

REPONSE AU RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES

Le « marché » de la complémentaire santé est représenté par la partie des dépenses de santé qui n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale. A partir du moment où l'on raisonne en termes de marché, il s'agit nécessairement de la libre rencontre entre d'une part les demandes des assurés (contrats individuels et contrats collectifs facultatifs) et d'autre part celles des entreprises (contrats collectifs obligatoires) et les offres de couverture des organismes assureurs complémentaires. On se situe en dehors du champ des régimes légaux de Sécurité sociale. Il n'est pas inutile de rappeler que le droit communautaire exige que les tarifs soient libres, toute réglementation venant altérer la liberté tarifaire des organismes assureurs devant être justifiée par la poursuite d'objectifs d'intérêt général.

Il n'est pas possible de considérer le « marché » de la complémentaire santé comme un marché de prestations de service « ordinaires ». Ce « marché » a nécessairement pour objectif de contribuer à la meilleure santé possible des personnes dont il assure la couverture. Il participe donc à la mise en œuvre du principe, inscrit dans le Préambule de la Constitution de 1958, selon lequel chacun a droit à la santé.

Personne, aujourd'hui, ne peut soutenir, en ce qui concerne la France, que les remboursements de la Sécurité sociale soient suffisants pour permettre à l'ensemble des assurés d'avoir un accès normal aux soins dont ils ont besoin.

On ne peut davantage soutenir que ce « marché » soit en mesure, de manière en quelque sorte spontanée, de fonctionner correctement et de répondre parfaitement aux besoins des assurés. Pour atteindre les objectifs de santé publique que l'on peut lui assigner, l'assurance maladie complémentaire nécessite une réglementation et des interventions de l'Etat.

*

L'étendue du « marché » de la complémentaire santé

Sur la base des Comptes nationaux de la santé de 2009, la Sécurité sociale assure le financement de 75,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Si l'on ajoute à la prise par la Sécurité sociale les interventions de l'Etat (1,3 %), la part qui se trouve renvoyée au libre jeu du marché est de 23,2 %.

Les organismes assureurs complémentaires représentent 59,5 % du marché de la complémentaire santé. Il s'agit, certes, d'une proportion importante, puisqu'elle représente plus de la moitié de ce marché. Mais, on est très loin d'une prise en charge complète, les assurés sociaux devant, outre les cotisations ou primes qu'ils acquittent auprès des organismes assureurs complémentaires, supporter directement eux-mêmes 40 % de la part des dépenses qui n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale.

Il est possible de préciser davantage cette situation. En effet, le rapport annuel sur les comptes nationaux de la santé distingue selon les financeurs. On constate que la part Sécurité Sociale/Etat diminue et que la part organismes assureurs complémentaires/reste à charge directe

des assurés augmente. La première représente 76 % de la CSBM et la seconde 24 % au lieu, selon l'approche précédente, de 76,8 % et 23,2 %. La différence ainsi constatée provient du transfert intégral du financement de la CMU-C de l'Etat vers les organismes assureurs complémentaires, c'est-à-dire leurs assurés qui supportent, *in fine*, cette charge spécifique sous la forme d'une taxation des cotisations ou primes qu'ils acquittent auprès des organismes assureurs complémentaires. Exprimé autrement, la taxe CMU-C majeure, aujourd'hui, le coût des contrats maladie complémentaire de 6 %. Ce constat ne peut manquer d'inquiéter pour trois raisons principales :

- La CMU-C est et demeure un système de solidarité nationale à l'égard des plus démunis ; la logique voudrait que son financement soit être assuré exclusivement par le budget de l'Etat ;
- En termes de dépense, la CMU-C n'a sans doute pas atteint son régime de croisière et la question d'un relèvement du seuil permettant l'accès à la CMU-C est, depuis l'origine, posée ;
- Enfin, les effets de seuils sont multiples : il est vraisemblable qu'une proportion non négligeable des contrats maladie complémentaire dont bénéficient des assurés ayant des revenus supérieurs au seuil prévu pour la CMU-C offrent des remboursements complémentaires inférieurs à ce qui est prévu par le panier de soins de la CMU-C.

