

Portabilité des droits : une bonne idée, si...

Fondation pour l'innovation politique

1. La régulation de notre système de santé souffre de sa dépendance aux mécanismes d'obligations collectives dans une société marquée par l'affirmation d'un individualisme libéral

L'accord national interprofessionnel (ANI) sur la modernisation du marché du travail de 2008 a mis en place le maintien des garanties santé et prévoyance d'entreprise en faveur des salariés ayant vu rompu leur contrat de travail¹. Par ailleurs, la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est venue intégrer cette obligation dans le code de la Sécurité sociale et en augmenter la portée². L'article L911-8 du Code de la sécurité sociale³ a ainsi fait évoluer le dispositif de maintien de garanties santé et prévoyance par l'extension de la durée maximale (délai rallongé de 9 à 12 mois) et la généralisation du système de mutualisation. Depuis le 1^{er} juin 2014, pour la santé, et à compter du 1^{er} juin 2015, pour la prévoyance, l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale est applicable à tous les employeurs, y compris ceux qui jusque-là n'entraient pas dans le champ de l'ANI de 2008. Aujourd'hui, la question de la portabilité des droits se pose uniquement parce que l'on a rendu obligatoires les complémentaires santé en entreprise. Or, bien que décidée, cette obligation d'adhésion pose une série de problèmes qu'il importe de relever. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2016, tous les salariés doivent disposer d'une couverture collective obligatoire (« mutuelle entreprise ») en matière de remboursements complémentaires de frais de santé (loi du 14 juin 2013). Ceux qui bénéficiaient déjà d'une complémentaire santé ont pu la conserver le temps que leur contrat se termine, mais ont dû ensuite souscrire à celle de l'entreprise.

L'employeur souscrit un contrat auprès d'un assureur et doit participer au minimum pour moitié du montant des cotisations, le salarié payant le reste. Les garanties minimales dues sont « l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et

1. Voir Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, art. 14 (www.wk-rh.fr/actualites/upload/accord_national_interpro_11012008.pdf).

2. Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi (www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027546648).

3. Article L911-8 du Code de la sécurité sociale, créé par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 (www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000027549338&cidTexte=LEGITEXT00006073189).

prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire ; le forfait journalier hospitalier ; les dépenses de frais dentaires, à hauteur de 125 % du tarif conventionnel ; les dépenses de frais d'optique, sur la base d'un forfait par période de deux ans, avec 100 euros minimum pour les corrections simples, 150 euros minimum pour une correction mixte simple et complexe, 200 euros minimum pour les corrections complexes⁴ ».

Si le salarié perd son travail (hors motif de faute lourde), il continue à bénéficier de la mutuelle dès la date de cessation de son contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de son dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Ainsi, si le salarié a travaillé entre deux et trois mois dans l'entreprise, il bénéficiera de la « mutuelle entreprise » pendant deux mois. La durée du maintien des droits est de douze mois maximum. À l'issue du dispositif de portabilité, l'organisme assureur adresse au salarié une proposition de maintien de la mutuelle à titre individuel, dont la cotisation sera entièrement à sa charge. Il en va de même pour un salarié qui part à la retraite.

Enfin, dans certains cas, le salarié est en droit de demander, par écrit, une dispense d'adhésion à la complémentaire santé collective de l'entreprise s'il dispose déjà une couverture complémentaire (mutuelle individuelle, couverture maladie universelle complémentaire ou CMU-C, aide au paiement d'une complémentaire santé ou ACS) – cependant il devra souscrire à la complémentaire de l'entreprise dès que son contrat individuel sera terminé – ; s'il dispose déjà d'une couverture collective (notamment en tant qu'ayant droit) ; s'il est en contrat à durée déterminée (CDD) de moins d'un an ; s'il est à temps très partiel ou s'il est apprenti et que la cotisation représente 10 % ou plus de son salaire.

