



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Rapport du HCAAM

Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire

Janvier 2022



Le rapport du HCAAM relatif à l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire est l'aboutissement d'une réflexion débutée au HCAAM il y a plusieurs années. Les travaux initiaux ont permis une instruction juridique du dossier. L'idée de proposer un certain nombre de scénarios s'est concrétisée à l'occasion de l'état des lieux qui a été dressé dans le document de janvier 2021¹.

Les quatre scénarios retenus sont par construction « polaires » et n'épuisent pas le champ des possibles. Alors que les travaux du HCAAM aboutissent généralement à des recommandations portées par l'ensemble de ses membres, il est apparu dans le cas présent plus pertinent de documenter ces scénarios contrastés, afin d'alimenter le débat public et d'éclairer la diversité des choix ouverts aux pouvoirs publics.

Ce rapport répond également à la saisine du Ministre des Solidarités et de la Santé qui, le 19 juillet 2021, m'a demandé de mener un travail technique approfondi sur ces quatre scénarios et de lui remettre le rapport issu de ces réflexions (cf. annexe 1). Je remercie vivement, pour leur contribution à la rédaction de ce rapport, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), ainsi que Jonathan Bosredon, Laurent Cytermann, Marion Del Sol, Anne-Sophie Ginon et Denis Raynaud.

Comme à l'accoutumée, de très nombreuses discussions et échanges ont animé les séances du Haut Conseil mais le rapport présenté ci-après, qui exceptionnellement ne contient pas de propositions, n'engage pas les membres du Haut Conseil qui, à aucun moment, n'ont eu à se prononcer collectivement sur l'un ou l'autre des scénarios.

Pierre-Jean Lancry

Vice-président du HCAAM

¹ *La place de la complémentaire santé et prévoyance en France*, HCAAM, janvier 2021 <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/document-de-travail-du-hcaam---c.html>

Introduction	5
1. Eléments de contexte et d'état des lieux	8
1.1. L'assurance maladie complémentaire : une activité de plus en plus concurrentielle mais aussi de plus en plus réglementée au cours du temps.....	8
1.2. Le niveau élevé de couverture de la population ne doit pas occulter les défis à surmonter	11
1.2.1. Le défi de la régulation	14
1.2.2. Le défi de l'équité	20
1.2.3. Le défi de la couverture des risques les plus lourds.....	21
1.3. Quelle articulation entre Sécurité sociale et assurances maladie complémentaires dans l'avenir ?	22
2. Scénarios d'évolution.....	24
2.1. Scénario 1 : Améliorations dans le cadre de l'architecture actuelle	24
2.1.1. Exposé des motifs	24
2.1.2. Améliorations	27
2.2. Scénario 2 : Une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée	38
2.2.1. Exposé des motifs	38
2.2.2. Description du schéma	38
2.2.3. Effets redistributifs du scénario	54
2.2.4. Faisabilité juridique	59
2.3. Scénario 3 : Augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale	63
2.3.1. Exposé des motifs	63
2.3.2. Caractéristiques du scénario	65
2.3.3. La définition des ressources couvrant l'augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale	74
2.3.4. Impacts financiers et effets redistributifs du scénario	74
2.4. Scénario 4 : Décroisement entre les domaines d'intervention de la Sécurité sociale et des assurances complémentaires.....	87
2.4.1. Exposé des motifs	87
2.4.2. Description du schéma	88
2.4.3. Les effets financiers de ce scénario	95
2.5. Proposition transversale relative au développement de la prévoyance	105
2.5.1. Exposé des motifs	105
2.5.2. Contexte	105
2.5.3. Objectifs.....	106
2.5.4. La prévoyance, un véritable espace de liberté.....	107

2.5.5. Les obligations des entreprises en matière de prévoyance	108
2.5.6. Proposition pour le déploiement de la prévoyance dans le cadre salarial	112
Annexes.....	123
A.1. Lettre de mission du Ministre des Solidarités et de la Santé.....	124
A.2. Le plafonnement des restes à charge par un mécanisme de type « bouclier sanitaire ».....	126
A.3. Précisions méthodologiques sur les chiffrages des impacts financiers et redistributifs	129
A.4. Estimation des effets sur les finances publiques – Scénario 3 « Augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale »	134

Introduction

Garantir l'accès pour tous à un environnement favorable à la santé et à des soins et un accompagnement de qualité, alors que la population vieillit, est un défi que la France partage avec l'ensemble des pays occidentaux. Le HCAAM a proposé de nouveaux modes d'organisation du système de santé et de régulation mieux à même de répondre à ces défis², et en particulier de développer la prévention³ et de prendre en charge les personnes âgées⁴.

Le système de protection sociale définit pour cela un cadre structurant. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) décrit trois fonctions d'un système de financement : collecter des revenus pour la santé, les allouer (« acheter des services de santé ») et mutualiser les risques. Ces trois fonctions contribuent à l'atteinte des objectifs d'ensemble du système de santé, et notamment à permettre l'accès aux soins nécessaires sans coût excessif pour les usagers⁵.

Le HCAAM a analysé dans un document publié en janvier 2021⁶ les forces et les limites du système français de financement des dépenses de santé. Par rapport aux pays occidentaux comparables, l'articulation entre Sécurité sociale et assurances maladie complémentaires se singularise en France par le fait que les deux remboursent en très large part les mêmes soins et que le complément apporté par l'assurance complémentaire est considéré comme indispensable à l'accessibilité financière de ces soins. Autrement dit, en France l'assurance privée se singularise par rapport aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) par la combinaison de trois éléments : elle a une fonction essentiellement complémentaire (elle porte sur les mêmes soins que la Sécurité sociale), elle couvre un pourcentage très élevé de la population et un pourcentage important des dépenses⁷.

Cette organisation spécifique conduit au reste à charge moyen des ménages (défini comme les dépenses après remboursements par les assurances) le plus faible de tous les pays de l'OCDE. Toutefois, elle ne supprime pas les risques de restes à charge importants sur des soins essentiels (séjours hospitaliers) pour les 4 % de personnes sans assurance complémentaire⁸. La couverture est en outre bien moindre pour les risques plus lourds liés à l'incapacité temporaire (indemnités journalières et leurs compléments), l'invalidité, le décès ou encore le chômage. Le fonctionnement « à la française » génère en outre des frais de gestion la situant au deuxième rang de l'OCDE après les États-Unis et des taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé⁹ importants, en particulier pour les personnes âgées.

Les pouvoirs publics, considérant l'assurance complémentaire comme nécessaire pour accéder à certains soins essentiels, ont multiplié les dispositifs pour favoriser sa généralisation et enca-

² *Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé (2018), La régulation du système de santé (2021)*. Voir aussi les actes du séminaire *Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé (2020)*.

³ *Prévention et promotion de la santé (2019)*.

⁴ *Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030 (2018)*

⁵ J. Kutzin « Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy » *Bull World Health Organ.* 2013.

⁶ *La place de la complémentaire santé et prévoyance en France (2021)*

⁷ V. Paris, D. Polton, L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? EN3S, 2016 et V. Paris, « La couverture santé dans les pays de l'OCDE », *Les Tribunes de la santé*, 2020.

⁸ Parmi lesquelles les personnes en situation précaire sont surreprésentées : ce chiffre s'élève à 13 % pour les chômeurs

⁹ Cet indicateur tient compte, en plus du reste à charge, des prélèvements pour la Sécurité sociale et des primes d'assurance complémentaire.

drer son fonctionnement. Reposant au départ sur la liberté contractuelle des acteurs, les couvertures complémentaires se sont ainsi trouvées prises dans une dynamique de réglementation croissante au fil des réformes et notamment du développement des aides à l'acquisition d'une couverture complémentaire, pour les personnes à revenus modestes d'une part, au bénéfice des salariés d'autre part. Cette généralisation ayant été conduite de manière segmentée, il en résulte des inégalités et des ruptures de mutualisation qui n'ont pas forcément été anticipées, interrogeant notamment la soutenabilité à l'avenir des primes d'assurance complémentaire des retraités, dans la mesure où elles croissent avec l'âge et ne dépendent pas du revenu.

Au total, le système actuel est trop complexe, tant pour les assurés que pour les professionnels de santé, inégalitaire, et malgré son coût il ne garantit pas l'accessibilité financière pour tous à des soins essentiels. Le *statu quo* entrainerait une situation peu supportable sur ces terrains et des évolutions apparaissent nécessaires.

Face à ce constat, dans le document de janvier 2021 quatre scénarios d'évolution très différents, dont chacun a sa cohérence, ont été définis et **le HCAAM n'entend privilégier aucun d'entre eux**. Le premier scénario (S1) propose des réformes visant à répondre à certaines limites du système actuel, sans modifier son architecture ; les trois suivants proposent de clarifier l'articulation entre Sécurité sociale et assurances maladie complémentaires : (S2) instauration d'une assurance privée obligatoire, universelle et mutualisée ; (S3) augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale ; (S4) liberté plus grande de définition des niveaux et contenus des garanties proposées par les assurances privées dans le cadre d'un décroisement entre les domaines d'intervention de la Sécurité sociale et des assurances privées. Le HCAAM s'est également penché sur les améliorations de la couverture prévoyance, compatibles avec chaque scénario. Le champ retenu n'inclut pas la dépendance, qui fait l'objet de travaux par ailleurs. De même, les modalités d'atterrissage des comptes publics post crise Covid ne sont pas traitées ici car elles font l'objet de travaux spécifiques, en particulier du Haut conseil pour le financement de la protection sociale (HCFiPS).

Ces scénarios ont donné lieu à des débats approfondis au sein du HCAAM. Alors que les travaux du HCAAM aboutissent généralement à des recommandations portées par l'ensemble de ses membres, il est apparu plus pertinent sur ce sujet de documenter des scénarios contrastés, afin d'alimenter le débat public et d'éclairer la diversité des choix ouverts aux pouvoirs publics. L'ensemble des scénarios partage toutefois l'ambition de renforcer la cohérence d'ensemble d'un système devenu insuffisamment lisible, avec une ambition plus marquée sur ce point des scénarios 2 à 4. Ce rapport détaille ces quatre scénarios annoncés dans le rapport intermédiaire de janvier 2021. La faisabilité juridique des évolutions envisageables y est analysée ainsi que l'impact, par catégorie de financeur, des évolutions ayant des effets redistributifs importants.

Ces scénarios n'épuisent pas pour autant les évolutions possibles, parmi lesquelles on peut citer la mise en place d'un bouclier sanitaire (cf. annexe 2), ou encore un allègement de la réglementation des contrats d'assurance complémentaire en conservant l'architecture actuelle du système.

En outre, une réforme de l'articulation entre Sécurité sociale et assurances maladie complémentaires ne permettra pas à elle seule de résoudre l'ensemble des difficultés auxquelles notre système de santé est confronté depuis longtemps (disparités sociales et géographiques d'accès aux soins, soutenabilité des dépenses, meilleure prévention...). En particulier, quelle que soit la réforme qui pourrait être entreprise, le HCAAM rappelle la nécessité d'une démocratisation renforcée du système de santé impliquant tous les acteurs au plus près des territoires et des assurés sociaux. Il poursuivra, comme il s'y est engagé dans l'avis sur la régulation du système de santé qu'il a publié au printemps 2021, ses travaux sur ce sujet, en proposant notamment une mé-

thode mobilisant toutes les composantes de la démocratie politique, sociale et sanitaire, au niveau national et territorial, pour déterminer la trajectoire des objectifs, activités et ressources du système de santé et assurer sa mise en œuvre. Le HCAAM a également prévu de poursuivre ses travaux sur la médecine spécialisée¹⁰ en étudiant plus particulièrement la question des dépassements d'honoraires, transversale à l'ensemble des scénarios.

¹⁰ *Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé* (2020).

1. Éléments de contexte et d'état des lieux

1.1. L'assurance maladie complémentaire : une activité de plus en plus concurrentielle mais aussi de plus en plus réglementée au cours du temps¹¹

En France, l'assurance privée en santé et en prévoyance est essentiellement complémentaire (et aussi supplémentaire)¹² : elle se déploie dans l'espace qui n'est pas occupé par la Sécurité sociale. Dans le cadre défini au sortir de la Seconde Guerre mondiale, son contenu n'est pas davantage réglementé : à l'intérieur de cet espace, les garanties proposées sont librement définies. La concurrence est très limitée, la loi réservant ces opérations aux mutuelles et aux institutions de prévoyance, dans une logique de démocratie sociale. L'histoire des trente dernières années en matière de complémentaire santé est celle d'un mouvement conjoint de recours croissant au marché et d'encadrement réglementaire de plus en plus étroit, notamment quant au contenu des garanties proposées.

Encadré 1 : terminologie

Le rapport a pour objet la question de l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC). Ces deux expressions ont une assise historique incontestable à tel point qu'elles sont entrées dans le langage courant. Pour autant, ces termes ne traduisent plus les réalités juridiques d'aujourd'hui. Ce qui est en jeu derrière ces acronymes, ce sont les conditions et les formes de prise en charge des frais de santé.

L'expression AMO correspond à la façon dont l'organisation de la Sécurité sociale assure à chacun la protection contre le risque et les conséquences de la maladie. Depuis le 1^{er} janvier 2016, elle renvoie à la protection universelle maladie (PUMA) dont la prise en charge repose sur deux principes : l'affiliation obligatoire et le caractère solidaire. En vertu de ce principe de solidarité – dont le caractère obligatoire garantit en quelque sorte le plein effet –, non seulement la prise en charge est indépendante de l'âge et de l'état de santé mais chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection (Code de la Sécurité sociale (CSS), art. L. 111-2-1, I).

L'expression AMC est en fait l'expression à laquelle il a été recouru « en miroir » de l'AMO. Elle se caractérisait traditionnellement par deux éléments : une prise en charge des frais de santé en complément de celle assurée par les régimes légaux de Sécurité sociale et une dimension facultative. Or, aujourd'hui, ces deux éléments ne sont plus systématiquement présents : d'une part, toutes les prises en charge ne sont pas complémentaires à celles de la Sécurité sociale, certaines d'entre elles couvrant désormais des frais non remboursés par la Sécurité sociale (ce qui conduit à utiliser parfois l'expression d'assurance supplémentaire) ; d'autre part, et depuis la loi du 14 juin 2013, la couverture santé « complémentaire » est devenue obligatoire pour les salariés du secteur privé.

Le volet « AMC » correspond donc aujourd'hui à une forme juridique de prise en charge des dépenses de santé : celle qui se réalise dans le cadre d'opérations ou de contrats d'assurance (individuels et collectifs). Il s'agit d'un marché sur lequel sont habilitées à opérer plusieurs catégories d'organismes privés, à but lucratif

¹¹ Pour une présentation plus détaillée cf. *La place de la complémentaire santé et prévoyance en France*, HCAAM, janvier 2021 <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/document-de-travail-du-hcaam--c.html>

¹² L'assurance santé privée est dite complémentaire quand elle porte sur les mêmes soins que l'assurance publique et supplémentaire quand elle porte sur des soins non couverts par l'assurance publique.

ou non lucratif : les sociétés d'assurance (but lucratif), les institutions paritaires de prévoyance (but non lucratif) et les mutuelles dites « du livre II du code de la mutualité » (but non lucratif). Sous l'impulsion du droit de l'Union européenne, ces organismes sont juridiquement considérés comme des entreprises d'assurance soumises en tant que telles à un corpus commun de règles régissant leur activité et permettant d'assurer la libre concurrence et le respect de leurs engagements à l'égard des assurés (principe de spécialité, règles de solvabilité...) ainsi qu'à un même organe de contrôle (l'ACPR). Dès lors, l'expression « assurance(s) maladie privée(s) » rendrait mieux compte de la réalité juridique actuelle que l'expression AMC (même si c'est cette dernière qui est généralement retenue dans ce rapport tant elle appartient au langage courant). Sur ce marché, le modèle de rapport au risque est différent de celui de l'AMO : les techniques actuarielles conduisent en effet les opérateurs à faire généralement dépendre la tarification du risque et ce à partir de paramètres permettant de l'approcher au mieux (âge de l'assuré dans les contrats individuels, sinistralité du groupe dans les contrats collectifs : moyenne d'âge, secteur d'activité, taille de l'entreprise...).

Le recours au marché est à la fois le fruit de choix nationaux et d'obligations imposées par les directives de l'Union européenne. Les principales étapes en sont la loi Evin du 31 décembre 1989, qui met sur le même plan les sociétés d'assurance, les institutions de prévoyance et les mutuelles, la transposition des directives européennes sur les assurances et la censure des clauses de désignation par la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013. La loi du 14 juillet 2019 sur la résiliation infra-annuelle participe du même mouvement qui confère une liberté de choix de plus en plus grande aux particuliers et aux entreprises. Dans ce cadre juridique qui fait une part plus belle à la concurrence, l'économie du secteur se transforme, avec un mouvement continu de concentration (de 1 702 organismes complémentaires (OC) en 2001 à 439 en 2019) et la constitution de groupes de protection sociale rassemblant des organismes appartenant à plusieurs des trois familles traditionnelles, ce qui atténue la portée pratique de cette distinction.

Dès la loi Evin du 31 décembre 1989, un certain nombre de règles d'ordre public avaient été énoncées qui étaient le corollaire de l'ouverture du marché aux assureurs, telles que l'obligation de prise en charge des suites des états pathologiques nés avant la souscription ou l'interdiction d'exclure certaines pathologies de la couverture. Cependant, au cours de la dernière décennie, l'encadrement réglementaire s'est considérablement densifié, en lien avec la généralisation de la complémentaire santé dans le secteur privé. Il s'explique aussi par la volonté des pouvoirs publics d'accroître les contreparties aux avantages sociaux et fiscaux dont bénéficient ces contrats. La réforme du « 100 % santé » a été la dernière étape de ce processus qui encadre aujourd'hui la liberté de choix des parties dans des planchers et des plafonds couvrant l'ensemble du panier de soins.

Cette évolution n'a en revanche pas affecté les contrats de prévoyance, pour lesquels la liberté de choix des parties demeure entière. Historiquement, les régimes complémentaires de prévoyance ont été adossés aux négociations conventionnelles sur les salaires, conférant aux partenaires sociaux une indéniable légitimité pour mettre en place des garanties de maintien du salaire en cas de maladie ou d'accident. Mais on peut se demander si les contraintes pesant sur la couverture du risque santé ne limitent pas les marges de manœuvre pour la couverture du risque prévoyance, risque lourd et pourtant moins bien couvert que le risque santé.

L'ensemble de ces évolutions s'opère dans un espace qui relève, pour l'essentiel, de la qualification d'activité économique en droit de l'Union européenne et est donc soumis au droit de la concurrence, à la différence de la Sécurité sociale. Seule la couverture maladie universelle com-

plémentaire (CMUc), devenue Complémentaire santé solidaire (C2S), peut sans doute être qualifiée d'activité non économique¹³. Au sein des activités économiques, le droit de l'Union autorise néanmoins des dérogations au droit de la concurrence lorsqu'elles sont justifiées pour assurer le bon fonctionnement d'un service d'intérêt économique général (SIEG). Les clauses de désignation, lorsqu'elles existaient, conféraient ainsi un droit exclusif qui était justifié par l'existence d'un SIEG (Cour de justice de l'Union Européenne (CJUE), 3 mars 2011, *AG2R Prévoyance c/ Beaudout Père et Fils SARL*, C-437/09). Dans le cadre actuel, l'activité de complémentaire santé présente certaines des caractéristiques d'un SIEG, mais sauf pour certains segments (notamment les organismes recommandés par un accord de branche), il y manque l'existence d'un mandat imposant une obligation d'assurer tout ou partie d'un public.

¹³ Les bénéficiaires de la C2S peuvent opter pour une gestion de la part complémentaire soit par la Sécurité sociale, soit par un organisme complémentaire. Les bénéficiaires de la CMU-C optaient majoritairement pour la Sécurité sociale (92 %). La C2S ouvre ce choix aux anciens bénéficiaires de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) (qui ne pouvaient recourir qu'à un organisme complémentaire) ; la moitié d'entre eux ont d'ores et déjà basculé vers une gestion par la Sécurité sociale (*Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire*, Edition 2021).

1.2. Le niveau élevé de couverture de la population ne doit pas occulter les défis à surmonter

Par rapport aux pays occidentaux comparables, l'assurance privée en France se singularise par la combinaison de trois éléments : elle a une fonction essentiellement complémentaire, elle couvre un pourcentage très élevé de la population et un pourcentage important des dépenses¹⁴.

Encadré 2 : décomposition des dépenses de santé¹⁵

Le « tarif de responsabilité » constitue la base du remboursement par la Sécurité sociale. Il est égal à la somme du montant remboursé par la Sécurité sociale et des participations financières à la charge des assurés : tickets modérateurs (de 20 % à 85 % du tarif de responsabilité selon le type de soins), forfaits et franchises. Les contrats responsables (qui représentent la quasi-totalité des assurances complémentaires) sont tenus de rembourser l'intégralité des tickets modérateurs¹⁶ et des forfaits journaliers hospitaliers, mais ne doivent pas prendre en charge les forfaits et franchises instaurés en 2004 et 2008 (forfait de 1 € sur les actes médicaux, surcroît de tickets modérateurs en cas de non-respect du parcours de soins, franchises de 0,5 € sur les médicaments et actes paramédicaux, de 2 € par transport sanitaire). Ils sont aussi tenus de compléter les remboursements de la Sécurité sociale afin de permettre une prise en charge à hauteur de 100 % sur le panier du 100 % santé. Des formes de liberté tarifaire existent pour certains soins : au tarif de responsabilité s'ajoute alors un dépassement, qui peut être remboursé, sous certaines conditions, par les assurances complémentaires.

Pour l'ensemble de ces dépenses, l'assurance privée intervient en complément de la Sécurité sociale. Elle est également supplémentaire quand elle rembourse des postes non pris en charge par la Sécurité sociale, tels que les chambres particulières en cas d'hospitalisation.

La Sécurité sociale finance 79,8 % de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2020¹⁷. Cette part a bondi de 1,9 point entre 2019 et 2020 sous l'effet de la crise sanitaire, la Sécurité sociale ayant joué le rôle d'assureur en dernier ressort. Précédemment, elle progressait de 0,2 points par an entre 2011 et 2019, sous l'effet de facteurs augmentant la part des soins remboursés à 100 % par la Sécurité sociale, et notamment :

- le vieillissement de la population qui accroît la part des personnes en affection de longue durée (ALD) ;
- le progrès technique, qui généralement augmente le coût des soins les plus lourds.

La part financée directement par les ménages diminue fortement en 2020 sous l'effet de la crise, à 6,5 % ; elle baissait régulièrement depuis 2011 (8,9 %), en lien avec l'augmentation de la part de la Sécurité sociale.

¹⁴ V. Paris, D. Polton, L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? EN3S, 2016 et V. Paris, « La couverture santé dans les pays de l'OCDE », *Les Tribunes de la santé*, 2020.

¹⁵ Pour plus de détails cf. PL Bras et D Tabuteau, *Les assurances maladie*, Que sais-je ?, 2021.

¹⁶ Sauf les tickets modérateurs des médicaments dont le service médical rendu (SMR) est faible.

¹⁷ DREES, *Les dépenses de santé en 2020 – Résultats des comptes de la santé*, édition 2021.

Tableau 1 : Evolution de la structure de financement des grands postes de la CSBM entre 2011 et 2020

En %

	2011	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ensemble de la CSBM							
Sécurité sociale	76,3	77,3	77,5	77,8	77,8	77,9	79,8
État, CSS organismes de base	1,2	1,3	1,4	1,3	1,4	1,5	1,4
Organismes complémentaires	13,5	13,4	13,3	13,1	13,4	13,4	12,3
Ménages	8,9	8,0	7,8	7,8	7,4	7,2	6,5
Soins hospitaliers							
Sécurité sociale	91,3	91,3	91,6	91,8	91,6	91,7	92,8
État, CSS organismes de base	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,1
Organismes complémentaires	5,2	5,2	5,1	5,0	5,2	5,1	4,6
Ménages	2,2	2,3	2,1	2,0	1,9	1,9	1,4
Soins de ville*							
Sécurité sociale	63,8	65,4	65,5	65,7	66,3	66,5	69,2
État, CSS organismes de base	1,5	1,7	1,7	1,7	1,9	2,0	1,8
Organismes complémentaires	21,5	21,0	20,9	20,6	21,0	20,9	19,7
Ménages	13,2	11,9	11,9	12,0	10,8	10,6	9,2
Médicaments							
Sécurité sociale	68,3	71,0	71,4	72,0	71,8	72,6	73,6
État, CSS organismes de base	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Organismes complémentaires	15,6	13,5	13,3	12,9	12,9	12,9	12,2
Ménages	14,9	14,2	14,0	13,7	13,8	13,1	12,8
Autres biens médicaux**							
Sécurité sociale	40,3	42,7	43,5	44,3	44,3	43,9	45,3
État, CSS organismes de base	0,7	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,3
Organismes complémentaires	35,4	38,6	38,8	37,8	38,5	38,5	36,0
Ménages	23,5	17,7	16,7	16,8	16,2	16,5	17,4
Transports sanitaires							
Sécurité sociale	92,8	92,9	92,9	92,9	92,9	93,0	92,9
État, CSS organismes de base	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0
Organismes complémentaires	4,6	3,8	3,7	3,5	3,6	3,9	3,4
Ménages	1,7	2,4	2,4	2,7	2,5	2,2	2,7

* Soins de ville au sens de la CSBM : hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports sanitaires.

** Y compris optique.

Lecture > En 2020, la Sécurité sociale finance 79,8 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Sur le seul champ des soins hospitaliers, la Sécurité sociale finance 92,8 % des dépenses.

Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré 3 : Des restes à charge après AMO parfois élevés malgré les mécanismes d'exonérations¹⁸

En 2017, le reste à charge (RAC) annuel après AMO des assurés sociaux était de 620 € en moyenne. Mais cette moyenne cache la forte dispersion entre les assurés sociaux. Ainsi, si les 50 % des assurés sociaux ayant les RAC les plus faibles avaient un RAC après AMO inférieur à 240 € par an (constitué à 85 % de RAC opposable), les 10 % des patients ayant les RAC les plus élevés avaient un RAC supérieur à 2 200 € par an, et les 1 % des patients ayant les RAC les plus élevés un RAC supérieur à 5 400 € par an (dû pour plus de la moitié à la liberté tarifaire).

L'exonération du ticket modérateur pour les dépenses en rapport avec une affection de longue durée (ALD) permet de réduire très fortement les RAC après AMO et facilite ainsi largement l'accès au soin des patients chroniques et leur assurabilité sur le marché de l'assurance complémentaire santé. Cependant, presque 30 % des dépenses de santé des patients en ALD sont sans lien avec leur affection et participent pour presque 80 % au RAC après AMO des patients en ALD. Les 1 % des patients en ALD ayant les RAC les plus élevés avaient un RAC de 7 100 € en moyenne, composé pour près de la moitié de dépassements d'honoraires.

A l'hôpital, les RAC après AMO consécutifs à des hospitalisations sont fortement hétérogènes selon les patients et les disciplines hospitalières. Ainsi, pour des séjours dans des établissements publics, en 2016 le RAC après AMO était :

- En moyenne de 290 € par an et par patient pour des séjours en MCO, mais s'élevait en moyenne à 5 540 € pour les 1 % des patients en MCO ayant les RAC les plus élevés (le RAC après AMO étant alors dû pour 82 % aux tickets modérateurs).
- En moyenne de 620 € par an et par patient pour des séjours en psychiatrie, mais s'élevait en moyenne à 7 080 € pour les 1 % des patients ayant les RAC les plus élevés (le RAC après AMO, étant alors dû pour 95 % au forfait journalier).
- En moyenne de 680 € par an et par patient pour des séjours soins de suite et de réadaptation (SSR), mais s'élevait en moyenne à 5 380 € pour les 1 % des patients ayant les RAC les plus élevés.

L'Assurance maladie complémentaire (AMC) finance 12,3 % des dépenses en 2020, en recul par rapport à une part stable autour de 13,4 % depuis une dizaine d'années. Plus de 95 % de la population française bénéficie d'une couverture complémentaire en santé. Ce résultat pourrait apparaître comme un succès de la généralisation suite à l'accord national interprofessionnel (ANI) du 10 janvier 2013. En réalité, il ne lui est associé que de manière limitée : les taux de couverture étant déjà élevés avant la généralisation, celle-ci s'est surtout traduite par un report de la population salariée des contrats individuels vers les contrats collectifs. Au terme de ce mouvement, plusieurs défis demeurent à surmonter.

¹⁸ R. Adjerad et N. Courtejoie : « Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels ». Études et résultats n°1171, DREES, 2020 ; « Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures ». Études et résultats n°1180, DREES, 2021 ; « Hospitalisation : des restes à charge après assurance maladie obligatoire plus élevés en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie ». Études et résultats n°1192, DREES, 2021.

1.2.1. Le défi de la régulation

1.2.1.1. La soutenabilité des dépenses de santé

Le HCAAM a recommandé que l'indicateur de taux d'effort construit pour mesurer l'accessibilité financière des soins « ne limite pas la mesure du coût des soins au seul « reste à charge », mais intègre aussi le coût des primes d'assurance, et le montant des cotisations obligatoires »¹⁹. Ce taux est de 3,8 % pour l'ensemble des ménages en 2012. En raison de l'augmentation des dépenses avec l'âge et de la tarification à l'âge des contrats individuels des complémentaires santé, et malgré l'absence de cotisation d'assurance maladie obligatoire sur les retraites, le poids des primes et des restes à charge (après intervention de la Sécurité sociale et des complémentaires) dans le revenu disponible est plus élevé pour les personnes âgées : 6,6 % en moyenne pour ceux dont l'individu le plus âgé a plus de 80 ans²⁰.

Les évolutions attendues pour les prochaines années vont se traduire par des besoins de financement importants, dans le champ de la santé et au-delà (vieillesse de la population, crise écologique...). Ceci alors que la croissance de la productivité et par conséquent de l'économie sont faibles depuis vingt ans (sans qu'on sache déterminer les causes de ce ralentissement et donc sa durée probable), et que les finances publiques se sont fortement dégradées sous l'effet de la crise Covid. Quasiment à l'équilibre avant la crise, l'assurance maladie obligatoire (AMO) a joué son rôle d'assureur en dernier ressort et vu son déficit se creuser à 30 Mds € en 2021. Le poids des dépenses de santé dans le revenu disponible des ménages est ainsi appelé à augmenter et la question de la soutenabilité du modèle actuel, notamment pour les personnes âgées, se posait avant même la crise sanitaire. En particulier, la tendance à l'accroissement des primes des complémentaires santé pose à terme la question d'un risque de désaffiliation de certains assurés.

¹⁹ Voir l'avis du HCAAM : « *L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer* », janvier 2011.

²⁰ Source DREES in *L'incidence des réformes du « 100% santé » et de la complémentaire santé solidaire pour les personnes âgées*, Note du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), 2020

1.2.1.2. Les limites de l'utilisation des couvertures complémentaire santé comme relais de financement de la Sécurité sociale

L'existence des complémentaires santé permet à la Sécurité sociale de se désengager de la prise en charge de certaines dépenses sans que cela ne soit visible dans les sommes à déboursier directement par les ménages, même si cela renchérit leurs cotisations à l'AMC. Ce jeu de vases communicants, renforcé par l'obligation, depuis 2014, pour les contrats solidaires et responsables de couvrir intégralement la plupart des tickets modérateurs, a été observé lors des dernières augmentations du forfait journalier et, dans une certaine mesure, pour les décisions diminuant le remboursement des médicaments. Elle intervient dans un contexte où l'assiette des dépenses de santé prises en charge progresse tendanciellement plus vite pour l'AMO que pour l'AMC, du fait de l'augmentation de la part d'assurés ALD (liée au vieillissement de la population), du coût du progrès technique, et des nouveaux modes de rémunération des professionnels et des établissements de santé (v. *supra*).

Cette non prise en charge de la Sécurité sociale peut aussi résulter, non pas de décisions de diminution du remboursement prises par le gouvernement ou l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) mais simplement de l'augmentation de tarifs non encadrés par les pouvoirs publics.

Ainsi en va-t-il des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux exerçant en secteur 2²¹. Si leur prise en charge par les organismes complémentaires permet aux patients un meilleur accès financier à ces médecins, elle contribue aussi à l'essor du secteur 2, même s'il ne s'agit bien sûr pas de l'unique facteur²². Des actions entreprises par l'Assurance Maladie pour réguler le taux de dépassement des médecins de secteur 2 ont permis, notamment grâce à la mise en place du Contrat d'accès aux soins (CAS) en 2012 puis de l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) en 2017, d'inverser la dynamique haussière des taux de dépassement : ainsi le taux de dépassement moyen, mesuré sur l'ensemble des médecins pouvant facturer des dépassements, a baissé de 9 points entre 2012 et 2020 (de 55,4 % à 46,5 %) alors que sur la même période la part de l'activité réalisée à tarif opposable a progressé de plus de 10 points (de 32,9 % à 43,4 %). Toutefois, la dynamique du secteur 2 reste vive : la proportion de spécialistes exerçant en secteur 2 est ainsi passée de 37 % en 2000 à 50 % en 2020 et devrait encore augmenter dans les prochaines années, les nouvelles générations s'installant de plus en plus en secteur 2²³. Dans ces conditions, les questions soulevées par le HCAAM en 2012 continuent à se poser pleinement et en particulier, compte tenu des disparités de rémunération entre spécialités (cf. tableau 2), la question suivante : « Comment peut-on concilier une forte part de dépassements sur les actes techniques exécutés par certains médecins spécialistes avec l'approche portée par la CCAM technique, à savoir une hiérarchisation relative des actes reposant sur des données (travail médical, coût de la pratique) » qui à l'origine a été construite « de manière

²¹ Pour un historique sur ce sujet, voir le Rapport annuel du HCAAM de 2012.

²² Dormont B, Péron M. « Does Health Insurance Encourage the Rise in Medical Prices? A Test on Balance Billing in France » *Health Econ.* 2016.

²³ Parmi les spécialistes nouvellement installés en 2020, 69 % se sont installés en secteur 2.

objective » ?²⁴. Et qui maintenant conduit à creuser l'écart de rémunération entre public et privé, écart qui est positivement corrélé au taux de vacance de postes à l'hôpital public²⁵.

Le HCAAM a prévu de poursuivre ses travaux sur la médecine spécialisée²⁶ en étudiant plus particulièrement la question des dépassements d'honoraires, transversale à l'ensemble des scénarios.

