faire à des partenaires sociaux qui sont devenus très techniques et très politiques dans leur vision de l'organisation de la solidarité et donc ils réduisent au maximum les dispenses d'affiliation pour élargir

au maximum la mutualisation. Tous les éléments qui vont vers un élargissement des dispenses d'affiliation ainsi que la DUE rétrécissent l'organisation de la mutualisation et provoquent un phénomène pervers économique. Les complémentaires santé recommandées vont avoir un certain nombre de problèmes pour équilibrer les comptes pour cette raison-là. On a amorcé un cercle vicieux.

Je voudrais ajouter une observation que je fais car nous nous sommes en contact avec les grandes entreprises : les risques managers (qui sont rattachés aux directions financières des entreprises) sont grandement tentés de changer les systèmes en place et de passer d'une couverture famille, la plupart du temps dans les entreprises, à une couverture du seul salarié et deuxièmement, d'un niveau plutôt élevé de garanties vers un niveau qui se rapproche du panier de soins du contrat responsable. J'ai l'exemple d'une très grande entreprise de plus de 50 000 salariés en France. Nous avons été confrontés à cette entreprise sur un accord de branche car elle avait résilié un accord alors que les partenaires sociaux ne le considéraient pas comme étant arrivé à son échéance. Et quand on a contesté sa résiliation sur le terrain juridique, cela représentait 1000 salariés qui étaient dans une branche et qui devaient rejoindre le contrat collec-

tif. J'avais eu l'occasion d'échanger avec le conseil de l'entreprise leur demandant s'ils étaient sûrs d'avoir respecté le niveau conventionnel. Piqués au vif, ils ont répondu que bien sûr, ils l'étaient. Pourtant, quand j'ai obtenu le contrat négocié, le niveau conventionnel n'était respecté que dans l'option 3 du contrat collectif qui était un socle proche du ticket modérateur. Ce n'était pas cher du tout pour l'entreprise de 50 000 salariés : on avait une garantie qui était à 23 euros et pour que le salarié retrouve réellement le niveau conventionnel obligatoire, il fallait qu'il prenne l'option 3 à titre individuel et qu'il paye 20 à 30% plus cher que la convention collective. Donc on est vraiment dans un système où on va devoir être très clair à commencer par les partenaires sociaux, très mobilisés sur le sujet. Les résistances ne sont pas sur des près carrés défendus, elles sont purement et simplement sur des dimensions économiques et des éléments de solidarité très forts. On le verra, ce sera très technique, observé par des actuaires, mesuré et les écarts et les aberrations qu'on observera viendront démontrer des choses assez tranquillement.

Jean-Marc Leverrier
Actuaire Conseil chez JML Conseil

Je ne sais pas s'il faut l'aborder dans la première table ronde ou dans la seconde parce qu'effectivement il

Il y a un certain nombre de considérations techniques. Je signale que jusqu'à présent, les recommandations grosso modo n'ont jamais trouvé leur équilibre technique. Le principe d'une recommandation, c'est de dire « tous les salariés des entreprises de la branche doivent avoir au minimum cette couverture et nous vous orientons vers l'entreprise d'assurance recommandée qui vous acceptera à tel taux ». Donc à partir du moment où on a le niveau de garantie et le taux mais que ce n'est qu'une recommandation, immédiatement il y a un risque commercial en particulier sur des petites entreprises. Je signale à ce propos qu'en France, 50% des salariés sont dans des entreprises de moins de 50 salariés, donc sans comité d'entreprise et grosso modo sans protection syndicale. Donc dans ces petites entreprises, cela fonctionne par décision unilatérales et absolu-

ment pas par accords sociaux d'où l'importance des DUE.

Donc pour en revenir aux considérations techniques, il est possible de faire des taux inférieurs sans dumping sous certaines conditions. Le petit courtier local, par exemple, regarde si l'entreprise à un âge moyen inférieur à l'âge moyen de la branche, et dans ce cas il peut avoir un taux inférieur au taux recommandé sans dumping. Et à partir du moment où c'est attaqué, le « bon risque » s'est va, des entreprises susceptibles d'apporter un peu d'excédent s'en vont et on ne trouve pas l'équilibre. Comme les bons risques s'en vont, on augmente le taux pour rééquilibrer alors d'autres partent alors. C'est un cercle vicieux. Et ça a toujours été malheureusement la problématique des recommandations d'où l'importance du débat sur les codésignations. ■

La différenciation entre opérateurs est-elle significative ou bigarrée ?



Catherine Touvrey
Directrice générale,
Harmonie Mutuelle

Lorsque l'on dit que le marché de la santé – si on daigne le nommer ainsi – serait de l'ordre de 30 milliards d'euros, c'est une erreur, il en représenterait plutôt 1 500 voire 1 600. On parle ici de complémentaire santé. Lorsque l'on raisonne en moyenne et notamment sur les branches, les coûts de santé varient toutefois sensiblement selon le profil des populations.