2. Le risque d'un contentieux sociétal croissant

Les complémentaires santé n'ont pas vocation à constituer une simple extension de la protection sociale ; elles ne doivent pas se concentrer exclusivement sur un modèle de solidarité car ce sont des organismes privés. Cela peut finalement s'apparenter à un processus d'étatisation de ce secteur. Si les logiques économiques auxquelles se trouvent soumises les

4. « La mutuelle d'entreprise devient obligatoire au 1^{er} janvier 2016 dans le secteur privé », economie.gouv.fr, 15 décembre 2015 (www.economie.gouv.fr/entreprises/mutuelle-entreprise-obligatoire).

complémentaires santé se rapprochent de celles de l'assurance obligatoire, les complémentaires santé deviendront moins aptes à compenser les défauts de l'assurance obligatoire.

Un puissant processus d'individualisation exprime l'aspiration de nos sociétés

Nos sociétés sont bouleversées par un processus d'individualisation qu'il serait plus judicieux d'accompagner que de chercher (vainement) à contrarier. Jusque vers le milieu des années 1970, la société se définissait sans recourir aux intentions de l'individu, lequel était supposé recevoir le sens de sa conduite de la société dans laquelle il vivait, dans laquelle il avait été socialisé, où il occupait des positions et disposait de statuts qui lui avaient été donnés, plus qu'il ne se les était donnés, et qui l'instituait dans des rôles par rapport aux institutions et à d'autres acteurs. Dans le cadre de cette conception déterministe de la société, des logiques sociales et des comportements individuels, le degré d'autonomie que l'on pouvait reconnaître au sujet restait marginal. En dehors d'une minorité correspondant au cercle des élites sociales, l'individu était avant tout le produit de disciplines.

Altérant ce cadre initial, le processus d'individualisation est celui par lequel les membres de la société accèdent à une autonomie croissante ou manifestent une aspiration croissante pour y parvenir. On exige que les liens d'appartenance ne nous privent pas d'une qualité de vie conditionnée par l'indépendance... dans un cadre social qui doit bien sûr demeurer sécurisant. La nature de ce processus est complexe et l'on sait, au moins depuis Durkheim, que plus la société est capable d'intégrer ses membres dans la réalité d'une dépendance de plus en plus grande, plus ceux-ci tendent à se penser comme indépendants et autonomes dans un jeu de représentations où entre une part de fiction et de mirage.

On peut citer trois exemples qui illustrent ce phénomène :

– le processus a littéralement bouleversé le rapport entre les femmes et les hommes, les femmes ayant été plus nettement contraintes que les hommes à renoncer à elles-mêmes et à *vivre pour les autres* : soin des enfants, du mari, du foyer, voire des parents. Le rapport à l'espace domestique a ainsi été progressivement mis en tension comme un monde hors du temps, ignorant ou contredisant de plus en plus brutalement cette individualisation, au détriment de plus de la moitié des membres de la société. Dès lors, sortir du monde domestique ou en changer profondément les modalités devenait une condition de l'universalisation de l'individualisation, ce qu'accomplit la systématisation de l'entrée des femmes dans le monde du travail ou, dans le prolongement, l'égalité des droits, l'accès à la

maîtrise de la procréation par la contraception puis le droit à l'avortement, la féminisation (lente et partielle) de la politique en général et des fonctions électives en particulier (à quoi le syndicalisme résiste avec une étonnante efficacité eu égard à son ambition de représenter le monde social) ;