Tableau 2 : Les revenus des médecins libéraux en 2014²⁷

	Effectifs	Part des effectifs de secteur 2 (en %)	En % activité mixte	Revenu d'activité (en euros)			dont revenu libéral (en euros)		
				Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2
Omnipraticiens	57 354	9,1	25,0	86 150	87 330	74 370	82 270	83 520	69 670
Anesthésistes	3 374	40,9	16,5	197 030	177 640	224 690	189 430	169 320	218 120
Cardiologues	4 335	20,2	50,4	150 820	151 320	148 840	131 590	132 250	128 970
Chirurgien-ne-s	6 271	80,7	42,4	180 060	159 680	184 730	154 410	109 070	164 800
Dermatologues	2 978	41,5	32,2	87 050	81 100	95 540	82 510	78 270	88 550
Gastro-entérologues	2 024	39,1	53,4	134 770	130 190	141 890	117 300	111 030	127 040
Gynécologues	4 994	58,2	40,1	108 910	88 440	123 620	92 920	72 560	107 560
Ophthalmologues	4 529	56,4	33,3	169 530	131 480	197 830	161 730	126 680	187 790
Oto-rhino-laryngologistes	2 103	58,8	56,9	122 660	115 630	127 470	104 540	98 710	108 530
Pédiatres	2 477	34,6	47,5	85 670	81 450	93 680	75 180	70 980	83 140
Pneumologues	1 120	17,9	56,2	117 950	120 530	106 100	101 470	104 440	87 830
Psychiatres et neuropsychiatres	5 669	31,7	44,3	86 000	85 560	86 940	72 560	72 450	72 790
Radiologues	5 774	14,7	31,0	208 680	204 560	232 590	191 480	187 370	215 300
Rhumatologues	1 675	46,3	47,3	98 130	95 750	100 960	88 710	89 010	88 360
Stomatologues	892	45,7	33,3	141 690	126 970	159 620	131 500	117 460	148 620
Autres spécialistes	4 070	31,4	50,8	121 220	130 560	103 460	103 130	113 500	83 420
Ensemble des spécialistes	52 285	42,5	41,0	140 610	132 910	150 880	125 510	117 850	135 730
Ensemble des médecins	109 639	25,0	32,5	111 760	103 650	136 160	102 610	95 820	123 020

Champ • France, médecins conventionnés, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2014, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2014. Les revenus ne sont calculés que sur les professionnels retrouvés dans le fichier fiscal et ayant déclaré au moins un euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des non-appariés.
Sources • CNAMTS, effectifs et part des médecins en secteur 2 ; INSEE-DGFIP-CNAMTS, exploitation DREES (revenus et activité mixte).

²⁴ Voir le Rapport annuel du HCAAM de 2012, qui posait également les questions suivantes :

- Peut-on à la fois reconnaître ouvertement, par les critères qui définissent le droit d'installation en secteur 2, que la valeur d'un acte médical varie selon la compétence de celui qui l'exécute, et considérer que son coût pour l'assurance maladie doit toujours rester le même ?
- Peut-on admettre que coexistent, avec le système de prise en charge élevée qui caractérise globalement l'AMO, des segments de soins où cette prise en charge devient très fortement minoritaire ?

²⁵ https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques,%20%C3%A9tudes%20et%20publications/Synthese_PH_2019_VF.pdf

²⁶ *Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé* (2020).

²⁷ A. Pla, Médecins libéraux : une hausse modérée de leurs revenus entre 2011 et 2014, DREES, *Etudes et résultats*, 2017. Les revenus des médecins libéraux sont calculés tous les trois ans à partir d'une source exhaustive (INSEE-CNAMTS-DGFIP) associant à chaque médecin libéral des données relatives à ses différents types de revenus, y compris les éventuels revenus salariés. La DREES publiera très prochainement les données 2017. Elle dispose également de sources annuelles issues de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) mais qui n'incluent pas les revenus salariés.

Ainsi, le poids des dépenses en établissements dans les remboursements des organismes complémentaires s'est fortement accru depuis les années 2000, sous l'effet entre autres de l'augmentation du forfait journalier, des tarifs journaliers de prestations (TJP) et des dépassements (la dépense des organismes complémentaires en établissements de santé hors chambres particulières a progressé de 111 % entre 2002 et 2017 contre 56 % pour la Sécurité sociale²⁸).

Certains choix de transfert de la Sécurité sociale vers les complémentaires peuvent être justifiés par des raisons de politique publique. Cependant, le système actuel incite à procéder à des transferts explicites ou implicites selon une logique paramétrique, budgétaire et court-termiste, en tirant parti du fait que l'augmentation des primes d'assurance qui en résulte n'augmente pas le taux de prélèvements obligatoires (même si, au-delà des conventions comptables, les primes des contrats collectifs peuvent être assimilées à des quasi prélèvements obligatoires du fait de leur caractère quasi obligatoire).

On peut se demander si l'on n'est pas arrivé au bout des marges de manœuvre permises par l'existence des couvertures complémentaires, ce que semble attester le très net ralentissement des transferts de charges au cours de la dernière décennie. En outre, compte tenu du rôle croissant des complémentaires dans l'accès aux soins, y compris les plus essentiels, les pouvoirs publics et les partenaires sociaux ont estimé nécessaire de permettre à chacun d'y avoir accès et, partant, de définir le contenu de ce qui devait être garanti. Des règles et des incitations ont ainsi été mises en place pour définir le contenu de ce qui devait être garanti et pour limiter la tarification au risque des complémentaires, organismes pratiquant des opérations d'assurance dans un environnement concurrentiel. La complexité réglementaire s'est ainsi accrue, au point que l'on pourrait s'interroger sur un problème de « soutenabilité réglementaire ». L'échec des « contrats senior » peut servir à cet égard d'avertissement²⁹.

1.2.1.3. Les recommandations du HCAAM pour améliorer la régulation du système de santé

Le HCAAM a recommandé dans ses précédents rapports une transformation du système de santé³⁰ et de ses modalités de régulation³¹. Ces propositions visent à dépasser une approche court-termiste qui conduit à sacrifier des activités qui ont un coût immédiat et des bénéfices plus lointains : innovation, investissement, prévention³². Elles visent également à mieux prendre en charge les personnes âgées³³.

Afin de mettre en œuvre ces propositions, le HCAAM a souligné la nécessité d'une démocratisation renforcée du système de santé impliquant tous les acteurs au plus près des territoires et des assurés sociaux. Il poursuivra, comme il s'y est engagé dans l'avis sur la régulation du système de santé qu'il a publié au printemps 2021, ses travaux sur ce sujet, en proposant notamment une méthode mobilisant toutes les composantes de la démocratie politique, sociale et sanitaire, au niveau national et territorial, pour déterminer la trajectoire des objectifs, activités

²⁸ Source : comptes nationaux de la santé, Drees.

²⁹ La Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2016 avait créé un dispositif de labellisation de contrats dédiés aux personnes âgées de plus de 65 ans, associant un crédit d'impôt égal à 1 % du montant des primes en contrepartie du respect de règles relatives au niveau des garanties et des prix. Le décret d'application devant fixer ces plafonds et ces plafonds n'ayant pas été pris, le dispositif n'est jamais entré en vigueur et il a finalement été abrogé par la LFSS 2019.

³⁰ *Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé* (2018).

³¹ *La régulation du système de santé* (2021). Voir aussi les actes du séminaire *Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé* (2020).

³² *Prévention et promotion de la santé* (2019).

³³ *Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030* (2018).

et ressources humaines, matérielles et financières du système de santé et assurer sa mise en œuvre.

Le HCAAM poursuivra également ses travaux sur les soins de proximité, centrés sur l'accès aux soins partout sur le territoire et sur les modèles d'organisation pour rendre le meilleur service à la population.

Une réforme de l'articulation entre Sécurité sociale et assurances maladie complémentaires ne peut permettre à elle seule de résoudre les difficultés auxquelles notre système de santé est confronté depuis longtemps. Il convient cependant d'explicitier les logiques, parfois congruentes, parfois complémentaires, auxquelles répondent ces deux types d'acteurs, notamment en matière d'innovation et de prévention (la question des inégalités de santé est traitée de manière transversale dans cette première grande partie du rapport).

1.2.1.4. Promouvoir l'innovation et la prévention

Pour un champ donné de dépenses de santé, la promotion de l'innovation et de la prévention par le financeur principal répond à sa mission de permettre l'accès à des soins et services considérés comme nécessaires. Ainsi, concernant l'innovation, la Sécurité sociale finance par exemple à 100 % les vaccins contre la Covid et des médicaments innovants coûteux pour le traitement de pathologies graves (cancer, hépatite C...) pour lesquels des introductions rapides sont possibles (Autorisations temporaires d'utilisation (ATU)...) ³⁴. Pour les soins dentaires au contraire, les assureurs complémentaires sont le principal financeur de l'innovation (en particulier pour les implants dentaires) ; ils remboursent également des soins et services non remboursés par la Sécurité sociale, avec par exemple l'engagement, au printemps 2021, de rembourser quatre consultations de psychologue par an (dans la limite de 60 € par séance ; à partir de 2022, les consultations de psychologues pourront être remboursées par la Sécurité sociale sous certaines conditions ³⁵).

Pour la prévention, à l'enjeu de permettre l'accès à des soins et services nécessaires s'ajoutent :

- pour la Sécurité sociale, qui couvre l'essentiel des dépenses des assurés sociaux et ce tout au long de leur vie, une incitation économique à financer des soins permettant un retour sur investissement (sous forme d'une réduction des dépenses curatives)
- pour l'Assurance maladie complémentaire :
 - o la concurrence à laquelle sont soumis les assureurs les incite à financer la prévention et l'innovation dans une logique « servicielle »
 - o l'incitatif économique lié aux économies sur les soins curatifs générées par les actions de prévention est moins fort que pour la Sécurité sociale en raison du *turn-over* des assurés et du fait que l'AMC ne finance qu'une petite partie de ces soins curatifs. Pour la prévoyance en revanche, des actions des complémentaires ciblées sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels, dans le cadre

³⁴ On peut citer la réforme de l'accès précoce le 1er juillet 2021 ; la France a été le premier pays à permettre l'usage d'anticorps monoclonaux en prévention de la Covid pour les immunodéprimés ; de nouveaux anticancéreux concernant des indications sans aucune alternative thérapeutique sont examinés chaque semaine avant leur autorisation de mise sur le marché ; on peut également évoquer les mécanismes de *fast-track*, le forfait innovation, etc.

³⁵ Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2022.

de contrats collectifs, peuvent permettre de réduire les dépenses liées à l'incapacité ou l'invalidité financées par ces mêmes organismes complémentaires³⁶ (cf. encadré 4). L'entreprise est alors appréhendée comme un « territoire de santé » permettant la mise en œuvre de services en matière de prévention.

Encadré 4 : Accroître le rôle des assureurs complémentaires dans la prévention des risques professionnels

Le développement du marché de la prévoyance complémentaire proposé dans ce rapport est transversal à l'ensemble des scénarios d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire. En particulier, dans les scénarios 3 « Augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale » et 4 « Décroisement des paniers de soins entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire » l'éventuelle baisse de la taille du marché de l'assurance santé pourrait être compensée par un développement de la prévoyance complémentaire³⁷.

Les actions de prévention qui sont aujourd'hui développées par les assureurs pour répondre à la demande des entreprises dans le cadre des contrats santé seraient d'autant plus intéressantes à mettre en œuvre dans le cadre de contrats couvrant aussi la prévoyance. Le maintien en bonne santé des salariés bénéficierait ainsi aux assureurs par une moindre consommation de soins, mais surtout par une moindre sinistralité en matière de prévoyance.

Les organismes complémentaires pourraient développer un rôle dans la prévention des risques professionnels, dans une articulation à définir avec la Sécurité sociale. Des actions de prévention au niveau des branches et des entreprises pourraient être mises en place. L'accompagnement des employeurs développé par certains opérateurs dans le cadre de programmes facilitant le retour à l'emploi après un arrêt de travail de longue durée illustre cette capacité.

Les recommandations des précédents rapports du HCAAM rappelées ci-dessus, visant à accorder plus d'attention aux enjeux de moyen et long terme, devraient permettre de développer l'innovation et la prévention. L'articulation entre financeurs joue également un rôle, qui sera explicité dans la présentation des différents scénarios.

³⁶ Pour un exemple d'actions de prévention adaptées à un secteur professionnel donné, voir les actions mises en place dans la branche de la boulangerie artisanale et développées par AG2R La Mondiale (notamment prévention bucco-dentaire pour lutter contre la « carie du boulanger », hygiène respiratoire et dépistage des allergies aux poussières de farine en lien avec les risques d'asthme et de rhinite majeure, prévention du risque diabétique).

³⁷ Dans le scénario 3 « Augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale », les chiffres incluent une augmentation du montant du marché de la prévoyance complémentaire de 1,25 Md € (cf. *infra*).

1.2.2. Le défi de l'équité³⁸

L'accès à la couverture complémentaire, et le niveau de cette couverture, dépendent de la capacité des ménages à payer des primes plus ou moins élevées, et notamment des aides financières dont elles bénéficient³⁹.

1.2.2.1. Des populations non couvertes qui sont souvent en situation sociale fragile

La CMUc puis l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) n'ont pas suffi à supprimer les problèmes d'accès à la complémentaire des ménages modestes, du fait notamment du non-recours important à ces dispositifs. La complémentaire santé solidaire instaurée le 1^{er} novembre 2019 vise à améliorer la situation grâce à la simplification de l'offre, l'amélioration du panier de soins et la fixation de la cotisation à un niveau modéré pour les bénéficiaires de la C2S-contributive⁴⁰. La proportion de salariés qui ne bénéficient pas d'une couverture collective est bien plus importante parmi les bas salaires ou les ouvriers non qualifiés.

1.2.2.2. Des disparités liées au statut professionnel en matière de financement et d'aides publiques

Si la couverture complémentaire est quasi généralisée, c'est de manière segmentée, en lien avec la situation professionnelle. Il en résulte des disparités en termes de financement et donc de coût d'acquisition. Les aides, publiques ou de l'employeur, sont concentrées sur les couvertures collectives et bénéficient ainsi davantage aux personnes en situation d'emploi dans le secteur privé.

A titre indicatif, le montant des aides socio-fiscales liées aux complémentaires santé, hors C2S et subventions employeur prévues dans la fonction publique à partir de 2022, peut être évalué à 7,3 Md € en 2014, dont : 3,4 Md € d'avantages sociaux des contrats collectifs, 3,6 Md € d'avantage fiscal des contrats collectifs, 300 M € d'avantages des contrats Madelin⁴¹. Ce montant est à mettre en regard des 4,5 Md € de taxes collectées au titre de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) en 2014 (qui se décomposait à l'époque en TSCA + TSA).

La souscription d'une assurance individuelle est beaucoup moins aidée, ce qui pénalise particulièrement les retraités en raison des pratiques généralisées de tarification à l'âge, et les chômeurs, dont 13 % n'ont pas de complémentaire santé⁴². En outre, les contrats collectifs reversent une plus grande part des cotisations sous forme de prestations que les contrats individuels (87 % des cotisations hors taxe contre 72 %)⁴³. Ces disparités contribuent au fait que les contrats collectifs offrent en moyenne une meilleure couverture que les contrats individuels : 72 %

³⁸ S'ajoutent aux disparités mentionnées dans cette partie des disparités territoriales de dépenses (niveau des dépassements notamment) et, corrélativement, de primes pour les complémentaires santé.

³⁹ Elle dépend aussi des choix des individus : en particulier, si certains jeunes adultes ont des difficultés financières d'accès à la complémentaire, d'autres font le choix de ne pas s'assurer, compte tenu de leur bon état de santé.

⁴⁰ Comparativement aux cotisations des bénéficiaires des contrats ACS, notamment du contrat A (le moins couvrant des 3 contrats-types ACS), la cotisation de la couverture complémentaire augmente dans certaines situations, mais en contrepartie, les ménages ont accès à un meilleur panier de soins.

⁴¹ Données 2014 tirées du rapport IGAS *Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé*, n° 2015-143R d'avril 2016.

⁴² M. Fouquet, *Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise*, DREES, Etudes et résultats, 2020.

⁴³ DREES, *Rapport 2020 Sur la situation financière des organismes assurant une couverture santé*. Ces écarts s'expliquent par le fait que les entreprises qui souscrivent ces contrats au profit de leurs salariés sont davantage en position de

des bénéficiaires de contrats collectifs sont couverts par un contrat de catégorie supérieure, contre 11 % des bénéficiaires de contrats individuels⁴⁴ ; en 2016, la moitié des contrats individuels ne couvraient pas les dépassements d'honoraires⁴⁵.

1.2.3. Le défi de la couverture des risques les plus lourds

La quasi-absence de réglementation de la prévoyance (qui concerne d'autres aléas que les frais de santé, tels l'incapacité temporaire, l'invalidité, le décès ou encore le chômage) par les pouvoirs publics et l'autonomie collective conférée aux partenaires sociaux ont conduit à des garanties prévoyance très diverses. Fortement corrélée à l'emploi, la prévoyance a fait l'objet de développements très variables selon la taille de l'entreprise, les secteurs d'activité et les classifications professionnelles, étant en outre historiquement adossée à la distinction cadres/non cadres. Elle ne s'est pas développée à la hauteur des enjeux qu'elle porte, à savoir couvrir des sinistres très coûteux qui peuvent plonger le salarié, comme sa famille, dans des situations de vulnérabilité, voire dans certains cas de forte précarité. Ainsi, et contrairement à la couverture santé qui a fait l'objet de toutes les attentions, la prévoyance, objet « social » au sens fort du terme (démocratie sociale et lutte contre la pauvreté), a été paradoxalement le « laissé pour compte », restant « à la marge » des enjeux de construction du marché de l'assurance complémentaire. Et pourtant, elle porte, en elle, toutes les caractéristiques d'un déploiement social vertueux.

négozier des garanties au meilleur prix que les particuliers souscrivant des contrats individuels, et aussi par des frais de gestion différents selon les types de contrats et d'assureur.

⁴⁴ La DREES a réalisé une typologie des contrats d'assurance complémentaire santé comportant 3 classes. Les disparités entre les trois classes de contrats sont fortes. Ainsi, le remboursement d'un contrat de classe 3 est en moyenne 2 à 3 fois supérieur selon les postes de soins à celui d'un contrat de classe 1, celui d'un contrat de classe 2, de 10 % à 110 % supérieur.

Notons que les souscripteurs de contrats individuels ont plus le choix de leur niveau de couverture que les souscripteurs de contrats collectifs, ce qui peut également contribuer à ces écarts.

⁴⁵ DREES, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties (2019).

1.3. Quelle articulation entre Sécurité sociale et assurances maladie complémentaires dans l'avenir ?

Les modalités de coordination des interventions de la Sécurité sociale et des assurances maladie complémentaires apparaissent largement perfectibles, pour rendre lisible un système hybride devenu trop complexe et pour éviter de cumuler les inconvénients de chaque système (public et privé régulé) plus que leurs avantages. La Sécurité sociale et les organismes complémentaires s'efforcent chacun de développer leur intervention dans la régulation de l'offre de soins, mais selon des modalités tout à fait différentes et non articulées. La gouvernance mise en place depuis la loi du 13 août 2004 (rôle consultatif de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) sur le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) et sur les décisions de l'UNCAM sur le panier de soins, participation aux négociations conventionnelles notamment pour les professions prises en charge à moins de 50 % par la Sécurité sociale) ne suffit pas à garantir une articulation satisfaisante. En outre, combiner Sécurité sociale et couvertures complémentaires santé pour les mêmes soins a un coût : d'après les Comptes de la santé⁴⁶, en 2019 (avant la crise Covid), les charges de gestion ont représenté 6,9 Md € pour la Sécurité sociale et 7,6 Mds € pour l'AMC⁴⁷, faisant de la France le deuxième pays après les Etats-Unis où les frais de gestion du système de santé sont les plus élevés⁴⁸.

Plus de liberté de choisir son organisme complémentaire santé, dans un cadre collectif ou individuel⁴⁹ (avec toutefois des difficultés d'accès qui demeurent pour certains⁵⁰), mais moins de liberté de choisir le contenu de la protection : la cohérence de ce choix, qui n'a jamais été présenté comme tel mais qui résulte d'une succession de décisions convergentes au cours des trois dernières décennies, n'est pas évidente.

Plusieurs démarches sont possibles pour l'avenir. Le HCAAM a instruit quatre scénarios d'évolution, dont chacun a sa logique, sans se prononcer en faveur de l'un ou l'autre. Ces scénarios n'épuisent pas les évolutions possibles, parmi lesquelles on peut citer la mise en place d'un bouclier sanitaire (cf. annexe 2), ou encore un allègement de la réglementation des complémentaires en conservant l'architecture actuelle du système⁵¹. Le HCAAM propose également des évolutions de la couverture prévoyance, transversales à chaque scénario.

La première démarche consiste à améliorer ce qu'il est possible d'améliorer sans modifier l'architecture actuelle du système. Dans cette perspective, différentes mesures pourraient être envisagées notamment pour atteindre les catégories les moins bien couvertes, corriger les inégalités les moins acceptables ou limiter les restes à charge les plus élevés, et améliorer la coordination du risque santé entre Sécurité sociale et assurances maladie complémentaires. Ce premier scénario est certainement envisageable et présenterait l'avantage de ne pas bouleverser

⁴⁶ DREES, Les dépenses de santé en 2020 - Résultats des comptes de la santé édition 2021.

⁴⁷ Les charges des OC couvrent les frais de gestion des sinistres, les frais d'acquisition, les frais d'administration et les autres charges. En 2019, 21 % des cotisations hors taxes leurs ont été consacrées, 79 % l'ayant été aux charges de prestations (Source : DREES, Rapport 2020 Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé).

⁴⁸ Voir « Les dépenses de santé en 2020 – Résultats des comptes de la santé – édition 2020, Drees », Fiche 24 : « Système de santé et financement, perspectives internationales ».

⁴⁹ Le droit de résiliation infra-annuelle des contrats d'assurance santé a été adopté pour faciliter la comparabilité des contrats et des tarifs et stimuler la concurrence sur ce marché. Ce droit n'étant applicable que depuis décembre 2020, il n'existe à l'heure actuelle pas de diagnostic sur ses effets.

⁵⁰ Personnes âgées ou en situation de handicap, à revenus modestes...

⁵¹ Assouplir le cahier des charges des contrats responsables, en déplaçant par exemple le remboursement des dépassements d'honoraires ou en révisant l'obligation de prise en charge de tous les tickets modérateurs.

un système qui a déjà connu beaucoup d'évolutions ces dernières années et dont les acteurs sont familiers. Il présente néanmoins ses propres risques, notamment celui de ne pas parvenir au but recherché.

La deuxième démarche, celle de la clarification, prend acte du caractère instable de la situation actuelle, qui est une situation d'entre-deux. Trois scénarios sont étudiés dans ce cadre : instauration d'une assurance privée obligatoire, universelle et mutualisée ; augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale ; liberté plus grande de définition des niveaux et contenus des garanties proposées par les assurances complémentaires dans le cadre d'un décroisement entre les domaines d'intervention de la Sécurité sociale et des assurances maladie complémentaires. Le HCAAM s'est également penché sur les améliorations de la couverture prévoyance, compatibles avec chaque scénario. Le champ de ces travaux n'inclut pas la dépendance, qui fait l'objet de travaux par ailleurs. De même, les modalités d'atterrissage des comptes publics post crise Covid ne sont pas traitées ici car elles font l'objet de travaux spécifiques, en particulier du Haut conseil pour le financement de la protection sociale (HCFiPS). La faisabilité juridique des évolutions envisageables y est analysée ainsi que l'impact, par catégorie de financeur, des évolutions ayant des effets redistributifs importants. Le premier scénario ne bouleverse pas la structure des remboursements ; il contient toutefois des mesures dont l'impact financier n'a pas pu être évalué dans les délais impartis, mais devra être chiffré si elles étaient retenues.

Encadré 5 : Source et méthode des chiffrages des effets redistributifs des scénarios

Les résultats présentés sur les effets redistributifs des scénarios sont le fruit des travaux de simulations et de chiffrages réalisés par la DREES à la demande du HCAAM. Ces travaux s'appuient sur le modèle de microsimulation Ines-Omar 2017 développé par la DREES portant sur 120 000 individus représentatifs des ménages ordinaires résidant en France métropolitaine. Le champ de cet outil couvre les dépenses de santé en nature remboursables et individualisables en ville et à l'hôpital (hors médico-social). Les données portent sur l'année 2017 et ont été adaptées pour prendre en compte l'introduction du 100 % santé et de la complémentaire santé solidaire, ainsi que les réformes du financement de l'assurance maladie obligatoire (législation 2019). Hormis en optique, prothèses dentaires et aides auditives, les montants macroéconomiques ont été calés sur les montants du SNDS France entière. Une présentation plus détaillée des caractéristiques de l'outil et des adaptations qui ont été apportées pour les besoins de l'exercice est présentée à l'annexe méthodologique 3 et dans le document de travail : M. Fouquet « Le modèle de micro-simulation Ines-Omar 2017. Note méthodologique détaillée », Les dossiers de la DREES, 2021.

2. Scénarios d'évolution

2.1. Scénario 1 : Améliorations dans le cadre de l'architecture actuelle

2.1.1. Exposé des motifs

Ce premier scénario a vocation à se déployer à architecture constante. Il n'entend donc pas modifier l'économie générale du système, ni revenir sur les réformes qui ont été conduites depuis 2013. Ce scénario prend « acte » des articulations qui ont été construites entre Sécurité sociale et assurances maladie complémentaires ainsi que de leur rôle respectif dans la prise en charge des soins. Dans le cadre de l'architecture actuelle, un équilibre a été progressivement élaboré entre la liberté de choix d'un contrat complémentaire et la normalisation des garanties assurables, via la réglementation des contrats responsables et la réforme du 100 % santé (voir le document de travail de janvier 2021). Si ce scénario propose des mesures pour améliorer l'accès des personnes qui connaissent des barrières financières à l'accès aux soins, il ne vise pas une généralisation complète de la couverture complémentaire (ni les contraintes sur les disparités de primes entre catégories de risque qu'il est possible d'associer à l'obligation de souscription) : c'est l'objet du scénario 2 (assurance complémentaire obligatoire).

Il vise à apporter des correctifs à certaines limites connues de longue date du système actuel : complexité des règles de remboursement⁵², inégalités et incertitude fortes devant les restes à charge, risque d'être exposé à de gros restes à charge du côté de la Sécurité sociale, soutenabilité financière des primes d'assurance complémentaire en particulier pour les retraités modestes, défauts de couverture sur le versant de l'AMC, notamment pour les salariés précaires et les jeunes. Certaines propositions de ce premier scénario concernant les remboursements de la Sécurité sociale pourraient également être adoptées dans le scénario 2 « Une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée ».

Face à ces constats, les aménagements proposés dans ce scénario visent à améliorer la couverture par la Sécurité sociale en proposant des règles plus simples, plus justes et permettant une meilleure allocation des remboursements entre les assurés sociaux de manière à renforcer les solidarités entre malades et bien portants. En modifiant les restes à charges après AMO des plus âgés, il s'agit aussi de baisser leurs primes d'assurance complémentaire. D'autres propositions portent sur l'AMC directement : propositions destinées à lisser certaines différences liées au statut d'emploi⁵³, à améliorer la situation des actifs les plus précaires ou à remettre à plat les subventions publiques et prélèvements obligatoires associés aux complémentaires santé. Les actions de l'AMO et de l'AMC en matière de régulation du risque doivent également être mieux coordonnées.

Le HCAAM a cherché à proposer des aménagements susceptibles de répondre aux besoins identifiés tout en évitant, autant que possible, la logique d'empilement. Concernant la question des

⁵² On peut à cet égard signaler l'engagement pour la lisibilité des garanties des contrats complémentaires signé le 14 février 2019 par l'UNOCAM, le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), la Fédération Française de l'Assurance (FFA) et la Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF).

⁵³ S'agissant des agents de la fonction publique, aucun aménagement n'est proposé dans la mesure où la mise en œuvre de l'ordonnance du 17 février 2021 est en cours de déploiement. A ce jour, les décrets d'application n'ont pas été pris et les processus de négociation au sein de la fonction publique d'Etat sont en cours (notamment négociation d'un éventuel accord-cadre interministériel).

dépassements d'honoraires, transversale à l'ensemble des scénarios, le HCAAM a prévu d'en faire un axe spécifique de la poursuite de ses travaux sur la médecine spécialisée⁵⁴.

Encadré 6 : Généraliser le tiers payant

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé avait prévu la généralisation par étapes du tiers payant pour la part remboursée par l'assurance-maladie obligatoire, le Conseil constitutionnel ayant censuré l'obligation relative à la part complémentaire faute de garanties prévues par l'article 83 en contrepartie de l'obligation imposée aux professionnels pour cette part complémentaire. Si l'obligation de tiers payant AMO pour les femmes enceintes et les personnes en ALD (populations pour lesquels la Sécurité sociale prend en charge 100 % des dépenses du panier de soins concerné) a été mise en œuvre comme prévu au 31 décembre 2016 (ainsi que le tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS au 1er juillet 2015 en application de la LFSS pour 2015), sa généralisation prévue au 30 novembre 2017 pour les autres assurés n'a jamais été appliquée, la LFSS 2018 l'ayant abrogée. S'agissant de la part complémentaire, le tiers payant doit être proposé pour les TM dans le cadre des contrats solidaires et responsables mais est toujours facultatif (hors dispositif de la C2S) pour le professionnel de santé. Une association regroupement les organismes complémentaires, dénommée Inter-AMC, a été créée, l'adhésion par le professionnel sur le portail mis en place par l'Inter-AMC tendant à garantir au professionnel son paiement par l'ensemble des OC adhérent à l'association.

La LFSS pour 2021 a par ailleurs fixé une obligation pour les contrats responsables à compter du 1er janvier 2022 de garantir le tiers payant intégral sur le panier de soins 100 % santé. Des travaux sont actuellement en cours de finalisation pour définir un plan d'actions, suite à des échanges avec l'ensemble des parties prenantes.

Le tiers payant suscite une adhésion très variable selon les professions de santé (95 % des actes en tiers payant intégral pour les pharmaciens, 98 % pour les infirmiers et 48 % pour les médecins généralistes⁵⁵), et rencontre sur certains champs des obstacles opérationnels (par exemple dans le domaine couvert par le 100 % santé avec une absence d'outil standardisé d'identification des droits des assurés à une complémentaire comme peut le faire l'outil IDB pour les soins de ville ou le fera ROC pour les établissements de santé, pour les trois secteurs).

Pour réguler correctement un système dans lequel les assurances complémentaires jouent un rôle important dans l'accès aux soins, il convient d'être en capacité de connaître les restes à charge après AMC et donc d'aller au terme de l'intégration des données des organismes complémentaires dans le Système national des données de santé (SNDS). L'accès aux données du SNDS ne doit pas être entravé, dès lors que les conditions d'accès fixées par les lois du 26 janvier 2016 et du 24 juillet 2019 sont respectées.

⁵⁴ *Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé* (2020).

⁵⁵ *Source* : CNAM. Champ : France entière, régime général, hors sections locales mutualistes.

Encadré 7 : Poursuivre les travaux visant l'intégration des données des organismes complémentaires dans le système national des données de santé

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 dispose que le Système national des données de santé (SNDS) intègre, aux côtés des données relatives aux soins remboursés par l'assurance-maladie (PMSI et SNIIRAM), « un échantillon représentatif des données de remboursement par bénéficiaire transmises par des organismes d'assurance maladie complémentaire et défini en concertation avec leurs représentants » (article L. 1461-2 du code de la santé publique). Ce choix a été confirmé par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019, qui a élargi le SNDS aux données cliniques et créé un groupement d'intérêt public, le Health Data Hub, chargé d'en organiser la mise à disposition, sans remettre en cause l'inclusion des données des Organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM).

Ce choix est cohérent dans un système qui repose sur le copaiement des soins par l'AMO et les OCAM. Il vise à permettre une connaissance complète des remboursements et des reste-à-charge, nécessaire au pilotage des politiques de santé et au suivi d'enjeux tels que la pertinence du recours aux soins ou le renoncement aux soins.

Force est de constater que plus de cinq ans après le vote de la loi, cette intégration d'un échantillon représentatif au SNDS n'est pas effective ; elle bute notamment sur les difficultés, inhérentes à un tel projet, de définition des formats et d'identification des individus via une même clé d'appariement, permettant la constitution d'un échantillon homogène. Des travaux exploratoires, suivis par la DREES, sont cependant en cours pour étudier les conditions de réussite techniques et juridiques de ce projet.

2.1.2. Améliorations

2.1.2.1. Modifier les règles de remboursement de l'AMO pour les simplifier et améliorer l'accessibilité financière des soins

Diverses mesures permettraient de simplifier et rendre plus lisibles les règles de remboursement des assurés et d'améliorer la répartition des restes à charge entre les assurés.

Les règles de participation financière des patients à la dépense de ville et hospitalière pourraient être réexaminées dans un objectif de simplification et d'harmonisation

Dans le cadre d'un scénario à architecture inchangée, les aménagements proposés restent par nature limités.

Les taux de tickets modérateurs pourraient être modifiés - dans une ampleur qu'il conviendrait de définir - de manière à mieux répartir les restes à charges après Sécurité sociale entre les assurés sociaux, notamment selon l'âge. Cet objectif pourrait être atteint sans augmenter les remboursements de la Sécurité sociale : pour ce faire, il conviendrait en contrepartie des baisses des taux de TM sur certains soins de procéder à des augmentations sur d'autres.

Pour le médicament, il s'agirait par exemple d'examiner la possibilité de réduire la diversité des taux de remboursement.

Porter les taux de remboursement à 100 % pour les seules dépenses hospitalières aurait l'inconvénient de renforcer les disparités de reste à charge (RAC) après AMO entre établissements de santé et soins de ville, et donc de renforcer les incitations financières, pour les patients, à recourir aux premiers plutôt qu'aux seconds. En effet, les dépenses de santé sont essentiellement contraintes mais lorsqu'un recours aux soins s'avère nécessaire les incitations financières peuvent influencer le choix du type de prestataire, surtout pour les ménages dont les revenus sont modestes. Elle serait ainsi peu compatible avec le virage ambulatoire, et ne résoudrait pas les problèmes d'accessibilité financière qui existent également pour les parcours de base en soins de proximité, pour les personnes non ou mal couvertes par une assurance complémentaire.

Au-delà de la réforme du tarif journalier de prestation qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2022, une alternative plus radicale à la baisse du TM à l'hôpital, serait de forfaitiser la participation financière des patients à la dépense hospitalière.