Dans le contexte actuel, et au vu des dernières réglementations, on peut certainement parler de banalisation entre différents opérateurs. **Harmonie Mutuelle est toutefois dans une stratégie de différenciation compte tenu de son histoire (bien que récente) mais surtout au niveau de sa vocation principale qui est l'accès aux soins.** Harmonie Mutuelle est présente aux côtés des adhérents devant leurs événements de vie. Elle accompagne également les entreprises face à leurs obligations vis-à-vis des salariés. L'entrée en vigueur de l'ANI n'a pas perturbé cette vocation. Le seul chiffre que je pourrais vous donner et qui illustrerait un bouleversement introduit par cette

réforme est que nous avons enregistré 600 000 entrées/sorties sur 4,5 millions de personnes couvertes. La difficulté a donc surtout été d'ordre opérationnel.

L'ANI n'est qu'un épisode dans la construction de l'évolution/ construction de la protection sociale en France. Une nouveauté introduite par la généralisation concerne la portabilité des droits. Les salariés bénéficient d'un statut statique alors que les carrières sont aujourd'hui nettement plus fragmentées qu'auparavant. **Dans dix ans, 30% de la population active sera sous un régime différent du salariat.** Est-ce que l'ANI peut-être une réponse significative à cette évolution ? Il est encore difficile de le dire aujourd'hui.

Il y a eu une bataille concurrentielle certes mais devons-nous laisser la plus grosse part du marché aux banque-assureurs ? La réglementation contraint les différents acteurs à s'adapter à une nouvelle donne. Cette capacité à anticiper fait toutefois partie intégrante de leur métier.

L'autre question d'actualité qui mérite une importante réflexion

« Dans dix ans, 30% de la population active sera sous un régime différent du salariat. »

est la question de la révolution numérique. Cette « horizontalisation » du monde conduit à l'apparition de nouveaux entrants qui ne s'attaquent pas à l'assurance en général mais bien à certains maillons de la chaîne de valeurs et qui peuvent nous amener les uns et les autres selon que l'on soit en collectif ou en individuel à se faire « intermédiaire » – et pas forcément pas des courtiers.

Harmonie Mutuelle s'est positionnée pour l'ANI. Ses adhérents et sa structure dirigeante ont considéré que le sujet d'importance était le panier de soins.

Au-delà de notre identité et de notre vocation, Harmonie Mutuelle considère le mutualisme comme un outil moderne. Nous consentons d'avantage d'efforts en termes de proximité avec nos assurés. A cet effet, nous menons plusieurs campagnes d'envergure pour sensibiliser le public autour de grandes questions telles que la e-santé.

Le dernier point que je voulais évoquer avec vous pour souligner la spécificité de notre identité est qu'**Harmonie Mutuelle se revendique comme un acteur de santé** et pas seulement comme un acteur de complémentaire santé. Notre offre de soins et de services est considérable. Les effectifs d'*Harmonie Mutuelle* sont de 12 000 salariés dans l'offre de soins et de services contre 4500 dans la partie assurance.

Quatre questions d'importance vont mobiliser les assureurs de la complémentaire santé :

- Le service (au-delà du seul remboursement des soins)
- La notion de globalité (appréhender les assurés dans leur diversité)
- La co-construction
- La gestion du risque (les problèmes posés par la numérisation de la santé). ■



Alexandre André
Directeur général, La
Fabrique d'assurance

Tout d'abord, je tiens à remercier l'Ipse pour son invitation. Je représente la Fabrique d'Assurance, le Fab Lab de l'Assurance créé à l'initiative de CNP Assurances, et que je dirige. La Fabrique d'Assurance est présidée par Jean-Louis Bancel, en sa qualité de président de la Mutuelle Centrale des Finances. A la question posée par cette session, j'aimerais apporter

six points de réflexion :

- Les opérateurs : quel est aujourd'hui le paysage de la protection sociale complémentaire en santé ?
- Pourquoi les clivages entre ces différents opérateurs tendent-ils à s'estomper ?
- Quelles conséquences de la « course à taille » subie ou acceptée par les opérateurs ?
- Quid des « nouveaux véhicules juridiques » et de l'action d'un régulateur tel que l'ACPR¹ ?
- Un marché santé de plus en plus régulé et normé.
- Les vrais enjeux des opérateurs dans ce contexte.

Il est bon de distinguer les trois opérateurs historiques de la complémentaire santé sur le marché français :

- Les mutualistes qui représentent 53% des parts de marché. Les mu-

tuelles sont des acteurs historiques et légitimes en santé.

- Les Institutions de prévoyance en pèsent 18%.
- Les assureurs classiques : 29%

Ces trois blocs sont amenés à évoluer. Les clivages s'estompent en raison de l'intervention des pouvoirs publics. Les partenaires sociaux ont participé à ce bouleversement après la conclusion de l'ANI. L'ANI est la suite logique de différentes décisions conduites par le législateur depuis l'entrée en vigueur de la CMU. La diversification des risques, l'émergence de nouveaux accords entre opérateurs de l'Economie sociale contribue à la création de nouveaux « montages » (COVEA et quelques mutuelles ciblées, et une IP²/AXA avec 1 mutuelle et une IP) démontrent la profonde évolution du paysage.

Si j'avais voulu répondre à la question posée par Jean-Marc Leverrier en ouverture de cette session, on aurait pu penser qu'à travers l'ANI, les partenaires sociaux auraient voulu figer le cadre existant. On peut également avancer que l'ANI en favorisant le cadre collectif bénéficierait davantage aux IP qu'aux autres opérateurs.