Il est, aujourd'hui, nécessaire de s'interroger sur cette situation qui est peu satisfaisante.

Globalement, le marché n'est pas toujours en mesure de répondre de manière satisfaisante aux besoins d'une couverture maladie suffisante des assurés.

La principale raison de cette situation doit être recherchée dans la difficulté, pour les ménages et également pour les entreprises, de financer par eux-mêmes et donc, à la place de la Sécurité sociale, le recours à une assurance maladie complémentaire privée. La mise en place de la CMU-C, de l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire et les analyses conduites, ces dernières années, sur la nature des restes qui demeurent à la charge des assurés sociaux attestent des insuffisances de la Sécurité sociale et même, lorsqu'elles existent, des couvertures maladie complémentaires obligatoires instaurées dans le cadre des branches professionnelles.

Une seconde raison doit être évoquée. Elle nécessite de s'interroger sur les conditions de l'efficacité du marché de la complémentaire santé. La Sécurité sociale étant, par nature, obligatoire et généralisée, elle n'a pas à rechercher l'adhésion des assurés sociaux. Il n'en est pas de même de l'assurance maladie complémentaire. Les frais d'acquisition ou d'intermédiation exposés par les organismes assureurs complémentaires ont un coût qui vient majorer les frais de gestion, réduisant d'autant le niveau des couvertures complémentaires proposées. Les changements d'organismes assureurs peuvent, certes, attester de la réalité effective du fonctionnement du marché. On ne peut cependant pas oublier que, pour les contrats individuels, tout changement d'organisme assureur a un coût non négligeable¹. Mais, l'importance des frais

¹ Sauf pratique différente du nouvel organisme assureur, celui-ci est en droit de ne pas prendre en charge les suites des maladies antérieures, d'opposer de nouveaux délais de carence ou des franchises. Parmi les coûts indirects, on mentionnera les frais d'acquisition du contrat qui sont nécessairement supportés par les assurés ou encore le coût effectif de l'antisélection tel qu'il est apprécié par l'organisme assureur.

de développement, notamment pour la diffusion des contrats individuels, montre également que l'utilité sociale du recours au marché n'est pas évidente. On se trouve, ici, renvoyé aux interrogations que suscite toujours le recours aux mécanismes purs du marché – particulièrement sensibles pour des contrats individuels qui sont nécessairement des contrats d'adhésion – dans le domaine de la protection sociale complémentaire.

Si l'on cherche à caractériser de manière simple le « marché » de la complémentaire santé, on est amené à relever les deux caractéristiques suivantes :

- C'est un marché qui, pour fonctionner de manière à peu près satisfaisante, nécessite des interventions de l'Etat ainsi que des Partenaires sociaux par la voie de la négociation collective ;
- C'est un marché dont l'équilibre, pour la quasi-totalité des assurés, est fragile ; tout accroissement des charges – déremboursements de la Sécurité sociale ou taxation accrue – soulève de délicates questions de financement et est de nature à conduire un nombre croissants d'assurés à renoncer à des soins indispensables.

Opérations individuelles et opérations collectives

Analyser le fonctionnement du « marché » de la complémentaire santé suppose, en préalable, de prendre en compte la différence fondamentale de nature entre d'une part les contrats collectifs obligatoires et d'autre part les contrats individuels ou collectifs facultatifs.

La Sécurité sociale n'étant pas en mesure de garantir un accès suffisant aux soins, les assurés vont chercher à combler cette lacune par le recours à une complémentaire santé. C'est donc de leurs besoins qu'il faut partir pour déterminer les éléments fondamentaux de fonctionnement du « marché » de la complémentaire santé.

Or, il n'y a pas de « marché » unique de la complémentaire santé. Il y a deux marchés distincts qui répondent à des modes de fonctionnement différents.