Dans cette option, il est possible d'aménager son montant selon plusieurs modalités (non exclusives) : des forfaits par séjour ou par bénéficiaire ; un montant unique ; des montants différents en ambulatoire et en hospitalisation complète (sachant que des tarifs de prestations spécifiques existent déjà tels que ceux concernant les séances d'hémodialyse et de chimiothérapie) ; un montant modulé en fonction de la durée de séjour avec un « coût d'entrée » pour le premier jour et un coût journalier inférieur pour les jours suivants, avec éventuellement un mécanisme de plafonnement. Cette option aurait le mérite de simplifier le système. À cette occasion, une réflexion sur la distinction entre la participation aux frais de soins et la participation aux frais d'hébergement pourrait être engagée. Il s'agirait aussi de tenir compte, dans cette refonte, de la facturation des chambres particulières, selon des modalités à définir, en intégrant le fait que dans certaines situations (épidémies notamment) les chambres particulières font partie du soin, et pas uniquement du confort. La forfaitisation permettrait également d'atténuer les « gros » restes à charge. Dans le cas où le mécanisme retenu serait assimilable à l'instauration d'une franchise, il conviendrait de ne pas la limiter aux seules dépenses hospitalières, mais au contraire de la répartir sur un ensemble plus large de soins. Les personnes en ALD continueraient de bénéficier de la prise en charge à 100 % de leurs dépenses par la Sécurité sociale, dans des conditions similaires aux conditions actuelles.

Encadré 8 : Les participations financières des patients en cas d'hospitalisation

La participation aux frais des soins est constituée pour l'ensemble des hôpitaux d'un ticket modérateur (TM) de 20 %. Pour les séjours en établissement privé à but lucratif ou dans le cadre de l'activité libérale des praticiens exerçant du secteur public hospitalier, il peut être facturé au patient d'éventuels dépassements d'honoraires.

La participation à l'hébergement consiste en un forfait journalier (FJ) de 20 € par jour pour les activités de court séjour (15 € en psychiatrie). Le patient peut s'acquitter en outre de frais liés aux prestations pour exigences particulières, qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, en particulier la chambre particulière.

Face à ces principes, de nombreuses règles d'atténuation et d'exonération ont été mises en place afin de limiter les participations aux frais des soins et à l'hébergement. Elles sont appliquées en raison du montant ou de la nature des frais à la charge du patient :

- lorsque le patient paie un TM de 20 %, la participation à l'hébergement n'est pas ajoutée au TM. La somme des FJ est imputée sur le montant de ce TM (le patient ne paie que le plus élevé des deux, de facto le TM auquel s'ajoute alors le forfait journalier de sortie). Au-delà de 30 jours de séjour, les patients sont exonérés de TM, ils paient alors le TM pour les 30 premiers jours plus le FJ à partir du 31^{ème} jour ;
- lorsqu'un acte coûteux a été réalisé au cours du séjour, une participation forfaitaire de 24 € (PF24) se substitue au TM. Dans ce cas, la participation aux frais d'hébergement est due.

Le statut du patient ou de la nature des soins dispensés entre également en ligne de compte :

- les soins en lien avec une ALD et les soins des invalides sont exonérés de la participation aux frais des soins (qu'il s'agisse du TM ou de la PF24) mais ils ne le sont pas de la participation aux frais d'hébergement (FJ) ;
- les assurés qui relèvent des risques maternité et accidents du travail-maladies professionnelles (AT/MP), les soins de néonatalogie du 1^{er} mois et ceux des pensionnés militaires sont exonérés de participation aux frais des soins (qu'il s'agisse du TM ou de la PF24) et à l'hébergement (FJ).

Encadré 9 : Impacts attendus d'une forfaitisation de la participation financière des patients en cas d'hospitalisation⁵⁶

La modification des règles de participation du patient aux soins hospitaliers changerait pour chaque établissement la répartition de son financement entre la part payée la Sécurité sociale d'une part et les AMC et les patients d'autre part.

Une telle réforme pourrait possiblement diminuer l'incitation des assurés à souscrire une assurance complémentaire santé. Les effets seraient toutefois incertains, dès lors que demeureraient d'autres facteurs de gros reste à charge.

Encadré 10 : Tickets modérateurs et condition d'âge : une option fragile juridiquement

Si l'on peut penser que faire varier le montant du ticket modérateur selon l'âge de l'assuré permettrait d'atténuer les restes à charge (RAC) des plus âgés et/ou des plus jeunes, cette option apparaît juridiquement trop fragile pour être retenue. Les dispositions législatives selon lesquelles « la protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé » (L. 111-2-1 du CSS) comme le principe constitutionnel d'égalité de traitement compromettent fortement la validité de dispositions qui feraient varier les niveaux de prise en charge, et donc le coût des soins, sur le seul critère de l'âge. De plus, cette option ne répondrait pas aux besoins des autres segments de la population pouvant, eux aussi, être exposés à des RAC importants du fait de leur état de santé (par exemple, bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé (AAH), titulaires d'une pension d'invalidité).

⁵⁶ Cet encadré est tiré du rapport annuel du HCAAM de 2013, p.84 et 85.

2.1.2.2. Améliorer la situation des retraités en situation de « sortie de groupe »

Contexte – La situation des personnes qui sortent d'un contrat collectif de groupe (suite à un licenciement, à une mise en invalidité ou à la liquidation de leurs droits à retraite...) est une question ancienne qui a fait l'objet d'un traitement spécifique par l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989.

Ce texte met à la charge de l'organisme qui assure le groupe des actifs de l'entreprise une obligation de maintien de la couverture (sans période probatoire ni questionnaire médical) dont bénéficiait le retraité au moment où il « sort du groupe » si ce dernier en fait la demande⁵⁷. Pour ce faire, un contrat individuel d'assurance est conclu qui doit prévoir les mêmes garanties mais qui peut faire l'objet d'une augmentation tarifaire. Bien qu'encadrée pendant les premières années, cette augmentation est d'autant plus lourde à supporter qu'elle intervient dans un contexte de diminution des revenus à laquelle s'ajoute pour le retraité la perte de cofinancement patronal et de la déduction fiscale de sa cotisation.

La mise en œuvre de l'article 4 s'avère problématique tant pour les organismes complémentaires que pour les assurés, la technique contractuelle se prêtant peu à des prolongements de couverture au-delà du cercle des co-contractants initiaux (difficultés et coûts importants des maintiens de couverture, déconnexion juridique des deux contrats qui ne peuvent plus évoluer ensemble rendant difficiles les opérations de révision comme celles de revalorisation, etc.)⁵⁸.

La solution imaginée par certains organismes de créer des régimes d'accueil spécifiques pour les sortants ayant été « invalidée » par la Cour de cassation (Civ. 2^e, 7 février 2008), il semble aujourd'hui important, au moins pour la couverture santé, d'envisager des aménagements. Cela est d'autant plus essentiel que la couverture complémentaire santé étant l'objet d'une obligation de couverture généralisée dans le secteur privé, la question des « sorties de groupe » va devenir dans les prochaines années une question récurrente de plus grande ampleur qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Rétablir le caractère viager du plafonnement de la cotisation : une piste à écarter

Une première piste pourrait consister à modifier *a minima* l'article 4 de la loi Évin afin de rétablir le caractère viager du plafonnement de la cotisation. Mais une telle évolution ne règle pas la question de la soutenabilité financière du dispositif tant pour les OCAM que pour le retraité. En outre, cette évolution ne répondrait pas aux difficultés de mise en œuvre de ce texte, évoquées ci-dessus, ni à l'inadéquation partielle de la couverture par rapport aux besoins des retraités, besoins qui peuvent sur certains aspects différer de ceux des actifs.

⁵⁷ À noter que, contrairement à la portabilité pour les demandeurs d'emploi, le maintien de couverture de l'article 4 de la loi Évin ne concerne pas les ayants-droit du retraité qui pouvaient être couverts pendant la période d'activité de celui-ci.

⁵⁸ Face à ces difficultés, certains accords collectifs ont mis en place des fonds de solidarité permettant aux anciens salariés de bénéficier d'une réduction de leur prime au moment du départ de l'entreprise. Il en va ainsi dans la branche de l'industrie pharmaceutique. Dans cette branche, une fraction des sommes affectées aux prestations relevant du degré élevé de solidarité alimente un fonds qui permet de constituer « une réserve de couverture ». Ce fonds est mobilisable par les nouveaux retraités lorsqu'ils adhèrent auprès de l'assureur recommandé à un contrat de groupe qui leur est destiné.

Modifier l'économie générale de l'article 4 de la loi Évin en changeant la nature de l'obligation qui s'impose aux organismes complémentaires : une piste à instruire

Bien que révisé en 2017, l'article 4 de la loi Évin pourrait l'être à nouveau mais, cette fois-ci, en modifiant en profondeur son objet. Il s'agirait ici de supprimer l'obligation faite à l'organisme assureur de maintenir les garanties collectives dans un contrat nouvellement conclu avec le sortant du groupe pour la remplacer par une obligation de proposer à toute personne sortant de l'entreprise un contrat responsable « *sortie de groupe* » à des conditions tarifaires avantageuses (de type contrat de sortie à tarif réglementé, tel celui adopté pour la couverture complémentaire santé solidaire).

L'obligation de maintien serait donc abandonnée au profit d'une obligation d'offre d'assurance à conditions avantageuses, un peu comme si l'on tenait compte de l'ancienneté de l'adhérent dans le contrat d'assurance de groupe pour lui proposer une offre individuelle à conditions préférentielles.

Il resterait alors à définir les conditions de cette offre. Il est certain que, si l'on veut corriger le défaut majeur de l'article 4, il n'est pas opportun d'exiger le maintien des niveaux de garanties initialement souscrites au sein du contrat de groupe. L'objet de cette modification serait d'asseoir une obligation d'offrir à ces publics sortants des contrats individuels responsables à tarifs réglementés à la charge de l'organisme assureur qui couvre le groupe auquel le retraité était rattaché. La détermination du tarif et de son éventuelle évolution restent des éléments à définir en concertation avec les acteurs.

2.1.2.3. Repenser la situation des personnes modestes qui avancent en âge

Faciliter l'accès à la complémentaire santé des personnes modestes qui avancent en âge

Différentes pistes sont possibles pour cela, qui nécessiteraient d'être approfondies (dans une perspective de redistribution intergénérationnelle qui va au-delà du champ de la santé) : remise à plat des subventions publiques et des prélèvements obligatoires associés aux assurances complémentaires⁵⁹, plafonnement des taux d'effort, mutualisation entre classes d'âges au sein des complémentaires avec fonds de lissage, etc.

Modifier le seuil d'éligibilité à la C2S pour élargir son champ d'application⁶⁰

Pour corriger la « double peine » associée, en matière de santé, à l'avancée en âge des personnes aux revenus modestes (augmentation des RAC et des coûts de souscription des complémentaires), il pourrait être envisagé de relever les seuils d'éligibilité à la C2S⁶¹, au-delà d'un certain âge⁶². Cela permettrait à ces personnes, comme aux membres de leur foyer, de bénéficier du panier de soins C2S à des conditions financières plus favorables que les tarifications pratiquées pour leur âge sur le marché des contrats complémentaires. Cette augmentation des plafonds serait l'occasion de réinterroger la manière dont le paramètre de l'âge est utilisé dans le calcul de la participation financière. Notons toutefois qu'une telle mesure ne ferait que déplacer

⁵⁹ Bruant-Bisson A., Daudé, M. (2016) *Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé*. IGAS, Rapport N°2015-143R.

⁶⁰ Pour une estimation de l'impact financier, cf Cour des comptes, *Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient*, 2021, pages 96-97.

⁶¹ Via un relèvement, au-delà d'un certain âge, des deux plafonds annuels de ressources (l'un sans participation financière de l'assuré, l'autre avec participation financière).

⁶² Voir les chiffrages du coût de la mesure dans le rapport de la Cour des comptes (2021) *Les complémentaires santé, un système très protecteur mais peu efficient*, p. 97.

l'effet de seuil, avec une difficulté pour définir le bon niveau de ce seuil et des difficultés potentielles pour les personnes se trouvant juste au-dessus (déport possible des coûts liés à l'âge sur les retraités au-dessus du seuil si on ne limite pas les hausses de primes de ceux-ci par ailleurs, concentration des dépassements d'honoraires sur les assurés au-delà du seuil, compte tenu de l'interdiction de dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la C2S).

2.1.2.4. Améliorer et uniformiser la situation des salariés précaires en matière d'AMC

Depuis les deux vagues de généralisation de la couverture complémentaire santé (celle de 2013 pour les salariés du secteur privé et celle en cours pour les agents des fonctions publiques), il est désormais acquis que le droit généralisé à une couverture complémentaire santé trouve son point d'ancrage dans l'emploi (alors qu'on observe le mouvement inverse pour la Sécurité sociale). Des différences importantes perdurent néanmoins aujourd'hui, notamment en raison de l'exclusion des particuliers employeurs du champ d'application de la loi de 2013 et des aménagements successifs concernant la couverture collective de certains salariés précaires. La « généralisation » de la couverture complémentaire santé issue de la loi du 14 juin 2013 est tout à fait adaptée pour les salariés dont l'emploi présente une certaine continuité et stabilité. Pour les salariés précaires, le droit à cette couverture complémentaire santé via l'emploi doit être relativisé. Pour les situations restantes d'exclusion, la proposition entend systématiser le financement patronal d'une couverture santé souscrite à titre individuel pour donner plein effet à l'obligation faite à l'employeur de financer une couverture santé complémentaire.

limiter significativement les exclusions de la couverture collective⁶³

-Tous les salariés à temps partiel recrutés en Contrat à durée indéterminée (CDI), quelle que soit leur quotité horaire de travail⁶⁴, pourraient avoir droit à bénéficier d'une couverture collective dans la mesure où la relation de travail présente un caractère de stabilité la rendant parfaitement compatible avec les dispositifs de couverture collective⁶⁵ ;

-Tous les salariés en Contrat à durée déterminée (CDD) à l'exception de ceux dont la durée du contrat est très courte (1 mois⁶⁶), devraient par principe être inclus dans la couverture collective. Serait supprimée toute dispense individuelle liée à la nature du contrat de travail lorsqu'elle n'est pas justifiée par une couverture déjà existante. Les dispenses de droit seraient par voie de conséquence simplifiées : ne subsisteraient que les hypothèses de « double » couverture.

-Les salariés dont le coût de la couverture collective serait difficile à assumer au regard de leur niveau de rémunération (quote-part salariale représentant au moins 10 % de leur rémunération)

⁶³ Une des conséquences induite par l'élargissement du nombre de bénéficiaires d'une couverture collective est l'augmentation du nombre potentiel de bénéficiaires de la portabilité.

⁶⁴ Actuellement, il existe des dispositions particulières pour les salariés à temps partiel, avec une sous-catégorie concernant les salariés dont le temps de travail n'excède pas 15 heures hebdomadaires.

⁶⁵ Cela n'occulte pas la question de la charge que peut représenter la quote-part de financement mise à la charge du salarié dont la rémunération est souvent peu élevée. Mais des éléments de réponse – qui pourraient être revus – existent déjà : dans le cadre des mesures adoptées au titre du degré élevé de solidarité dans les accords de branche assorties d'une recommandation ou encore en mobilisant (C2S, art. R. 912-2, 1°) ou par décision de l'employeur de prendre en charge la quote-part salariale lorsqu'elle représente au moins 10 % de la rémunération brute du salarié (C2S, art. R. 242-1-4, 1°).

⁶⁶ Le volume des contrats d'une durée inférieure à 1 mois est estimé à 18 millions par an en 2019.

ne devraient pas être privés du droit généralisé d'accès à une couverture collective⁶⁷. Ils bénéficieraient systématiquement d'un financement de leur quote-part par l'employeur (à l'heure actuelle, c'est une simple faculté laissée à la discrétion de l'employeur par l'article R. 242-1-6 du C2S)⁶⁸. Ainsi, ils seraient bénéficiaires de la couverture collective. De plus, au titre du degré élevé de solidarité, tous les accords de branche devraient prévoir une prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés à temps partiel et des apprentis. Aujourd'hui, il s'agit d'une option dans le menu de l'article R. 912-2 du C2S ; cela deviendrait une condition sine qua non de l'extension de l'accord de branche.

-Deux aménagements cumulatifs peuvent être suggérés pour mieux encadrer et limiter les autorisations d'exclusion groupée du contrat collectif. L'article L. 911-7-1-III du Code de la Sécurité sociale ouvre actuellement diverses possibilités d'exclure du bénéfice de la couverture collective des salariés précaires (à l'heure actuelle, les CDD d'au plus de 3 mois et les salariés à temps partiel d'au plus 15 heures). Il s'agit d'une possibilité pouvant être mobilisée au niveau de la branche⁶⁹ mais aussi au niveau de l'entreprise, y compris par décision unilatérale de l'employeur. Même si la mise en œuvre de ces dispositions met à la charge de l'employeur un versement santé au bénéfice des salariés « exclus » justifiant d'une couverture individuelle, le cadre qui a été créé n'est pas satisfaisant au regard du droit de tous à une couverture collective. Les aménagements suivants peuvent donc être proposés :

- supprimer la possibilité de mise en œuvre de cette exclusion au niveau de l'entreprise pour la réserver au seul niveau de la branche.
- circonscrire les secteurs d'activité pouvant mobiliser ce mécanisme et le « réserver » par exemple aux seuls secteurs d'activité dans lesquels des CDD peuvent être conclus pour les emplois pour lesquels il est d'usage constant de ne pas recourir au CDI en raison de la nature de l'activité exercée et du caractère par nature temporaire de ces emplois (par référence à l'article D. 1242-1 du code du travail concernant le recours aux CDD dits d'usage).

Encadré 11 : Panorama synthétique de la situation des salariés en CDD au regard de la couverture collective

Schématiquement, on peut identifier 3 situations différentes :

- le bénéfice de la couverture collective dans les mêmes conditions que les autres salariés
- la dispense par choix individuel de couverture collective. Sur ce point, les dispositions actuellement en vigueur sont complexes et créent différentes « sous-situations » :
 - pour les CDD d'au plus 3 mois, il existe une dispense d'ordre public mobilisable à l'initiative du salarié à condition de justifier d'une couverture individuelle. Dans cette hypothèse, ces travailleurs sont éligibles au versement santé (C2S, art. L. 911-7-III)
 - pour les autres CDD, la possibilité de faire jouer une dispense n'est pas d'ordre général. Elle présuppose que le dispositif institué en entreprise ait fait le choix de prévoir une faculté de dispense dans les conditions prévues à l'article R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale. Cela crée donc des

⁶⁷ A l'heure actuelle, une faculté de dispense peut être prévue au bénéfice des salariés à temps partiel et des apprentis si la couverture collective conduit à une quote-part salariale représentant au moins 10 % de leur rémunération brute.

⁶⁸ S'agissant des salariés en situation d'alternance (contrat d'apprentissage et contrat de professionnalisation), les données publiées par la DARES fin 2019 estiment leur nombre à 750 000.

⁶⁹ À titre d'exemple, la branche Syntec a conclu le 16 mars 2016 un avenant à l'accord du 7 octobre 2015 relatif à la complémentaire santé. L'article 3.2 de l'avenant stipule que, « conformément à l'article L. 911-7-1 III du code de la sécurité sociale, ces salariés relèvent exclusivement du dispositif du "versement santé" et n'entrent pas dans le champ d'application du régime ».

différences de situations d'une entreprise à l'autre. Si la faculté de dispense est prévue à raison de la nature du contrat de travail (CDD) - ce qui est très souvent le cas -, le salarié en CDD d'au plus 12 mois peut la faire jouer à son initiative sans autre condition, mais, selon la doctrine, sans pouvoir prétendre à un versement santé ; en revanche, si le CDD est conclu pour plus de 12 mois, la dispense est conditionnée à la justification d'une couverture individuelle qui, cependant, n'ouvre pas davantage droit, toujours selon la doctrine, à versement santé.

- l'exclusion groupée de la couverture collective (par accord de branche, accord d'entreprise ou décision unilatérale de l'employeur) avec droit à un versement santé sous réserve de justifier d'une couverture individuelle. S'agissant des salariés en CDD, cette situation peut concerner à l'heure actuelle uniquement ceux dont la durée du contrat de travail n'excède pas 3 mois. S'agissant des salariés à temps partiel, sont concernés ceux qui travaillent moins de 15 heures par semaine (C2S, art. L. 911-7-1-III et article D. 911-7).

Encadré 12 : Les dispenses d'adhésion à la complémentaire santé d'entreprise

L'ANI de 2013 prévoit que les salariés sont dans l'obligation de souscrire la complémentaire santé d'entreprise. La couverture est en principe obligatoire pour les salariés mais ils peuvent, dans un certain nombre de cas spécifiques, faire valoir une dispense d'adhésion.

Les motifs de dispenses d'adhésion sont les suivants :

- Bénéficiaire de la C2S ;
- Etre couvert de manière obligatoire par le contrat collectif de son conjoint ;
- Etre couvert par l'intermédiaire du conjoint par une mutuelle de fonctionnaires ou par un contrat de travailleur indépendant, dit « Madelin » ;
- Disposer d'un contrat individuel, sous réserve d'être présent dans l'entreprise avant la mise en place du contrat. Le salarié ne peut faire valoir cette dispense que jusqu'à échéance du contrat individuel, il doit ensuite souscrire le contrat d'entreprise ;
- Travailler en CDD :
 - o Pour les CDD de plus de trois mois, la dispense doit être prévue dans l'acte de mise en place de la couverture (convention collective, Décision unilatérale de l'employeur (DUE)...) ;
 - o Pour les CDD de plus d'un an, la dispense est conditionnée au fait de disposer par ailleurs d'un contrat de complémentaire santé
- Travailler à temps très partiel ;
- Lorsque la cotisation du salarié excède 10 % du salaire ;
- Dépendre du régime d'Alsace-Moselle ou du Régime industries électriques et gazières.

D'après l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), en 2017 au total 14,5 % des salariés étaient dispensés d'adhésion en 2017. Les dispenses d'adhésion étaient plus fréquentes parmi les salariés des petites entreprises (26 % des salariés des entreprises de 1 à 4 salariés), les ouvriers non qualifiés (25 %) et les employés administratifs et les employés de commerce (18 %), les bas salaires (28 % des salariés situés dans le premier quintile de salaire)⁷⁰. Les salariés ayant fait valoir une dispense d'adhésion évoquent deux principaux motifs : être couvert par la complémentaire santé d'un membre de la famille (50 %), qui est, pour plus de la moitié d'entre eux, une couverture collective ; travailler dans l'entreprise au moment où la complémentaire santé a été mise en place par décision unilatérale de l'employeur (31 %)⁷¹.

⁷⁰ Voir le rapport « L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017 ». M. Perronnin, Rap n° 572 2019/11 (Irdes), tableaux 54, 55 et 56 pp 116 à 118.

⁷¹ Voir *La complémentaire santé*, édition 2019, Drees, p. 137.

Systématiser le financement patronal des couvertures individuelles pour les exclus de la couverture collective et le fixer à un montant adéquat

L'objectif serait ici d'inciter les salariés non bénéficiaires d'une couverture collective (durée du CDD inférieure à 1 mois, dispense à raison d'une double couverture, exclusion groupée - v. supra) à souscrire une couverture santé individuelle ou à maintenir celle qu'ils ont pu déjà souscrire.

Ainsi, une obligation de cofinancement d'une couverture santé individuelle serait systématiquement mise à la charge de l'employeur sous la forme d'un « versement santé » dont le mode actuel de calcul pourrait être révisé⁷². À cet effet, il pourrait être utile de revoir le mode actuel de calcul du versement santé. Pour l'heure, le montant de référence correspond à la contribution mensuelle de l'employeur au financement de la couverture collective pour la catégorie à laquelle appartient le salarié en CDD⁷³, montant affecté d'un coefficient de 125 % pour les CDD (C2S, art. D. 911-8). Pourrait lui être substitué un barème « adossé » aux réalités tarifaires du marché des contrats de couverture individuelle puisque c'est à ce marché que le salarié doit s'adresser. Ce barème déterminerait des montants de référence par classe d'âge. La participation de l'employeur serait calculée sur la base du montant de référence correspondant à l'âge du salarié et en fonction du pourcentage de cofinancement patronal applicable dans l'entreprise.

Par ailleurs, on peut s'interroger sur la pertinence du maintien hors du champ d'application de la généralisation (loi de 2013) des particuliers employeurs et ce d'autant que les salariés qu'ils emploient sont souvent confrontés à des conditions de travail difficiles (pénibilité, multiplicité d'employeurs et de lieux de travail, horaires...), des rémunérations peu élevées et un statut précaire. Au regard de la complexité des situations, il pourrait être proposé a minima de mettre une obligation de financement d'une complémentaire santé individuelle à la charge de cette catégorie d'employeur.

2.1.2.5. Encourager la souscription d'une couverture complémentaire santé pour les micro-entrepreneurs et les exploitants agricoles

Les propositions poursuivent l'objectif d'étendre l'incitation fiscale à la souscription d'une couverture complémentaire santé à tous les travailleurs indépendants qui, pour différentes raisons, n'en bénéficient pas aujourd'hui. Pour les travailleurs indépendants sous régime de la micro-entreprise (notamment une large part des travailleurs de plateforme) et pour les exploitants agricoles, serait institué un mécanisme de déduction du bénéfice imposable des sommes affectées à l'achat d'un contrat santé responsable. Pourrait dans le même temps leur être ouvert l'accès aux contrats Madelin.

L'incitation fiscale, sous forme de déduction du bénéfice imposable, pourrait être couplée avec le bénéfice d'un contrat Madelin et donc avec un mécanisme d'achat groupé. Ainsi, l'incitation serait orientée sur la souscription dans le cadre collectif et mutualisé des « associations Madelin ». En d'autres termes, à l'avantage fiscal s'ajouterait pour les micro-entrepreneurs et les exploitants agricoles l'éligibilité aux contrats Madelin, donc à des contrats de groupe ouvrant droit au bénéfice d'une tarification collective potentiellement plus avantageuse, à garanties équivalentes, qu'une tarification individuelle.

⁷² La proposition faite peut s'avérer complexe à mettre en œuvre, même si elle est la plus pertinente a priori par comparaison à la situation des salariés couverts par le contrat collectif ; un choix plus simple pourrait consister à une contribution forfaitaire dont les modalités resteraient à déterminer.

⁷³ En l'absence de montant applicable au financement de la couverture collective et obligatoire, un montant forfaitaire de référence trouve à s'appliquer. Pour 2021, il s'élève à 17,84 €.

2.1.2.6. Renforcer la place des complémentaires dans la gouvernance du système de santé

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie a marqué une étape en créant l'UNOCAM, en lui donnant un rôle consultatif sur certaines décisions et en l'autorisant à participer aux négociations conventionnelles. Ce rôle apparaît néanmoins insuffisant pour permettre une articulation cohérente entre la Sécurité sociale et les organismes complémentaires dans la gouvernance du système de santé. Faute de capacité à engager les organismes complémentaires, les fédérations d'organismes rassemblées au sein de l'UNOCAM⁷⁴ ne sont pas en mesure de participer pleinement aux négociations conduites par l'UNOCAM avec les professionnels de santé. La mise en place du « 100 % santé » l'a illustré : si l'UNOCAM était signataire des accords conclus avec les représentants des professionnels des secteurs concernés, les engagements relatifs aux actions à conduire par les organismes complémentaires n'avaient pas de valeur contraignante à leur égard.

La loi donne aux syndicats représentatifs des professionnels libéraux de santé la capacité d'engager ces professionnels, dans le cadre de conventions avec l'UNOCAM soumises à certaines conditions de validité et à l'agrément ministériel. Il serait envisageable de donner une capacité analogue à l'UNOCAM. Les différentes familles d'assurance complémentaire maladie seraient alors en mesure d'engager réellement leurs adhérents, par exemple sur la lisibilité des garanties, le contrôle des frais de gestion ou encore la participation à des actions de prévention ou d'amélioration des parcours de soins. Ceci renforcerait leur capacité à négocier avec les autres acteurs et permettrait d'organiser de véritables négociations tripartites dans les secteurs qui le justifient. Comme aujourd'hui, la participation de l'UNOCAM ne serait obligatoire que dans les secteurs pour lesquels la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire (chirurgiens-dentistes, audioprothésistes et opticiens-lunetiers⁷⁵).

2.1.2.7. Réduire les dépenses de gouvernance du système de santé

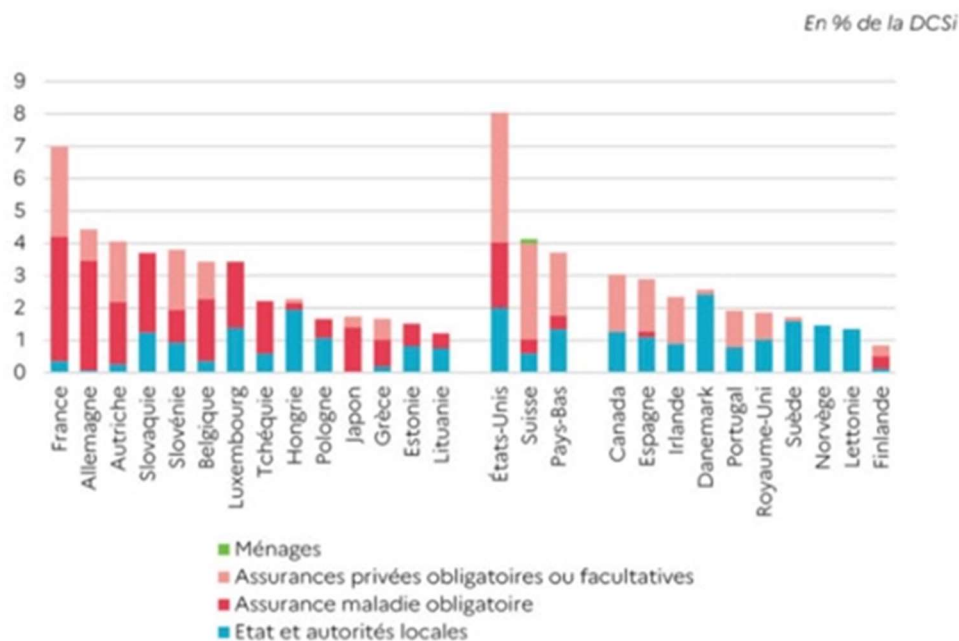
Les efforts de réduction des dépenses de gouvernance du système de santé, qui passent notamment par l'amélioration des systèmes d'information, doivent être poursuivis et renforcés. Les comptes de la santé montrent en effet que la France est mal positionnée⁷⁶ : « Aux États-Unis, les dépenses de gouvernance du système de soins, tous financeurs publics et privés confondus, représentent 8 % de la Dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2019. La France arrive en deuxième position derrière les États-Unis avec 7 % de la DCSi, loin devant les autres systèmes d'assurance maladie obligatoire. Parmi les systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses publiques, l'Allemagne consacre 4,7 % de ses dépenses de santé à la gouvernance, soit environ 30 % de moins qu'en France. En France et aux États-Unis, les dépenses de gestion des assurances privées obligatoires ou facultatives dans les coûts de gestion des systèmes de santé sont relativement élevées : respectivement 40 % en France et 50 % aux États-Unis. »

⁷⁴ FNMF, FFA, CTIP, Régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM).

⁷⁵ Cf. l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale et l'arrêté du 5 mai 2009 portant application de l'article 36 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

⁷⁶ « Les dépenses de santé en 2020 – Résultats des comptes de la santé – édition 2020, Drees ».

Graphique 1 : Décomposition des dépenses de gouvernance de santé en 2019



Lecture > En France en 2019, les dépenses de gouvernance des systèmes de santé représentent 7 % de la DCSI, dont 2,8 % de dépenses des assurances privées obligatoires ou facultatives, 3,8 % de dépenses de l'assurance maladie obligatoire et 0,4 % de dépenses de l'État.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France, données pour les années 2013-2019) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé.

Après plusieurs années de baisse, les coûts de gestion de la Sécurité sociale ont augmenté de 3,6 % en 2020, en lien avec la crise Covid, pour atteindre 7,2 Mds €.

Les coûts de gestion des OC s'élèvent à 7,6 Mds € en 2020 ; ils ont augmenté en moyenne de 2,6 % par an entre 2013 et 2020⁷⁷. Ils sont constitués :

- à 21 %, de frais de gestion des sinistres correspondant à l'activité d'indemnisation des assurés (traitement des demandes de remboursement) ;
- à 40 %, de frais d'acquisition engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseau, de publicité, d'ouverture de dossiers) ;
- à 39 %, de frais d'administration et autres charges techniques nettes, retraçant la gestion courante des contrats et des systèmes d'informations (encaissement des cotisations, mises à jour des dossiers, etc.).

⁷⁷ Source : Les dépenses de santé en 2020. Edition 2021. Drees.

Tableau 3 : Coûts de gestion du système de santé

En millions d'euros

	2013	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2020-2019 (en %)
Régimes de Sécurité sociale*	7 732	7 221	7 258	7 155	6 911	7 159	3,6
Organismes complémentaires**	6 386	7 180	7 279	7 455	7 571	7 621	0,7
Mutuelles	3 320	3 682	3 624	3 693	3 639	3 696	1,6
Sociétés d'assurances	2 283	2 495	2 609	2 716	2 905	2 947	1,4
Institutions de prévoyance	784	1 004	1 046	1 046	1 027	978	-4,7
Ministère chargé de la Santé***	843	813	812	829	820	811	-1,1
Opérateurs publics****	129	131	132	152	150	155	3,8
Total	15 091	15 345	15 481	15 592	15 452	15 747	1,9

NAM, MSA et principaux autres régimes de base. Pour toute la période, les coûts de gestion ne prennent pas compte l'aide à la télétransmission, comptabilisée en subvention au système de soins. La totalité des coûts de gestion des risques maladie et maternité est prise en compte (*annexe 1*). Une partie des coûts de gestion des risques accidents du travail-maladies professionnelles n'est pas prise en compte, car les prestations versées en titre de l'invalidité permanente n'entrent pas dans le champ de la DCSi.

La contribution au Fonds CSS n'est pas incluse dans les frais de gestion des organismes complémentaires. La totalité des frais de gestion des organismes complémentaires est prise en compte, y compris ceux afférents aux prestations connexes non incluses dans le champ de la DCSi (chambres particulières, etc.). Les subventions d'exploitation sont retirées des coûts de gestion dans ce tableau.

Il n'existe pas de budget unique pour le ministère chargé de la Santé, mais des budgets de programmes, qui concernent non seulement la santé, mais aussi l'action sociale. Ont été retenus pour les comptes de la santé : le budget du programme 124 (conduite des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative), pour sa partie santé uniquement ; le budget de fonctionnement des actions 11 (pilotage de la politique de santé publique) et 19 (modernisation de l'offre de soins) du programme 204 (prévention, sécurité sanitaire et offre de soins).

* Sont incluses ici les dépenses des opérateurs suivants : HAS, ATIH, CNG, Anap, Fonds CSS jusqu'en 2019 et Dniam. Les financements des autres opérateurs publics en santé (ANSP, ABM, INTS et ANSM, hors coûts de gestion) sont comptabilisés au sein des dépenses de prévention (*tableau 3*).

** Sources > DREES, comptes de la santé. Tableau élaboré à partir de : DREES, comptes de la protection sociale - rapport sur la situation financière des organismes complémentaires ; DSS, comptes de la Sécurité sociale - annexe 8 du PLFSS pour 2020.

Il est également nécessaire de réduire la charge administrative, pour les professionnels de santé, liée au remboursement des soins, et de libérer ainsi du temps médical.