Nous ne pourrions tirer un bilan chiffré de la généralisation de la complémentaire santé avant 2018. A

¹ Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

² Institution de prévoyance liste

écouter l'ensemble des opérateurs, tout le monde semble gagnant suite à cette réforme. Devant cette nouvelle donne, tous n'ont pourtant pas mis en œuvre les mêmes moyens pour adapter leurs forces commerciales et les solutions techniques devant y faire face.

Le « marché » de la santé est aujourd'hui très encadré par les pouvoirs publics. A la suite de ces différents chocs normatifs, on a observé une accélération des rapprochements au sein des familles des différents opérateurs, ayant ensuite entraîné un véritable phénomène de concentration. Aujourd'hui 50 OCAM³ pèsent 72% du « marché »

³ Organisme d'Assurance Maladie Complémentaire

de la santé et les 10 premiers d'entre eux en représentent un tiers.

Pour les opérateurs, les enjeux véritables de l'ANI portent sur la distribution, les nouveaux types de partenariat (plus collaboratifs et innovants avec une meilleure maîtrise des coûts de gestion) et l'intégration de services devant participer à une meilleure gestion des risques.

Les opérateurs doivent en outre redoubler d'efforts en termes de transparence et de lisibilité des contrats. Le tout devant passer par une plus grande régionalisation « de l'offre » en adéquation avec des besoins parfois ignorés. ■

Débats avec les participants

Olivier Nique

Directeur des partenariats Santé PRO BTP

On peut d'ores et déjà affirmer que les acteurs historiques de la protection sociale auront réussi à consolider leurs relations avec les entreprises suite à l'entrée en vigueur de l'ANI. Ils ont ainsi pu développer de façon optimale la couverture des salariés. Pour Pro BTP partenaire,

l'ANI représente 30 000 entreprises pour un total de 100 000 salariés couverts, le taux de couverture est pour 70% d'entre eux supérieur à l'ANI de base. A la suite de Catherine Touvrey, je dirais que c'est cette proximité avec les structures dirigeantes de ces entreprises qui a contribué à faire des acteurs de la protection sociale des acteurs facilitateurs, appréciés pour leur maîtrise technique et juridique. Le cas du BTP

illustre comme d'autres la difficulté pour certains chefs d'entreprise – pour les plus petites notamment – de s'y retrouver dans un cadre normatif très complexe.

Historiquement, la nécessité d'une couverture collective est loin d'être pertinente vu le caractère très mobile des salariés dans le BTP. Dans ce secteur, la mise en œuvre de la généralisation de la complémentaire santé n'a absolument pas augmenté la couverture de base des salariés. Le lien est devenu différent avec les chefs d'entreprises qui, dans ce cas, se sont vus imposer une situation.

David Giovannuzzi

Directeur des accords collectifs chez AG2R LA MONDIALE

Concernant les impacts de Solvabilité II sur les IP, on peut parler d'impacts positifs et quelquefois d'inconvénients majeurs. Les inconvénients portent en effet sur la banalisation et l'harmonisation des pratiques au niveau des acteurs du marché. Pour le monde paritaire, les bénéfices s'observent en termes de gestion et de gouvernance. Les groupes devenant de plus en plus conséquents, les partenaires sociaux ont gagné de nouvelles responsabilités. Ils ne peuvent plus se contenter de faire acte de validation de décisions stratégiques sans intervenir dans ce même processus de décisions. Solvabilité II élève le niveau

de responsabilité et donc de formation des administrateurs. Il s'agit là d'une avancée significative. La vitalité politique du paritarisme s'en retrouve renforcée. SOLVA II conduit les administrateurs à une meilleure appropriation des outils de pilotage des groupes. Cette opportunité doit être mieux appréhendée par l'ensemble des partenaires sociaux.

Fort d'une expérience de 25 ans dans l'assurance collective, je peux noter une différence entre les discours tenus au niveau des directions générales et la réalité sur le terrain dès lors que les acteurs de protection sociale se disputent des marchés. Cette concurrence acharnée s'avère stérile quand on songe que de nombreux contrats décrochés ne s'inscrivent pas dans la durée. La donne est changée dans le cadre groupes de Protection sociale animés d'une meilleure vision politique. Le monde paritaire doit se reconnecter sur la gouvernance d'origine. A l'instar du mutualisme tel que défendu par Catherine Touvrey, le mode de gouvernance paritaire est également moderne car il est socialement responsable, pionnier dans la RSE et participatif. Un pilotage qui associe les représentants des clients à toutes les échelles de la construction de l'offre relève donc de la RSE, du collaboratif, de l'innovation sociale. Le débat existe dans nos instances sur la nature de nos métiers. Quelle différence entre un IP et un

assureur classique ? Poser la question en interne peut parfois poser problème. Dans les pratiques, nous ferions comme tous les autres... La Mutualité semble plus vertueuse et ce depuis longtemps. Dans le monde paritaire, qui a le plus souvent appris le métier aux dirigeants et administrateurs ? Comment expliquer une telle présence des réassureurs aux côtés des IP ? Ce fait est le résultat d'une histoire qui a vu les assureurs (parfois étatisés) agir avec beaucoup de condescendance pour aider à la construction des IP. Une certaine tension existe de nos jours entre les IP et le monde de l'assurance clas-