– non sans rapport avec le premier, le second exemple est fourni par la diversification de la famille, forme sociale dite fondamentale. La révolution de la famille au cours du dernier demi-siècle est moins le fait de la loi que le résultat de l'initiative des individus eux-mêmes. Ce sont bien les individus qui ont destitué la forme dominante du couple hétérosexuel, marié, avec enfants : les couples mariés n'ont pas toujours d'enfants ; les enfants naissent majoritairement hors mariage (en France, 60 % en 2016) ; plus d'un tiers des mariages s'achèvent par un divorce (50 % dans les grandes villes) ; les divorces des couples avec enfants donnent le jour à des familles monoparentales (20 % de nos familles) ou à des familles recomposées ouvrant sur de nouvelles formes de parentalité (cela concerne 1,5 million d'enfants). Le couple et la famille s'organisent désormais aussi dans le cadre d'une pluralité radicale des formes d'association : mariage, remariage, union libre, couple de fait, concubinage, pacs et sous la forme de couples qui peuvent être non cohabitants (1,2 million de personnes en France en 2017). Le « mariage pour tous » a pris place dans ce cadre, mais pour faire entrer dans le droit ce que la société avait déjà accompli, par elle-même et pour elle-même, à l'image d'autres réformes sociétales auto-instituées, tel le recours à l'avortement, qui a précédé le droit, et à la différence d'autres réformes sociétales telles que l'abolition de la peine de mort que la politique a imposée à une société hostile ou réticente. La reconnaissance du mariage pour tous doit être considérée comme l'enregistrement et la reconnaissance par les pouvoirs publics des aspirations nouvelles vis-à-vis du couple qui émergent de la société et qui cherchent à combiner des attentes de sécurité, d'égalité et d'autonomie ;

– enfin, si l'évolution actuelle du travail obéit à des logiques économiques et technologiques, elle procède aussi de ce même mouvement d'individualisation que l'on peut lire dans la diversification des statuts : le temps partiel choisi, l'autoentrepreneuriat, l'« ubérisation » de l'activité, même en sachant raison garder face aux effets de mode et aux risques de fétichisation technologique, illustrent la continuation de ce processus d'individualisation. On le voit aussi se manifester à travers l'évolution des formes de propriété et d'usages de la propriété : colocations, Airbnb, BlaBlaCar, logiciels libres, blockchain, monnaies parallèles, cryptomonnaies...

L'approche de l'évolution du travail et du statut de l'individu actif peut s'observer aussi depuis la face « client » de la personne, soit l'évolution des manières de consommer. Elle affirme une disponibilité à la concurrence, ouvrant des opportunités qui ont permis la naissance et le développement des stratégies low cost ou encore amenant la production des services à épouser ce processus d'individualisation : services 24 heures sur 24, explosion du secteur des services à la personne, loin de se limiter à l'accompagnement du vieillissement de la population, personnalisation des interfaces d'assistance technique et de renseignement, programme de fidélisation, etc. De nombreux exemples préfiguraient cette évolution (Darty) ou tendent aujourd'hui à la déployer encore (Amazon), renforçant par un effet de boucle les transformations du travail.

L'individualisation du consommateur favorise l'individualisation du travail et inversement. Le profilage des individus, qu'implique l'exigence du consommateur et que la digitalisation des échanges a permis de systématiser, renforce ce processus d'individualisation que l'on voit même s'exprimer avec une force montante dans le domaine politique, à travers la désaffiliation partisane ou la volatilité électorale.

Si l'individualisation de nos sociétés relève d'un puissant mouvement de civilisation, hypothèse que nous retiendrons, ce processus doit être compris comme l'expression des aspirations profondes de sociétés où l'on souhaite combiner le fait social et le fait individuel, conserver la sécurité et la solidarité en accédant aussi désormais à l'autonomie.

L'individualisation n'est plus un dysfonctionnement, un état pathologique appelant la réparation d'un ordre dégradé ou la restauration d'une normalité perdue, mais bien le mouvement d'autant plus souhaité par toute une société qu'il s'apparente à la figure d'un idéal progressiste auquel nous restons attachés. Dans certaines conditions, l'évolution de la complémentaire pourrait donc se révéler inadaptée, voire contraire aux mutations économiques, sociales et culturelles manifestement en cours.

ENCADRÉ

Nous pouvons illustrer l'évolution en cours par un exemple en matière d'assurance, avec le cas de Lemonade, une start-up américaine. Son slogan est « 90 seconds to get insured, 3 minutes to get paid » (« 90 secondes pour être assuré, 3 minutes pour être indemnisé ») et la société propose un service le plus personnalisé possible. L'assurance coûte 5 dollars par mois pour les

locataires et 25 dollars pour les propriétaires. Pour s'inscrire, une personne doit répondre à une série de questions posées par un robot sur téléphone, et une police d'assurance adaptée lui est ensuite proposée. Lemonade se charge d'annuler l'ancienne police souscrite et rembourse la différence éventuelle. L'estimation du remboursement est réalisée instantanément et le paiement s'effectue en quelques minutes.