Dans le cadre d'un régime collectif obligatoire, l'assuré ne choisit pas la couverture maladie complémentaire qui est ou sera mise en œuvre. C'est particulièrement net pour les régimes de branche. En fonction de sa qualification et de son expérience, un salarié exerce son activité professionnelle dans une entreprise d'une branche professionnelle déterminée. Sauf à ce qu'il change totalement de qualification professionnelle et exerce son activité dans un autre secteur, la couverture maladie de la branche va s'imposer totalement à lui sans qu'il puisse exercer le moindre choix. Il en ira largement de même si la couverture obligatoire est mise en place dans le cadre de l'entreprise. Certes – et sous réserve qu'il ait effectivement le choix – un même salarié peut, lors de son embauche, préférer l'entreprise qui a mis en place une couverture maladie obligatoire à celle qui ne l'a pas fait. Mais, dans les éléments qu'il sera amené à prendre en considération, lors de son embauche, ce ne sera qu'un élément parmi d'autres et certainement pas – du moins en ce qui

concerne le marché français de la complémentaire santé - le plus important si on le compare au salaire direct ou aux conditions de travail.

Les contrats maladie complémentaire individuels obéissent à une toute autre logique. La décision de souscrire ou de ne pas souscrire un contrat maladie individuel est de la seule responsabilité de l'assuré. Il n'existe, aujourd'hui, pour ce type d'opérations d'assurance, aucune obligation légale de s'assurer. C'est un choix de consommation qui va conduire l'assuré si, comme c'est généralement le cas, ses moyens financiers sont limités, à devoir arbitrer avec d'autres choix de consommation.

On retrouvera une situation comparable en ce qui concerne les contrats collectifs facultatifs. S'il s'agit de « groupes ouverts », c'est-à-dire d'assurés couverts par le biais de leur adhésion à une association souscriptrice d'un contrat groupe ouvert auprès d'un organisme assureur, on se retrouvera dans un schéma d'assurance purement individuelle. S'il s'agit d'un contrat collectif d'entreprise à adhésion facultative, il s'agira encore d'un acte de consommation puisque la décision d'adhérer demeure individuelle et l'assuré peut toujours s'en retirer à l'échéance annuelle de son adhésion.

Les contrats collectifs obligatoires ne sont donc pas « plus avantageux » que les contrats individuels ou collectifs facultatifs. Ils sont différents. Les « marchés » à l'intérieur desquels ils s'inscrivent ne sont pas de même nature et n'obéissent pas aux mêmes règles de fonctionnement. On peut aisément illustrer ces différences de nature.

La couverture, par un organisme assureur, d'un risque a un coût qui va dépendre de plusieurs paramètres. Ces paramètres sont nécessairement différents selon qu'il s'agit d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou d'un contrat individuel ou d'un contrat collectif à adhésion facultative. Pour l'organisme assureur, comme pour les personnes couvertes, il ne s'agit que de données objectives. Il n'y a rien d'avantageux ou de désavantageux. Le salarié couvert par le régime d'un accord collectif de branche trouvera souvent la couverture dont il bénéficie limitée dans ses remboursements, notamment sur le dentaire et l'optique. Lorsque la cotisation demandée se situe autour de 50 € par mois – part employeur et part salariale -, le reste à charge sur certains postes sensibles demeurera encore important, même après intervention du régime maladie complémentaire de la branche professionnelle. Le salarié pourra certes compléter ce que lui offre son régime de branche, mais il le fera volontairement et le supplément qui pourra lui être proposé par l'organisme assureur de la branche sera alors un contrat individuel obéissant aux caractéristiques de ce type de contrat. Il n'est pas rare lorsqu'un régime de branche est mis en place, que les salariés qui étaient antérieurement couverts dans le cadre d'un contrat individuel qu'ils vont alors être amenés à résilier, regrettent la couverture que leur offrait ce contrat individuel. S'il n'y avait pas – pour la quasi-totalité des assurés – de limite financière ou si celle-ci n'était pas trop contraignante, du point de vue de l'assuré-consommateur de soins, ce seraient bien les contrats individuels qui seraient plus « avantageux » que les contrats collectifs obligatoires². La raison en est simple : sans contrainte financière trop forte, l'assuré choisirait le contrat individuel qui, à la date à laquelle il le souscrit, correspond le mieux à ses