« Nous défendons une protection sociale responsable, juste, citoyenne et solidaire »

sique car les premiers gagnent en autonomie et en compétences gestionnaires. Il existe donc une opportunité pour que les institutions paritaires se singularisent, notamment en produisant une offre différente des acteurs classiques de l'assurance. Les groupes doivent mettre en avant leurs bonnes pratiques, rappeler leur vocation sociale et le but non-lucratif de leur activité. AG2R La Mondiale soutient de très nombreuses initiatives associatives. Pourquoi le public ne nous identifie-t-il qu'à notre activité de sponsoring d'équipes cyclistes ? Les acteurs des groupes paritaires ont trop peu mis en avant le pan social pourtant très importante dans la vie de leurs institutions. A cet égard, on peut dire qu'ils ont même souffert d'un

« excès de modestie » ! Sans comparaison possible avec la Mutualité qui dispose historiquement d'un conséquent réseau d'adhérents et de bénévoles à cette fin, les acteurs du paritarisme doivent d'avantage souligner leur contribution à l'innovation sociale dans le pays.

Bernard PetitJean

Président de l'Ipsse

Le paritarisme est un mode de gouvernance et non une finalité en soi. A travers la **Charte européenne des entreprises de protection sociale**, l'Ipsse et ses adhérents se sont durablement engagés en faveur de la solidarité dans le domaine de l'assurance de personnes. Avec ce texte, nous avons affirmé ce qui nous différencie réellement des assureurs à but lucratif. Nous défendons une protection sociale responsable, juste, citoyenne et solidaire. Je tenais à rappeler l'existence de ce document tout en invitant l'ensemble des partenaires de l'Ipsse à le compléter à l'avenir afin de consolider ses objectifs.

Dominique Boucher

Délégué Général de l'Ipsse

Gabrielle Clotuche a évoqué ce matin les attaques des assureurs privés belges contre les mutuelles à qui revient l'organisation du régime de sécurité sociale en Belgique. Les

« Devant tous ces bouleversements, nous attendons donc des acteurs de la protection sociale mutualiste et paritaire qu'ils nous disent ce qu'ils font plutôt que ce qu'ils sont »

assureurs contestaient autant cette position dominante que la possibilité pour les mutuelles de proposer des services d'assurance complémentaire. Devant les tribunaux, les mutuelles avaient pour principal axe de défense de rappeler leur caractère

solidaire et non-lucratif. Or, la réponse assez cinglante qui leur fut faite a été: « Dîtes-nous ce que vous faites plutôt que ce que vous êtes ! ». A travers la Charte européenne des entreprises de protection

sociale – créée et adoptée à l'initiative des adhérents de l'Ipse – nous avons voulu signifier que les valeurs dont un organisme se réclame ne peuvent se mesurer qu'à l'aune de ses seuls résultats. Une façon d'être plutôt qu'un outil-marketing.

La question numérique a également été évoquée ce matin. Est-ce que les opérateurs de protection sociale complémentaire et solidaire peuvent réellement se différencier des assureurs classiques notamment sur la question du traitement des données ou de la médecine prédictive ?

Devant les métamorphoses du travail liées à la révolution numérique, le recul du salariat au profit de « vrais/faux » travailleurs indépendants pose également des problèmes pour le financement et la

viabilité de la protection sociale solidaire.

Devant tous ces bouleversements, nous attendons donc des acteurs de la protection sociale mutualiste et paritaire qu'ils nous disent ce qu'ils font plutôt que ce qu'ils sont.

Jean-Marc Leverrier
JML CONSEIL

Pour aller dans le sens de Dominique Boucher, je pose la question de l'effet « taille » de certains groupes de protection sociale. Il est certes important d'avoir des groupes qui proposent un large éventail de services de premier ordre à destination des personnes couvertes (EPHAD, Centres de soin). J'aimerais toutefois évoquer le risque induit par la généralisation de ce type de modèle. Dans le cas anglais par exemple, les plus importantes mutuelles se sont « dé-mutualisées » à compter du moment où elles ont acquis une taille très importante. Elles ont dès lors jugé plus opportun de se transformer en sociétés de capitaux.

Au niveau de la question des données, quand on voit ce qui est fait aujourd'hui dans l'assurance automobile, qu'est-ce qui empêchera un jour des opérateurs de le faire sur des contrats non-responsables ?

Dès lors, comment ne pas craindre ensuite un dérapage généralisé vers les contrats responsables ?

David Giovanuzzi**AG2R LA MONDIALE**

Cette segmentation en santé existe depuis 20/25 ans. On n'a pas abordé le sujet des retraités. La généralisation de la complémentaire santé via le contrat collectif fait que l'article 4 de la Loi Evin devrait être «reboosté». Il faudra bien à un moment que nous interprétions au mieux cet article. Aujourd'hui, personne en France ne respecte réellement à la lettre cette loi, plutôt complexe. Il y a une segmentation dangereuse qui s'observe dans le renoncement aux soins des personnes âgées.

Au groupe AG2R La Mondiale, le portefeuille individuel du groupe comprend une majorité de retraités – un principe qui prévaut dans une majorité d'institutions paritaires. Lorsque l'on se retrouve dans un conseil d'administration que les administrateurs doivent regarder le portefeuille et indexer chaque de 5 à 10 % les cotisations des retraités, il y a problème. Cette situation va rapidement devenir insupportable. Dans la part du budget des retraités français, ces cotisations comptent pour environ 15%.