3. Il serait périlleux d'opposer solidarité et liberté

Ce nouveau système conduit à une situation en contradiction avec ce mouvement de fond. Non seulement le salarié n'a plus le choix de souscrire ou non à une complémentaire santé, mais il n'a désormais plus le choix de choisir le contrat puisqu'il est contraint d'accepter celui de l'entreprise. À l'usage, ce modèle est susceptible d'être réputé archaïque, ce qui pourrait lui être fatal.

Les préférences des salariés en termes de complémentaires santé divergent selon leur situation et leurs préférences. Les salariés ayant un ou plusieurs enfants à charge peuvent rechercher une couverture complète de la famille, alors que les salariés sans enfants souhaitent n'assurer que leur propre personne, voire leur conjoint. Les salariés âgés peuvent privilégier les couvertures haut de gamme, quand les jeunes peuvent se contenter d'une couverture basique. Les salariés à haut revenu peuvent volontiers investir dans leur complémentaire, quand les salariés à faibles revenus y seront réticents. Le financement de la complémentaire est d'autant plus pesant dans la rémunération des salariés que leurs revenus sont faibles, ce qui le distingue de celui de l'assurance obligatoire qui s'effectue suivant un montant proportionnel au salaire.

Nous admettons qu'il est essentiel que toute la population soit bien protégée. Néanmoins, avant 2016, 95 % des personnes étaient déjà couvertes par une complémentaire santé, *via* l'entreprise ou individuellement. Les salariés détenteurs d'un contrat individuel avant la réforme se retrouvent donc pour beaucoup avec un contrat collectif équivalent, peut-être moins adapté, voire inadapté. La portabilité conduit donc à passer d'un système qui, de fait, permettait d'atteindre l'universalité dans l'exercice du choix personnel à un système qui y conduit également mais en privant l'individu de sa liberté de choisir.

De plus, pour promouvoir l'accès à une complémentaire santé pour tous, l'État a déployé la CMU et l'ACS. La CMU garantit une protection de qualité aux personnes aux plus bas revenus. L'ACS garantit un accès à moindre coût à une complémentaire pour les personnes dotées d'un faible revenu, bien que supérieur au seuil donnant accès à la CMU. S'il est vrai que le taux de recours à l'ACS était insuffisant (les personnes concernées étant mal informées), ne fallait-il pas essayer d'améliorer le fonctionnement de ces aides, en modernisant par exemple l'ACS, plutôt que de rendre les complémentaires santé obligatoires ? Ces deux aides auraient dû suffire à garantir un accès à une complémentaire pour tous.

De plus, le mode de financement se fait par mutualisation. Quand l'individu quitte l'entreprise, il continue à être protégé par la complémentaire de l'entreprise sans cotiser. Ce sont les salariés de l'entreprise qui paient pour lui. Pour une entreprise de cinquante personnes qui « perd » un salarié, l'impact est mineur car le financement se répartit sur cinquante contributeurs, mais pour une entreprise de cinq salariés, le poids financier est plus important. Or, en France, un salarié sur cinq travaille dans une entreprise de moins de dix salariés.

Désormais, seule l'entreprise a la liberté de choisir : c'est une régression qui risque de susciter des réactions, voire des résistances. De plus, l'entreprise, selon son secteur d'activité, peut aussi déterminer plus ou moins les orientations de sa couverture (par exemple, pour le BTP, vers des complémentaires qui prennent en compte les accidents du travail). On n'est donc pas encore totalement dans un système universel. L'argument selon lequel l'entreprise est plus forte que l'individu pour peser dans les négociations et obtenir des contrats à bas prix, avec un maximum d'avantages, est souvent avancé. En réalité, il est difficile de comparer car le prix moyen des complémentaires individuelles est impacté à la hausse par les contrats proposés aux personnes âgées, logiquement plus chers. L'observation d'autres secteurs montre que les individus sont capables d'obtenir des contrats bien plus favorables que ceux initialement proposés, ce que montre avec éclat l'évolution du marché de la téléphonie mobile depuis une vingtaine d'années.