² Tout contrat collectif obligatoire est nécessairement limité dans son financement. Le financement d'un contrat collectif obligatoire pèse sur les coûts salariaux des entreprises et est donc de nature, s'il est trop élevé, à mettre en péril sa compétitivité.

besoins de santé tel qu'il s'estime en mesure de les apprécier soit par lui-même, soit sur la base des indications que peut lui fournir un professionnel de santé.

Pour les salariés, le recours à la négociation collective permet de mettre en place, dans les branches professionnelles et dans les entreprises, des régimes de frais de soins de santé qui présentent des caractéristiques communes avec les régimes de Sécurité sociale. Ces régimes obéissent à des considérations de politique sociale. Ils vont s'appliquer à tous les salariés d'une branche ou d'une entreprise ou à de larges catégories d'entre eux. Tout salarié nouvellement embauché sera couvert immédiatement quelque soit son état de santé. La cotisation sera la même pour tous les salariés. Elle sera totalement indépendante de l'âge qui, en matière de frais de soins de santé, constitue l'un des éléments déterminants du tarif pour les contrats individuels. Lorsqu'ils mettent en place des régimes de frais de soins de santé, les Partenaires sociaux y ajoutent des mécanismes de pure solidarité. L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 a instauré, au profit des salariés licenciés, un mécanisme de portabilité, c'est-à-dire de maintien de la couverture particulièrement nécessaire. Le législateur est venu compléter ce dispositif avec la loi du 31 décembre 1989 qui rappelle l'obligation de prendre en charge les suites des maladies antérieures dès l'adhésion à un contrat collectif et prévoit le maintien de la couverture notamment aux retraités et encadre le tarif qui leur est applicable.

On ajoutera que ces régimes sont financièrement équilibrés et que les Partenaires sociaux en assurent directement la gestion et le pilotage, ce qui signifie qu'ils sont constamment amenés à faire des arbitrages entre augmentation des cotisations et adaptations – le cas échéant à la baisse – des prestations.

Les Pouvoirs publics ont fait de la négociation collective sur les régimes complémentaires santé une obligation légale qui, par conséquent, s'impose aux Partenaires sociaux. Lorsque les Partenaires sociaux négocient et concluent des conventions ou accords collectifs sur ce thème, ils participent directement à la politique sociale voulue par les Pouvoirs publics (articles L. 2242-11 et L. 2261-22 du code du travail).

La couverture des frais de soins de santé est donc, aujourd'hui, assurée de la manière suivante :

- Un régime national de Sécurité sociale,
- Des régimes conventionnels obligatoires mis en place dans les branches professionnelles et les entreprises, complétés depuis 2008 par un accord national interprofessionnel qui organise la portabilité de la couverture complémentaire santé pour les salariés au chômage,
- Des couvertures individuelles souscrites à l'initiative directe des assurés.

On ne voit pas sur quelles bases, le développement du second niveau de la complémentaire santé devrait être mis en cause. Il participe, tout au contraire, sur des bases qu'il est souhaitable d'élargir, à une meilleure protection de larges catégories d'assurés contre le risque santé.

Le statut fiscal et social des cotisations

Avant toute appréciation sur la pertinence de ce statut fiscal et social, il est nécessaire de préciser la notion d' « aide ». Pour l'assuré social, une aide est d'abord et avant tout une subvention.