On compte 4 millions de retraités pauvres en France. Cette segmentation, cette fin de la mutualisation entre actifs et retraités, nous avons pu l'observer à l'échelle de nombreuses entreprises. Elle est du principal fait des décideurs. La sortie des

retraités du contrat collectif, la fin de leur participation aux comités d'entreprise date du milieu des années 90. On commence à en mesurer les dégâts aujourd'hui. Sur les contrats, les indexations proposées cette année et probablement les suivantes peuvent provoquer des réactions très hostiles. La complémentaire santé coûte généralement trop cher aux retraités. On peut avoir espoir qu'après la généralisation de la complémentaire santé via des outils collectifs, on règle à terme ce vrai problème sur le marché de l'article 4 de la Loi Evin. A cette fin, je ne vois pas d'autre solution que d'augmenter les contrats actifs de l'ordre de 10 à 15%. Ce n'est pas la sécurité sociale qui va reprendre la mutualisation avec les retraités, essentiellement pour des raisons juridiques et budgétaires. Il y a là un enjeu conséquent en termes de solidarité entre les générations. Les entreprises signataires de la Charte de l'Ipse, pour demeurer fidèles à son esprit, devraient rapidement prendre des mesures à destination de ces populations. Cela pourrait constituer une opportunité pour que mutualistes et paritaires se différencient des assureurs classiques. Le débat ne s'articulera plus autour de la mutualisation mais bien en considérant l'objectif de solidarité grâce à une mutualisation particulière. Il existe une confusion si l'on pense que la mutualisation est forcément solidaire. Par contre, si l'objectif est la

solidarité et non pas l'outil mutualisation, alors on ne fera plus le métier d'assureur comme aujourd'hui. Il faut remettre à l'endroit le système. Le vieillissement de la population est un enjeu majeur pour les acteurs de la protection sociale non-lucrative. Il leur importe de proposer des solutions innovantes pour atteindre des populations vulnérables tout en conservant leur objectif de solidarité.

Catherine Touvrey
Directrice générale,
Harmonie Mutuelle

Je trouve dangereux d'aborder la question de la solidarité en sous-ensembles de besoins sociaux par sous-ensembles. Quand on réfléchit plus globalement, on mesure que les besoins varient selon les populations. Les jeunes rencontrent également des difficultés sociales – accès à l'emploi ou au logement. Quand on parle de solidarité, il faut penser de façon plus globale. ■



Quelle considération pour les usagers de la santé ?



Magali Léo

Chargée de mission,
Conseil Inter associatif
sur la Santé (CISS)

Le **CISS** est un collectif qui rassemble une quarantaine d'organisations de patients, d'handicapés, de familles, de consommateurs et de personnages âgées.

Ces associations militent pour **l'égalité d'accès aux soins et la défense des droits des usagers** du système de santé. Nous avons une vision globale de ces thématiques. Pour nous, l'usager est plus qu'un simple consommateur. Quand on parle d'accès à la complémentaire santé, on est à la fois dans un rapport d'usager et de consommateur. Nous préférons le terme d'usagers, plus universel.

Le CISS est représenté au bureau de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. A titre personnel, je suis

« En qualité de juriste spécialisé dans les questions d'assurance maladie, j'ai pu mesurer l'ampleur de cette difficulté et le manque de lisibilité de trop nombreuses offres »

également engagé au sein de certaines commissions de travail de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie telle que la Commission d'Action sanitaire et sociale. Cette Commission verse des aides extra-légales aux usagers en situation de grande précarité. Ces usagers ne peuvent généralement

pas s'acquitter de sommes correspondant à des dépassements d'honoraires ou à des soins très coûteux. La Commission s'est vue allouer un budget national ventilé dans plusieurs CPAM. L'assurance maladie a décidé de mettre un frein à ces secours, préférant distribuer des aides à la mutualisation. Entre temps, l'Aide à la Complémentaire Santé a été créée. Les commissions d'action sanitaire et sociale se sont donc vues contraintes de financer des aides complémentaires aux ACS – qui ne financent que 50% de ce que coûte une complémentaire santé. Pour les usagers dont les ressources sont supérieures au seuil autorisé pour bénéficier d'aides extra-légales, il a été décidé de versé une aide pour la mutualisation. **Ce mécanisme où l'Assurance maladie obligatoire aide à la mutualisation est assez troublant.** Il est assez révélateur de ce qui se produit en France **des difficultés d'accès à une complémentaire santé.** Aujourd'hui, 40% du budget des Commissions d'Action sanitaire et sociale sont dévolues à cette aide à la mutualisation.

Ces difficultés d'accès à une complémentaire santé font depuis longtemps l'objet de l'attention du CISS. Nous avons mis en place une ligne d'information juridique « Santé Info

Droit » à destination des usagers en difficulté. L'observatoire de cette ligne juridique nous informe sur l'ampleur de ces difficultés d'accès. Ce problème apparaît aussi conséquent que dans le cas du reste à charge pour les usagers. Ces deux questions sont liées. **Il est très difficile d'avoir un accès aux soins courants ou de qualité quand on ne bénéficie pas d'une complémentaire santé.**

Lorsque la CPAM verse des aides à la mutualisation, elle laisse les usagers libres quant au choix de l'opérateur.