Il faudrait veiller à la rentabilité des complémentaires santé collectives par comparaison avec les mutuelles individuelles. Alors que l'on assiste aujourd'hui à une généralisation des

complémentaires collectives, ces dernières entraînent-elles une augmentation des prix ou une diminution du prix des prestations destinées aux salariés ? La question mérite d'être étudiée. Quoi qu'il en soit, toutes les complémentaires santé des entreprises ne se valent pas. Certaines grandes entreprises auront plus de facilité à négocier une mutuelle collective à bas prix, alors que d'autres devront payer plus (et leurs salariés aussi) pour des avantages moindres. Cela peut conduire *in fine* à créer des inégalités entre salariés.

De même, la portabilité des droits est inexistante pour certaines catégories comme les fonctionnaires. On peut imaginer que les salariés membres de la fonction publique sont exclus du bénéfice de la portabilité parce qu'ils ne sont pas exposés au risque du chômage. Pour autant, l'exclusion de la portabilité contribue à dissuader les membres de la fonction publique qui souhaiteraient s'engager dans le secteur privé, soit temporairement soit définitivement. Décourager la mobilité de la fonction publique ne constitue pas un résultat d'intérêt général.

De même qu'il existe des ponts entre la fonction publique et le secteur privé, il en existe au sein du secteur privé entre les indépendants et les salariés. Il y a là autant de sources possible d'injustices entre les parcours des individus. On peut considérer comme souhaitable l'universalisation de la portabilité des droits.

4. Pistes de réflexion

a) Évaluer les effets de cette réforme sur le marché du travail

Sont-ils positifs, négatifs ou neutres pour les entreprises ? Sur l'embauche ? Sur le nombre de CDI ? De même, est-ce que le prix de la complémentaire santé individuelle augmente pour les personnes retraitées afin de compenser la baisse des prix des salariés qui passent par ce nouveau système ? Il serait également utile d'évaluer le taux de satisfaction des salariés de cette réforme. Estiment-ils qu'il y a une restriction de choix ? Sont-ils assez informés ? Le système leur semble-t-il transparent ?

b) Améliorer la qualité de l'information

Les complémentaires santé sont les assurances les plus coûteuses pour les ménages et les moins aisées à comprendre, alors que la couverture de l'assurance maladie est elle-même déjà complexe. À supposer que les assurances privées présentent comme un avantage, relativement à l'assurance obligatoire, de proposer des contrats en adéquation avec les

besoins et préférences des assurés, encore faut-il que ces derniers soient en mesure de comprendre précisément l'offre de contrat. Or celle-ci est opaque. Cette opacité rend particulièrement complexe la comparaison des offres entre deux assureurs. Dès lors, la concurrence « qualité/prix » joue difficilement. L'image des assurances, promue par la publicité, impacte plus sensiblement les choix des consommateurs-assurés.

c) Instauration d'un ticket complémentaire santé entre l'entreprise et le salarié

Selon le fameux effet cliquet, il est toujours difficile de revenir sur une mesure sociale par rapport à l'opinion publique. Si les entreprises doivent continuer à prendre en charge une partie de la complémentaire santé, la Fondation pour l'innovation politique propose la création d'un ticket complémentaire santé annuel, basé sur le même principe qu'un ticket restaurant. Alors que l'entreprise finance aujourd'hui 50 % de la complémentaire, l'État devrait fixer un montant minimal pour le ticket santé de toutes les entreprises.

Cette mesure aurait un triple avantage :

- elle redonnerait aux salariés la liberté de choisir leur complémentaire santé en fonction de leurs besoins ;
- elle permettrait de conserver le lien entre l'entreprise et les mutuelles, la première pouvant indiquer à ses salariés que s'ils optent pour telle complémentaire santé, ils bénéficieront d'un certain nombre d'avantages ;
- elle respecterait le principe de portabilité.