2.2. Scénario 2 : Une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée

2.2.1. Exposé des motifs

Ce scénario pousse à son terme la logique de généralisation de la couverture complémentaire en matière de santé, en l'étendant aux quelques millions de Français qui n'en bénéficient pas encore. Il consacre le couple assurance maladie obligatoire / assurances maladies complémentaires comme étant le socle de la protection sociale en matière de santé, comme cela a été le cas en matière de retraites à partir de 1972 avec la généralisation des retraites complémentaires.

En généralisant la couverture complémentaire pour l'ensemble des Français, dans un cadre commun, ce scénario remédierait à l'un des principaux défauts du système actuel, à savoir les disparités d'accès à la couverture selon le statut professionnel. Afin de permettre une meilleure mutualisation du risque santé par les complémentaires il étend, à des degrés qui peuvent être modulés selon les variantes, la normalisation des contrats aux primes versées par les assurés (alors que la concurrence sur le contenu des contrats ou le niveau des primes conduit naturellement à segmenter le marché par catégories de risque, et limite donc les possibilités de mutualiser ce risque). Ainsi, il pourrait permettre de limiter voire de supprimer la tarification à l'âge qui structure le système actuel. La coexistence de différents offreurs de couverture complémentaire serait maintenue, de même que la prise en charge d'une partie des cotisations de certains assurés par l'employeur ou par la solidarité publique. Les garanties pourraient se décomposer entre un socle commun à tous les contrats, correspondant aux soins indispensables dont on veut garantir l'accessibilité financière pour tous dans un cadre mutualisé, et de garanties supplémentaires qui pourraient être définies, pour les contrats collectifs, dans le cadre des collectifs de travail. Certaines propositions du scénario « améliorations dans le cadre de l'architecture actuelle » visant à simplifier et rendre plus équitables les règles de remboursement par la Sécurité sociale pourraient également être adoptées ce scénario d'assurance complémentaire obligatoire.

La contrepartie du maintien d'un système comportant assurance maladie obligatoire et assurances maladies complémentaires est l'acceptation d'une certaine complexité et du maintien du double remboursement des actes, générateur de frais de gestion.

2.2.2. Description du schéma

2.2.2.1. La reconnaissance de la complémentaire santé comme service d'intérêt économique général (SIEG)

La construction de ce schéma repose sur la notion de service d'intérêt économique général (SIEG) telle que définie par le droit européen. Comme détaillé dans le document de travail publié par le HCAAM en janvier, ce sont les États membres qui décident des caractéristiques de leur système de protection sociale. La question de leur « eurocompatibilité » se pose essentiellement, dans le champ de la protection sociale, avec le droit économique et les règles de concurrence européens. Cet environnement normatif crée trois espaces juridiques :

- Un espace marchand de libre concurrence ;
- Un espace « hors marché » (non marchand) pour les activités qui ne sont pas fournies par des entreprises au sens du droit européen de la concurrence ;
- Un espace marchand dans lequel la concurrence fait l'objet d'aménagements (régulation) pour les « entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général », à des fins sociales.

Les SIEG sont des activités économiques remplissant des missions d'intérêt général qui ne seraient pas exécutées (ou qui seraient exécutées à des conditions différentes en termes de qualité, de sécurité, d'accessibilité, d'égalité de traitement ou d'accès universel) par le marché en l'absence d'une intervention de l'État. En pratique la justification du statut de SIEG réside quasi exclusivement dans les éléments de solidarité imposés aux opérateurs gestionnaires des régimes institués dans le cadre d'un mandat qui appartient soit à l'Etat soit aux partenaires sociaux : dans ce cas le service fourni ne peut l'être au même prix que celui d'autres opérateurs ne supportant pas les mêmes contraintes (l'opérateur est moins compétitif car la solidarité a un coût).

L'activité de complémentaire santé telle qu'elle est organisée en France présente les caractères d'une activité économique. S'il existe aujourd'hui une obligation d'adhésion pour les salariés du secteur privé et un certain encadrement des prestations, les organismes complémentaires bénéficient encore de possibilités importantes de différenciation des cotisations et des prestations. En outre, il existe toujours pour l'assurance complémentaire une corrélation entre le niveau des cotisations et celui des prestations. Les obligations prudentielles auxquelles sont soumis tous les organismes complémentaires leur imposent d'évaluer le risque pour déterminer la cotisation et calculer les provisions correspondant à leurs engagements.

La seule exception paraît être la complémentaire santé solidaire. Les contrats solidaires et responsables présentent certaines caractéristiques des SIEG (capacité limitée des organismes complémentaires à différencier les cotisations selon le risque ou à définir le contenu des garanties ; réalisation d'objectifs d'intérêt général tels que l'accès aux soins et la limitation des dépenses de santé) mais la condition de mandat (mission obligatoire dont l'entreprise est chargée par l'autorité publique, qui impliquerait l'obligation d'assurer toute personne en faisant la demande) n'apparaît pas remplie. En revanche, des arguments solides existent en faveur de l'existence d'un SIEG pour deux dispositifs : les clauses de recommandation et les procédures de conventionnement ou de référencement dans la fonction publique de l'Etat et la fonction publique territoriale.

Ainsi, au-delà du régime juridique, la notion de SIEG traduit un changement de conception de l'activité de complémentaire santé : celle-ci demeurerait une activité marchande mais les opérateurs interviendraient désormais dans le cadre d'une mission qui leur serait confiée par l'Etat.

Les objectifs d'intérêt général justifiant la création de ce SIEG seraient les suivants :

- L'accès aux soins de l'ensemble de la population ;
- La mise en œuvre d'un degré élevé de solidarité dans la couverture assurantielle, se traduisant notamment par une déconnexion entre les primes versées et le risque individuel.

Les opérateurs du SIEG seraient investis d'un mandat, consistant dans l'obligation d'offrir à toute personne en faisant la demande les garanties définies par la puissance publique. Ils bénéficieraient en contrepartie d'un mécanisme de péréquation des risques et du droit exclusif de proposer les garanties couvertes par le SIEG.

En Belgique par exemple la couverture maladie est organisée selon trois niveaux : la couverture de base (premier niveau), la couverture complémentaire (deuxième niveau) et un troisième niveau de couverture complémentaire ou supplémentaire, qui renforce la couverture offerte par les deux premiers niveaux. Les assurés s'affilient auprès de la mutualité de leur choix pour la couverture de base et la couverture complémentaire de deuxième niveau, et - le cas échéant - auprès d'un autre organisme, éventuellement une filiale de leur mutualité, pour le troisième

niveau (cf. encadré 13). Les activités des mutualités au titre de leur couverture complémentaire de deuxième niveau ont le statut de SIEG⁷⁸.

Encadré 13 : le fonctionnement de la couverture maladie en Belgique

Organisation générale :

Les dépenses de santé en Belgique représentaient en 2017 10,3 % du PIB, couvertes à 77,2 % par la couverture maladie de base, à 5,1 % par les assurances santé complémentaires et à 17,6 % par les ménages.

En Belgique, la couverture maladie de base repose sur un système d'assurance sociale obligatoire couvrant environ 99 % de la population. Pour bénéficier de cette couverture, les assurés doivent s'affilier à une mutualité. Les mutualités sont des institutions de droit privé exécutant une mission déléguée de service public pour le compte de l'État et elles exercent leurs activités sans but lucratif. Les différentes mutualités couvrent toutes l'assurance obligatoire de base (1^{er} niveau). Leur offre de base ajoute une assurance pour des services et activités complémentaires (2^{ième} niveau) et elles peuvent également offrir des assurances facultatives (3^{ième} niveau) par le biais de sociétés mutualistes d'assurance (SMA).

Au 1^{er} janvier 2018, le secteur (privé) des mutualités consistait en un réseau de 52 mutualités distinctes (affiliées à l'une des cinq unions nationales), de onze sociétés mutualistes (dont cinq caisses de soins) et de neuf sociétés mutualistes d'assurance⁷⁹.

En 2019, l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes et l'Union nationale des mutualités socialistes couvrent environ 40,7 % et 28,5 % de la population respectivement.

Les individus souhaitant uniquement bénéficier de l'assurance obligatoire (1^{er} niveau), sans avoir les avantages complémentaires proposés par les différentes mutualités (2^{ième} niveau), peuvent s'affilier à la CAAMI, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie et invalidité. La CAAMI est une institution publique de sécurité sociale qui, dans le cadre de l'assurance obligatoire, assume la même fonction que les mutualités. Elle couvre environ 0,95 % de la population, et est appelée « *caisse résiduaire* », car elle est chargée d'affilier automatiquement les personnes qui ne sont affiliées à aucune mutualité.

Il existe également un autre organisme assureur : la Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de fer belges (SNCB), automatiquement souscrite pour les agents statutaires de la SNCB.

Couverture obligatoire de base (premier niveau) :

Au premier niveau, l'assurance obligatoire couvre certaines prestations que toutes les mutualités, et la CAAMI, sont obligées de garantir et donne droit à un remboursement de base. Les prestations de santé qui sont remboursables figurent sur une liste appelée nomenclature⁸⁰, déterminée par des conventions et agréments négociés annuellement ou tous les 2 ans. Les événements couverts par l'assurance obligatoire concernent les « petits » et les « grands risques », par exemple : le remboursement des frais de consultation chez le médecin (84,3 % des médecins sont conventionnés en 2018-2019), la kinésithérapie, l'intervention forfaitaire pour l'hospitalisation, la réanimation, le paiement des indemnités en cas d'incapacité de travail ou de maternité, etc.

L'assurance obligatoire (1^{er} niveau) est majoritairement financée par les cotisations sociales des employeurs, travailleurs, indépendants (pour les « petits risques ») ; des financements alternatifs (type TVA) et des subventions de l'État. Les cotisations sociales sont proportionnelles aux revenus et non aux risques.

Le choix de l'organisme assureur n'a pas d'impact sur les remboursements et indemnités que perçoivent les individus de l'assurance obligatoire.

Les mutualités reçoivent un budget prospectif de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) pour financer les dépenses de leurs assurés. Les paramètres utilisés pour calculer prospectivement les

⁷⁸ Voir article 3, alinéa 5 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

⁷⁹ Cour des comptes Troisième rapport en exécution de la résolution de la Chambre des représentants du 22 octobre 2015, 12 septembre 2018, « Contrôle des mutualités ».

⁸⁰ <https://www.riziv.fgov.be/fr/nomenclature/Pages/default.aspx>

dépenses sont issues de données démographiques, socioéconomiques, de santé et des facteurs environnementaux. L'objectif de ce système est de responsabiliser financièrement les mutualités et d'augmenter leur efficacité par la concurrence tout en ne créant pas d'incitations à évincer les profils risqués⁸¹.

Couverture complémentaire pour les personnes assurées auprès d'une Mutualité (deuxième niveau) :

Au deuxième niveau, les mutualités proposent dans leur offre de base des services et activités complémentaires en lien avec la santé, qui sont différents selon chaque mutuelle et qui peuvent être très variés : remboursement du ticket modérateur, lunettes ou orthodontie, médecines alternatives, assistance des personnes isolées, abonnement sportif, information dans le but de promouvoir le bien-être physique, social ou psychique et aide juridique, etc. Tous les membres affiliés à une Mutualité au titre de la couverture légale de base sont tenus de payer une cotisation pour ces services complémentaires.

Le contenu de ces services et activités complémentaires ainsi que les cotisations sont généralement déterminés entièrement et librement par les assemblées générales de chaque mutualité, dans les limites de la loi (ex. : obligation de faire approuver par l'union nationale l'octroi de nouveaux avantages aux membres). En effet la loi dispose seulement que « le service vise à améliorer le bien-être physique, psychique et social de ses membres ».

La concurrence entre les différentes mutualités se concentre essentiellement sur ces services et activités complémentaires. Ainsi, les garanties proposées vont souvent bien au-delà de la prise en charge des soins et s'étendent au domaine de l'action sociale.

Au sens juridique, cette activité ne constitue pas une assurance mais des opérations au sens de l'article 2,2, b) de la 1^{ère} directive du Conseil portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice (73/239/CEE). Elle n'est donc pas soumise aux règles propres aux entreprises d'assurance, notamment les réglementations européennes Solvency II et Assur-MiFID. Cependant, l'ajout d'une nouvelle garantie doit faire l'objet d'un accord de l'Office de Contrôle des Mutualités qui en vérifie la soutenabilité financière.

Les services et activités complémentaires (2^{ème} niveau) sont financés par les cotisations des membres, qui sont forfaitaires, identiques pour tout un chacun, quel que soit le profil de risque. Les mutualités ne peuvent exclure des affiliés en raison de leur âge ou de leur état de santé. Des différenciations de cotisations sont cependant possibles uniquement sur la base de la composition du ménage ou du « statut social », au sens de la Sécurité sociale. L'affiliation à ces services coûte selon les services proposés entre 80 et 180 euros par an. La réglementation actuelle prévoit un montant maximum par ménage mutualiste (titulaire et personnes à charge) de la cotisation annuelle à la couverture complémentaire obligatoire, qui est aujourd'hui fixé à 250 euros.

Les assurés, s'ils sont en règle de leurs cotisations et ont été affiliés plus de 12 mois, ont l'opportunité de changer de mutualité à chaque trimestre. Près de 85 % des Belges sont couverts par ce deuxième segment, qui couvre 5 % des dépenses.

Contrôle des cotisations relatives à la couverture complémentaire :

Les mutualités sont sans but lucratif. Elles fournissent sur leur deuxième niveau (« assurance » complémentaire dite obligatoire) un service d'intérêt général. La gestion financière de ces services doit se faire « en bon père de famille » et la répartition selon les moyens disponibles. L'Office de contrôle des Mutualités vérifie en pratique que le montant des cotisations proposé permet de couvrir les dépenses à venir selon les informations et estimations de la mutualité ou bien qu'elle dispose de réserves lui permettant d'amortir la dépense. L'Office ne peut donc s'opposer à l'instauration par une mutualité d'un service que si celle-ci ne pourrait pas le soutenir financièrement au point de la mettre dans son ensemble en difficulté financière. L'Office ne peut cependant pas contraindre la mutualité à constituer des réserves, contrairement au secteur des assurances. La gestion financière est fondée sur la répartition. Par conséquent, il n'y a pas de constitution de provisions, ni de possibilité de capitaliser les cotisations. L'octroi des prestations dépend des

⁸¹ [Health Systems in Transition, Vol. 22 No. 5 « Belgium : Health system review 2020 »](#)

moyens disponibles au moment concerné. Il n'y a, par ailleurs, aucune fongibilité autorisée entre le niveau de base et le niveau complémentaire obligatoire.

Assurances complémentaires ou supplémentaires facultatives :

Les assureurs privés (non mutualistes) ainsi que les Mutualités (via des sociétés mutualistes d'assurance constituées à cet effet) proposent des assurances facultatives auxquelles peuvent souscrire les individus en plus de l'assurance obligatoire soins de santé moyennant un supplément financier. Ces assurances supplémentaires privées couvrent par exemple les dépenses occasionnées par une chambre seule en hospitalisation, des frais dentaires, une épargne pré-nuptiale, etc. Les assurances facultatives sont financées par les primes, qui varient selon l'âge de la personne assurée et l'importance de la couverture souhaitée.

2.2.2.2. L'obligation d'assurance étendue aux résidents en France

Dans le système actuel, seuls les salariés du secteur privé sont tenus de cotiser à une couverture complémentaire santé, par conséquence de l'obligation faite à leurs employeurs de souscrire un contrat collectif. Le système proposé implique une obligation généralisée d'adhésion, selon des conditions de de résidence sur le territoire français à définir. Cette obligation d'assurance, nécessaire à la généralisation complète de la couverture, est en outre un élément central de l'équilibre du dispositif si celui-ci s'accompagne d'une limitation de la tarification au risque (cf. infra) : en effet, dès lors que la prime est déconnectée en tout ou partie du risque individuel, les individus au risque le plus faible pourraient en l'absence d'obligation chercher à éviter ce système, ce qui mettrait en péril son équilibre.

Afin d'assurer la meilleure effectivité possible de l'obligation d'assurance, il convient de lui donner un maximum d'automatisme. Les salariés et leurs ayants droit pourraient rester couverts dans le cadre de contrats collectifs (cf. *supra*). Pour les autres personnes, les organismes gérant l'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire (Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et Caisses de mutualité sociale agricole (CMSA)) seraient en charge de veiller au respect de l'obligation, en accompagnant les personnes non couvertes dans les démarches de recherche d'un contrat et d'adhésion. Des pénalités financières ne seraient infligées qu'en cas de refus délibéré et en dernier recours.

2.2.2.3. Le socle de garanties et la normalisation des primes

Plusieurs options sont possibles pour définir le panier de soins sur lequel reposerait l'obligation d'assurance. On pourrait prendre exemple sur le régime local d'Alsace-Moselle, où le niveau des prestations couvertes et le taux de cotisation sont définies par un conseil d'administration, composé de responsables syndicaux représentant la population couverte (cf. encadré pour une présentation de ce régime et des perspectives associées). A la différence de ce régime, la gestion des prestations complémentaires relevant du SIEG demeurerait toutefois assurée dans un cadre concurrentiel.

Le panier devrait comporter au moins les éléments compris aujourd'hui dans la couverture minimale que doivent assurer les employeurs, à savoir la prise en charge du ticket modérateur (TM), les frais d'hospitalisation, les examens de biologie médicale, les médicaments⁸², les dispositifs médicaux et les transports médicaux et les lunettes, audioprothèses et soins prothétiques

⁸² Cette prise en charge n'est obligatoire que pour les médicaments remboursés par la sécurité sociale et dont le service médical rendu n'est pas faible ou modéré.

dentaires relevant du « 100 % santé ». Les prises en charge complémentaires minimales concernant les lunettes et les soins prothétiques dentaires au-delà du « 100 % santé » pourraient être supprimées, pour tenir compte de cette mise en place du « 100 % santé »⁸³.

En ce qui concerne les cotisations, plusieurs variantes sont possibles :

- Dans la première variante, la tarification demeurerait libre. Un schéma dans lequel les garanties seraient uniformisées tandis que les primes resteraient libres avait été proposé par le Conseil d'analyse économique⁸⁴, qui y voyait un moyen d'améliorer la lisibilité de l'offre et l'efficacité de la concurrence. Un tel système n'aurait pas d'effet sur la tarification à l'âge. Comme dans les systèmes d'assurance privée obligatoire régis par le code des assurances (assurance automobile, habitation, etc), un bureau central de tarification serait chargé, en cas de refus d'assurance initial, de définir le tarif auquel l'organisme choisi par le particulier serait tenu de l'assurer.
- Dans la deuxième variante, à l'inverse, le système reposerait sur une logique de tarification au risque collectif (*community rating*) assurant l'équilibre du système à l'échelle nationale. Les cotisations ne dépendraient donc plus de l'âge, ce qui devrait alléger de manière importante l'effort des personnes âgées. Il est également possible dans ce cadre d'envisager une modulation obligatoire des primes en fonction du revenu, comme pour la Sécurité sociale. Le niveau de ces primes devrait être atténué pour les assurés les plus jeunes, dont le risque est en moyenne plus faible, en s'inspirant des pays ayant mis en place des systèmes analogues pour leur assurance-maladie de base (Pays-Bas, Suisse – cf. encadré) : cela peut se faire par une modulation à la baisse des cotisations en-deçà d'un certain âge (ainsi, en Suisse, les primes sont diminuées pour les moins de 26 ans), ou par l'ouverture de différentes options concernant des franchises, les assurés à faible risque pouvant opter pour une franchise plus élevée afin de payer une cotisation moins importante. Dans une logique de solidarité horizontale au bénéfice des familles, la cotisation ne tiendrait pas compte ou de manière limitée des enfants mineurs couverts par le contrat, ce qui est déjà le cas de la grande majorité des contrats aujourd'hui, notamment pour les contrats individuels⁸⁵. Le niveau des primes devrait être fixé chaque année afin de couvrir le risque estimé de la population. Cette décision devrait intervenir sur la base d'une méthodologie et de données relatives à l'évaluation des risques partagées de manière transparente avec les acteurs de la complémentaire santé.
- Dans la troisième variante, intermédiaire entre les deux précédentes, la tarification resterait libre mais l'écart maximal pour chaque contrat entre la prime la plus basse et la prime la plus élevée serait plafonné. Les modalités spécifiques en faveur des assurés les plus jeunes, exposés ci-dessus, pourraient également être introduites dans cette variante.

Les deux dernières options impliquent un mécanisme de péréquation (v. *infra*).

⁸³ La couverture minimale que doivent offrir les employeurs à leurs salariés est définie par renvoi aux obligations des contrats solidaires et responsables, avec deux prises en charge complémentaires (article D. 911-1 du CSS) : un forfait de prise en charge des dépenses d'optique médicale autres que celles relevant du « 100 % santé » ; une prise en charge à hauteur de 125 % des tarifs de base pour les soins prothétiques dentaires autres que ceux relevant du « 100 % santé ».

⁸⁴ B. Dormont, P.-Y. Geoffard et J. Tirole, *Refonder l'assurance-maladie*, Les notes du CAE, n° 12, avril 2014.

⁸⁵ Selon une étude de la DREES, pour 87 % des personnes couvertes par un contrat individuel en 2016 le contrat applique un forfait famille ou la gratuité à partir du 2^{ième}, 3^{ième} ou 4^{ième} enfant (DREES, *Panorama des complémentaires santé*).

Quelle que soit l'option retenue concernant les cotisations, il serait souhaitable de mettre en place une instance de concertation associant l'Etat, l'AMO, les représentants des complémentaires et les partenaires sociaux. Elle serait le cadre de discussion du panier de garanties obligatoires, du niveau des cotisations et des modalités de la péréquation.

2.2.2.4. Une modulation possible par la branche du panier de garanties

Afin de renforcer la place du dialogue social dans la gouvernance du SIEG et de mieux adapter les garanties proposées aux besoins des branches professionnelles, il pourrait être reconnu une possibilité de moduler ces garanties par un accord de branche étendu. Conformément au principe de faveur, l'accord de branche pourrait aller au-delà du panier réglementaire, tant en prenant en charge certains dépassements qu'en couvrant d'autres prestations en dehors de celui-ci. Il y aurait ainsi deux étages au sein de la complémentaire obligatoire, un étage de base uniforme et un étage variable optionnel selon les branches.

Les salariés de la branche bénéficieraient systématiquement de ce panier amélioré. En revanche, il ne pourrait être assuré de péréquation des risques sur la part allant au-delà du panier réglementaire ; elle devrait être financée par une contribution distincte, à déterminer par l'accord de branche. La péréquation ne s'appliquerait qu'au financement de l'étage de base.

Dans l'organisation actuelle, si les organismes complémentaires développent des services à leurs adhérents en plus de la dimension assurantielle du contrat, les données sur l'extension de cette offre et plus encore sur son impact sont lacunaires (cf. p. 31 du document de travail). La généralisation d'une complémentaire obligatoire et normalisée (pour une partie des garanties du moins) dans son volet assurantiel pourrait inciter les OC à franchir une nouvelle étape dans la structuration de ces services, en tant que moyen de se différencier, et accélérer une évolution de leur rôle vers un modèle « serviciel ». L'organisation de ces services continuerait à relever de la libre initiative des OC et du choix des assurés, sans intervention de la puissance publique.

2.2.2.5. Le maintien de la participation des employeurs, de la C2S et de certaines aides fiscales et sociales

La généralisation de l'obligation d'assurance et la normalisation de la couverture sont compatibles avec le maintien de la participation de l'employeur privé ou public. Dans le nouveau schéma, l'employeur continuerait à être redevable de l'obligation de prendre en charge le coût de la couverture complémentaire à au moins 50 %.

De même, la C2S serait intégralement maintenue, tant pour la prise en charge totale ou partielle des cotisations que pour les spécificités du panier de soins (prise en charge intégrale du ticket modérateur, dispense d'avance de frais, interdiction des dépassements d'honoraires). Enfin, ce schéma serait compatible avec le maintien de plusieurs dispositifs fiscaux et sociaux (fiscalité différenciée des contrats solidaires et responsables, exonérations de cotisations patronales sur les contrats collectifs, dispositif « Madelin » des travailleurs indépendants).

2.2.2.6. Les opérateurs en charge du SIEG et la péréquation

La possibilité de fournir le SIEG serait ouverte à tout opérateur faisant une déclaration en ce sens au ministre chargé de la santé, qui en diffuserait la liste.

Les organismes complémentaires ne pouvant ni refuser les personnes souhaitant être assurées ni moduler les cotisations en fonction du risque (dans les deuxième et troisième variantes ci-dessus), un mécanisme de péréquation des risques, conduisant à verser aux organismes supportant un sur-risque une compensation, est indispensable. En s'inspirant des systèmes néerlandais et suisse, le calcul de la péréquation se ferait sur la base de critères tels que l'âge, le genre, le nombre d'enfants et le recours passé aux soins.

Encadré 14 : La péréquation des risques : principe théorique et mise en œuvre pratique aux Pays-Bas

Principe général :

Dans les systèmes où les assureurs sont en concurrence, la sélection des « bons risques » peut être un moyen pour eux de maximiser leurs profits. Quand elles sont avérées, les pratiques de sélection des risques rendent difficile la souscription d'une couverture pour les plus malades, qui dans le cas extrême ne trouvent pas à s'assurer. La mise en place d'un système de péréquation des risques permet d'éviter -ou à tout le moins de fortement limiter- cet écueil.

Sur le plan théorique, le principe de la péréquation des risques est très simple et repose sur les propriétés suivantes :

- Le contenu des contrats est entièrement normé ;
- La tarification des contrats est strictement encadrée : seuls quelques critères sont autorisés ;
- Les assureurs sont tenus d'accepter tous les assurés s'adressant à eux, quels que soient leurs profils ;
- Du fait des règles d'encadrement des primes (qui empêchent de pratiquer une tarification actuarielle et donc de tarifier au risque), émergent deux types d'assureur selon le profil de leurs assurés : ceux ayant des portefeuilles de risques « favorables » pour qui le montant des primes perçues excèdera les remboursements versés à leurs assurés ; ceux ayant des portefeuilles « défavorables » pour qui les prestations versées seront supérieures aux primes perçues ;
- Pour remédier à cette iniquité et décourager toute pratique de sélection, une péréquation des risques est organisée entre les assureurs ;
- La péréquation prend la forme de transferts organisés entre une caisse de péréquation et chacun des assureurs selon une formule de péréquation qui s'appuie sur les caractéristiques des populations couvertes, selon des critères plus fins que ceux utilisés pour la détermination des primes ;
- Les assureurs aux portefeuilles « favorables » reversent une partie des primes collectées à la caisse de péréquation ;
- Inversement, les assureurs aux portefeuilles « défavorables » reçoivent un complément de primes de la part de la caisse de péréquation. Ce complément peut être versé ex ante (en début d'exercice) ou ex post (en fin d'exercice), sur la base des coûts constatés. Dans ce dernier cas, l'incitation de l'assureur à s'investir dans la maîtrise des coûts sera toutefois moindre.

Grâce à la mise en place d'un mécanisme de péréquation des risques, la concurrence entre les assureurs se porte sur la maîtrise des coûts, la qualité de service et la fourniture de services associés au contrat, et non sur la sélection des risques.

Mise en œuvre dans le scénario proposé :

Dans la mise en œuvre, le principe général présenté *supra* se déclinerait différemment selon les modalités de cotisation retenues (voir section 2.3) :

- Dans l'option 2 précédente où la cotisation serait unique, les assureurs pour qui la somme des primes collectées excèderait d'un écart donné l'espérance de remboursements à leur population couverte (celle-ci étant calculée par la formule de péréquation) verseraient à la caisse de péréquation un abondement d'un montant proportionnel à l'écart. Inversement, ceux pour qui l'espérance de remboursements serait supérieure d'un écart donné à la somme des primes reçues recevraient de la caisse de péréquation une compensation proportionnelle à l'écart ;
- Dans les options 1 et 3 précédentes dans lesquelles la tarification serait soit totalement libre (option 1), soit libre mais avec un plafonnement de l'écart maximal entre la prime la plus basse et la prime la plus élevée (option 3), la mise en œuvre serait légèrement plus complexe. Dans ce cas, parmi les différentes modalités de mise en œuvre possibles, une possibilité serait la suivante : les transferts (positifs ou négatifs) avec la caisse de péréquation dépendraient de l'écart entre l'espérance de remboursements (calculée par la formule de péréquation) avec - non pas les primes collectées par l'organisme comme dans le cas précédent - mais le montant théorique que cet organisme aurait collecté s'il avait appliqué pour chacun des

assurés la moyenne des tarifs appliqués par les opérateurs à ce type d'assuré. De cette manière, un opérateur aux prix manifestement trop bas aurait à en supporter les conséquences : il ne serait pas compensé à hauteur de l'écart entre le coût et son tarif, mais le tarif moyen.

Enseignements tirés de l'expérience néerlandaise :

Si les principes présentés ci-dessus sont assez simples, la mise en œuvre de la péréquation est une mécanique complexe. Une péréquation imparfaite laisse subsister des incitations à la sélection, d'autant plus fortes que la péréquation est imparfaite. L'enjeu sur la qualité de la formule de péréquation et sa capacité à expliquer une part significative de la variance des dépenses est donc fort. La formule nécessite des investissements spécifiques (parfois en système d'information) et des ajustements dynamiques.

Les Pays-Bas ont retenu ce type de modèle pour la fourniture de l'assurance de base (au premier euro) par des assureurs en concurrence régulée. La caisse de péréquation est alimentée par les cotisations sociales, dépendantes des revenus. Les transferts sont effectués prospectivement, c'est-à-dire ex ante.

La formule de péréquation tient compte de l'âge, du sexe, du domicile, du statut socioéconomique, de l'appartenance à un des 20 groupes de coûts pharmaceutiques et à un des 13 groupes de coûts diagnostiques⁸⁶. Elle est régulièrement revue, au gré des nouvelles données disponibles et des choix politiques réalisés en termes de répartition du risque. Des ajustements ex post ont dû être mis en place pour certains soins comme les soins psychiatriques ou les soins à domicile pour lesquels la péréquation organisée par la formule générale était jugée inadéquate. Une abolition de ces mécanismes de compensation ex post a toutefois été prévue en 2017. Par ailleurs, la discrimination des individus les plus consommateurs de soins par la formule reste un enjeu.

On peut penser que si un tel mécanisme devait être mis en place sur un deuxième étage en France, sa mise en œuvre serait plus simple, compte tenu du champ plus restreint des soins couverts.

⁸⁶ [Health Systems in Transition, Vol. 18 No. 2 « Netherlands: Health system review 2016 »](#)

Encadré 15 : Le Régime Local d'Alsace-Moselle

Aspects historiques :

Le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle est issu de l'histoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Pendant le rattachement de ces territoires à l'Empire Allemand, de 1871 à 1918, la population a bénéficié du système d'assurance maladie des lois de Bismarck. Ces lois allemandes assuraient une très forte socialisation de la prise en charge des dépenses de soins, laissant une fraction modeste à la charge des assurés. Ces lois ont été maintenues en vigueur en Alsace-Moselle jusqu'en 1946.

Après la Seconde Guerre Mondiale, lors de la création du régime général de Sécurité sociale, la population locale s'est mobilisée pour conserver son régime particulier. Un décret du 12 juin 1946 l'a maintenu à titre provisoire, dans l'attente que le régime général s'aligne sur son haut niveau de solidarité. Cette perspective ne s'est pas réalisée. Le Régime Local a été pérennisé par une loi du 31 décembre 1991.

Statut juridique du Régime Local d'Alsace-Moselle :

Le régime d'Alsace-Moselle (RLAM) est une assurance complémentaire obligatoire dérogatoire au droit commun français. Le RLAM est membre de l'UNOCAM.

Les dispositions juridiques relatives au RLAM relèvent du code de la Sécurité sociale.

Ce régime n'entre pas dans le champ des contrats responsables.

Bénéficiaires :

Sont couverts par le RLAM :

- Les salariés du secteur privé⁸⁷ et contractuels de droit public ;
- Les titulaires de revenus de remplacement ayant cotisé au régime local (pension d'invalidité, pension de réversion, indemnités et allocations de chômage, etc.) ;
- Les titulaires d'une pension de retraite ;
- Les ayants droit de l'ensemble des assurés précités.

Ne sont pas couverts par le RLAM :

- Les fonctionnaires des 3 fonctions publiques ;
- Les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales, etc.) ;
- Les salariés de régimes spéciaux.

Au 1^{er} janvier 2021, la population couverte par le Régime Local d'Alsace-Moselle représente près de 2,1 millions de bénéficiaires dont près de 1,6 million d'assurés (75 %) et 536 000 d'ayants droit. Plus de la moitié des bénéficiaires sont des actifs et 21 % sont retraités. 25 % sont ayants droit de salariés ou retraités. En Alsace-Moselle, 67 % des assurés du régime général sont bénéficiaires du Régime Local⁸⁸.

⁸⁷ A noter qu'il faut en principe travailler en Alsace Moselle, ou être salarié d'un établissement implanté en Alsace Moselle et exercer une activité itinérante. Avant 2012, il n'était pas nécessaire de travailler dans la région couverte : si l'adresse du siège social des entreprises était située dans l'un des 3 départements, les salariés pouvaient bénéficier de ce régime. En 2012, ces bénéficiaires ont pu conserver le Régime Local tant que leur situation restait inchangée.

⁸⁸ Source : <https://regime-local.fr/>

Prestations couvertes et taux de remboursement :

Le champ des prestations couvertes par le RLAM est celui du régime de base de la Sécurité sociale.

Niveau des remboursements :

- Dans la limite du tarif conventionnel. Ainsi il ne rembourse pas les dépassements d'honoraires, et intervient de façon marginale dans la prise en charge des frais d'optique car la base de remboursement est faible ;
- Gratuité de l'hospitalisation : prise en charge intégrale du TM et du FJH ;
- TM limité à 10 %⁸⁹.

Le RLAM ne prend pas en charge les participations forfaitaires pour les consultations, examens radiologiques ou analyses biologiques, ni les franchises applicables aux médicaments, actes des auxiliaires médicaux et transports sanitaires.

Pour le remboursement des honoraires hors parcours de soins, le régime maintient les mêmes taux de remboursement que pour des honoraires dans le parcours de soins. Par exemple, hors parcours de soins, l'AMO baisse le taux de 70 à 30 %, alors que le Régime Local maintient son taux de 20 % en complément.

En 2020, les dépenses du Régime Local d'Alsace-Moselle se sont élevées à 462,3 M €, en baisse de 5 % par rapport à 2019.

99 % des charges servent à financer les dépenses de santé des assurés, qui s'élèvent en moyenne à 214 € par personne en 2020 et se répartissent comme suit :

- ticket modérateur des prestations maladie de ville (68 %) ;
- ticket modérateur des frais de séjours hospitaliers (13 %) ;
- forfait journalier hospitalier (11 %).

1 % seulement des charges est consacré au fonctionnement du régime.