« Qui paie aujourd'hui les contrats collectifs – des contrats très négociés, avec des tarifs plutôt attractifs ? Ce sont les contrats individuels ! »

Juridiquement, il lui est impossible d'indiquer un assureur en particulier ; elle pourrait même être poursuivie dans ce cas précis. En conséquence, l'assuré se retrouve perdu au

milieu de nombreuses offres sans pouvoir précisément déterminer le meilleur rapport qualité/prix d'un contrat. En qualité de juriste spécialisé dans les questions d'assurance maladie, j'ai pu mesurer l'ampleur de cette difficulté et le manque de lisibilité de trop nombreuses offres.

La labellisation des contrats ACS a toutefois apporté du mieux pour les usagers. La lisibilité des offres proposées a gagné en clarté. Toutefois, des progrès supplémentaires devraient être engagés. Les OCAM¹ semblent manifester une réticence à labelliser des contrats seniors – en

raison de leur manque de rentabilité, le risque n'étant pas mutualisé dans ce cas. Ce qui semble dommageable car l'enjeu poursuivi initialement par cette « pseudo-généralisation » devait atteindre les populations les plus précaires. Au reste, l'ANI ne prévoit pas de généralisation mais plutôt un passage du segment individuel au segment collectif. Selon les différents scénarios, on compterait au mieux 400 000 assurés supplémentaires suite à cette « généralisation ».

Le problème est que les populations encore non concernées hier par la généralisation de la complémentaire santé ne le seront pas plus demain. Qui paie aujourd'hui les contrats collectifs – des contrats très négociés, avec des tarifs plutôt attractifs ? Ce sont les contrats individuels ! Une récente étude de la DRESS indique que les mutuelles et assureurs ne sont pas bénéficiaires sur les contrats collectifs. En conséquence, les OCAM tirent un chiffre d'affaires plus conséquent sur les contrats individuels en proposant notamment des options sur la prévoyance et l'invalidité. Les populations non-salariées (jeunes, chômeurs, retraités) vont donc devoir se retrouver à payer le prix fort pour que les complémentaires puissent continuer à pratiquer des tarifs très agressifs sur le segment collectif.

Cette réforme a été engagée et conduite sans anticiper les risques

¹ Organisme d'Assurance Maladie Complémentaire

qu'elle pourrait faire peser sur l'accès aux contrats individuels. Les 4 millions de personnes qui n'ont pas de complémentaire santé sont principalement des retraités. **On observe aujourd'hui un véritable phénomène de démutualisation.** Beaucoup de personnes – notamment chez les seniors - estiment que

« Dans de nombreux contrats collectifs, on a observé une baisse des garanties suite à cette autre réforme »

cette mutualisation leur coûte trop cher devant les risques qui se présentent à eux. Au demeurant, une certaine presse n'hésite pas à encourager cette démutualisation en argumentant contre la mutualisation avec des raisonnements pour le moins spéciaux. Ce recul de la solidarité et de la mutualisation est très préoccupant pour le CISS.

J'aimerais également attirer votre intérêt sur les mauvais effets des contrats responsables conjugués à l'ANI. Les plafonnements prévus en optique et dans certains cas dépassements d'honoraires

« Les conséquences de cette baisse des garanties conduisent au développement des surcomplémentaires »

par les contrats responsables constituent une sorte de nouveauté. **Dans de nombreux contrats collectifs, on**

a observé une baisse des garanties suite à cette autre réforme. Ainsi, de nombreux salariés se retrouvent désormais moins bien remboursés dans le cas de frais de santé particulièrement coûteux.

Les conséquences de cette baisse des garanties conduisent au développement des surcomplémentaires. Payantes, non-obligatoires, elles prennent en charge les frais non remboursés dans le cadre des contrats responsables (optique, dépassements d'honoraires). De nombreux usagers nous font part de leur désarroi face à cette baisse des garanties. Des difficultés concernant le reste à charge se posent dès lors. A travers ces réformes (ANI et Contrats responsables), on a voulu agir sur le prix des soins en agissant indirectement sur les garanties des complémentaires de santé. Il aurait été plus direct et plus sain d'agir sur le prix des soins. Cela pose un problème pour ceux qui ont le plus à pâtir de la hausse du reste à charge, notamment pour les malades chroniques ou les familles nombreuses.

Les surcomplémentaires constituent donc un troisième niveau de prise en charge. Cette réalité nous apparaît dangereuse. Le CISS est très attaché aux principes de la Sécurité Sociale et à la solidarité.

Contrairement à toutes les prévisions, la Santé ne sera pas le parent pauvre des prochaines échéances électorales. Il conviendra peut-être à cette occasion de souligner à quel point la Sécurité sociale constitue une sorte de trésor national. ■

Conclusions



Jean-Louis Bancel

Président de Coop Fr,
Fédération des Entre-
prises Coopératives

Je suis très heureux de vous accueillir au sein du Crédit Coopératif. Pour avoir été un adhérent actif de l'Ipsé, je dirais que c'est un lieu de rencontres très utile pour ceux qui y participent.

J'aimerais vous livrer quelques éléments de réflexion en guise de conclusion.