Financement

1. Le mode de financement de l'assurance maladie n'est plus en phase avec le contexte économique

L'assainissement des comptes publics est un objectif majeur du quinquennat d'Emmanuel Macron. Si le déficit de l'État français était de 2,6 % du PIB en 2017⁵ – première fois depuis 2007 que la France repasse sous la barre des 3 % de déficit établie par les traités européens –, la dette publique s'élevait à 98 % du PIB. Le déficit de la Sécurité sociale augmenterait à 4,4 milliards d'euros en 2018⁶ et se heurte à ceux persistants de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse. Alors même que la demande de bien-être est croissante, l'innovation médicale est coûteuse, les maladies chroniques prennent leur essor, les frais médicaux progressent et la population vieillit. La part de la richesse nationale consacrée à la santé est ainsi passée de 7 % du PIB en 1980 à environ 12 % ces dernières années⁷.

L'assurance maladie voit se développer un effet ciseau entre la croissance naturelle de ses dépenses et celle de ses recettes. Son mode de financement est soumis aux profondes mutations que notre économie connaît depuis quarante ans. Pendant les Trente Glorieuses, le financement de la Sécurité sociale par des cotisations prélevées sur les salaires était pleinement efficient, puisque la forte croissance économique assurait une progression rapide des revenus et des recettes sociales. En revanche, ce mode de financement n'est plus pertinent : la croissance du PIB n'est plus aussi forte aujourd'hui, même si le débat public oscille absurdement, redoutant une croissance trop faible au nom de l'emploi et espérant une décroissance au nom de l'environnement. De fait, le chômage de masse s'est installé et les recettes de la Sécurité sociale ralentissent. Le levier de la hausse des taux de cotisations pour accroître les ressources de la Sécurité sociale n'est plus disponible. Selon Eurostat, les recettes fiscales englobant impôts et cotisations sociales ont représenté 47,6 % du PIB en France en 2016, contre 41,3 % en moyenne dans la zone euro. La France arrive en tête du

5. Voir « En 2017, le déficit public s'élève à 2,6 % du PIB, la dette notifiée à 97,0 % du PIB » (Insee, comptes nationaux des administrations publiques, année 2017, premiers résultats), *Informations rapides*, n° 79, 26 mars 2018 (www.insee.fr/fr/statistiques/3375616).

6. *Sécurité sociale. Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2016, prévisions 2017 et 2018*, ministère des Solidarités et de la Santé, 2017, p. 13-14 (www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-septembre2017-ok.pdf).

7. « Quelle est la part de la richesse nationale consacrée à la santé ? », vie-publique.fr, 29 février 2016 (www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/depenses-sante/quelle-est-part-riche-ss-nationale-consacree-sante.html).

classement européen, suivie du Danemark et la Belgique. Cependant, la Belgique, qui occupait la première place en 2015 avec la France, a vu son taux reculer à 46,8 %⁸.

Il est impossible de revaloriser les cotisations sans risquer une destruction d'emplois (le coût du travail est l'une des causes structurelles du chômage de masse). Cela explique la réduction des charges patronales aux alentours du smic. Le niveau actuel des cotisations est déjà l'une des causes du déficit de compétitivité-prix des entreprises. Il est donc nécessaire de diversifier les financements à pression fiscale des entreprises constante voire inférieure.

2. La modération des tarifs conventionnels ne suffit plus

Depuis 2005, les pouvoirs publics ont tenté de modérer l'inflation des dépenses médicales par l'introduction d'une modération stricte des tarifs conventionnels (tickets modérateurs, baisses des remboursements, notamment en pharmacie, biologie et radiologie)⁹. Cela a permis, depuis 2010, de respecter l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Néanmoins, cette stratégie a aujourd'hui atteint ses limites : les prix ne peuvent pas être abaissés, gelés ou revalorisés à la marge sans qu'augmentent le risque de dégradation de la qualité des soins et le mécontentement des professionnels.

L'assurance maladie a également modéré la revalorisation des actes médicaux, dont le C (consultation). La valeur du C a baissé en termes réels. Dernièrement, les médecins sont parvenus à obtenir une hausse du C de 23 à 25 euros.