Parmi les soins de ville, les médicaments et les actes médicaux représentent plus de la moitié des prestations maladie remboursées par le Régime Local d'Alsace-Moselle. Les actes des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...) représentent 14 % des prestations remboursées avant les produits et prestations (matériels d'aide à la vie, pansements, orthèses et prothèses externes...) (10 %) et les actes de biologie (9 %) et les actes dentaires (8 %).

Les frais de transport ne représentent que 3 % des prestations, ceux-ci étant le plus souvent pris en charge intégralement par le régime général⁹⁰.

Financement :

En 2020, le Régime Local d'Alsace-Moselle a perçu des produits d'un montant de 505 M €, en baisse de 3,3 % par rapport à 2019 dont : 71 % proviennent des cotisations sur salaires et allocations chômage, 22 % des cotisations sur retraites⁹¹.

Le régime est financé via une cotisation calculée sur l'intégralité du salaire de chaque assuré depuis 1986 (date à laquelle le plafond a été supprimé). Les employeurs ne le financent pas⁹².

Les pensions des retraités et pré-retraités imposables ou les allocations chômage font également l'objet d'une cotisation dont le taux est identique à celui appliqué aux salariés.

⁸⁹ A l'exception d'un taux de 80 % au lieu de 90 % pour les médicaments à SMR modéré et aucune prise en charge des médicaments à SMR faible pour encourager le recours aux médicaments à service médical rendu effectif (décision du 19 décembre 2005 du conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local prise aussi pour éviter la dégradation de la situation du régime).

Le RLAM prend en charge les frais de transport en complément du RG à hauteur de 100 %.

⁹⁰ Source : <https://regime-local.fr/>

⁹¹ Source : <https://regime-local.fr/>

⁹² Sauf pour le régime local agricole, qui est un régime local distinct.

En revanche les pensionnés titulaires de rentes d'accident de travail et les titulaires d'une pension d'invalidité ainsi que les retraités non soumis à la CSG sont exonérés de cotisation.

La cotisation au RLAM est déductible de l'impôt sur le revenu⁹³.

Le niveau du taux de cotisation et de l'assiette des cotisations sont fixés par l'instance de gestion. Le taux peut varier selon les années. Il est, depuis 2012, fixé à 1,5 %, niveau qui permet l'équilibre financier global du régime. Il ne peut varier que dans la limite d'une fourchette de 0,75 % à 2,5 % du salaire brut, sauf cas d'excédent ou de déficit massif du fonds de réserve.

Depuis 1998, les excédents comptables peuvent être affectés, dans la limite de 0,5% des dépenses de prestations constatées durant l'exercice, au financement d'actions de santé publique ou à des expérimentations sur les filières ou réseaux de soins. Le Régime Local investit ainsi dans la prévention des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, des cancers et de la bronchite pneumopathique chronique obstructive, pathologies qui touchent particulièrement ces 3 départements, de même que dans la prévention de la santé mentale.

Pilotage et gouvernance :

Le RLAM est autonome et géré par les seuls représentants des organisations syndicales de salariés⁹⁴.

Le conseil d'administration détermine :

- La nature et le niveau des prestations prises en charge par le régime local ainsi que les assiettes et taux de cotisations ;
- Les opérations budgétaires et comptables (établissement d'un état prévisionnel des dépenses, arrêté des comptes, fixation des réserves...) ;
- Les actes de gestion du régime (règlement intérieur du conseil d'administration, nomination du directeur et du directeur comptable et financier, examen du rapport annuel d'activité...).

Le CA est composé de membres délibérants et de membres consultatifs. Les représentants des assurés sociaux (CFDT, CGT, CGT-FO, CFTC, CFE-CGC) constituent l'essentiel des vingt-cinq membres délibérants auxquels se joignent une personne qualifiée issue d'une organisation de salariés désignée par le préfet et un représentant de la mutualité, désigné par la Fédération nationale de la Mutualité Française. Les membres consultatifs, au nombre de cinq, sont le directeur et le directeur comptable et financier du Régime Local, un médecin-conseil, un représentant des associations familiales, un représentant des Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie. Ainsi les représentants des employeurs ne sont-ils pas membres du conseil d'administration du régime local. En revanche, trois d'entre eux, désignés par les unions départementales de l'Alsace-Moselle, peuvent assister aux séances du conseil d'administration.

Pour la Cour des Comptes, la bonne santé financière du régime local est liée aux conditions de régulation et ne dépend pas de facteurs extérieurs comme par exemple des comportements différenciés en matière de recours aux soins et de consommation médicale. Ce qui favorise également la bonne santé financière du régime, c'est que le RLAM intervient sur le TM (et pas le RAC comme les complémentaires) : il bénéficie ainsi à plein de la progression de l'exonération ALD prise en charge par le régime général.

Avantages du Régime Local d'Alsace-Moselle :

- Simplicité ;
- Continuité des prestations tout au long de la vie sans rupture par exemple au moment du passage à la retraite (si les conditions d'affiliation à la retraite sont remplies) ;
- Fort niveau de solidarité pour les assurés modestes, les familles, les chômeurs et les retraités ;
- Niveau bas des frais de gestion⁹⁵, grâce une mutualisation des frais de gestion avec le régime de base : les prestations complémentaires du régime local sont versées par les CPAM, les cotisations

⁹³ Cet avantage fiscal dont le montant n'a pas été chiffré constitue d'après la Cour des comptes une forme d'aide publique indirecte qui atténue l'effet redistributif du déplafonnement des cotisations.

⁹⁴ Ce sont les difficultés financières des années 1980-1990 (régime fortement déficitaire) qui ont conduit à réformer le régime vers davantage d'autonomie de gestion.

⁹⁵ En 2020, les charges de fonctionnement représentaient 4,8 millions d'euros (moins de 1 % du montant des prestations servies et des produits).

sont recouvertes par les URSSAF pour les actifs, la CARSAT Alsace Moselle et les autres organismes de retraite hors RG pour les retraités et par Pôle Emploi pour les chômeurs.

Limites du Régime Local d'Alsace-Moselle :

Pour la cour des Comptes, « on n'observe pas de performance spécifique en matière de pilotage de l'offre de soins : par exemple, les dépassements d'honoraires sont particulièrement développés en Alsace » (rapport CC).

Impact de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise

L'ANI n'a pas remis en cause juridiquement l'existence du régime local⁹⁶.

Néanmoins, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a soulevé la question délicate de son articulation avec le RLAM, dans la mesure où :

- Le champ des prestations couvert par l'ANI est plus large que celui couvert par le régime local⁹⁷ ;
- Le régime local repose sur un financement des seuls salariés et des retraités alors que les régimes collectifs d'entreprise sont cofinancés par l'employeur et pour moitié au moins⁹⁸.

Une mission de concertation pour le Premier ministre a donc été diligentée⁹⁹. L'analyse juridique menée conduit à :

- Ecarter l'option d'un renforcement du RLAM au niveau du panier ANI¹⁰⁰ ;
- Recommander que les organismes complémentaires interviennent pour compléter les prestations du RLAM à hauteur du panier minimal de l'ANI¹⁰¹.

⁹⁶ Le décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015 a fait figurer à l'article D. 911-2 du Code de la sécurité sociale que : « les salariés, y compris en tant qu'ayants droit, bénéficiant de prestations servies par le régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, figurent dans la liste de ceux qui peuvent se dispenser, à leur demande, de l'obligation d'adhésion à une complémentaire obligatoire ».

⁹⁷ Le socle minimal de garanties de la couverture complémentaire collective est de 100 % de la base de remboursement des consultations, actes techniques et pharmacie en ville et à l'hôpital et donc un taux supérieur à celui du régime local et de 125 % de la base de remboursement des prothèses dentaires et donc d'un taux supérieur à celui du régime local. Les garanties minimales nouvelles prévoient également un forfait de 100 € par an pour l'optique inexistant au régime local ».

⁹⁸ L'article 197 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 prévoit l'obligation d'instaurer une complémentaire santé respectant les spécificités du panier de soins et du financement à parts égales employeur/salarié figurant à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale (au 1er juillet 2016 pour les départements du régime local).

⁹⁹ Rapport à Monsieur le Premier Ministre sur le régime local complémentaire d'assurance maladie d'Alsace-Moselle et son articulation avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise établi par Philippe BIES député du Bas-Rhin, Denis JACQUAT, député de la Moselle, André REICHARDT sénateur du Bas-Rhin, Patricia SCHILLINGER sénatrice du Haut-Rhin, mardi 15 décembre 2015.

¹⁰⁰ « Aussi, si la solution visant à confier la gestion du différentiel de prestations à hauteur du panier de soins ANI au régime local et à introduire une contribution employeur, est celle vers laquelle la mission souhaitait tendre initialement, il semble que cette piste d'évolution présente un risque constitutionnel sérieux. En effet, même si cette orientation pourrait être vue comme une « harmonisation des situations », elle repose sur l'hypothèse selon laquelle une telle harmonisation pourrait conduire, contrairement à la décision « Société SOMODIA¹⁰⁰ », au renforcement, dans une appréciation régime par régime, des différences entre le droit local et le droit commun. Pourraient notamment être invoquées à l'appui de ce motif, l'amélioration des prestations résultant d'une prise en charge par le régime local, la création obligatoire d'une cotisation à la charge des employeurs déterminée par le pouvoir réglementaire, mais aussi la soustraction au champ de la concurrence d'une part de marché significative induite par le monopole que détiendrait le régime local en Alsace-Moselle ».

¹⁰¹ « En conséquence, la solution consistant à conserver des régimes locaux inchangés auxquels viendraient s'ajouter la complémentaire santé servie par les mutuelles, les instituts de prévoyance ou les sociétés d'assurance et cofinancée à hauteur d'au moins 50 % par les employeurs conformément aux dispositions de la loi du 14 juin 2013, est celle que la mission estime juridiquement la moins risquée ».

C'est cette voie qui a été retenue jusqu'à présent, mais toutefois, la situation actuelle n'est pas sans poser de nouvelles questions, car comme le remarque F. Kessler : « ... en ajoutant une [éventuelle] sur-complémentaire santé financée à parité, la part salariale des bénéficiaires du régime local est supérieure à celle des autres départements. Évidemment et de façon symétrique, le financement des prestations minimales de la couverture complémentaire obligatoire par les employeurs d'Alsace-Moselle est inférieur à celui assumé par les employeurs des autres départements français ».

Elargir le régime à d'autres territoires ?

L'élargissement du RLAM en tant que tel à d'autres territoires n'est pas possible à cause de la jurisprudence du Conseil Constitutionnel sur le droit local en Alsace-Moselle : « ces dispositions particulières ne peuvent être aménagées que dans la mesure où les différences de traitement qui en résultent ne sont pas accrues et que leur champ d'application n'est pas élargi ».

Deux voies seraient possibles en revanche :

- L'expérimentation dans d'autres territoires que l'Alsace-Moselle de régimes locaux complémentaires obligatoires. Elle se ferait sur le fondement de l'article 72 de la Constitution si c'est une collectivité territoriale qui définit les règles du régime local dans le cadre défini par la loi, sur celui de l'article 37-1 sinon. L'avantage d'une expérimentation est qu'elle peut ouvrir la voie à une généralisation après évaluation ;
- La définition par le législateur d'une architecture de régimes locaux complémentaires obligatoires applicable sur tout le territoire, en laissant le soin à des instances locales (collectivités territoriales ou conseils d'administration représentant les assurés / les partenaires sociaux) d'en régler certains paramètres.

La création d'un régime complémentaire local obligatoire implique un aménagement de l'ANI. Il peut y avoir un ANI adapté, comme en Alsace-Moselle, sur le panier différentiel entre celui du régime local et celui de l'ANI (cf. l'article D. 911-1-1 du CSS).

Complémentaires santé en Alsace-Moselle :

Dans son rapport de 2011, la Cour notait qu'en 2011, 81 % des assurés du régime local avaient souscrit à une assurance complémentaire facultative (données CPAM¹⁰²). Globalement ces complémentaires interviennent surtout sur les dépassements d'honoraires et les remboursements de frais d'optique et dentaires. Les primes des complémentaires en Alsace-Moselle sont inférieures de 30 à 40 % aux tarifs pratiqués dans les autres départements, compte tenu de l'intervention du RLAM.

2.2.2.7. Une fourniture libre des garanties relevant du 3e étage

Les opérateurs du SIEG bénéficieraient du droit exclusif de fournir les garanties correspondantes. La fourniture de garanties non couvertes par le SIEG serait en revanche libre, en étant soumise uniquement aux règles de la loi Evin du 31 décembre 1989 et aux règles prudentielles, et ne serait pas éligible aux aides publiques.

Les personnes souhaitant être assurées au-delà des garanties proposées dans le cadre du SIEG pourraient le faire en souscrivant une couverture supplémentaire. Celle-ci pourrait être proposée par tout OC, dans le respect de la directive Solvabilité II et des règles d'ordre public de la loi du 31 décembre 1989. Par cohérence, elle ne bénéficierait d'aucune aide fiscale ou sociale. Des dispositions devraient toutefois être prévues pour éviter les garanties aux effets trop inflationnistes sur les tarifs des soins, et pour éviter des phénomènes de sélection des risques¹⁰³ : en Suisse, il a « été observé que les assureurs pouvaient sélectionner les risques pour l'assurance de base par l'intermédiaire de leurs offres pour l'assurance facultative (moins régulée) puisque

¹⁰² Ces données issues des CPAM ne sont pas complètes et difficilement interprétables. La CdC rapporte la part des assurés couverts par une assurance complémentaire en population non affiliée au régime local (78,3 % pour les assurés des 3 départements ; 75,2 % au niveau national) aux données issues d'une enquête de l'IRDES menée au niveau national (94 %).

¹⁰³ Alternativement, cette possibilité serait en grande partie évitée en cas péréquation.

les assurés choisissaient souvent un assureur unique pour les deux couvertures »¹⁰⁴ (cf. encadré).

Encadré 16 : Les potentiels effets de la couverture supplémentaire sur la couverture de base

L'exemple suisse :

En Suisse, depuis 1996, l'assurance maladie est une assurance universelle à gestion privée. Plusieurs organismes sont en concurrence pour la fourniture de la couverture (61 en 2013).

Chaque citoyen est tenu de souscrire à un des organismes d'assurance et chaque assureur doit accepter toute demande d'assurance. La tranche d'âge (0-18, 19-25 et plus de 25 ans) et la zone géographique font varier les primes.

Les assurés qui le souhaitent peuvent changer de caisse-maladie annuellement, voire *infra* annuellement dans certaines conditions.

Des assurances supplémentaires sont disponibles pour les assurés qui le souhaitent. Elles couvrent des prestations non prises en charges par l'assurance de base : ostéopathie, traitements dentaires non pris en charge, etc. Les assurances peuvent y pratiquer la sélection des risques, contrairement à l'étage obligatoire.

En théorie, ces assurances peuvent être souscrites auprès du même organisme gérant l'assurance obligatoire, ou bien auprès d'un autre organisme. En pratique, la plupart des assurés ayant une couverture supplémentaire la prennent auprès de l'organisme qui gère leur couverture obligatoire.

Sur des données d'enquête de 2012, Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard et Karine Lamiraud ont étudié la mobilité des assurés en Suisse¹⁰⁵.

Leur étude indique une faible mobilité des assurés, seulement 4 et 5 % des assurés changeant d'organisme chaque année, contre 12 % en France entre 1988 et 1998¹⁰⁶.

Tout se passe comme si les assurés ne faisaient pas jouer la concurrence.

En réalité, ce résultat est à rattacher au lien fort entre le marché sur l'assurance de base d'une part, et le marché sur l'assurance supplémentaire d'autre part (même si ces couvertures font l'objet de contrats différents sur le plan juridique).

En effet, leurs résultats indiquent que détenir une assurance supplémentaire réduirait d'environ un quart la probabilité de mutation et de presque la moitié l'intention de changer de caisse. Or, 88 % des assurés de l'échantillon mobilisé par les auteurs avaient souscrit à une assurance supplémentaire, et dans 91 % des cas, celle-ci était prise auprès de l'organisme choisi pour la couverture de base.

Les auteurs décrivent quatre mécanismes susceptibles d'expliquer ce phénomène :

- le coût de mutation dû au temps de comparaison, les démarches administratives, les coûts administratifs de l'assurance auprès de deux caisses ;
- l'aversion des assurés au changement dû au risque de sélection et de refus par l'assurance sur le niveau supplémentaire. Ce mécanisme serait un obstacle pour les individus s'identifiant en mauvaise santé ;
- le souhait des assureurs de conserver les assurés ayant un contrat supplémentaire, qui sont des contrats profitables peu concurrentiels. La réglementation étant peu contraignante (sélection des risques possibles, contrats non normés), les assureurs auraient intérêt à conserver ces assurés ;
- le dernier mécanisme suppose que les individus ayant une assurance supplémentaire sont des « bons risques » et donc les compagnies voudraient les conserver dans leur portefeuille.

¹⁰⁴ V Paris « La couverture santé dans les pays de l'OCDE », 2020.

¹⁰⁵ Économie et Statistique n° 455-456 – 2012, INSEE, « Assurance maladie en Suisse : les assurances supplémentaires nuisent-elles à la concurrence sur l'assurance de base ? ».

¹⁰⁶ Question d'économie de la santé n°64 – Février 2003, « Qui change de couverture complémentaire maladie et pourquoi ? »

L'exemple néerlandais¹⁰⁷ :

Aux Pays-Bas, l'assurance maladie est une assurance universelle à gestion privée.

Plusieurs organismes sont en concurrence, mais le marché est très concentré : environ 90 % du marché est détenu par 4 groupes. Le gouvernement a un rôle de régulation et de supervision.

Chaque citoyen est tenu de souscrire à un des organismes d'assurance et chaque assureur doit accepter toute demande d'assurance.

Un panier de soin minimal universel est défini par le gouvernement, que chaque assureur doit fournir à l'ensemble de ses assurés. Libre ensuite à chaque assureur d'établir son niveau de prime et d'offrir une couverture supplémentaire. Les assurances sont en concurrence sur leurs prix, volumes et qualités des soins.

Le panier de soin minimal couvre les soins médicaux ordinaires, soins de proximité, les médicaments, les soins médicaux de santé mentale, *etc.*¹⁰⁸

Les assureurs intervenant sur le marché de la couverture obligatoire peuvent aussi proposer des couvertures supplémentaires. Le marché de l'assurance supplémentaire représenterait environ 10 % du marché total de l'assurance santé. La majorité des Néerlandais disposant d'une assurance supplémentaire, même si cette proportion est en baisse : elle est passée de 93 % en 2006 à 84 % en 2016.

Sur ce marché non régulé de l'assurance, afin de préserver leur réputation, les assureurs ne pratiqueraient pas explicitement la sélection des risques mais utiliseraient des outils moins visibles pour se protéger de l'anti-sélection : communication ciblée envers certains publics, primes beaucoup plus élevées pour les personnes à risques, *etc.* (van Winssen et al., 2017).

Ces pratiques d'écrémage sur la couverture supplémentaire leur permettraient de sélectionner les risques sur la couverture obligatoire (van de Ven et al. 2017). Par ailleurs, comme en Suisse, la fourniture de la couverture de base et de la couverture supplémentaire par le même assureur réduirait la concurrence, les assurés à hauts risques ayant une propension beaucoup plus faible à changer d'assureur que ceux en meilleure santé » (*source : Health Care Monitor 2019*).

¹⁰⁷ Cette section s'appuie sur l'article de P. Turquet et al. : « The Dutch Way ; Experimenting with Competition in the Health Care System ». In : C. Benoît et al., éditeurs *Private Health Insurance and the European Union*, 2021.

¹⁰⁸ [Health Systems in Transition, « Netherlands: Health system review 2016 »](#)

2.2.3. Effets redistributifs du scénario

2.2.3.1 Méthode et hypothèses

Les effets redistributifs du scénario ont été estimés dans le cas où deux tarifs existeraient pour le socle de base du deuxième étage (correspondant à la deuxième variante présentée dans la section 2.2.2.3. supra) : un tarif « adultes » de 400 euros par an hors charges de gestion et taxes pour toute personne de plus de 26 ans et un tarif « jeunes » de 130 euros par an hors charges de gestion et taxes pour toute personne de moins de 26 ans. Ces hypothèses permettent en effet d'illustrer les effets redistributifs d'une absence de tarification à l'âge des assurances privées. L'encadré 17 ci-dessous détaille la méthode et les hypothèses retenues.

Encadré 17 : Méthode et hypothèses retenues pour apprécier les effets redistributifs du scénario

L'annexe 3 décrit en détail le modèle Ines-Omar de la DREES utilisé pour ces chiffrages.

Dans les simulations effectuées pour apprécier les effets redistributifs de ce scénario, le panier de soins concernés par le socle de base du 2^{ème} étage, c'est-à-dire la partie rendue obligatoire est identique au panier concerné par le scénario 3. En effet ce panier correspond dans les deux cas à une même notion de soins « essentiels ». L'ensemble des soins restants, (biens hors 100 % santé, dépassements d'honoraires, médicaments non remboursés, etc...) feraient partie des modulations dans le cadre des contrats collectifs ou du 3^{ème} étage d'assurance maladie, c'est-à-dire la partie supplémentaire non-obligatoire et sur laquelle les complémentaires santé disposeraient d'une forte liberté.

Tableau 4 : Garanties retenues dans les simulations pour le socle de base du deuxième étage

	Couvert par le socle de base du deuxième étage	Non couvert par le socle de base du deuxième étage
Médecins, paramédicaux, transports, analyses, soins dentaires conservateurs...	Tickets modérateurs, franchises, participations forfaitaires	Dépassements d'honoraires
Médicaments (65 %, 30 %, 15 %)	Tickets modérateurs et franchises	Hors panier
Dispositifs médicaux (LPP)	Tickets modérateurs	DM hors LPP
Soins hospitaliers	TM, participations forfaitaires et forfait journalier	Dépassements d'honoraires, chambres particulières
Prothèses dentaires	100 % sur le périmètre du 100 % santé	Hors 100 % santé
Lunettes		
Audioprothèses		

La variante simulée est celle où la cotisation de complémentaire santé sur la partie obligatoire serait fixée à un niveau identique pour chaque assuré (ouvrant droit ou ayant droit), sauf pour les moins de 26 ans, lesquels s'acquitteraient d'une cotisation trois fois moindre. Ainsi les 18,8 milliards d'euros correspondant aux remboursements de soins du socle du 2^{ème} étage doivent être partagés entre l'ensemble des Français, exceptées les personnes bénéficiaires de la C2S qui continueraient à bénéficier de ce dispositif. La cotisation annuelle s'élève ainsi à environ 400 euros hors charges de gestion et taxes pour les 26 ans et plus, et à environ 130 euros hors charges de gestion et taxes pour les moins de 26 ans.

À cette cotisation de base s'ajoutent des frais de gestion, supposés constants par rapport à la situation actuelle et différenciés entre contrats individuels et contrats d'entreprise. En prenant en compte ces frais de gestion, le total de cotisations hors taxes pour le socle du 2^{ème} étage s'élève à 24,1 milliards d'euros par an.

Le caractère obligatoire du deuxième étage induit une augmentation du taux de couverture tandis que les garanties retenues pour le deuxième étage augmentent le niveau de couverture de certains assurés (notamment sur la pharmacie). Le cumul de ces deux effets induit une hausse des remboursements de la part des complémentaires santé de 2,2 milliards d'euros (réalisée sur le socle du deuxième étage). A cette hausse correspond une hausse des cotisations de complémentaire santé hors taxe totales de 2,8 milliards

d'euros (dont 600 millions d'euros de surcroît de frais de gestion), ce qui augmente toutes choses égales par ailleurs le rendement de la TSA. Inversement, certains facteurs agissent à la baisse sur le rendement de la TSA, comme l'affiliation à la C2S d'individus qui aujourd'hui n'y ont pas recours, sont couvertes par un contrat de complémentaire santé privée, et acquittent à ce titre de la TSA. Pour tenir compte de l'existence d'effets à la hausse et d'autres à la baisse, en approximation, nous faisons l'hypothèse que le rendement total de de la TSA sur le socle du 2^{ème} étage serait identique à celui constaté aujourd'hui (sans couverture totale), soit 2,6 milliards d'euros.

Les cotisations sur les garanties supplémentaires sont estimées à partir de l'espérance de remboursement restante au-delà du socle du 2^e étage, à qualité de contrat donnée (bas de gamme, milieu de gamme ou haut de gamme selon la classification des contrats de la DREES) pour les contrats d'entreprise, et à qualité de contrat et classe d'âge données pour les contrats individuels. À cette espérance de remboursement s'appliquent des frais de gestion, maintenus constants et différenciés entre contrats individuels et d'entreprise, ainsi qu'une TSA maintenue au taux de 13,27 %.

Au sein d'une famille, les cotisations des enfants sont financées par leurs parents, de même que leurs restes à charge finaux.

2.2.3.2 Résultats détaillés : les retraités seraient les grands bénéficiaires d'un tarif unique

Les retraités seraient les grands gagnants d'une telle réforme : ils économiseraient en moyenne 260 euros par an :

- Dont 180 euros d'économies grâce au tarif unique du socle de base du 2^{ème} étage de 400 euros pour les plus de 26 ans comparativement aux primes actuelles de de leurs contrats individuels (tarifés en fonction de l'âge) ;
- Dont 80 euros au titre de la baisse de leur reste à charge permise par la double extension de couverture induite par le scénario (couverture des non couverts par le deuxième étage et amélioration de la couverture pour tous ceux pour qui le deuxième étage est plus couvrant que leur couverture actuelle).

Inversement la réforme ferait perdre aux inactifs, aux salariés et aux indépendants une centaine d'euros par an, solde de deux effets de sens contraire : une augmentation de prime de 120 euros (pour les indépendants) à 160 euros (pour les salariés) en moyenne, très partiellement compensée par une baisse du reste à charge après AMC d'une trentaine d'euros par an sous l'effet de l'extension de la couverture induite par le scénario (cf. tableau 5).

Tableau 5 : primes (yc charges de gestion et TSA) et restes à charge dans la situation avant réforme et dans le scénario 2 en fonction du statut d'activité

Statut	Avant réforme		Scénario 2				Effet de la réforme
	Primes AMC	RAC AMC	Prime socle étage 2	Prime suppl	Prime totale	RAC AMC	
Salariés	810 €	150 €	580 €	390 €	970 €	120 €	- 130 €
Indépendants	750 €	150 €	540 €	330 €	870 €	110 €	- 90 €
Inactifs	350 €	100 €	330 €	150 €	480 €	70 €	- 100 €
Retraités	1 200 €	270 €	590 €	440 €	1 020 €	190 €	+ 260 €
Ensemble	650 €	140 €	410 €	280 €	690 €	100 €	- 10 €

Source : Ines-Omar 2017, traitements DREES.

Champ : Ensemble des personnes résidant en ménages ordinaires de France métropolitaine.

Note : L'effet de la réforme est la différence entre le solde (prestations AMO et AMC – financements AMO et AMC) avant et après réforme. Les prestations et les financements AMO étant inchangés dans ce scénario, l'effet de la réforme est ici plus simplement l'évolution avant et après réforme de la somme du reste à charge après AMC et des primes AMC. Les primes tiennent compte le cas échéant des financements des employeurs privés et publics pour la couverture complémentaire de leurs salariés.

Les effets sont présentés pour un scénario où deux tarifs existeraient pour le socle de base du 2^{ème} étage : un tarif « adultes » de 400 € par an hors charges de gestion et taxes pour toute personne de plus de 26 ans et un tarif « jeunes » de 130 € par an hors charges de gestion et taxes pour toute personne de moins de 26 ans.

Les enfants figurent en tant que tels dans la catégorie « ensemble ». Pour les autres catégories, les montants des primes incluent le cas échéant les primes des enfants payées par les parents.

La prise en compte des charges de gestion, de la TSA et des primes des enfants explique pourquoi les montants s'écartent des 400 euros hors charges et TSA retenus comme hypothèse de départ.

Tous les chiffres ont été arrondis à la dizaine d'euros la plus proche.

Lecture : en moyenne, les personnes retraitées devraient s'acquitter d'une cotisation de complémentaire santé de 1 020 euros par an, et d'un reste à charge de 190 euros par an dans ce scénario, ce qui signifie qu'elles gagneraient 260 euros par an en moyenne par rapport à la situation avant réforme.

De la même manière que la réforme profiterait aux retraités, elle profiterait aux personnes âgées, et compte tenu des pratiques de tarification à l'âge, davantage encore pour les plus âgées d'entre elles. Ainsi la réforme engendrerait un gain de 400 euros en moyenne par personne et par an pour les personnes de 80 ans et plus, dont 310 euros au titre de la baisse de prime permise par le tarif unique sur le deuxième étage et 90 euros de baisse de reste à charge sous l'effet de la double extension de couverture induite par la réforme (tableau 6). Inversement, les moins de 60 ans perdraient de 100 euros (pour les 50-59 ans) à 190 euros par an (pour les 30-39 ans) du fait de la mutualisation du tarif sur le deuxième étage.

Tableau 6 : primes (yc charges de gestion et TSA) et restes à charge dans la situation avant réforme et dans le scénario 2 en fonction de la classe d'âge

Classe d'âge	Avant réforme		Scénario 2				Effet de la réforme
	Primes AMC	RAC AMC	Prime socle étage 2	Prime suppl	Prime totale	RAC AMC	
20-29 ans	370 €	80 €	310 €	170 €	470 €	60 €	- 90 €
30-39 ans	650 €	120 €	570 €	300 €	870 €	90 €	- 190 €
40-49 ans	830 €	170 €	620 €	400 €	1 020 €	130 €	- 150 €
50-59 ans	800 €	170 €	550 €	390 €	930 €	130 €	- 100 €
60-69 ans	910 €	220 €	540 €	380 €	920 €	160 €	+ 40 €
70-79 ans	1 240 €	280 €	580 €	460 €	1 050 €	200 €	+ 280 €
+ 80 ans	1 340 €	290 €	600 €	440 €	1 030 €	200 €	+ 400 €

Source : Ines-Omar 2017, traitements DREES.

Champ : Ensemble des personnes résidant en ménages ordinaires de France métropolitaine.

Note : L'effet de la réforme est la différence entre le solde (prestations AMO et AMC – financements AMO et AMC) avant et après réforme. Les prestations et les financements AMO étant inchangés dans ce scénario, l'effet de la réforme est ici plus simplement l'évolution avant et après réforme de la somme du reste à charge après AMC et des primes AMC. Les primes tiennent compte le cas échéant des financements des employeurs privés et publics pour la couverture complémentaire de leurs salariés.

Les effets sont présentés pour un scénario où deux tarifs existeraient pour le socle de base du 2^e étage : un tarif « adultes » de 400 € par an hors charges de gestion et taxes pour toute personne de plus de 26 ans et un tarif « jeunes » de 130 € par an hors charges de gestion et taxes pour toute personne de moins de 26 ans.

Les montants des primes incluent le cas échéant les primes des enfants payées par les parents.

La prise en compte des charges de gestion, de la TSA et des primes des enfants explique pourquoi les montants s'écartent des 400 euros hors charges et TSA retenus comme hypothèse de départ.

Tous les chiffres ont été arrondis à la dizaine d'euros la plus proche.

Lecture : En moyenne, les personnes âgées d'entre 40 et 49 ans devraient s'acquitter d'une cotisation de complémentaire santé de 1 020 euros par an, et d'un reste à charge de 130 euros par an dans ce scénario, ce qui signifie qu'elles perdraient 150 euros par an en moyenne par rapport à la situation avant réforme.

Une partie de l'augmentation de la contribution des actifs, présentée dans les tableaux précédents, est financée par leur entreprise. La mutualisation des primes entre actifs et retraités induite par un tarif unique renchérirait la participation de l'employeur au financement de la complémentaire santé toutes choses égales par ailleurs au plus d'une centaine d'euros par an.

Tableau 7 : participations employeur dans la situation avant réforme et dans ce scénario en fonction du nombre de salariés dans l'entreprise (cette participation est incluse dans les contributions des actifs des deux tableaux précédents)

Taille d'entreprise	Participations employeur		
	Avant réforme	Scénario 2	Evolution
1-4 salariés	320 €	420 €	+ 100 €
5-9 salariés	320 €	410 €	+ 90 €
10-49 salariés	360 €	440 €	+ 80 €
50-99 salariés	330 €	430 €	+ 100 €
100-249 salariés	420 €	500 €	+ 80 €
250-499 salariés	400 €	490 €	+ 90 €
> 500 salariés	460 €	520 €	+ 60 €

Source : Ines-Omar 2017, PSCE 2017, traitements DREES.

Champ : Ensemble des salariés du secteur privé résidant en ménages ordinaires de France métropolitaine.

Note : Les effets sont présentés pour un scénario où deux tarifs existeraient pour le socle de base du 2^e étage : un tarif « adultes » de 400 € par an hors charges de gestion et taxes pour toute personne de plus de 26 ans et un tarif « jeunes » de 130 € par an hors charges de gestion et taxes pour toute personne de moins de 26 ans.

Tous les chiffres ont été arrondis à la dizaine d'euros la plus proche.

Lecture : Les entreprises comptant entre 100 et 249 salariés paient en moyenne 420 euros par an et par salarié de participations employeur dans la situation avant réforme, ce montant monterait à 500 euros par an et par salarié dans le scénario 3, soit une hausse de 80 euros par an et par salarié.

2.2.4. Faisabilité juridique

2.2.4.1. Conformité à la Constitution

La question qui se pose est celle de la conformité à la Constitution d'une obligation d'assurance étendue à l'ensemble des personnes résidant en France.

Des assurances obligatoires existent en droit français : elles font l'objet du livre II du code des assurances. Il s'agit de l'assurance des véhicules terrestres à moteur, de l'assurance habitation que doit souscrire le locataire¹⁰⁹ ou le copropriétaire¹¹⁰, de l'assurance des engins de remontée mécanique et de l'assurance des travaux de construction et de l'assurance de responsabilité civile médicale. Toutes ces assurances ont en commun de couvrir des dommages causés à des tiers et non des dommages subis par l'assuré lui-même.

La création d'une obligation d'assurance en matière de complémentaire santé s'expose à des incertitudes de deux ordres. D'une part, le Conseil constitutionnel n'a jamais eu l'occasion de se prononcer sur la constitutionnalité des obligations d'assurance existantes, de sorte que l'on ne peut avoir de certitude sur ce que serait son cadre de raisonnement. D'autre part, l'obligation d'assurance envisagée ici serait de nature différente puisqu'elle porterait sur la couverture de frais exposés par l'assuré. On peut relever cependant que des assurances obligatoires portant sur les risques pour la personne de l'assuré ont existé dans le passé, notamment le système de protection des exploitants agricoles contre les accidents de la vie privée, les accidents du travail et les maladies professionnelles (cf. les articles L. 752-1 et suivants du code rural, dans leur état antérieur à la loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2001 portant amélioration de la couverture des non-salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles).