En ce qui concerne l'assurance-santé dans tous ses états et sur les effets « compensation » entre contrats collectifs et contrats individuels, je voudrais évoquer avec vous un fait survenu lorsque je travaillais à la direction des assurances. Nous nous étions retrouvés à traiter de la question du bonus-malus en assurance automobile et du coût du creusement du bonus. Le système de bonus-malus n'était plus équilibré en raison de l'intensive campagne des pouvoirs publics en matière de sécurité routière. Ce mécanisme consiste à faire des soldes après avoir augmenté les prix.

Nous sommes arrivés au bout d'une logique, promue par certains, acceptée par d'autres, quelquefois contestée à la marge. **Cette logique a consisté à penser que d'un point de vue procédural que le pro-**

blème de la santé devait être traité comme celui des retraites. Sans mentionner les noms des promoteurs de cette idée, le constat qui prévaut chez eux est qu'en France, nous sommes partis en 1945 d'un régime de sécurité sociale « retraite » et que la grande victoire sociale a été de généraliser le Pilier II – les retraites complémentaires obligatoires. Assez logiquement, même si dans ce point précis, comparaison n'est pas raison, on s'est dit que si ce modèle était efficient pour les retraites, il le serait aussi pour la santé. Cette assimilation de processus ne peut toutefois pas jouer eu égard aux caractéristiques de ce qu'est l'assurance santé.

Les prochaines échéances électorales ont le mérite de faire entrer les questions de protection sociale dans le débat. Certains programmes s'attaquent toutefois au modèle social français dans sa globalité. **Les projets de refonte de la Sécurité sociale avancés par certains candidats laissent une place conséquente aux assureurs privés – comme si cette solution pouvait constituer une sorte de miracle.**

Ancien directeur général de la FNMF, j'assume d'avoir ma part dans ce qui s'est produit par la suite avec la généralisation de la complé-

mentaire santé. Avec Etienne Caniard, alors délégué aux questions de santé de la FNMF, nous avons mené plusieurs réflexions avec sur le nouveau cadre qui se posait alors pour la Mutualité avec les normes européennes - notamment à partir des troisièmes directives d'assurances. Elles posent des contraintes que beaucoup feignent d'ignorer.

Ces directives définissent deux régimes possibles en santé : le régime obligatoire public et le régime privé-privé. Deux points clés pour le régime privé-privé sont rappelés dans cette directive à savoir la liberté contractuelle en matière de définition des prestations et la liberté en matière de définition des tarifs. Les Etats sont tenus de ne pas intervenir dans ces deux domaines. Les règles de Maastricht et du traité de convergence de budgétaire font que si l'on sort de la liberté contractuelle prestations/tarifs, nous tombons dès lors dans un régime obligatoire et que les éventuels déficits créés tomberont dans les critères de déficits de Maastricht. Du point de vue de ces directives, l'Agirc et l'Arrco sont considérés comme des organismes effectuant une mission de sécurité sociale. Inventer un Pilier II obligatoire en santé revient d'après l'esprit de ces normes à faire de la sécurité sociale et ces éventuels déficits tomberont dans les déficits « maastrichtiens ».

Deux pistes possibles étaient étu-

diées avec Etienne Caniard face à de telles contraintes normatives. La première, c'est celle de l'obligation de s'assurer mais dans le respect de la liberté. Quelque chose que l'on connaît bien en France, dans le secteur de l'assurance automobile, puisque depuis 1958, tous les automobilistes sont obligés de s'assurer. Dès lors, se pose la question de savoir comment se fabrique un équilibre de marché dans un système où il est obligatoire de s'assurer ?

La deuxième piste est celle que nous avons retenue, à savoir celle de la fiscalité. Comment contourner le cadre contraignant posé par les troisièmes directives ? L'Europe ne pouvant pas intervenir sur les budgets des Etats, l'option privilégiée étant de s'en remettre à une « cuisine intra-étatique ». Nous étions alors confrontés à la transposition des directives assurances dans le code de la Mutualité. Cela peut marcher à condition qu'il y ait un réel delta de taxation. Nous proposons avec Etienne que l'assurance soit passée au même taux que la TVA – quand bien même il est compliqué de définir sa valeur ajoutée. Pour les entreprises de protection sociale, nous avons proposé d'appliquer une TVA à taux restreint – comme pour les produits de première nécessité dans la sphère marchande. **A ce titre, je ne comprends pas ceux qui se prétendent organismes citoyens tout en refusant de s'acquitter de l'im-**

pôt. Ces projets n'ont pas été pris en compte. La question sur laquelle on bute aujourd'hui, est-ce que le delta en vaut encore la chandelle ? Est-ce que ça vaut encore la peine de se casser la nénette à faire du contrat responsable si c'est uniquement pour gratter ce qu'il y a à gratter en termes de différentiel de taxation ?