Désormais, la priorité doit porter sur l'efficacité du fonctionnement du système de santé. En d'autres termes, comment faire mieux avec moins de dépenses ? Martin Hirsch déclarait ainsi récemment : « Les budgets ont augmenté pendant des périodes pendant lesquelles les choses ne se sont pas améliorées ; l'argent va avec l'organisation¹⁰. » Il faut donc moderniser les

8. Voir « La fiscalité en 2016. Le ratio recettes fiscales/PIB en légère hausse tant dans l'UE que dans la zone euro. Un rapport de 1 à 2 entre États membres », Eurostat, communiqué de presse, 7 décembre 2017 (ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8516002/2-07122017-BP-FR.pdf/fe2436ff-4891-46bc-86d4-ba5908cef012).

9. *Les Réseaux de soins conventionnés, Pour une meilleure régulation des dépenses médicales*, Asterès, septembre 2016, p. 11 (asteres.fr/site/wp-content/uploads/2016/09/Asterès-Les-réseaux-de-soins-conventionnés-Etude-juin-2016.pdf).

10. « Martin Hirsch : "L'un des grands enjeux, c'est de casser le mur entre l'hôpital et la médecine de ville" », franceinter.fr, 24 avril 2018 (www.franceinter.fr/emissions/l-invite-de-8h20-le-grand-entretien/l-invite-de-8h20-le-grand-entretien-24-avril-2018).

équipements dans les hôpitaux, avoir une meilleure coordination entre l'hôpital et la médecine de ville, changer les mentalités de certaines corporations. La télémédecine, par exemple, est une excellente réponse à ces évolutions¹¹. Nous recommandons, là aussi, de contribuer à une baisse des prix par le recours volontariste à l'innovation et la promotion énergique d'offres low cost.

3. Repenser le financement : cotisations/charges sociales

Emmanuel Macron a déjà décidé de baisser les cotisations salariales en échange d'une hausse de la CSG. Il serait également judicieux de reprendre la piste d'un allègement des charges sociales en augmentant la TVA (ce qui avait d'ailleurs été proposé par Nicolas Sarkozy et mis en place par François Hollande avec le CICE). Certes, cela impacterait le pouvoir d'achat des ménages, mais il ne faut pas oublier que la TVA en France est inférieure à celle de la moyenne de l'Union européenne¹².

4. Le périmètre de solidarité doit être débattu

Pour résorber le déficit et léguer aux générations futures la soutenabilité de nos principes de solidarité, il est nécessaire d'accroître la part des fonds privés. Le périmètre de la solidarité devrait faire l'objet d'un débat national.

Un transfert de certains actes pris en charge par la Sécurité sociale vers des organismes privés est possible. Ainsi pourrait-on imaginer de revoir les taux de remboursement sur ceux qui sont répartis entre l'assurance publique et les assurances privées. Par ailleurs, les assurances privées pourraient financer des services nouveaux, comme la télémédecine et des services de prévention. De manière générale, les assurances privées doivent disposer d'une flexibilité leur permettant d'innover et d'expérimenter de nouveaux services, problème complexe du côté de l'assurance maladie.

11. Voir Dominique Reynié, *Digitalisation de la santé : une voie prometteuse*, fondapol.org, 26 mars 2018 (www.fondapol.org/dans-les-medias-fr/digitalisation-de-la-sante-une-voie-prometteuse/).

12. Voir « Liste des taux de TVA dans l'Union européenne », asd-int.com, 2 janvier 2017 (www.asd-int.com/actualites/article/13-liste-des-taux-de-tva-dans-lunion-europeenne).

Au vu des finances de l'assurance maladie, cette évolution se fera tôt ou tard, soit par pragmatisme et de manière incrémentale, soit par de véritables sauts réformateurs opérés au terme de débats nationaux. Comme cette réforme risque d'avoir un fort coût électoral, on peut craindre que la première solution soit favorisée, mais une refonte plus drastique et rapide du système devrait pourtant intervenir pour éviter une crise du système de santé solidaire. La solidarité prendra le chemin d'un resserrement de la couverture publique, soit autour des prestations médicales « essentielles », soit autour des individus les plus vulnérables, ou bien les deux à la fois.