On peut analyser l'obligation d'assurance comme une limitation à la liberté contractuelle puisque celle-ci comporte la liberté de ne pas conclure de contrat. Selon la jurisprudence du Conseil constitutionnel, il est loisible au législateur d'apporter à la liberté contractuelle des limitations liées à des exigences constitutionnelles ou justifiées par l'intérêt général, à la condition qu'il n'en résulte pas d'atteintes disproportionnées au regard de l'objectif poursuivi (décision n° 2012-242 QPC du 14 mai 2012). La mutualisation des risques que permettrait la création d'une obligation d'assurance constitue un but d'intérêt général déjà reconnu comme tel par le Conseil constitutionnel (décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013, *Loi relative à la sécurisation de l'emploi*, §10), d'autant plus qu'elle s'effectuerait à l'échelle nationale et non sur le seul périmètre d'une branche professionnelle, que le Conseil avait considéré comme trop limité pour justifier une incitation fiscale importante (décision n° n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013, *LFSS 2014*, §50). L'obligation d'assurance serait également justifiée par l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé (décision n° 2020-800 DC du 11 mai 2020, *Loi prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions*, §16) puisqu'elle garantit à tous les assurés l'accès à une couverture suffisante à un tarif modéré, favorisant ainsi l'accès aux soins. Dès lors que l'obligation généralisée d'assurance est indispensable à la mutualisation, l'atteinte à la liberté contractuelle apparaît proportionnée.

De manière alternative, il est possible que la création de cette obligation d'assurance soit appréhendée dans le cadre de l'article 34 de la Constitution. En effet, le champ des principes fondamentaux de la Sécurité sociale, au sens de l'article 34 de la Constitution, ne se limite pas à celui des régimes obligatoires de base : selon la jurisprudence du Conseil d'Etat, il couvre « l'ensemble

¹⁰⁹ Cette assurance peut également être souscrite par la bailleur pour le compte du locataire.

¹¹⁰ Cf. l'article 9-1 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis. Il s'agit du seul cas dans lequel le propriétaire doit s'assurer contre les risques liés à son habitation et cette obligation ne porte que sur les risques de responsabilité civile, c'est-à-dire sur les dommages susceptibles d'être causés aux tiers.

des systèmes de protection sociale quelles que soient leurs modalités de gestion administrative et financière » (CE, 12 juin 1998, *Fédération des aveugles et handicapés visuels de France*, n° 188737, Rec.), ce qui inclut les régimes de retraite complémentaire obligatoire (CE, 16 et 23 janvier 2020, *Avis sur un projet de loi organique et un projet de loi instituant un système universel de retraite*, §20, n° 399528 et 399529). Deux analogies avec des précédents historiques confortent cette qualification :

- Les retraites complémentaires, considérées aujourd’hui comme relevant de la Sécurité sociale au sens de l’article 34 de la Constitution, relevaient initialement de la protection sociale complémentaire facultative. Elles ont été progressivement généralisées par des accords nationaux interprofessionnels (1947 pour les cadres et 1961 pour les non-cadres) puis par une loi du 29 décembre 1972¹¹¹. Les termes de cette loi, dont l’article 1er prévoyait que tous les salariés ou anciens salariés ne relevant pas d’un régime de retraite complémentaire géré par une institution de prévoyance seraient obligatoirement affiliés à l’une de ces institutions¹¹², ne sont pas sans rappeler ceux de la loi du 14 juin 2013 ayant généralisé la complémentaire santé pour les salariés du secteur privé¹¹³. Le schéma envisagé amplifierait encore cette évolution vers un système généralisé et obligatoire analogue à celui des retraites complémentaires.
- Avant la loi précitée du 30 novembre 2001, les exploitants agricoles étaient soumis à une obligation d’assurance contre les accidents de la vie privée, les accidents du travail et les maladies professionnelles. Le système alors en vigueur était similaire à celui des assurances obligatoires régies par le code des assurances : l’obligation pouvait être satisfaite par la souscription d’un contrat auprès de toute société privée pratiquant l’assurance contre les accidents, l’affiliation pour ces risques à un organisme de mutualité sociale agricole étant également possible ; en cas de refus de l’organisme d’assurance sollicité, un bureau central de tarification pouvait fixer le montant de la prime et imposer à l’organisme d’assurer l’agriculteur à ce montant. Le système créé par la loi du 30 novembre 2001 repose sur une logique d’assurances sociales, qui va au-delà d’une simple assurance obligatoire : si les assurés avaient le choix, pour l’affiliation au régime, entre la caisse de mutualité sociale agricole et des organismes privés autorisés (assureurs ou mutualistes)¹¹⁴, les cotisations sont calculées selon des règles nationales fixées par arrêté du ministre chargé de l’agriculture. Dans sa décision sur cette loi (décision n° 2001-451 DC du 27 novembre 2001), le Conseil constitutionnel a analysé cette évolution comme la substitution « *d’un régime de sécurité sociale au régime obligatoire d’assurances privées* » (§4). Le schéma envisagé ici, même s’il continue à s’appuyer sur l’offre privée, s’apparente davantage à celui issu de la loi du 30 novembre 2001 qu’au système antérieur, puisque la cotisation y serait fixée selon des règles nationales.

Que le raisonnement se fonde sur la liberté contractuelle ou sur la notion de principes fondamentaux de la sécurité sociale, la constitutionnalité du schéma envisagé paraît être assurée.

¹¹¹ Loi n° 72-1223 du 29 décembre 1972 portant généralisation de la retraite complémentaire au profit des salariés et anciens salariés.

¹¹² Termes repris aujourd’hui à l’article L. 921-1 du code de la Sécurité sociale.

¹¹³ L’article 911-7 du C2S, issu de cette loi, disposant que les entreprises dont les salariés ne bénéficient pas d’une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident sont tenues de les faire bénéficier d’une couverture minimale par décision unilatérale de l’employeur.

¹¹⁴ Depuis la LFSS 2014, cette affiliation s’effectue obligatoirement auprès de la CMSA.

2.2.4.2. Conformité au droit de l'Union européenne

La création d'une obligation d'assurance complémentaire en santé pour l'ensemble des personnes résidant en France relève de la compétence des Etats membres en matière de sécurité sociale (CJCE, 7 février 1984, *Duphar e.a.*, C-238/82 ; 28 avril 1998, *Kohll*, C-158/96). En revanche, il convient de s'assurer de la conformité du système envisagé aux règles de concurrence.

Ce système s'inscrirait dans le cadre juridique des SIEG. Le droit de l'Union européenne (article 14 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), protocole annexé au traité de Lisbonne sur les services d'intérêt général) reconnaît le pouvoir discrétionnaire des autorités nationales pour définir et organiser ces services. La qualification de SIEG ne posant ainsi pas de difficulté, l'article 106 du TFUE permet de déroger aux règles de concurrence dans la mesure où la pleine application de ces règles ferait échec à l'accomplissement de la mission impartie. Ceci permet notamment de justifier le droit exclusif qui serait reconnu aux opérateurs du SIEG de fournir une assurance couvrant le panier de soins défini au niveau national, car en l'absence de ce droit exclusif, d'autres entreprises ne participant pas à la mutualisation seraient en mesure d'attirer les meilleurs risques et de menacer l'équilibre du SIEG (cf. pour un raisonnement similaire, CJUE, 3 mars 2011, *AG2R Prévoyance c/ Beaudout Père et Fils SARL*, C-437/09). La qualification de SIEG permet également d'attribuer des aides publiques sans méconnaître l'article 107 du TFUE relatif à l'interdiction des aides d'Etat, dans le cadre défini par la décision de la Commission du 20 décembre 2011 dite « Almunia »¹¹⁵. Les critères de calcul de la péréquation tels qu'énoncés ci-dessus sont de nature à garantir l'absence de surcompensation, l'article 5.1 de cette décision prévoyant que « le montant de la compensation n'excède pas ce qui est nécessaire pour couvrir les coûts nets occasionnés par l'exécution des obligations de service public, y compris un bénéfice raisonnable ».

Bien que le régime proposé ici présente à certains égards les caractéristiques d'une activité non économique au sens du droit de l'Union européenne, une telle qualification ne devrait pas être retenue. Selon la jurisprudence de la CJUE (Gr. Ch., 11 juin 2020, *Commission et République slovaque c/ Dôvera zdravotná poisťovňa a.s.*, C-262/18 P et C-271/18 P), la mise en œuvre du principe de solidarité se caractérise par le caractère obligatoire de l'affiliation tant pour les assurés que pour les organismes d'assurance, par des cotisations fixées par la loi en proportion des revenus des assurés et non du risque qu'ils représentent individuellement en raison de leur âge ou de leur état de santé, par la règle en vertu de laquelle les prestations obligatoires fixées par la loi sont identiques pour tous les assurés, indépendamment du montant des cotisations versées par chacun d'eux, ainsi que par un mécanisme de péréquation des coûts et des risques selon lequel les régimes excédentaires participent au financement des régimes ayant des difficultés financières structurelles. On ne retrouve pas ici la détermination des cotisations en fonction des revenus. Par ailleurs, le caractère non économique implique en principe l'absence de tout but lucratif (CJUE, 22 janvier 2002, *Cisal*, C-218/00, §34, 38 et 43). Si la CJUE a admis dans son arrêt du 11 juin 2020 que des possibilités limitées de distribution des bénéfices ne remettent pas en cause le caractère non économique de l'activité, il ne serait pas proposé ici de retenir un encadrement analogue à celui du régime slovaque. L'activité de complémentaire santé serait à la fois économique et d'intérêt général et relèverait bien ainsi du régime juridique des SIEG¹¹⁶.

¹¹⁵ Décision de la Commission du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général.

¹¹⁶ Si l'activité telle qu'organisée selon le scénario devait néanmoins être qualifiée de non économique, il y aurait un a fortiori quant au respect des règles de concurrence puisque celles-ci ne seraient pas applicables.

Pour les mêmes motifs, la fourniture de ce SIEG s'effectuerait dans le cadre de la directive « Solvabilité II » sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice. Elle n'entrerait pas en effet dans l'exception prévue par l'article 3 de cette directive sur les régimes légaux de sécurité sociale (cf., sur le lien entre la qualification d'activité non économique et l'exclusion du champ d'application de la directive assurances, CJCE, 26 mars 1996, *José Garcia e.a.*, C-238/94). La fourniture du SIEG serait ainsi réservée aux organismes énumérés par l'annexe III de la directive (sociétés anonymes, sociétés d'assurance mutuelle, institutions de prévoyance et mutuelles). Les organismes bénéficieraient d'une péréquation et d'une cotisation fixée au niveau national tenant compte d'un niveau moyen des coûts et d'un bénéfice raisonnable, mais seraient néanmoins tenus de respecter les règles prudentielles et incités à rechercher l'efficacité en limitant leurs frais de gestion.

2.2.4.3. Un risque de requalification des primes d'assurance en prélèvements obligatoires

La définition des prélèvements obligatoires résulte notamment du manuel du système européen des comptes (dénommé « SEC 2010 »). Celui-ci distingue deux catégories : les impôts, qui sont perçus sans contrepartie, et les cotisations sociales, qui ouvrent droit à des prestations d'assurance sociale. Les cotisations sociales se caractérisent en outre « *par le fait qu'elles sont versées à des régimes de sécurité sociale* », définis par le fait qu'ils « *couvrent à titre obligatoire la totalité de la population ou un très large sous-ensemble de cette dernière* » et qu'ils « *sont imposés, contrôlés et financés par les administrations publiques* ».

Dans le cadre actuel, les employeurs du secteur privé et leurs salariés sont tenus de supporter une prime d'assurance dans le cadre de la complémentaire santé d'entreprise, mais celle-ci n'apparaît pas comme contrôlée par des administrations publiques : d'une part, il existe un encadrement réglementaire des garanties mais qui laisse subsister un espace pour la négociation collective ou la décision unilatérale de l'employeur et, d'autre part, les primes d'assurance sont libres. La condition d'obligation est donc remplie mais pas celle de contrôle par les administrations publiques.

Dans le scénario présenté ici, l'obligation d'assurance serait étendue à l'ensemble de la population et tant le panier de garanties que, à des degrés divers selon les variantes, le niveau des primes, seraient définis ou encadrés par les pouvoirs publics. Le financement serait en partie assuré par un mécanisme de péréquation défini par les pouvoirs publics. Dès lors, même si la gestion demeure assurée par les organismes privés, il existe un risque que le nouveau système d'assurance complémentaire soit analysé comme un régime de sécurité sociale au sens des normes statistiques, en particulier dans la variante la plus encadrée où le niveau de cotisation est défini de manière unique au niveau national. La décision sur ce point appartiendrait in fine à l'INSEE, dans le cadre du système statistique européen animé par Eurostat.

Si une requalification en régime de sécurité sociale intervenait, les ressources affectées à cette complémentaire généralisée deviendraient donc des prélèvements obligatoires. Ceci représenterait une augmentation du taux de prélèvements obligatoires de l'ordre de 1,5 % du PIB.

Dans la variante où la branche peut moduler le niveau des garanties, le système mis en place resterait celui d'un SIEG. En effet, la gestion d'un régime de remboursement complémentaire des frais de santé défini par un accord de branche étendu a été qualifié de SIEG par la CJUE (3 mars 2011, *AG2R Prévoyance c/ Beaudout Père et Fils*, C-437/09). Coexisteraient des SIEG de branche, définis par accord collectif, et un SIEG national couvrant les personnes ne relevant pas de ces accords, y compris les retraités.

2.3. Scénario 3 : Augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale

2.3.1. Exposé des motifs

En France, les assurances maladie complémentaires sont considérées comme indispensables pour assurer l'accessibilité financière des soins financés par la Sécurité sociale.

Le scénario d'augmentation du taux de remboursement par la sécurité sociale vise à clarifier le rôle de chacun :

- La Sécurité sociale pour les besoins de protection commune ;
- Les assurances maladie complémentaires pour les besoins spécifiques, notamment ceux générés par les situations professionnelles ou territoriales.

En effet, aujourd'hui, pour une part significative des personnes couvertes, l'intervention de la complémentaire santé se limite à rembourser le RAC opposable. En 2017, parmi l'ensemble des consommateurs de soins, 5 % n'avaient pas de RAC après AMO ; 36 % n'avaient que du RAC opposable composé des tickets modérateurs, participations forfaitaires et franchises, et des forfaits journaliers (cf. tableau 8). Ce scénario revient en quelque sorte à généraliser le dispositif des ALD à l'ensemble des patients et des prises en charge.

Dans la mesure où le champ d'intervention des assureurs complémentaires ne porterait plus que sur les « besoins spécifiques » :

- La réglementation à laquelle ils sont soumis pourrait être allégée ;
- Les aides socio-fiscales à l'acquisition, financées par la solidarité nationale, pourraient être réduites voire supprimées.

Ce scénario vise plusieurs objectifs :

- Renforcer l'équité verticale dans le financement (« de chacun selon ses moyens ») en substituant aux primes d'assurance complémentaire des contributions tenant mieux compte de la situation économique des assurés, notamment de leurs revenus ;
- Limiter les renoncements aux soins et leurs conséquences délétères au niveau sanitaire en offrant à tous une couverture à 100 %, autrement dit renforcer l'équité horizontale dans la consommation (« à chacun selon ses besoins »), en garantissant l'accès financier aux soins à l'ensemble de la population, alors que « l'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins »¹¹⁷ ;
- Restituer aux ménages, sous forme d'augmentation de leur pouvoir d'achat, une fraction importante des charges de gestion des complémentaires (qui représentent 7,6 Md € en 2020) ;
- Simplifier le système et le rendre plus lisible et plus transparent :
 - o Simplification drastique des règles de remboursement ;
 - o AMO intervenant comme assureur unique pour un champ plus large des dépenses ;

¹¹⁷ C Després et al. « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, 2011 et M. Castry et al. « Les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières des étudiants – une analyse à partir de l'étude i-Share », *Revue d'économie politique* 2019.

- Diminuer la charge administrative liée au remboursement pour les assurés et les offreurs de soins¹¹⁸, ces économies de moyens s’ajoutant aux économies sur les frais de gestion des complémentaires ;
- Accroître les exigences de régulation des dépenses de santé par l’AMO, dans un double objectif de maîtrise des dépenses de santé et d’accès financier aux soins, en supprimant la possibilité de se défaire sur l’AMC pour certaines dépenses essentielles ;
- Faciliter les réformes des modes de rémunération des professionnels et des établissements vers des formes mixtes ainsi que la généralisation du tiers payant.

Les dépenses de santé étant essentiellement contraintes et les participations financières qui feraient l’objet d’une augmentation de taux de remboursement par l’AMO étant déjà couvertes aujourd’hui par les contrats responsables, ce scénario n’aurait pas d’effet inflationniste sur les dépenses, au-delà de la baisse, souhaitable, du renoncement aux soins¹¹⁹.

Tableau 8 : Répartition des assurés (consommateurs) selon la composition de leur reste à charge après assurance maladie obligatoire

Aucun RAC AMO	RAC AMO opposable uniquement	RAC AMO avec liberté tarifaire]0-50 €[RAC AMO avec liberté tarifaire [50 €, 100 € [RAC AMO avec liberté tarifaire >=100 €
5 %	36 %	18 %	6 %	35 %

Champ : Assurés tous régimes ayant consommé au moins une fois des soins en France en 2017. Dépenses remboursables et présentées au remboursement en ville et à l’hôpital (MCO, HAD, PSY, SSR, public et privé), hors médico-social.

Note : Le reste à charge (RAC) opposable après assurance maladie obligatoire (AMO) est composé des tickets modérateurs, participations forfaitaires et franchises, et des forfaits journaliers. Le RAC de liberté tarifaire inclut les dépassements d’honoraires et les tarifs libres (>BRSS).

Source : DCIR, PMSI 2017 (Base RAC), calculs Drees.

¹¹⁸ Un accord national a été signé mi-mai entre l’Etat, les fédérations hospitalières et les représentants des complémentaires concernant le déploiement du projet Remboursement des organismes complémentaires (ROC), qui simplifie le tiers payant entre les organismes et les établissements. Ce dispositif, lancé techniquement et organisationnellement il y a neuf ans, est déjà proposé à l’ensemble de leurs patients par une petite dizaine d’établissements et 45 établissements se préparent à son déploiement. Un accompagnement financier de 65 000 € est proposé par l’Etat à chaque établissement. Il s’agit notamment pour eux de sécuriser le recouvrement des recettes, qui représente 500 M€ en moyenne par an pour les seuls hôpitaux publics.

¹¹⁹ C. Le Pen, « Pour en finir avec le « hasard moral », *Lettre du Collège des Economistes de la santé*, 2004.

2.3.2. Caractéristiques du scénario

2.3.2.1. Les dépenses remboursées par la Sécurité sociale

La suppression des tickets modérateurs

Dans ce scénario, tous les tickets modérateurs seraient supprimés et pris en charge par la Sécurité sociale. Leur suppression faciliterait les réformes des modes de rémunération des professionnels vers des formes mixtes. La participation des complémentaires au financement de tous types de dépenses rattachées à un assuré est possible, même si elle est plus facile pour la rémunération à l'acte¹²⁰. En revanche, les modalités de leur participation à des rémunérations rattachées à la patientèle dans son ensemble (tels que les paiements à la performance comme la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)), populationnelles ou liées à l'organisation des soins, sont plus complexes à imaginer, comme le montrent notamment les expérimentations dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.

S'agissant des médicaments, les tickets modérateurs seraient également supprimés. Une évaluation médico-économique approfondie devrait déterminer quels médicaments à SMR faible ou modéré devraient être exclus du panier de la Sécurité sociale (voir ci-dessous la question de la gestion du panier de soins) ; pour ceux qui seraient désormais remboursés à 100 % le corollaire serait un renforcement du suivi du respect des indications et des conditions de prescription.

Les autres formes de participations financières des patients

S'agissant de la participation des patients aux frais d'hospitalisation, le forfait de 24 euros, le forfait journalier hospitalier et le futur forfait de passage aux urgences de 18 euros seraient pris en charge par la sécurité sociale. A terme, ces modalités de financement des établissements de santé auraient vocation à être refondues dans les tarifs des séjours ou dans d'autres modes de financement. Notons que la réforme du financement des établissements de santé, qui va réduire la part de financement à l'activité au profit de financements non individualisables, populationnels ou à la qualité, pose les mêmes questions, concernant la part des complémentaires santé et des assurés dans le financement, que les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé.

S'agissant des chambres particulières, serait nécessaire une analyse approfondie :

- Des motifs médicaux de recours et du degré de liberté véritable des patients ;
- Des comptes des établissements de santé, portant à la fois sur leurs charges et sur leurs produits (tarifs des Groupes homogènes de séjours (GHS), participations financières du patient y compris frais de chambres particulières), comme préconisé dans le rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé.

Les autres participations financières et franchises pour l'ensemble des soins, introduites par la réforme de 2004, pourraient être maintenues en l'état ou bien supprimées¹²¹.

¹²⁰ En témoigne la mise en place d'une taxe auprès des organismes complémentaires lors de l'introduction du forfait patientèle pour les médecins traitants. De la même manière, les règles de participation financière des patients en cas de paiements à l'épisode de soins sont complexes à déterminer.

¹²¹ Le cas échéant, elles pourraient être remplacées par une franchise annuelle forfaitaire. Cette franchise constituerait une contribution des assurés au financement des dépenses, et serait bien répartie sur une assiette large. Il s'agirait d'un bouclier sanitaire qui devrait dans ce cas être fixé à un niveau suffisamment bas pour ne pas porter atteinte au droit à la santé garanti par le Préambule de la Constitution de 1946 et ne pas s'appliquer aux assurés les plus modestes : ainsi les bénéficiaires de la C2S en seraient sans doute exonérés.

Les secteurs de l'optique, du dentaire et des audioprothèses

Dans ce domaine comme dans les autres, la régulation doit répondre au double objectif de maîtrise des dépenses et d'accès financier aux soins. La Sécurité sociale doit donc couvrir les dépenses considérées comme nécessaires d'un point de vue sanitaire. Les patients seraient libres de souscrire une assurance complémentaire pour les soins hors panier.

La définition du panier des soins intégralement remboursés par la sécurité sociale devrait s'appuyer sur celle du « 100 % santé » : classe I pour les audioprothèses, classe A pour l'optique et panier du « 100 % santé » ou tarifs maîtrisés pour le dentaire. Ce panier devrait toutefois être réévalué compte tenu de la place nouvelle qu'il acquerrait dans ce scénario, puis être régulièrement révisé pour prendre en compte l'innovation.

La prise en charge des dispositifs médicaux de la liste des produits et prestations remboursables

Le remboursement des tickets modérateurs par l'AMO garantirait une prise en charge à 100 % pour les dispositifs médicaux (DM) de la liste des produits et prestations pour lesquels un prix limite de vente existe et est égal au tarif de responsabilité (TR) mais pas pour les autres DM (prix libre ou prix limite de vente supérieur au TR). Dès lors dans ce scénario, il conviendrait de définir le panier des DM couverts par la sécurité sociale étendue, et d'imposer des prix limites de vente sur l'ensemble du panier retenu et de garantir une prise en charge à hauteur de ces prix limites de vente.

Suppression des dispositifs d'exonération et évolution de la C2S

Dans ce scénario, l'exonération ALD n'aurait plus lieu d'être et serait supprimée. Toutefois, le dispositif des ALD joue aussi un rôle dans la coordination des parcours de soins, les règles relatives aux indemnités journalières, la connaissance des maladies chroniques et la rémunération des professionnels de santé. Il importerait donc de le remplacer par d'autres modalités, à définir, d'organisation et de suivi de ces parcours de soins. Quant à la C2S, le dispositif (ou une partie de ce dispositif) garderait son intérêt pour l'interdiction des dépassements d'honoraires, mais les formalités d'accès pourraient être dans cette hypothèse drastiquement simplifiées.

2.3.2.2. Démocratiser la gouvernance de l'AMO

Le renforcement du rôle de la Sécurité sociale accroît l'importance des décisions relatives aux soins pris en charge et à son pilotage. Il apparaît donc souhaitable de renforcer le pluralisme de sa gouvernance, tout en maintenant l'efficacité de la prise de décision.

Il importera de garantir une gestion dynamique et réactive du panier des soins couverts par la Sécurité sociale, concernant tant les sorties que les entrées, permettant son adaptation aux besoins sociaux et aux évaluations de la pertinence des soins.

Trois séries de mesures pourraient être prises en ce sens :

- La première, transversale à l'ensemble des scénarios d'articulation entre Sécurité sociale et assurance maladie complémentaire, et rappelée dans la première partie de ce rapport, repose sur les propositions des précédents rapports du HCAAM¹²² pour une transformation du système de santé et de ses modalités de régulation. Afin de mettre en œuvre ces propositions, le HCAAM a souligné la nécessité d'une démocratisation renforcée du système de santé impliquant tous les acteurs au plus près des territoires et des assurés sociaux. Il poursuivra, comme il s'y est engagé dans l'avis sur la régulation du système

¹²² Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé (2018), La régulation du système de santé (2021).

de santé qu'il a publié au printemps 2021, ses travaux sur ce sujet, en proposant notamment une méthode mobilisant toutes les composantes de la démocratie politique, sociale et sanitaire, au niveau national et territorial, pour déterminer la trajectoire des objectifs, activités et ressources humaines, matérielles et financières du système de santé et assurer sa mise en œuvre ;

- Au niveau local, les budgets d'action sanitaire et sociale, dont disposent les conseils des caisses primaires, devraient être renforcés pour développer parallèlement l'accès aux soins ;
- Une réflexion devrait être engagée sur la gouvernance du panier de soins. Les médicaments et les dispositifs médicaux remboursables sont fixés par des listes arrêtées par les ministres en charge de la sécurité sociale et de la santé, après avis de commissions d'experts de la HAS (commission de la transparence et commission d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé). Si ces décisions devraient continuer à être prises sur la base de l'expertise de la HAS, elles pourraient impliquer davantage les acteurs du système de santé et les représentants des usagers, à l'exemple du « comité du panier » en Israël. Cette implication pourrait se faire sous la forme d'un avis préalable, rendu par une formation restreinte au sein de la Conférence nationale de santé, ou par l'attribution du pouvoir de décision à une instance collégiale associant les ministres, l'UNCAM et les acteurs du système de santé et les représentants des usagers.

Encadré 18 : le comité du panier israélien

En Israël, l'assurance-santé nationale est fournie par quatre organisations (Health Maintenance Organisations) entre lesquelles les Israéliens ont le choix. Toutes sont tenues de couvrir le panier obligatoire défini par la loi. Depuis 1997, les évolutions du panier, consistant dans la décision de prendre ou non en charge les innovations technologiques, relèvent d'un comité du panier. Celui-ci est composé des ministères de la santé et des finances, de représentants des hôpitaux et des médecins et de représentants des usagers. Il prend sa décision sur la base d'une expertise scientifique (réalisée par une instance dénommée le forum des technologies de santé) et de critères définis par la loi (besoins non satisfaits, impact budgétaire, etc) et dans le cadre du budget alloué par le gouvernement.

2.3.2.3. Evolution de la régulation des dépenses de santé et du rôle de l'assurance maladie

Le renforcement, dans la durée, de la régulation des dépenses de santé par l'AMO constitue une condition nécessaire de faisabilité de ce scénario, afin d'éviter les risques polaires de difficultés d'accès à des soins nécessaires ou de dépenses publiques trop élevées. Outre les éléments sur le panier de soins mentionnés ci-dessus, ce renforcement s'appuierait sur plusieurs leviers¹²³ :

- La régulation des prix devrait être renforcée, qu'il s'agisse des tarifs conventionnels, des tarifs de la LPP mais aussi des tarifs libres, dans un double objectif de maîtrise des dépenses de santé et d'accès financier aux soins ;
- La pertinence, l'adéquation et la qualité des actes, des prescriptions et des parcours devraient faire l'objet d'actions de promotion renouvelées et renforcées, comme recommandé dans le rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé.

¹²³ Cf. Avis et Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé, 2021.

Une évolution de la politique conventionnelle

Ce scénario implique une évolution de la politique conventionnelle pour garantir l'accès financier aux soins sans complémentaire santé.

Aujourd'hui les dépassements d'honoraires sont en partie remboursés par les complémentaires santé, notamment par les contrats collectifs. Un remboursement par la Sécurité sociale à leur niveau observé pour chaque professionnel (éventuellement plafonné) paraît inconcevable. Une telle évolution conduirait à des disparités injustifiables entre les honoraires remboursés par l'assurance maladie aux professionnels et augmenterait la part des rémunérations à l'acte dans leur rémunération, à rebours de l'évolution, dans la plupart des pays, vers des formes mixtes.

La voie retenue pour ce scénario consiste donc à :

- Aligner les remboursements de la sécurité sociale sur le tarif de responsabilité ;
- Accompagner cette réforme d'une réanalyse fine et différenciée des dépassements d'honoraires des différentes catégories de professionnels libéraux et de leurs motifs qui permettra de déterminer si une partie des dépassements s'explique par des tarifs sous-cotés¹²⁴ et doit être « prise en charge » par la Sécurité sociale, sous forme de revalorisation du tarif de responsabilité de certains actes, ou de paiements alternatifs.

Dans ce scénario, les dépassements restants pourraient toujours être remboursés par les complémentaires santé. Les actions mises en œuvre aujourd'hui par les pouvoirs publics pour réguler les dépassements seraient alors poursuivies, en particulier :

- Les actions auprès des professionnels comme l'OPTAM, dont l'efficacité devrait être régulièrement évaluée pour déterminer si des aménagements sont nécessaires ;
- Les pénalités fiscales associées à des niveaux élevés de remboursement des dépassements par les complémentaires, en raison de leur impact inflationniste sur les tarifs des soins.

Cette question des dépassements d'honoraires, transversale à l'ensemble des scénarios d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et assurances maladie complémentaires, sera approfondie dans le cadre de la poursuite des travaux du HCAAM sur la médecine spécialisée¹²⁵.

[Agir sur la pertinence et l'adéquation des actes ; poursuivre la rénovation des actions de gestion du risque et la transformation de l'organisation des soins](#)

L'exigence renforcée d'efficience de la dépense publique dans ce scénario appelle une action encore plus forte et volontariste sur la pertinence et l'adéquation des actes, des prescriptions et des parcours, en mobilisant notamment les outils numériques ; en s'appuyant sur les collectifs d'acteurs existants, dans le cadre d'un principe de responsabilité populationnelle et d'égal accès, mobilisant les projets territoriaux de santé¹²⁶.

Pour ce faire, il convient d'adopter une approche renouvelée de la gestion du risque, dans la lignée des nouvelles orientations présentées par la CNAM¹²⁷ et de poursuivre la transformation

¹²⁴ Une grande partie des médecins était, en 1980, opposée à la création du secteur 2, arguant que la liberté tarifaire permettrait une sous-cotation des tarifs de responsabilité cf. PL Bras « La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes », *Les Tribunes de la santé* 2015.

¹²⁵ *Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé* (2020).

¹²⁶ Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé, 2021, p. 64 à 70.

¹²⁷ Rapport Charges et produits, juillet 2021, notamment les p.59 et suivantes.

de l'organisation des soins en promouvant les organisations efficaces et la structuration des soins de proximité¹²⁸, la gradation des soins et la prise en charge en proximité de tout ce qui peut l'être, les restructurations, en s'appuyant sur l'ensemble des leviers mobilisables : formation, rôles professionnels et métiers, modalités de rémunération, usage du numérique...

L'AMO étant en charge des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé, elle peut articuler la politique conventionnelle et les actions envers les assurés, ce qui permet d'augmenter l'efficacité des actions. Concernant plus particulièrement la prévention, le scénario faciliterait l'intégration en routine de la prévention au système de soins, conforme aux recommandations du HCAAM¹²⁹. Il s'agirait en particulier de faire entrer des dépenses effectives, permanentes, de prévention en ambulatoire dans le panier de soins, à condition qu'elles s'inscrivent dans des protocoles issus de référentiels¹³⁰, mis en œuvre par des organisations dont la qualité est contrôlée. Des prestations nouvelles seraient ainsi inscrites à la nomenclature, en particulier des interventions d'éducation thérapeutique en ambulatoire, de psychologues, de nutritionnistes...

[Poursuivre l'accompagnement des assurés sociaux pour garantir l'accès aux soins](#)

Ce scénario porte une exigence renforcée d'accompagnement des assurés, concernant notamment les actions pour améliorer l'accès aux soins et l'effectivité des droits développées dans le cadre de l'action sanitaire et sociale à destination des publics défavorisés, en mobilisant les conseils de la CNAM, des CPAM et caisses de MSA, le réseau de l'assurance maladie et son système d'information.

[Relancer la réforme du tiers payant](#)

La généralisation du tiers payant suscite une adhésion très variable selon les professions de santé : elle fonctionne aujourd'hui dans les pharmacies et les laboratoires de biologie, beaucoup moins dans les autres secteurs (cf. encadré 6). Parmi les obstacles actuels rencontrés, le copaiement est un facteur de complexité structurelle pour la mise en œuvre d'un tiers payant intégral, comme le montre le caractère plus aisé de la mise en place du tiers payant pour les personnes bénéficiant d'une prise en charge à 100 % ou, dans le contexte de la crise sanitaire, pour de nouveaux actes massivement réalisés tels que les tests de détection de la Covid-19 et la vaccination. L'augmentation du taux de remboursement de la Sécurité sociale devrait donc favoriser nettement la généralisation du tiers payant.

¹²⁸ « dont l'insuffisante structuration, dans de nombreux territoires, est la source de nombreux dysfonctionnements : engorgement des structures hospitalières pour des cas ne relevant pas de leur expertise ou de leur technicité, parcours de soins chaotiques, disparités géographiques et sociales d'accès aux soins et services, retards au diagnostic, insuffisance de suivi des malades chroniques, difficultés pour les établissements de santé de faire sortir précocement un patient faute d'organisation correcte des soins à domicile » (HCAAM 2021, *op cit*).

¹²⁹ Voir l'Avis du 25 octobre 2018 du HCAAM intitulé "La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement – à partir de l'exemple de l'obésité".

¹³⁰ Le remboursement de ces dépenses pourrait ainsi être limité à certaines pathologies ou facteurs de risque.

2.3.2.4. Evolution du rôle des assurances santé complémentaires et de leur réglementation

Dans ce scénario, les assurances santé complémentaires verraient leur champ d'intervention potentiel réduit aux dépenses hors du panier couvert par la Sécurité sociale et aux dépassements restants après la remise à plat des rémunérations. Par conséquent, il s'agirait davantage d'assurances supplémentaires que d'assurances complémentaires. Dès lors, leur réglementation pourrait être largement allégée et les dispositions suivantes supprimées : obligation de souscription des employeurs, mécanismes spécifiques pour la fonction publique et les travailleurs indépendants, exonérations socio-fiscales des contrats collectifs. En revanche, les contrats aux garanties inflationnistes ou recourant au questionnaire médical resteraient pénalisés financièrement via un taux majoré de TSA (cf. supra).