L'ACS a incontestablement le statut d'une aide d'Etat ³. Selon son montant, elle est de nature à permettre à des assurés d'avoir accès à des couvertures dont ils ne pourraient, seuls, supporter la charge financière. Mais, les aides peuvent également prendre forme, notamment sous la forme d'une moindre soumission à des prélèvements obligatoires. Dans ce cas, la situation des assurés est différente. Bénéficiant déjà d'une couverture maladie complémentaire, celle-ci sera plus ou moins onéreuse selon son niveau de taxation. On sera donc nécessairement renvoyé aux justifications que l'on peut trouver à une taxation ou, au contraire, à une absence de taxation de ce type d'opérations.

Plusieurs éléments d'appréciation doivent être pris en considération.

On se situe dans un domaine dans lequel les prestations versées prennent la forme d'un remboursement d'une dépense déjà supportée par l'assuré. Il s'agit d'une indemnisation qui ne peut jamais excéder le montant des frais réellement exposés sous la réserve de sommes, prévues par la loi, qui ne peuvent donner lieu à remboursement. Il s'agit d'éviter que l'assuré, en raison de son état de santé, ne se retrouve appauvri. C'est la justification de la large prise en charge, par la Sécurité sociale, des ALD. Mais, ce raisonnement vaut aussi, désormais, pour les couvertures complémentaires, comme le montrent les études réalisées ces dernières années sur les restes à charge. Il y a toujours une difficulté de principe à soumettre à taxation une prestation à caractère indemnitaire dont le fondement se trouve dans l'état de santé d'un assuré. L'assuré qui bénéficie de remboursements de frais de soins de santé, de base ou complémentaires, ne s'enrichit pas et ne réalise en aucune manière une opération financière.

La moindre taxation des cotisations qui servent à financer un régime de protection sociale complémentaire a toujours constitué une incitation efficace à la mise en place de couvertures complémentaires à la Sécurité sociale. Cette notion de complémentarité à la Sécurité sociale ne vise pas seulement l'adjonction de prestations s'ajoutant à celles servies par les régimes de base, mais englobe également leurs principales caractéristiques et leur contenu. On a rappelé précédemment que les opérations collectives à adhésion obligatoire avaient des caractéristiques communes avec celles de la Sécurité sociale. A partir du moment où ces caractéristiques sont communes, il est logique que le statut fiscal et social des cotisations soit, au moins pour partie, commun. Les régimes de retraite complémentaire de salariés ARRCO/AGIRC montrent l'intérêt qui s'attache à des dispositifs de ce type. Le statut fiscal et social des cotisations finançant les régimes de retraite complémentaire a constitué une incitation forte à leur développement – à la fois en termes de champ des populations couvertes et de niveau des garanties -, pour les salariés cadres, mais tout autant pour les salariés non cadres. La négociation collective est un processus continu et évolutif. On ne voit pas ce qu'il peut y avoir d'anormal, pour les Pouvoirs publics, à favoriser son développement. En une dizaine d'années, la négociation collective dans les branches professionnelles a permis de couvrir près de trois millions de salariés en matière de frais de soins de santé. Les incitations fiscales et sociales dont ces régimes ont pu bénéficier sont très certainement infiniment moins coûteuses que les systèmes de subventionnement direct par l'Etat de contrats maladie complémentaire. Encore une fois, on rappellera que les Partenaires sociaux sont parvenus, par la voie de la négociation collective, à couvrir la totalité des salariés, y compris ceux dont le statut est « précaire », dans le domaine de la retraite complémentaire. Avant de préconiser l'abandon du présent statut fiscal et social des couvertures de prévoyance complémentaire, il faut encore en mesurer précisément les

³ A ce titre, une telle aide doit avoir préalablement reçu l'accord de la Commission européenne avant d'être mise en vigueur.

conséquences et apprécier correctement le coût et l'efficacité des dispositifs alternatifs qu'il serait de toute façon nécessaire de mettre en place. Le bilan coût/avantages ne sera certainement pas en défaveur des opérations collectives obligatoires.