On a atteint des suprêmes de choses assez étonnantes avec la nouvelle définition du contrat responsable. Dans ma mutuelle, nous avons défini des prises en charge en optique pour des déficits de vision très significatifs à destination des moins de 18 ans. Suite à l'entrée en vigueur des contrats responsables, nous avons dû très largement régresser sur ces prises en charge ! Dans ce cas, on feint de croire que c'est en passant par la porte de derrière que l'on va réguler la problématique de la tarification des professionnels de la santé. C'est à la Sécurité sociale ou encore au Conseil de la concurrence de faire un acte d'autorité à cette fin. Le sommet de l'ineptie a été atteint par le référencement des mutuelles de fonctionnaires. En tant que président de la MCF, nous avons attaqué cette décision par voie judiciaire sans obtenir gain de cause. Cette décision était attentatoire à la solidarité. **La labellisation des seniors est quant à elle en train de se terminer en eau de boudin. Des fragmentations, des segmentations actent d'un recul de la solidarité.**

Est-ce qu'aujourd'hui la complémentaire santé, c'est « commodity » ou « utility » ? La notion de commodity fait appel à la portabilité des droits et à la liberté contractuelle. La notion de utility fait appel au service public et à un système doté de nombreux barèmes. Comment toutefois prendre en compte les différentes réalités au sein d'un régime de santé universel ?

La problématique du caractère viager de la garantie de la complémentaire santé est un point généralement occulté dans les débats. Lors de la transposition des directives assurances dans le code de la mutualité, j'ai tenté d'éclairer Michel Rocard sur le caractère spécifique de cette disposition. Ce point ne fait malheureusement plus l'objet d'une défense assidue de la part du monde mutualiste. Les assureurs trahissent la promesse de fidélité portée dans la garantie viagère de la complémentaire santé.

Il y a un tryptique pour moi : continuité, diversité des situations, universalité. Il faut également réintroduire une dimension temporelle qui me semble indispensable dans le domaine de la santé.

Parmi les tendances de fond dans lesquels nous baignons figurent les questions de transfert de données. Il est aujourd'hui regrettable que la Sécurité sociale n'exploite pas au

mieux son fichier de données, le Sniiram. Le risque est que certains opérateurs, parmi les mastodontes de l'assurance ou de l'économie numérique, ne s'emparent de ces fichiers à des fins purement commerciales.

La technologie ne se résume pas qu'à la médecine prédictive. C'est aussi un moment de redécouverte des communs et du collaboratif. Je travaille à ces nouvelles mutualisations, à travers la COOP DES COM-

MUNS, association que je viens de fonder avec pour but de faire converger le monde de l'économie sociale et des biens communs. Nous travaillons sur des problématiques telles que les mutuelles territoriales ou communales ou encore l'opportunité de créer des coopératives de travailleurs indépendants. Aux partenaires sociaux présents ici, je dirais que devant l'ensemble de ces défis, l'important est de travailler à un nouveau solidarisme. ■

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

2016 Année ANI Horribilis ou An 01 de la nouvelle complémentaire généralisée

Accueilli par le Crédit Coopératif, le 16^e Colloque Professionnel Ipse s'est déroulé le 2 décembre 2016 à Nanterre, autour de la question « 2016 Ani Horribilis ou An 01 de la Complémentaire Santé ? ». Animée par l'actuaire Jean-Marc Leverrier, la manifestation a rassemblé acteurs des familles mutualistes et paritaires, représentant des associations des usagers de la santé, journalistes et experts afin de dresser un premier bilan de la généralisation de la complémentaire santé suite à son entrée en vigueur début 2016.

Au cours de cette matinée de travail, les intervenants ont d'abord été invités à déterminer si l'enjeu poursuivi par cette réforme avait été atteint. S'il apparaît prématuré d'affirmer que la généralisation de la complémentaire santé a d'ores et déjà atteint son but, tous les intervenants se sont accordés sur le fait que celle-ci était pratiquement effective avant cet Accord du 14 juin 2013 (95% de la population active couverte).

La poursuite de la généralisation demeure un bel objectif à atteindre notamment à destination des populations les plus vulnérables. Les différents opérateurs de protection sociale font toutefois observer que l'entrée en vigueur de l'ANI a contribué à complexifier les normes existantes. Auprès de nombreux usagers, la complémentaire santé perd en lisibilité et en efficacité. En outre, de nombreuses entreprises n'étaient pas ou peu préparées face à ce choc normatif comme l'indique le recours trop récurrent à des dispositifs tels que les DUE (Déclaration Unilatérale Employeur) ou les dispenses d'affiliation.

Ajoutée à l'entrée en vigueur de Solvabilité II, la mise en place de l'ANI bouleverse encore un peu plus le champ de la protection sociale complémentaire. Dans un tel contexte, les différences entre opérateurs sont-elles significatives ou bigarrées ? L'ANI n'aurait-elle finalement eu comme conséquence d'entraîner une gigantesque bataille de marché entre entreprises de protection sociale ? A cette question, les différents intervenants ont fait valoir que si certains clivages peuvent en apparence s'estomper, les deux familles de la protection sociale non-lucrative demeurent des « acteurs de facilitation et de proximité » auprès des entreprises et des personnes couvertes.

L'ensemble des intervenants et participants se sont accordés sur le fait que l'ANI constitue une étape, forte en aléas, dans la construction de la protection sociale en France. A moyen terme, les conséquences de la numérisation de l'économie pourraient bouleverser encore une fois la donne. Dès lors, une question se pose : « Comment protéger une part toujours plus croissante de la population active se trouvant dans un régime différent du salariat ? »

Matinée riche en débats et en propositions, ce 16^e Colloque Professionnel a été fortement apprécié tant pour la fluidité de son animation que pour la qualité des différentes interventions.