Liberté tarifaire et inégalités de santé

En changeant le mode de financement des tickets modérateurs, participations forfaitaires, franchises et forfaits journaliers pour l'aligner sur celui de la Sécurité sociale (« de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins »), la réforme aurait d'importants effets redistributifs, illustrés dans la partie sur les chiffrages ci-dessous.

Au-delà des tarifs de responsabilité, il convient de s'interroger également sur l'impact redistributif de la réforme concernant les dépenses relevant de la liberté tarifaire (cf. encadré 2).

Il existe aujourd'hui un gradient social en matière :

- de couverture complémentaire (les ménages aisés bénéficient de couvertures plus généreuses)¹³¹
- de recours aux soins (les ménages aisés recourent davantage aux spécialistes et le cas échéant, à ceux pratiquant des dépassements d'honoraires, voir tableau 9)¹³².

Tableau 9 : Dépassements d'honoraires pour les consultations de ville (y compris actes et consultations externes) de médecins et de paramédicaux en fonction du niveau de vie

Niveau de vie	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Ensemble
Dépassements d'honoraires en ville	18 €	32 €	37 €	40 €	39 €	40 €	42 €	45 €	55 €	57 €	41 €
Remboursements par les OC	7 €	13 €	18 €	20 €	19 €	21 €	22 €	24 €	29 €	32 €	20 €

Lecture : Les individus du 4^{ième} dixième de niveau de vie ont en moyenne 40 euros par an de dépassements d'honoraires en ville chez les médecins et les paramédicaux, dont 20 euros leur sont remboursés par leur complémentaire santé.

Source : Ines-Omar 2017, traitements DREES.

Champ : individus résidant en ménages ordinaires de France métropolitaine.

¹³¹ M. Fouquet « Le modèle de micro-simulation Ines-Omar 2017. Note méthodologique détaillée », *Les dossiers de la DREES*, 2021, Graphique 2 p. 12.

¹³² F. Jusot, B. Carré et J. Wittwer (2019) : « Réduire les barrières financières à l'accès aux soins », *Revue Française d'économie*, 2019. Les auteurs mettent en évidence un gradient social en fonction du revenu dans le recours aux médecins plus marqué pour le recours aux spécialistes qu'aux généralistes, après contrôle par l'âge, le sexe, l'état de santé perçu, le fait d'être en ALD et le fait d'être ou non couvert par une assurance complémentaire santé. Pour les 7,2 millions de bénéficiaires de la C2S s'ajoute l'effet de l'interdiction de dépassements d'honoraires (qui subsisterait dans ce scénario), interdiction qui ne garantit cependant pas un accès financier aux soins identique au reste de la population, puisque, d'après le Défenseur des droits, ces bénéficiaires subissent « une forte discrimination » sous forme de « refus de soins », « discriminations (...) plus marquées en secteur 2 qu'en secteur 1 » : *Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales*, 2019.

Aujourd'hui, la moitié des contrats individuels ne couvrent pas les dépassements d'honoraires, et 41 % des assurés n'ont pas recours à des soins incluant une part de liberté tarifaire.

Dans ce scénario, les assurances santé complémentaires ne couvriraient plus que la liberté tarifaire et des soins non remboursables par la Sécurité sociale ; elles seraient majoritairement souscrites par des personnes aisées financièrement. La population se répartirait alors en deux catégories, les personnes couvertes par une complémentaire (majoritairement aisées), et les non couvertes, beaucoup plus nombreuses qu'aujourd'hui (4 % de la population actuellement).

Ainsi, la réforme changerait la nature des inégalités : on passerait d'une situation dans laquelle les moins favorisés ont un moins bon service que l'essentiel de la population, parce qu'ils sont moins bien couverts par une assurance maladie complémentaire, à une situation dans laquelle les plus riches pourraient bénéficier d'un meilleur service que l'essentiel de la population, parce qu'ils sont mieux couverts (cf. *supra* sur les assurances duplicatives). Autrement dit, on passerait d'une inégalité dans la non-couverture (aujourd'hui les ménages modestes sont surreprésentés parmi les personnes qui ne bénéficient pas de remboursements liés à la liberté tarifaire par une complémentaire santé, soit qu'ils ne recourent pas à ce type de soins, soit qu'ils ne sont pas couverts pour ce type de dépenses par une complémentaire) à une inégalité dans la couverture (les ménages aisés seraient surreprésentés parmi les personnes couvertes).

Ces inégalités « par le haut » seraient potentiellement plus visibles que les inégalités « par le bas » actuelles. Elles pourraient conduire à l'existence, comme au Royaume-Uni, d'assurances *duplicatives*¹³³, grâce auxquelles les ménages aisés (11 % de la population¹³⁴) accèdent aux mêmes offreurs de soins mais dans des conditions privilégiées, assimilables à celles de l'exercice privé à l'hôpital public en France : meilleures conditions hôtelières, délais d'attente réduits, choix du médecin au sein d'un établissement...¹³⁵.

¹³³ Voir V. Paris, D. Polton (2016) : « *L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ?* », Regards, EN3S, 2016/1 N°49 | pages 69 à 79.

¹³⁴ Les trois quarts des contrats d'assurance duplicative sont des contrats collectifs couvrant des salariés d'entreprise.

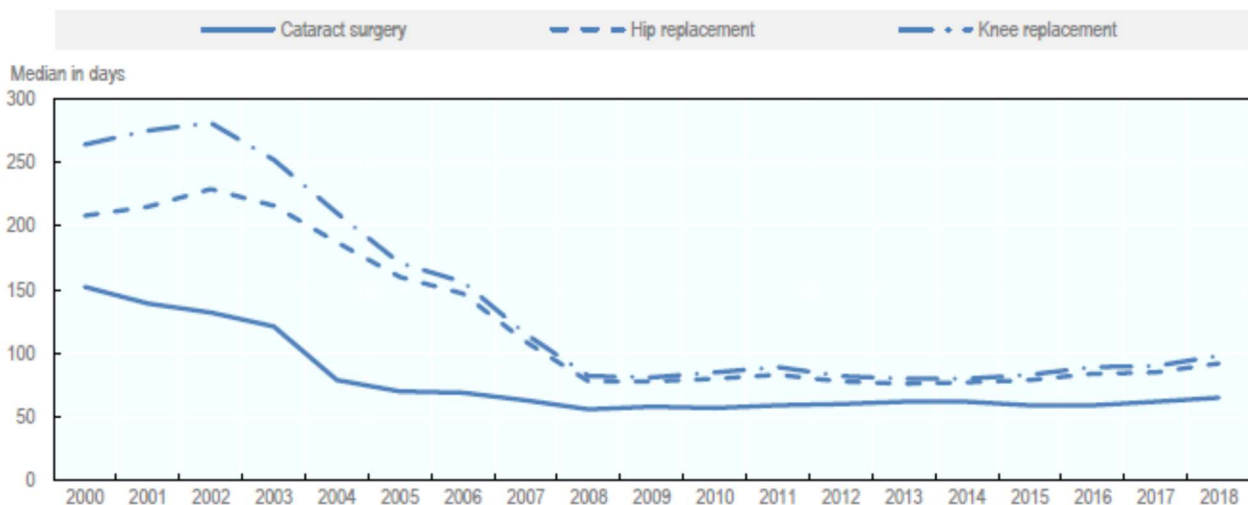
¹³⁵ Dans ces systèmes, « une grande partie de l'activité privée est réalisée par des praticiens et/ou des hôpitaux publics » : V Paris « La couverture santé dans les pays de l'OCDE », 2020. Au Royaume-Uni, les médecins du NHS peuvent choisir de travailler exclusivement pour le NHS, ou bien d'avoir un contrat leur permettant d'avoir une activité privée en dehors du temps de travail dû au titre du service public.

Encadré 19 : les délais d'attente¹³⁶

Les délais d'attente sont particulièrement sensibles, en particulier dans les cas où ils s'accompagneraient de pertes de chance. C'est pourquoi ils sont généralement plus courts pour les soins urgents, comme le montrent les travaux de l'OCDE.

Au Royaume-Uni, la question des délais d'attente est historiquement liée au problème plus général de sous-financement du système de santé ; la littérature internationale montre que ce risque est beaucoup moins fort dans un système d'assurances sociales comme en France¹³⁷. Dans les années 2000, le gouvernement travailliste britannique a significativement augmenté les dépenses de santé (plus de 7 % par an en termes réels entre 2000 et 2008), notamment pour résorber les listes d'attente, qui ont en outre fait l'objet d'actions ciblées. Ces délais ont fortement diminué, en partie sous l'effet d'une augmentation de l'activité, et sont restés stables depuis.

Graphique 2 : Une forte réduction des délais d'attente au Royaume-Uni



Note: The data relate to Great Britain (England, Scotland and Wales).

Source: OECD Health Statistics.

On ne dispose pas de données comparables pour la France, mais la DREES a mené en 2016 une enquête sur les délais d'attente¹³⁸ qui montre que pour le médecin généraliste, 6 jours s'écoulent en moyenne entre la prise de contact et le rendez-vous. Dans certaines spécialités médicales, les délais d'attente moyens sont

¹³⁶ Les données sur les pays étrangers sont issues de *Waiting Times for Health Services* OECD 2020.

¹³⁷ V. Paris, op cit, indique : « le passage à un système d'assurance sociale coïncide avec une augmentation significative des dépenses de santé. (...) les dépenses de santé [sont] bien plus sensibles aux contractions du produit intérieur brut dans les systèmes gouvernementaux que dans les pays avec assurance sociale obligatoire (...). Dans les systèmes d'assurance où les fournisseurs de soins sont le plus souvent libéraux et rémunérés à l'acte, c'est la demande qui définit le montant des dépenses, financé par la dette si besoin. La capacité à limiter la croissance des dépenses paraît en général plus limitée même si des mécanismes d'enveloppe globale, assortis de modulations des tarifs des actes (types Ondam hospitalier) peuvent contribuer à cet objectif. ». En termes de résultats sanitaires directement liés aux soins, on n'observe cependant pas d'écarts entre systèmes d'assurance sociale et systèmes nationaux de santé : A. Wagstaff, « Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD », Banque mondiale, *Document de travail*, 2009 ; Z. Or et alii, « Are Health Problem Systemic? Politics of Access and Choice under Beveridge and Bismarck Systems », IRDES, *Document de travail* 2009.

¹³⁸ C. Millien et al. « La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste », *Etudes et résultats*, DREES 2018. Depuis 2016, le nombre de médecins généralistes a diminué, ce qui a pu entraîner une augmentation des délais d'attente : M. Anguis et al. « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? », *Les Dossiers de la Drees*, 2021.

de plus de deux mois : 61 jours en dermatologie et 80 jours en ophtalmologie. Ils sont en moyenne de 3 semaines chez le pédiatre et le radiologue, 1 mois chez le chirurgien-dentiste, 1 mois et demi chez le gynécologue et le rhumatologue et 50 jours chez le cardiologue. Ces moyennes masquent toutefois d'importantes disparités. Dans 10 % des cas le délai d'attente dépasse 11 jours chez le médecin généraliste et 189 jours chez l'ophtalmologiste. Les délais d'obtention d'un rendez-vous sont plus importants pour les habitants des communes où l'accessibilité aux professionnels de santé est la plus faible. Alors que le délai médian d'obtention d'un rendez-vous chez un ophtalmologiste est de 29 jours dans l'unité urbaine de Paris, il est de 97 jours dans les communes des petits et moyens pôles urbains.

Le devenir des salariés des organismes complémentaires

Compte tenu de l'importance d'une telle réforme et de ses objectifs sociaux, les pouvoirs publics ne pourraient se désintéresser du sort des salariés des organismes complémentaires, nombre d'entre eux étant amenés à perdre leur emploi. Lorsque de précédentes réformes législatives ont mis fin à l'activité d'organismes privés en matière de couverture sociale (attribution d'un monopole à la MSA en matière de couverture des accidents du travail des exploitants agricoles (ATEXA), suppression du RSI (pour laquelle l'article 15 de la LFSS 2018 avait défini une période transitoire de deux ans et constitué un comité de pilotage composé des directeurs des caisses concernées, chargé de définir le schéma de transition et notamment les modalités de transfert des personnels), suppression de la gestion de l'assurance-maladie des étudiants par les mutuelles étudiantes), et indépendamment de la question théorique de savoir quelles dispositions s'appliqueraient en droit du travail en l'absence des mesures spécifiquement mises en place, des solutions ont toujours été mises en œuvre pour les salariés concernés.

Le nombre de salariés concernés serait ici plus important. L'impact social pourrait être atténué si des perspectives de développement étaient données parallèlement à ces organismes sur d'autres marchés, en particulier sur celui de la prévoyance, même si les ordres de grandeur ne seraient vraisemblablement pas les mêmes.

En tout état de cause, la réforme devrait s'accompagner d'un plan complet d'accompagnement. Une partie des frais de gestion économisés par la réforme (cf. *supra*) pourrait être, lors des premières années, mobilisée pour le financer¹³⁹. Ce plan incorporerait notamment les mesures suivantes :

- Reclassement interne par l'organisme concerné, notamment dans les entités comme les sociétés d'assurance et de courtage ayant une grande diversité d'activités au-delà de la couverture santé (les institutions de prévoyance et a fortiori les mutuelles réalisent la plus grande part de leur activité dans le champ de la santé) ;
- Reprise volontaire par les organismes de sécurité sociale (même sans obligation juridique de reprise des contrats de travail)¹⁴⁰, dans le domaine de la maladie ou dans d'autres domaines ;

¹³⁹ Dans ce scénario, le devenir d'une large part des réserves prudentielles que les OCAM ont déjà constituées pour faire face à leurs engagements à l'égard de leurs assurés se pose. La question de leur réaffectation devra sans doute être discutée.

¹⁴⁰ L'extension de l'AMO à l'activité aujourd'hui assurée par les organismes complémentaires n'entraîne aucun transfert au sens de l'article L. 1224-1 du code du travail qui définit le transfert comme « une modification dans la situation juridique de l'employeur, notamment par succession, vente, fusion, transformation du fonds, mise en société de l'entreprise », ou de la Directive 2001/23/CE du Conseil du 12 mars 2001 concernant le rapprochement des législations des États membres relatives au maintien des droits des travailleurs en cas de transfert d'entreprises, d'établissements ou de parties d'entreprises ou d'établissements. Elle n'affecte en effet nullement la situation juridique des organismes complémentaires et a seulement des conséquences de fait sur l'activité économique exercée. Sauf à ce que la loi en dispose autrement, les organismes d'assurance-maladie n'auraient donc aucune obligation de reprise des contrats de travail des salariés des organismes complémentaires.

- Indemnisation, formation et accompagnement des salariés en vue de leur reconversion et de la reprise d'un emploi.

Dans les deux derniers cas, des missions nouvelles pourraient être confiées à certains de ces salariés pour mettre en œuvre des priorités des politiques de santé, et notamment contribuer à la structuration des soins de proximité ou à l'appui aux professionnels des établissements de santé.

Pour approfondir cette question, une analyse détaillée de la structure d'emploi de ces organismes (par âge, métier, niveau de rémunération...) est nécessaire.

2.3.3. La définition des ressources couvrant l'augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale

L'augmentation du taux de remboursement des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale implique d'augmenter à due proportion ses recettes. Ces augmentations se substitueraient pour les assurés aux primes qu'ils paient aujourd'hui pour les contrats complémentaires, et donc sans augmentation de charges pour eux. Au contraire, la réforme devrait permettre d'économiser une large part des charges de gestion des complémentaires santé (qui s'élevaient à 7,6 Mds € en 2020). Le basculement dans le champ de l'AMO aurait pour conséquence une hausse des prélèvements obligatoires (PO) dans le contexte d'un taux de PO déjà très élevé en France (même si, au-delà des conventions comptables, les primes des contrats collectifs peuvent être assimilées à des quasi prélèvements obligatoires du fait de leur caractère quasi obligatoire).

Si on se limite à examiner des solutions touchant aux recettes de l'assurance maladie (ce qui n'épuise pas les solutions envisageables), les transferts à organiser pour compenser les changements de périmètre AMO/AMC pourraient concerner les prélèvements suivants :

- Le financement pourrait s'appuyer en partie sur les cotisations patronales, d'autant que disparaîtrait la participation des employeurs au financement des primes d'AMC. Le rendement de ce mode de financement est cependant affecté par les importants allègements mis en place pour limiter le coût du travail, notamment pour les bas salaires ;
- La CSG pourrait aussi être mobilisée, compte tenu du vieillissement de la population et du processus d'universalisation du système d'assurance maladie à l'œuvre, les retraités étant les grands bénéficiaires de l'augmentation du taux de remboursement des dépenses prises en charge par l'AMO ;
- Les autres ressources (TVA, autres impôts et taxes affectés à la sécurité sociale) pourraient également être mobilisés compte tenu de leur caractère large.

Sachant que la réforme n'a pas pour objet d'organiser des transferts globaux entre actifs et retraités d'une part, entre ménages et entreprises d'autre part, cette question relevant de problématiques et d'outils de politiques plus généraux.

2.3.4. Impacts financiers et effets redistributifs du scénario

2.3.4.1. Des chiffrages qui reposent nécessairement sur des choix par nature conventionnels

Appréhender les impacts financiers et les effets redistributifs du scénario d'augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale suppose de fixer un certain nombre de paramètres et d'hypothèses. Un panier de soins a été retenu (voir supra) et deux scénarios de financement ont été simulés (voir infra). Ces choix ont un caractère conventionnel et permettent d'apprécier les grands effets qu'une telle réforme aurait en termes financiers et redistributifs. Ils ne préjugent en rien des choix, par nature politiques, qui devraient être faits le cas échéant, si une telle

réforme devait être mise en œuvre (voir l'encadré 5 et l'annexe 3 pour une présentation du modèle de simulation Ines-Omar de la Drees utilisé).

2.3.4.2. Une augmentation des remboursements de l'AMO de près de 19 Mds d'euros

Le périmètre retenu pour l'exercice de chiffrage des impacts financiers et des effets redistributifs consiste :

- Pour les soins ambulatoires : à supprimer toutes les participations financières du patient (TM, franchises, participations forfaitaires...) à la dépense opposable, autrement dit à garantir un taux de remboursement de 100 % par la sécurité sociale sur toutes les dépenses opposables (donc hors dépassements d'honoraires et liberté tarifaire) : médecins, paramédicaux, transports, analyses, dispositifs médicaux...
- Pour les soins en établissement de santé : à supprimer toutes les participations financières du patient (TM, participations forfaitaires) à la dépense opposable ainsi que le forfait journalier et ce, quel que soit le statut (public ou privé) et la discipline (MCO, psychiatrie, SSR ou HAD) ;
- Pour les médicaments : à supprimer les TM sur tous les médicaments remboursables, quel que soit leur taux de remboursement : 65 %, 30 % ou 15 % ;
- Sur les prothèses dentaires, auditives et sur les lunettes, à garantir une prise en charge 100 % AMO sur le périmètre du 100 % santé. Sur les soins dentaires conservateurs, à supprimer le TM de manière à garantir une prise en charge des soins conservateurs à 100 % par la Sécurité sociale.

Une telle augmentation représenterait, à comportements de recours des patients et d'offre inchangés, un coût de 18,8 Md € : voir tableau 10 ci-dessous. Ce coût serait ramené à 17,4 Md € si, contrairement à ce qui a été retenu dans les simulations détaillées ci-dessous, les franchises et participations forfaitaires en ville (1,4 Md € en 2017) étaient maintenues.

Mécaniquement, l'augmentation permettrait une baisse conséquente des RAC après AMO à tout âge, mais d'autant plus marquée qu'on est âgé (graphique 3). La hausse des remboursements serait également importante pour les personnes en mauvaise santé, y compris celles couvertes par une Affection de Longue Durée (ALD). Notons que les dépenses restant à la charge des assurés après AMO relèveraient de la liberté tarifaire et donc en partie de décisions volontaires des assurés (acheter des lunettes hors panier de soins, consulter un médecin de secteur 2 dans les zones géographiques où exercent également des médecins en secteur 1...). Les simulations sont réalisées sous l'hypothèse de comportements de recours aux soins inchangés, or, la réforme est susceptible de modifier ces comportements et notamment d'augmenter le recours au 100 % santé et donc de réduire, par rapport aux simulations présentées, le RAC après AMO.

Tableau 10 : Décomposition du coût total de l'augmentation du taux de prise en charge par la Sécurité sociale simulée

Segments de prise en charge	Coût associé (Mds d'€)
RAC opposable en ville*	8,9
RAC opposable à l'hôpital	3,3
RAC opposable sur les médicaments à 65 %	3,1
RAC opposable sur les médicaments à 15 % et 30 %	1,5
100 % AMO sur optique et audioprothèses du 100% santé	0,5
RAC opposable sur les soins conservateurs dentaires	0,7
100 % AMO sur le 100 % santé : prothèses dentaires	0,8
Total	18,8

* Tout ambulatoire, hors médicaments, optique, dentaire et audioprothèses, y compris ici avec la suppression des franchises et participations forfaitaires en ville.

Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES.

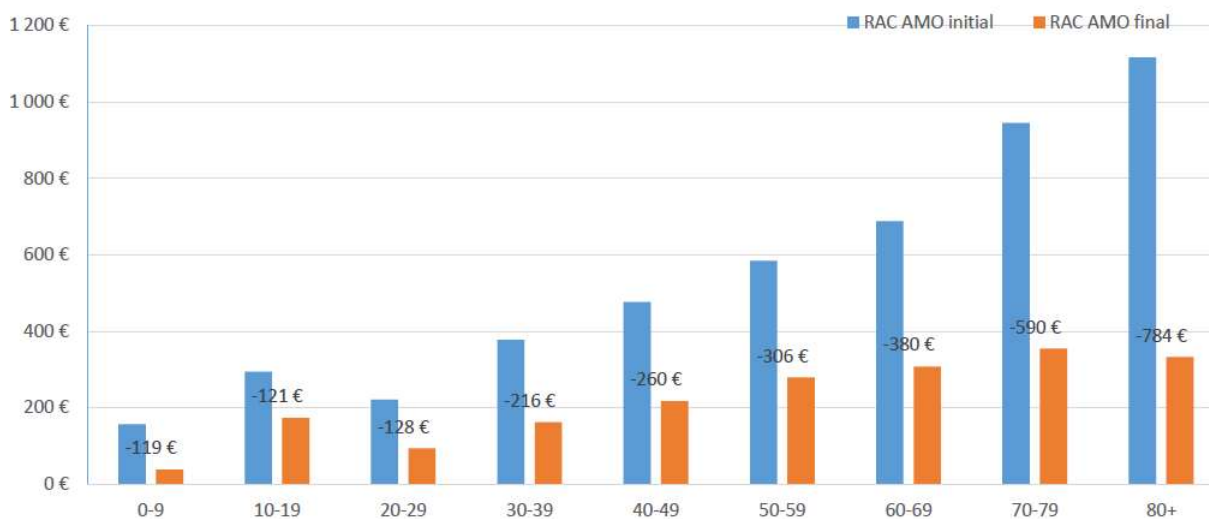
L'estimation du surcoût d'une prise en charge totale du 100 % santé en dentaire est proche de l'estimation de la CNAM¹⁴¹. Les premiers résultats du 100 % santé issus des Comptes de la santé indiquent que les montants hors sécurité sociale et C2S du panier 100 % santé en dentaire atteindraient presque 1,7 Md € en 2020¹⁴². Les chiffres présentés ici et reposant sur une estimation ex ante constituent donc a priori une estimation basse. En effet, en se fondant sur le total de consommations de prothèses avant réforme et sur un prix moyen pour les prothèses dentaires du panier 100 % santé calculé à partir de la structure de consommation des prothèses avant réforme (cf. annexe méthodologique 3), la méthode ne prend pas en compte l'augmentation du recours aux soins dentaires ni la modification de la structure de consommation des prothèses dentaires induits par le 100 % santé.

¹⁴¹ In Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient, Rapport de la Cour des comptes, 2021, p.150.

¹⁴² Gonzalez et al., 2021, Les dépenses de santé en 2020 – édition 2021, Résultats des comptes de la santé, DREES, p.60.

Graphique 3 : Effet de l'augmentation du taux de remboursement de la sécurité sociale simulée sur les restes à charge après AMO

En moyenne par personne et par an



Source : Ines-Omar 2017, calculs Drees

Lecture : Sous l'effet de l'augmentation du taux de remboursement de la sécurité sociale, les restes à charge après AMO baisseraient d'après les simulations en moyenne de 380 euros par an pour les personnes de 69 à 69 ans, sous l'hypothèse de comportements de recours aux soins inchangés.

2.3.4.3. Une contraction importante du marché de la complémentaire santé...

Il est difficile d'appréhender l'effet que pourrait avoir une telle réforme sur le marché de la complémentaire santé, tant les décisions d'assurance, en l'occurrence de souscription de contrats d'assurance complémentaire santé, sont complexes à saisir et plus encore à anticiper. Mais, en tout état de cause, une telle réforme conduirait assurément à une contraction très importante du marché de la complémentaire santé sous un double effet : une réduction mécanique de son champ d'intervention (sous l'effet du basculement dans le champ de la Sécurité sociale d'un certain nombre de remboursements aujourd'hui assurés par les OC) ; la désaffiliation d'un certain nombre d'assurés et d'entreprises qui ne trouveraient plus utile le cas échéant de souscrire une assurance complémentaire santé.

Pour appréhender les effets possibles sur les prestations de l'AMC, des hypothèses ont été retenues sur les comportements de désaffiliation induits par la réforme. Dans la situation actuelle, 41 % des consommateurs ne sont soit exposés à aucun RAC AMO (5 % des consommateurs), soit seulement du ticket modérateur, des franchises et participations forfaitaires et du forfait journalier hospitalier (36 % des consommateurs) (voir tableau 8). En outre, l'augmentation du taux de remboursement de la sécurité sociale conduirait à une réduction drastique du risque moyen (seuls 1/3 des assurés auraient des RAC AMO dépassant 100 euros par an) ainsi que du risque catastrophique (qui baisserait de 1000 euros pour les 5 % d'assurés exposés aux plus gros restes à charge). Les gros RAC AMO restants seraient dûs à la liberté tarifaire, principalement en optique / dentaire / audioprothèses (1300 euros dans le dernier vingtième de RAC AMO). Ainsi, on peut raisonnablement faire l'hypothèse que seuls les assurés les mieux couverts maintiendraient une préférence pour un niveau de couverture supérieur au panier de la Sécurité sociale étendue.

L'hypothèse retenue dans les simulations présentées ici est que les quelque 50 % d'individus couverts par les contrats les moins couvrants ne seraient plus couverts par une assurance complémentaire santé dans ce scénario. Par rapport à la classification élaborée par la DREES, cela revient à faire l'hypothèse que les désaffiliations concerneraient tous les individus couverts par un contrat de classe 1 et 50 % de individus couverts par un contrat de classe 2 (ceux couverts par les contrats de classe 2 les moins couvrants)¹⁴³. Compte tenu du fait que les contrats collectifs sont plus couvrants que les contrats individuels, cela revient à faire l'hypothèse que 20 % des individus aujourd'hui couverts par un contrat d'entreprise ne le seraient plus, et que 70 % des individus aujourd'hui couverts par un contrat individuel se désaffilieraient¹⁴⁴.

Pour apprécier le montant macroéconomique de la baisse du marché de l'assurance santé complémentaire induit par la réforme, il importe enfin de faire des hypothèses supplémentaires sur les charges de gestion des contrats restants, de manière à estimer le montant total de leurs primes. L'hypothèse a été faite que les frais de gestion de sinistres, les frais d'acquisition¹⁴⁵ et les marges des assureurs étaient proportionnels aux prestations, tandis que les frais d'administration étaient proportionnels au nombre d'assurés. Sous ces différentes hypothèses, la baisse du marché, exprimée en baisse de chiffre d'affaire hors TSA, est estimée à 27 Mds d'euros, correspondant à une contraction de 70 % du marché¹⁴⁶. Les trois quarts de cette contraction (19,7 Mds¹⁴⁷) sont liés à l'augmentation des remboursements AMO et un quart (7,3 Mds) à la désaffiliation de la moitié des assurés.

Cette contraction du marché réduirait le montant moyen consacré aux primes d'AMC d'un montant croissant avec l'âge : moins 20 € de primes par mois en moyenne pour les 20-29 ans à près de 90 € par mois pour les 70-79 ans. En contrepartie, la désaffiliation entraînerait une augmentation des RAC après AMC qui s'élèverait au plus à 10 € par mois en moyenne pour les 70-79 ans (tableau 11).

¹⁴³ En 2016, les contrats de classe 1 proposaient une prise en charge des dépassements d'honoraires des consultations de spécialistes en ville à hauteur de 15 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en moyenne, les contrats de classe 2 à hauteur de 30 % et ceux de classe 3 à hauteur de 95 %. Voir La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties, Edition 2019. Drees, p.67.

¹⁴⁴ Cette hypothèse revient à supposer que les phénomènes d'anti-sélection à l'œuvre dans les comportements de souscription, notamment de souscription des couvertures individuelles, ne seraient pas modifiés par rapport à ce qu'ils sont aujourd'hui.

¹⁴⁵ On aurait pu alternativement supposer que les frais d'acquisition sont proportionnels aux effectifs de personnes couvertes. Cette hypothèse conduirait à accroître encore la part des frais de gestion des complémentaires santé dans les primes qu'elles collectent, au risque d'une désaffiliation plus importante des assurés pour qui ces contrats seraient moins rentables. On peut au contraire supposer que la concurrence permettra une modération des frais de gestion, que cette modération provienne des frais d'acquisition ou d'autres types de frais.

¹⁴⁶ Ces montants sont à rapprocher des 36,9 Mds d'euros de primes collectées hors TSA par les organismes complémentaires santé en 2017, auxquels se sont ajoutés 4,5 Mds d'euros de TSA (source : Rapport « La situation financières des organismes complémentaires assurant une couverture santé », Rapport 2018, DREES).

¹⁴⁷ Ce chiffre ne correspond pas tout à fait aux hausses de remboursements AMO (18,8). D'une part la Sécurité sociale rembourse dans ce scénario des soins que les OC ne rembouraient pas intégralement (franchises et participations forfaitaires, médicaments, personnes non-couvertes, contrats non responsables). D'autre part le chiffre d'affaires des OC inclut des frais de gestion.

Tableau 11 : Baisse moyenne annuelle des primes et augmentation moyenne des RAC après AMC en fonction de l'âge compte tenu des hypothèses de désaffiliation retenues

Classe d'âge	Prime	RAC après AMC
20-29 ans	- 250 €	+ 20 €
30-39 ans	- 440 €	+ 40 €
40-49 ans	- 550 €	+ 50 €
50-59 ans	- 500 €	+ 30 €
60-69 ans	- 710 €	+ 60 €
70-79 ans	- 1 050 €	+ 120 €
80 ans et plus	- 1 110 €	+90 €

Source : Ines-Omar 2017, traitements DREES.

Champ : Ensemble des personnes résidant en ménages ordinaires de France métropolitaine.

Note : Les montants présentés ici sont des montants moyens calculés sur l'ensemble des personnes, qu'elles se soient désaffiliées ou non. Les montants sur le seul champ des désaffiliés seraient supérieurs : baisses de primes plus fortes, augmentations du RAC après AMC plus élevées.

Lecture : Dans ce scénario, les personnes âgées d'entre 60 et 69 ans verraient leurs cotisations de complémentaire santé baisser de 710 euros par an en moyenne et leur reste à charge après assurance maladie complémentaire augmenter en moyenne de 60 euros par an.

Tous les montants ont été arrondis à la dizaine d'euros la plus proche.

La contraction du marché s'accompagnerait d'une baisse de 5,4 Mds d'euros des charges de gestion (frais de gestion, d'acquisition, d'administration, des marges...), dont 3,2 Mds directement liés à l'augmentation du taux de remboursement par l'AMO et 2,2 Mds induits par les hypothèses de désaffiliation¹⁴⁸.

2.3.4.4. ... associée à un transfert de financement par les finances publiques de 22,5 Mds d'euros

Le coût complet de la réforme pour les finances publiques ne se limite pas à la hausse des remboursements de l'AMO. Cette partie fournit des éléments qui sont détaillés dans l'annexe 4 sur l'impact de ce scénario sur les finances publiques.

La contraction du marché de l'AMC réduit le rendement de la TSA (avec une perte de TSA estimée à 3,5 Mds sous les hypothèses retenues), ainsi que le rendement de la CSG et CRDS sur la part employeur. Dans le scénario, les contributions à la C2S disparaissent. Inversement, on fait l'hypothèse conventionnelle que les participations des employeurs aux contrats santé d'entreprises restantes seraient soumises au forfait social de 20 %, tandis que les employeurs ne souscrivant plus de complémentaire santé car leurs salariés seraient désaffiliés reporteraient sur le financement de contrats de prévoyance (soumis au forfait social de 8 %) un montant égal à celui qu'ils auraient versé pour une complémentaire santé postérieurement à la réforme¹⁴⁹, conformément

¹⁴⁸ Ces montants sont à rapprocher des 7,3 Mds d'euros de charges de gestion des organismes complémentaires constatés en 2017 (source : Drees, « Les dépenses de santé en 2017 », p. 122, fiche 37 : « Les coûts de gestion du système de santé »).

¹⁴⁹ Inférieur donc au montant actuel, sous l'effet notamment de la reprise des TM par l'AMO.

aux propositions du HCAAM de développer la prévoyance quel que soit le scénario retenu en matière de couverture du risque santé (partie 2.5).

Ainsi, avec les hypothèses retenues ici, la réforme serait l'occasion d'un redéploiement d'une fraction des participations des employeurs aujourd'hui affectées au financement des contrats de complémentaire santé collectifs vers des contrats de prévoyance, en lien avec des incitations fiscales (forfait social des contrats collectifs en santé porté à 20 % alors qu'il est de 8 % pour la prévoyance) et permettrait ainsi le développement du marché de la prévoyance.

Dans ce scénario, le montant du marché de la prévoyance augmenterait de 1,25 Md €, dont 710 M € acquittés par les employeurs résiliant leur contrat collectif de complémentaire santé (représentant 20 % des salariés bénéficiant des garanties les plus basses selon les hypothèses retenues pour les chiffrages) - sous l'hypothèse que les salariés financeraient 43 % du coût des contrats, comme c'est le cas en moyenne aujourd'hui pour les contrats collectifs en santé (voir annexe 4).

Au total, la réforme conduirait les finances publiques à prendre en charge 22,5 Mds d'euros de dépenses (ou 21,1 Mds en cas de maintien des franchises et participations forfaitaires en ville), aujourd'hui financés par les ménages soit directement soit par le biais de leur couverture complémentaire (et qui font déjà partie des dépenses contraintes des ménages).