Pour le premier scénario, avec une solidarité recentrée sur les soins essentiels, la solidarité resterait inconditionnelle, en accordant aux individus une protection sans considération de leur situation économique et sociale, et l'équilibre serait atteint par un resserrement du champ de la protection sur un panier de soins jugés essentiels. Le poids financier des maladies bénignes serait progressivement transféré aux organismes complémentaires. Les ménages modestes, qui ne peuvent supporter le coût d'une assurance privée continueraient de relever d'une logique solidaire complète, sur tous les soins. Les ménages de la classe moyenne inférieure pourraient bénéficier d'une aide pour l'accès à une couverture privée, à l'image de l'actuelle ACS. Ce scénario correspond à une accentuation des tendances passées : l'assurance maladie tend à se retirer de certaines prestations médicales (soins dentaires, optique), alors qu'elle maintient une couverture complète pour les affectations de longue durée.

Le second scénario propose une solidarité recentrée sur les populations fragiles. Une solution financièrement soutenable consiste en effet à faire participer les patients au coût des soins consommés proportionnellement à leurs revenus, ce qui reviendrait à favoriser le principe d'équité par rapport à celui d'égalité, en assumant la création d'inégalités au profit des moins favorisés. Plusieurs mécanismes pourraient être établis, de la proportionnelle à des systèmes plus complexes de seuils. L'idée de mettre en place un « bouclier sanitaire » permettrait aux assurés d'être soumis à une franchise sur leurs dépenses médicales proportionnelle à leurs revenus. Une fois la franchise dépassée, le système solidaire s'actionnerait pour prendre en charge les frais, de manière intégrale ou partielle, comme c'est le cas aujourd'hui. Comme avec le premier scénario, les organismes complémentaires d'assurance maladie récupérerait à leur compte la dépense non couverte par la solidarité.

Ces deux scénarios peuvent être complémentaires : le premier permet de répondre au défi du financement, le second à celui de l'équité.

5. Création d'un instrument de pilotage fiscal des comportements nutritionnels

Dans un rapport récent, la Cour des comptes juge essentiel le développement d'une politique de prévention pour maîtriser les coûts de santé en contenant l'apparition de maladies (par la vaccination, le développement du sport, une nutrition saine, etc.)¹³. Une politique de prévention fondée sur une fiscalité incitative pourrait avoir un impact en matière de santé publique¹⁴. Ces politiques concernent, par exemple, la fiscalité écologique et la santé publique (taxes sur les cigarettes, taxes sur les sodas, etc.).

Il s'agirait ici non pas d'augmenter le niveau des prélèvements obligatoires mais d'entraîner des modifications de comportements de consommation par :

- la baisse de la TVA sur des produits favorisant une bonne santé (fruits, légumes, etc.) ;
- la hausse de la taxe sur les produits élaborés en fonction de leur contenu en ingrédients nocifs ou sur leur taux de graisse, sel ou sucre¹⁵. Cette taxe permettrait de produire des aliments plus sains et ferait in fine monter en gamme la compétitivité des produits français. Cela suppose néanmoins un contrôle de la composition des produits.

13. Voir *L'Avenir de l'assurance maladie. Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs*, Cour des comptes, novembre 2017 (www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf).

14. Voir Nicolas Bouzou, *Réformer la santé : trois propositions*, Fondation pour l'innovation politique, novembre 2011 (www.fondapol.org/wp-content/uploads/2011/11/Reformer-la-sante-Bouzou-2011.pdf).

15. Une taxe sur les aliments nocifs n'inciterait pas les industriels à adapter leurs recettes aux exigences de santé publique (les produits ne sont pas taxés en fonction de leur contenu mais de leur définition même), tandis qu'une taxe sur les ingrédients nocifs (huile de palme, sirop de glucose...) aurait des conséquences sur les produits fabriqués en France et pénaliserait paradoxalement les produits nationaux par rapport aux produits étrangers.