Les critiques adressées aux avantages fiscaux et sociaux dont bénéficient les couvertures maladie complémentaire ne sont pas exemptes de critiques.

Pour être pertinent, le bilan doit être complet et non pas partiel.

Des charges nouvelles sont venues peser sur ces couvertures : une taxation spécifique de la part employeur de cotisation à un régime de prévoyance a été introduite, le financement de la CMU-C qui constitue pourtant une prestation de solidarité nationale a été intégralement transféré sur les assurés maladie complémentaires.

Certains avantages fiscaux sont purement virtuels. Pour définir une dépense fiscale, il est nécessaire de disposer d'une base de référence incontestable. Or, en ce qui concerne la taxe sur les conventions d'assurance, celle-ci n'existe pas. Si l'on examine la situation de l'ensemble des assurances de personnes au regard de la taxe sur les conventions d'assurance, ce qui peut constituer un taux normal est le taux zéro. Depuis 1989, les assurances sur la vie sont exonérées de la taxe sur les conventions d'assurance. Prendre comme référence de taxation le taux de 7 % qui ne s'applique, que très marginalement, aux contrats maladie complémentaires qui ne respectent pas les conditions posées par les contrats dits responsables n'a guère de sens. Les contrats maladie complémentaire étant, depuis le 1^{er} janvier 2011, taxés à 3,5 %, cela signifie que, parmi les assurances de personnes, les contrats maladie complémentaire sont taxés de manière significative. Or, ils viennent – sans excès pour la quasi-totalité d'entre eux - suppléer les carences de la Sécurité sociale et, à la différence des contrats d'assurance vie qui demeurent détaxés, ils ne présentent en aucune manière le caractère d'une opération financière.

On est donc très loin des 4,3 milliards d'euros, voire si l'on suit les rapports antérieurs de la Cour des comptes de près de 6 milliards d'euros, d'avantages sociaux et fiscaux. Les chiffres de l'administration semblent plus réalistes. Celle-ci estime l'avantage des contrats collectifs obligatoires, déduction faite du produit de la taxe prévoyance, à 1 milliard d'euro. On rappellera que le produit de la taxe CMU-C – qui pèse sur l'ensemble des contrats maladie – est de 1,8 milliard d'euros (2009).

Ce qui, par contre, paraît peu contestable, c'est qu'une taxation – sous quelque forme que ce soit – des contrats maladie complémentaire conduisant à une recette de 4,3 milliards d'euros en faisant monter – en première approximation – l'ensemble des taxes qui pèsent sur ces contrats à 10-12 % mettrait gravement en péril l'équilibre d'une fraction importante de ces contrats et conduirait, à brève échéance, à une augmentation importante du reste à charge des assurés.

*

Pour améliorer l'efficacité de l'ACS, il est également proposé d'en ouvrir le champ aux organismes de Sécurité sociale. On ne contestera évidemment pas l'intérêt qui peut s'attacher au développement ou au renforcement d'un dispositif qui s'efforce d'atténuer l'effet de seuil de la CMU-C. On rappellera cependant qu'il s'agit de contrats maladie complémentaire qui sont assurés et

proposés par des organismes ayant la qualité d'entreprises communautaires d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance). En l'état actuel du statut des organismes de Sécurité sociale, la faculté de mettre en œuvre des garanties d'assurance ne leur est pas ouverte, les caisses primaires d'assurance maladie ne figurant pas parmi la liste des formes juridiques que peut prendre, en France, une entreprise d'assurance. Telle qu'elle est résumée, cette proposition ne peut, en l'état, être considérée comme conforme aux exigences du droit communautaire. On ajoutera également que, même si le caractère social de l'ACS n'est pas contestable, le respect des procédures propres au droit communautaire d'une aide qui a nécessairement le caractère d'une aide d'Etat nécessite que la Commission européenne ait donné son accord préalablement à sa mise en œuvre. Un examen complémentaire de cette proposition est donc nécessaire avant d'envisager sa mise en œuvre.