2.3.4.5. Deux scénarios pour apprécier les impacts financiers et redistributifs

Dans la mesure où le surcroît de dépenses publiques est intégralement financé, le gain financier net de la réforme pour les assurés et les employeurs équivaut aux charges de gestion et autres charges évitées grâce à la réforme (5,4 Mds d'euros). Deux scénarios ont été retenus, pour illustrer des modalités possibles de répartition de ce gain entre les différentes catégories d'acteurs, en écartant des options, non pertinentes au vu de l'effet général et des principes de la réforme, dans lesquelles certaines catégories d'acteurs pourraient être perdantes dans leur ensemble.

Premier scénario : une répartition mécanique des gains entre les catégories d'acteurs

Une manière assez conventionnelle de répartir les gains de la réforme consiste à donner à chaque catégorie de ménage les économies de charges de gestion et autres charges, sous l'effet des désaffiliations et de la contraction des couvertures complémentaires qui subsistent, correspondant à son statut d'occupation (salarié, indépendant, retraité, inactif, etc.).

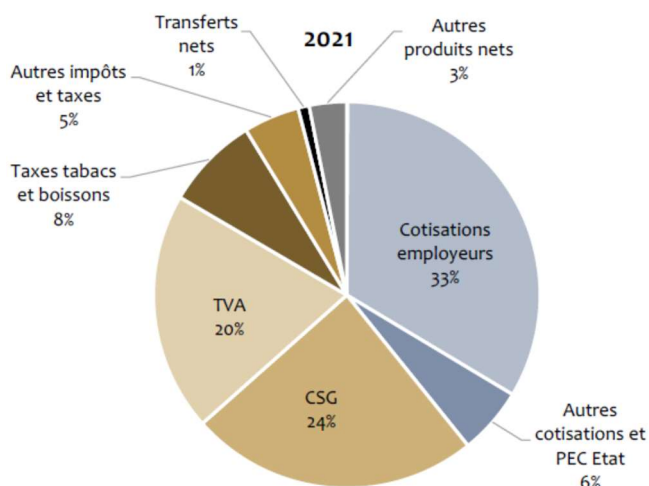
Deuxième scénario : une allocation des gains majoritairement à destination des retraités et des inactifs

Compte tenu du poids important des primes d'assurance complémentaire santé et des dépenses de santé pour les personnes âgées aujourd'hui, le sous-scénario précédent s'accompagnerait, pour les retraités, d'une hausse importante des prélèvements « obligatoires »¹⁵⁰, même si le solde financier de la réforme resterait, pour eux comme pour les autres catégories de ménages, nettement positif. C'est pourquoi, quand bien même les questions liées à la comparaison des situations effectives globales des retraités et actifs dépassent le seul sujet de la santé, un scénario neutre pour les salariés, pour les employeurs privés, pour les indépendants, pour les employeurs publics (pour ces derniers, par rapport à la situation après montée en charge de la réforme actuelle dans la fonction publique), et dirigeant l'essentiel des gains vers les retraités et inactifs a également été simulé.

¹⁵⁰ Au sens de la comptabilité nationale, les dépenses de santé et donc d'assurance privée en santé revêtant elles-mêmes, comme on l'a déjà dit, une nature finalement assez peu éloignée.

Sachant qu'il n'appartient pas au HCAAM de déterminer les réglages fins des prélèvements obligatoires qui le cas échéant seraient mobilisés, les leviers qui ont été retenus dans les simulations se bornent à reproduire, en fonction du poids qu'elles représentent aujourd'hui pour chacune des grandes catégories d'acteurs, la structure actuelle du financement de l'assurance maladie obligatoire (cf. graphique 4) de façon à atteindre les objectifs assignés à chacun des scénarios d'allocation des gains de la réforme.

Graphique 4 : Structure des recettes de la branche maladie en 2021



Source : Note HCFIPS « évolution de la structure des recettes finançant la sécurité sociale », février 2021.

Si une telle réforme devait être instruite plus avant, il conviendrait d'examiner, comme c'est l'objet de l'exercice des lois de financement, quels leviers de financement exacts mobiliser pour atteindre les mêmes transferts par catégorie, sur la base de la structure actuelle des financements de l'AMO ou d'une manière infléchie pour tenir compte de questions plus générales de finances publiques. Ces sujets, qui supposent des choix politiques qui dépassent le seul sujet de la santé et, en tout état de cause, les prérogatives du HCAAM, devront donner lieu à des travaux et débats dédiés. Ceci n'empêche pas de saisir à travers les résultats ci-dessous les grands effets redistributifs du scénario d'augmentation du taux de remboursement de la sécurité sociale, lesquels reposent avant tout sur les transferts occasionnés par ce scénario en termes de dépenses AMO / AMC et des choix retenus pour le partage des gains de la réforme présentés ci-dessus.

2.3.4.6. Résultats des simulations sur les impacts de la réforme

Des gains pour toutes les catégories d'acteurs

Par construction, toutes les catégories d'occupation seraient en moyenne bénéficiaires de la réforme. En raison de leur état de santé dégradé et de leurs revenus plus modestes, les retraités et les inactifs seraient les plus grands gagnants, notamment dans le scénario 2, lequel favorise ces deux catégories conformément au principe retenu pour sa construction.

Tableau 12 : Effet de la réforme sur les différentes catégories d'acteurs selon deux scénarios de financement

En montants moyens en euros par individu et par an

Catégorie	Effet de la réforme	
	Scénario 1	Scénario 2
Salariés	+ 100 €	+ 30 €
Indépendants	+ 130 €	0 €
Inactifs	+ 50 €	+ 100 €
Retraités	+ 170 €	+ 260 €

Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

Champ : L'effet de la réforme est la différence entre le solde (prestations AMO et AMC – financements AMO et AMC) avant et après réforme. Il tient compte le cas échéant des financements des employeurs privés et publics pour la couverture en santé de leurs salariés (cotisations patronales maladie et participation de l'employeur au financement de l'AMC).

Lecture : La réforme procurerait en moyenne aux retraités un gain de 170 euros par personne et par an dans le scénario 1 (répartition mécanique des gains entre les catégories d'acteurs) et de 260 euros dans le scénario 2 (gains majoritairement alloués aux retraités et aux inactifs).

Tous les gains ont été arrondis à la dizaine d'euros la plus proche.

La réforme profiterait à tout âge, mais davantage aux personnes âgées

Toutes les tranches d'âge seraient en moyenne bénéficiaires de la réforme, mais les personnes âgées le seraient davantage encore. Les personnes âgées entre 50 et 69 ans s'avèrent être les moins gagnantes. En effet elles se situent à un âge intermédiaire où leurs dépenses de santé n'ont pas encore augmenté drastiquement mais où leurs revenus, et donc leurs contributions au financement de la réforme, sont les plus élevés. En favorisant les retraités aux dépens des actifs, le scénario 2 déplace le point bas des gains de la réforme des 60-69 ans vers les 50-59 ans.

Même dans le scénario 1, moins favorable aux personnes retraitées, la réforme a un effet positif majeur sur les personnes retraitées modestes. En effet les retraités faisant partie des 20 % des Français les plus modestes y gagneraient en moyenne 700 € par an (60 € par mois), du fait notamment d'une baisse moyenne de 780 € par an de leur cotisation AMC. Ceci est lié notamment à la solidarité organisée par une telle réforme (les financements actuels sur la partie AMC, peu variables en fonction des revenus, étant remplacés par des financements plus progressifs).

Tableau 13 : Effet de la réforme par classe d'âge

En montants moyens en euros par individu et par an

Catégorie	Effet de la réforme	
	Scénario 1	Scénario 2
20-29 ans	+ 50 €	+ 70 €
30-39 ans	+ 90 €	+ 60 €
40-49 ans	+ 140 €	+ 80 €
50-59 ans	+ 110 €	+ 30 €
60-69 ans	+ 30 €	+ 60 €
70-79 ans	+ 150 €	+ 240 €
80 ans et plus	+ 360 €	+ 450 €

Source : Ines-Omar 2017, calculs Drees.

Champ : L'effet de la réforme est la différence entre le solde (prestations AMO et AMC – financements AMO et AMC) avant et après réforme. Il tient compte le cas échéant de l'effort de financement des employeurs pour le financement des dépenses de santé du salarié (cotisations patronales maladie et participation de l'employeur au financement de l'AMC).

Lecture : La réforme procurerait en moyenne aux 50-59 ans un gain de 110 euros par personne et par an dans le scénario 1 (répartition mécanique des gains entre les catégories d'acteurs) et de 30 euros dans le scénario 2 (gains majoritairement alloués aux retraités et aux inactifs).

Tous les gains ont été arrondis à la dizaine d'euros la plus proche.

La réforme profiterait aux 8 premiers dixièmes de niveau de vie

Les 8 premiers dixièmes de niveau de vie seraient en moyenne bénéficiaires de la réforme. À l'inverse, les 20 % les plus aisés perdraient à la réforme, légèrement (70 € par an / 6 € par mois) pour les individus appartenant au 9^{ème} dixième de niveau de vie (D9) et à hauteur de 300 € par an (25 € par mois) pour les individus appartenant au dernier dixième de niveau de vie (D10), le montant de leur perte étant, pour cette dernière catégorie, plus élevé dans le scénario 2 que dans le scénario 1. En effet les mécanismes de financement de l'assurance maladie publique incluent comme on l'a dit une forte solidarité verticale des plus aisés vers les plus modestes. Dans le scénario 1, les personnes du 2^{ème} dixième de niveau de vie ont une contribution au financement de la réforme dix fois plus faible que celle des 10 % les plus riches. Néanmoins cet effet redistributif est partiellement compensé par la tendance des ménages aisés (notamment les salariés du secteur privé) à souscrire parfois des garanties de complémentaire santé trop importantes au regard de leurs besoins réels. Ainsi les individus appartenant à la moitié la plus riche (D6 à D10) voient en moyenne leur cotisation AMC diminuer de 470 € par an, tandis que les prestations AMC qu'elles perçoivent ne baissent que de 350 € par an en moyenne (contre respectivement 360 € et 320 € pour les individus appartenant à la moitié des ménages les plus modestes). Enfin les 10 % des ménages les plus modestes ne sont pas aussi gagnants que les ménages légèrement plus aisés. Ces personnes les plus modestes sont en effet nombreuses à bénéficier aujourd'hui de la C2S, auquel cas leurs remboursements n'augmentent pas avec la réforme.

Tableau 14 : Effet de la réforme par dixièmes de niveau de vie selon deux scénarios de financement

En montants moyens en euros par individu et par an

Catégorie	Effet de la réforme	
	Scénario 1	Scénario 2
D1	+ 110 €	+ 140 €
D2	+ 280 €	+ 300 €
D3	+ 220 €	+ 240 €
D4	+ 180 €	+ 190 €
D5	+ 150 €	+ 160 €
D6	+ 110 €	+ 120 €
D7	+ 60 €	+ 60 €
D8	0 €	0 €
D9	- 60 €	- 70 €
D10	- 200 €	- 300 €

Source : Ines-Omar 2017, calculs Drees.

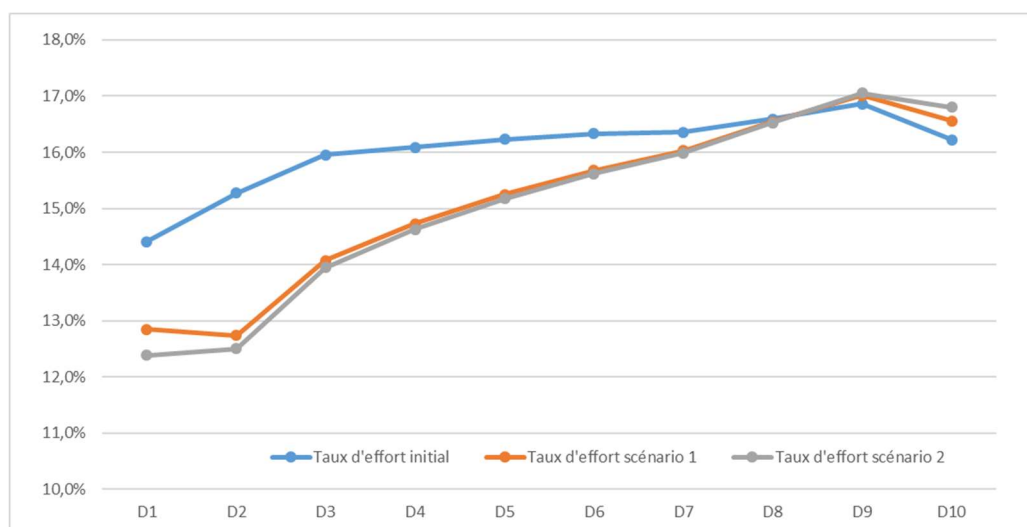
Champ : L'effet de la réforme est la différence entre le solde (prestations AMO et AMC – financements AMO et AMC) avant et après réforme. Il tient compte le cas échéant de l'effort de financement des employeurs pour le financement des dépenses de santé du salarié (cotisations patronales maladie et participation de l'employeur au financement de l'AMC).

Lecture : La réforme procurerait en moyenne aux individus du 6^{ème} dixième de niveau de vie un gain de 110 euros par personne et par an dans le scénario 1 (répartition mécanique des gains entre les catégories d'acteurs) ; de 120 euros dans le scénario 2 (gains majoritairement alloués aux retraités et aux inactifs).

Tous les gains ont été arrondis à la dizaine d'euros la plus proche.

Mis au regard des revenus respectifs des ménages, il apparaît que les gains procurés par la réforme aux ménages modestes sont substantiels tandis que les pertes auxquelles font face les ménages aisés devraient peser peu dans leur budget. Ainsi le taux d'effort étendu, qui compare l'ensemble des dépenses de santé payées par un ménage (restes à charge finaux + cotisations AMC + financements AMO) au revenu disponible avant intervention de l'AMO diminue fortement pour les ménages modestes et augmente légèrement pour les plus aisés, et ce quel que soit le scénario retenu (graphique 5).

Graphique 5 : Effet de la réforme sur le taux d'effort des ménages par niveau de vie selon deux scénarios de financement



Source : Ines-Omar 2017, calculs Drees.

Champ : L'effet de la réforme tient compte le cas échéant de l'effort de financement des employeurs pour le financement des dépenses de santé du salarié (cotisations patronales maladie et participation de l'employeur au financement de l'AMC).

Lecture : La réforme permet de faire passer le taux d'effort (RAC AMC + cotisations AMC + financements AMO / revenu disponible avant intervention de l'AMO) moyen des ménages du 2^{ième} dixième de niveau de vie de 15,3 % à 12,7 % dans le scénario 1 et à 12,5 % dans le scénario 2.

L'impact de la réforme sur les employeurs serait limité

Dans les scénarios de financement simulés, le choix est fait que les hausses de cotisations patronales équivalent approximativement aux réductions de participations employeur permises par la réforme. Le solde du financement des employeurs varierait ainsi peu sous l'effet de la réforme car les entreprises où les salaires sont les plus élevés sont aussi celles qui participent déjà le plus au financement de la complémentaire santé avant réforme. Le coût net pour les employeurs est donc relativement homogène selon la taille des entreprises (voir tableau 6).

En faisant le même exercice par secteur d'activité, on observe que les entreprises opérant dans les secteurs les plus à risques pour la santé (construction, industrie, agriculture) font des économies allant de 40 € à 70 € par salarié et par an dans le scénario 1, grâce à la réduction de leurs importantes participations employeur. Les secteurs à salaires élevés (communication, finance, transport, administration) voient leurs cotisations patronales augmenter du fait des salaires plus élevés pratiqués, mais ne sont néanmoins pas perdants dans le scénario 1, car ces cotisations remplacent des contributions à la souscription d'une complémentaire elles-mêmes élevées (ces secteurs offrent à leurs employés des complémentaires santé de haut niveau).

Tableau 15 : Effet de la réforme sur le coût des employeurs selon deux scénarios de financement

En montants moyens en euros par salariés et par an

Catégorie	Effet de la réforme	
	Scénario 1	Scénario 2
1-4 salariés	- 30 €	- 10 €
5-9 salariés	- 10 €	+ 10 €
10-49 salariés	- 30 €	0 €
50-99 salariés	- 10 €	+ 10 €
100-249 salariés	- 30 €	0 €
250-499 salariés	- 10 €	+ 20 €
Plus de 500 salariés	- 20 €	+ 10 €
TOTAL	- 20 €	+ 10 €

Source : Ines-Omar 2017, calculs Drees.

Champ : Pour les employeurs, l'effet de la réforme est la différence entre les sommes versées pour le financement des dépenses de santé de leurs salariés, qu'il s'agisse des cotisations patronales maladie ou des participations au financement de l'AMC, avant et après réforme.

Lecture : Sous l'effet de la réforme, l'effort des employeurs des entreprises comprenant entre 10 et 49 salariés pour le financement des dépenses de santé de leurs salariés (cotisations patronales maladie et participations au financement de l'AMC) baisserait de 30 euros par an et par salarié dans le scénario 1 (répartition mécanique des gains entre les catégories d'acteurs) et serait inchangé dans le scénario 2 (gains majoritairement alloués aux retraités et aux inactifs).

Tous les gains ont été arrondis à la dizaine d'euros la plus proche.

2.4. Scénario 4 : Décroisement entre les domaines d'intervention de la Sécurité sociale et des assurances complémentaires

2.4.1. Exposé des motifs

Ce scénario part des constats suivants :

- Pour une majorité de leurs prestations, notamment pour les contrats individuels, le rôle des organismes complémentaires se limite à rembourser les copaiements des tarifs de responsabilité (tickets modérateurs, forfaits journaliers à l'hôpital) laissés par la Sécurité sociale, sans réelle possibilité de contractualiser avec les professionnels de santé ou de gérer le risque. La régulation actuelle des contrats responsables contraint les organismes complémentaires à prendre en charge ces copaiements. Sur cette partie de leur activité, leur apport consiste alors à favoriser l'accès financier aux soins, résultat qui pourrait être obtenu de manière plus efficiente par une simple suppression de ces copaiements ;
- Pour une partie significative des soins – dentaire, optique, audioprothèse, médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré – les organismes complémentaires sont cependant le payeur majoritaire ;
- Par rapport à la Sécurité sociale, les organismes complémentaires peuvent contractualiser avec des professionnels de santé de manière sélective (réseaux de soins...), développer certains services pour leurs assurés (plate-forme d'orientations, devis, recommandation de professionnels de santé...) et soutenir le développement de certaines innovations (dentaire hors nomenclature, progrès techniques pour les verres...). Cela suppose qu'ils puissent différencier leurs offres de contrat et disposer des capacités réglementaires pour contractualiser lorsqu'ils financent la majorité des dépenses ;
- C'est principalement par l'intermédiaire des réseaux de soins, qui se sont développés depuis 15 ans, que les organismes complémentaires formalisent leur contractualisation avec les professionnels de santé.

Ce scénario est un scénario de rupture qui vise à changer la logique d'assurance « complémentaire » dominant historiquement l'articulation entre la Sécurité sociale et les assurances maladie complémentaires en France pour privilégier une logique d'assurance « supplémentaire » où Sécurité sociale et AMC interviennent sur des paniers de soins distincts. De nombreux pays de l'OCDE s'appuient sur une architecture combinant assurance publique et assurance privée supplémentaire (Australie, Canada, Chili, Israël, Italie, Pays-Bas). Une telle séparation des paniers de soins se rapprocherait de l'exemple du Canada¹⁵¹, où environ deux tiers de la population est couverte par une assurance supplémentaire privée qui prend en charge les soins non couverts par le Canada Health Act (médicaments, soins et prothèses dentaires, audioprothèses, lunettes, une partie des soins paramédicaux et des dispositifs médicaux...). Les provinces canadiennes ont chacune développé des couvertures publiques supplémentaires pour couvrir certaines populations (sur des critères sociaux, de revenu, d'âge...) et seule l'une d'entre elle, le Québec, couvre via une assurance publique les dépenses de médicaments pour l'ensemble des résidents.

Ce scénario a pour objectif de clarifier les rôles de la Sécurité sociale d'une part et des organismes d'assurance privés d'autre part, de simplifier radicalement la régulation actuelle, et de

¹⁵¹ Des différences importantes avec le modèle canadien perdureraient, notamment la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires sur le panier public (interdits au Canada) et la prise en charge dans le panier public des médicaments de ville les plus onéreux (ceux remboursés aujourd'hui à 100 %) alors qu'ils sont couverts par les assurances privées au Canada. Voir Health Care coverage in OECD countries in 2012, OECD Health Working Papers N°88 (2016).

s'appuyer sur ces organismes d'assurance privés pour l'accès aux soins de la population sur leur panier de soins.

En particulier, dans ce scénario, la concurrence entre organismes privés les inciterait à déployer leurs efforts de structuration de l'offre et de contractualisation sélective avec les offreurs de soins, à travers notamment les réseaux de soins, mais aussi de services à destination des assurés et de diffusion du progrès technique centrés sur ce panier de soins.

Ce scénario redonne des marges de liberté :

- Pour les organismes privés de construire leur offre de contrat, de contractualiser avec les professionnels de santé sur leur panier de soin ;
- Pour les assurés de choisir leur contrat d'assurance privée en fonction de leurs besoins et de leurs préférences.

Ce scénario ne supprime pas pour autant toute réglementation ni mécanisme de régulation au regard des enjeux d'intérêt général existants et de l'environnement constitutionnel. Les deux principaux enjeux sont, d'une part, des enjeux de santé publique tenant à la qualité et la sécurité des soins et, d'autre part, des enjeux d'accessibilité financière des soins. Ces enjeux renvoient à des questionnements d'ordre constitutionnel. Sur le fondement de l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946 – dont découle le droit à la protection de la santé qui est un objectif à valeur constitutionnelle –, il est exigé de l'État qu'il garantisse l'accès aux soins et leur qualité, le droit à la Sécurité sociale participant quant à lui de l'effectivité du droit à la protection de la santé¹⁵².

2.4.2. Description du schéma

2.4.2.1. Partager le panier de soins entre panier public et panier privé

Les soins qui sont aujourd'hui pris en charge de manière majoritaire par les organismes complémentaires sortiraient du panier de soins public : l'optique, les soins et prothèses dentaires, les audioprothèses, les médicaments à SMR faible ou modéré... En ce qui concerne les médicaments, la notion de taux de remboursement deviendrait obsolète, et la régulation par la sécurité sociale passerait par la définition de la liste de médicaments qu'elle prend en charge.

Tous les soins du panier remboursable actuel qui resteraient dans le panier public seraient alors remboursés à 100 % sur la base des tarifs de responsabilité avec suppression de l'ensemble des copaiements actuels. Cela permettrait d'éradiquer les RAC catastrophiques liés à des hospitalisations ou à des accumulations de tickets modérateurs. Les dépassements resteraient assurables par les organismes d'assurance privés. Ce rôle d'assurance venant en complément de l'assurance publique, aujourd'hui très largement majoritaire deviendrait cependant résiduel. La régulation des dépassements serait uniquement rattachée au cadre conventionnel entre la Sécurité sociale et les professionnels de santé, sans s'appuyer sur l'encadrement des contrats offerts par les organismes d'assurance privés.

Par définition, tous les soins qui ne seraient pas dans le panier de soins public auraient la possibilité d'être couverts par les organismes d'assurance privés, dans une fonction d'assurance supplémentaire : les soins qui sortiraient du panier public, mais aussi tous les soins qui aujourd'hui ne figurent pas dans ce panier et sont déjà, parfois, remboursés par ces organismes (automédication, soins de podologue, ostéopathe, médecines douces...).

¹⁵² « Le droit à la santé suppose que chaque membre de collectivité soit à même de supporter le coût de l'accès aux soins » (Borgetteo et Lafore, Précis Dalloz, p. 371).

Cette clarification des rôles respectifs des assurances publiques et privées faciliterait les évolutions organisationnelles et tarifaires qui peuvent parfois être freinées par la juxtaposition de deux payeurs différents. Sur le panier de soins public, les évolutions vers des modes de rémunération forfaitaires ou fondés sur l'atteinte d'objectifs plutôt que sur le paiement à l'acte ; pour les soins dentaires en ville, un seul et même payeur pour les soins conservateurs et pour les soins prothétiques qui sont délivrés par les dentistes pourrait permettre d'orienter plus qu'aujourd'hui les soins vers la prévention plutôt que la réparation, grâce à des modifications substantielles des modes de rémunération des dentistes. Les investissements dans la prévention bénéficieraient en effet pleinement au payeur unique par une diminution de la fréquence des soins réparateurs plus coûteux, ce qui n'est pas le cas actuellement avec des soins conservateurs financés majoritairement par la Sécurité sociale et des soins réparateurs par les organismes complémentaires.

Pour l'optique et les audioprothèses, les prescripteurs (ophtalmologistes, ORL ou autres médecins) sont des professionnels de santé différents de ceux qui délivrent les appareils (opticiens, audioprothésistes), alors que ces rôles sont confondus pour les dentistes. Pour favoriser la contractualisation entre dentistes et assureurs, c'est donc l'ensemble des soins dentaires délivrés en ville qui sortiraient du panier public, alors que les consultations d'ophtalmologistes ou d'ORL resteraient quant à elles dans ce panier, seuls les appareillages (lunettes et audioprothèses) sortiraient du panier de soins public.

Pour les médicaments, la logique de ce scénario serait de s'affranchir des règles actuelles de remboursement pour passer à une gestion de liste de médicaments remboursables qui seraient alors intégralement remboursés par l'assurance publique. Le rapport de Dominique Polton sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments (cf. encadré) montre qu'un système de taux de remboursement différent selon les médicaments au sein du panier de soins publics tel qu'il existe aujourd'hui en France est atypique, il en existe très peu d'exemples à l'étranger. Au sein de l'OCDE, il semble que seuls la Belgique, le Portugal et la Hongrie soient dans ce cas. Dans un scénario d'assurance supplémentaire, avec un choix binaire à faire concernant les médicaments, la France abandonnerait son système atypique et pourrait plus facilement s'inspirer du fonctionnement des autres pays et de travaux méthodologiques des principales agences de *Health Technology Assessment* (HTA) en Europe pour gérer les admissions au remboursement.

En pratique, cela conduirait à dérembourser la totalité des médicaments aujourd'hui remboursés à 15 % ou 30 % et à conserver dans le panier public l'ensemble des médicaments déjà remboursés aujourd'hui à 100 %. En ce qui concerne la définition du panier de soins des médicaments remboursables, le choix le plus important à faire concernerait les médicaments aujourd'hui remboursés à 65 % qui représentent plus de la moitié du chiffre d'affaires des médicaments vendus en officine. Plusieurs options sont envisageables :

- Les sortir du panier de soins remboursés par la sécurité sociale, tout en conservant un remboursement public à 100 % uniquement pour les personnes en ALD ;
- Les conserver en intégralité dans le panier de soins public ;
- Les médicaments aujourd'hui remboursés à 65 % ne sont cependant pas un ensemble homogène, et on pourrait décider, à l'issue d'une évaluation, que la sécurité sociale rembourse intégralement certains médicaments aujourd'hui à 65 %, mais pas tous.

Les prix des médicaments deviendraient libres pour les médicaments aujourd'hui remboursés à 15 % ou à 30 %. Dans ce cadre de liberté des prix élargie à un plus large spectre de médicaments qu'aujourd'hui, il serait nécessaire de veiller à ce que la concurrence dans la distribution des médicaments favorise des prix bas. Pour les médicaments aujourd'hui remboursés à 65 % et certains médicaments remboursés aujourd'hui à 15 % ou à 30 %, et même dans le cas d'un déremboursement par la Sécurité sociale, celle-ci resterait un payeur important en remboursant

intégralement les personnes en ALD, et la fixation des prix resterait administrée par le CEPS qui associe déjà l'UNOCAM.

Encadré 20 : Rapport de Dominique Polton sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments (novembre 2015)

Dans ce rapport, il existe plusieurs propositions, issues de travaux méthodologiques de la HAS pour transformer le système de SMR et ASMR existant en un critère unique ITR (Intérêt Thérapeutique Relatif) ou pour remplacer le critère d'ASMR par un nouvel indicateur VTR (Valeur Thérapeutique Relative). Ces propositions s'inscrivent dans une réflexion des agences de *Health Technology Assessment* (HTA) en Europe sur les critères et méthodes d'évaluation des médicaments en vue du remboursement (groupe de travail du réseau *European Network for Health Technology Assessment* (EUnetHTA), au pilotage duquel la HAS a participé), qui convergent vers une approche comparative (*Relative Effectiveness Assessment* - REA) et un corpus de recommandations méthodologiques. Dans le contexte français, l'application de ces avancées méthodologiques se heurte néanmoins à la spécificité de la France d'avoir des outils qui servent non seulement à définir si un médicament rentre dans le panier mais aussi à différencier son taux de remboursement.

Dans ce scénario il serait nécessaire de penser de nouveaux modes de communications de données entre AMO et AMC afin de conserver une vision transverse des politiques de santé, y compris les soins hors du panier public.

2.4.2.2. Adapter le panier de soins selon une approche populationnelle en fonction d'objectifs d'équité, d'accès aux soins ou de santé publique

Ce scénario d'assurance supplémentaire pourrait être croisé avec des approches populationnelles permettant d'accorder des droits élargis sous conditions à des publics cibles.

Dans un objectif d'équité d'accès aux soins, les bénéficiaires de la C2S conserveraient leur panier de soins actuel et les notions de tarifs opposables pour les professionnels de santé. En conséquence, sur le dentaire, l'optique et l'audioprothèse, les pouvoirs publics continueraient à négocier les tarifs avec les professionnels de santé sur le panier de soins C2S. Le principe de tarifs opposables et d'interdiction de dépassements d'honoraires serait maintenu. Pour les médicaments, il faudrait définir un panier de soins C2S qui serait plus large que le panier de soins de droit commun.

Dans un objectif de santé publique et de promotion de l'égalité des chances, le panier de soins pourrait aussi être élargi sous condition d'âge, par exemple aux moins de 18 ans, sur les mêmes principes que le panier de soins C2S. Cela permettrait de favoriser l'accès aux soins des enfants, l'adoption d'une bonne hygiène bucco-dentaire et de dépister les troubles (vue, audition), indépendamment de la capacité à payer ou à souscrire à une assurance supplémentaire.

2.4.2.3. Modifier la régulation du marché de l'assurance privée

Les risques qui resteraient à assurer sur le marché de l'assurance supplémentaire privée sont des risques qui dépendent :

- De la capacité des assureurs à contractualiser sur la modération des tarifs libres ;
- Des choix des consommateurs sur la qualité des lunettes, prothèses dentaires ou audio-prothèses, du choix de professionnels de santé à honoraires libres, du choix d'un établissement de santé offrant des conditions d'hébergement plus coûteuses... Cependant, les conditions de concurrence, notamment quand le secteur 2 est majoritaire, quand l'offre disponible en secteur 1 est saturée, ou encore lorsque l'hébergement en chambre particulière est quasiment imposé de fait, peuvent limiter les possibilités de choix des assurés et ces restes à charge peuvent aussi être, dans une certaine mesure, subis ;
- De la régulation de la démographie des professionnels de santé, qui impacte les conditions de concurrence et affecte le niveau des tarifs libres. Cette régulation resterait aux mains des pouvoirs publics ;
- De la consommation de médicaments.

La logique principale de ce scénario est de redonner un cadre de liberté de choix aux acteurs ; les assurés seraient ainsi libres de s'assurer ou non, sachant que l'accès aux soins des plus modestes serait traité dans le cadre de la sécurité sociale pour les éligibles actuels de la C2S.

La concurrence entre assureurs privés qui s'exerce aujourd'hui dans un cadre réglementaire très contraint et se traduit par une concurrence en prix mais aussi en services offerts pourrait aussi plus facilement qu'aujourd'hui se développer sur la gamme des garanties offertes.

Le cadre de régulation de l'assurance pourrait ainsi être simplifié, avec l'allègement de la notion de contrat responsable : suppression de la prise en charge des tickets modérateurs et de l'encadrement des garanties. Une régulation minimale serait cependant nécessaire. Sur le périmètre du panier de soins publics, il s'agirait a minima de préserver les incitations financières à respecter le parcours de soins (qui sont à l'origine de la notion de contrats responsables) et plus largement de ne pas annuler les initiatives des pouvoirs publics visant à responsabiliser financièrement la demande. Ainsi, un système de ticket modérateur d'ordre public¹⁵³ serait compatible avec un tel scénario. Au-delà, la régulation des dépassements d'honoraires n'aurait pas vocation comme aujourd'hui (avec l'optam et les contrats responsables) à s'appuyer sur les assurances complémentaires. En dehors du panier de soins public, des incitations fiscales à couvrir certains soins déremboursés (soins conservateurs dentaires, médicaments...) pourraient être envisagées, dans un objectif d'accès à la santé, mais aussi pour éviter les biais d'orientation des paniers de soins à des fins de sélection populationnelle qui seraient susceptibles d'empêcher la mutualisation des risques et de porter atteinte à l'accès aux soins de certains. Il semble aussi possible de préserver certains éléments de la réforme 100 % santé même dans le cadre d'une régulation allégée du secteur de l'assurance privée. Le mécanisme d'un allègement de TSA pour les contrats couvrant un panier de soins défini pourrait être maintenu.

Il serait enfin utile de conserver quelques garde-fous afin de favoriser un minimum de mutualisation du risque sur le marché de l'assurance privée : maintien de la loi Evin, maintien de la notion de contrats « solidaires » décourageant les questionnaires médicaux et interdiction d'exclusion du contrat d'assurance ou de revaloriser les tarifs en fonction de la sinistralité individuelle observée (contrats individuels).

¹⁵³ Un ticket modérateur d'ordre public est un ticket modérateur qui ne peut pas être assuré par les organismes complémentaires.

L'obligation des employeurs de fournir une couverture complémentaire santé pourrait être remplacée par l'obligation de fournir une protection sociale complémentaire d'entreprise en laissant à la négociation au niveau de la branche ou de l'entreprise la responsabilité de souscrire des menus de garanties à choisir parmi la couverture santé et/ou prévoyance (voir encadré prévention des risques professionnels).

La plupart des pays qui ont un système d'assurance supplémentaire en plus de l'assurance publique ont mis en place des mécanismes pour inciter à sa souscription ou pour favoriser l'accès aux soins hors panier public de populations spécifiques. Dans le contexte français, pour ce scénario, c'est le maintien de la C2S, de l'exonération ALD pour les médicaments, et les incitations fiscales à couvrir certains soins qui favoriseraient l'accès aux soins hors du panier public.

Le développement du marché de la prévoyance complémentaire pourrait aller de pair avec la mise en œuvre du scénario de décroisement des paniers de soins entre Sécurité sociale et assurance maladie complémentaire (cf. encadré 4). Le maintien des couvertures d'entreprise pour favoriser l'accès aux soins ne faisant plus partie du panier public resterait encouragé, et l'éventuelle baisse de la taille du marché de l'assurance santé pourrait être compensé par un développement de la prévoyance complémentaire.

2.4.2.4. Refonder la régulation des secteurs financés au premier euro par l'assurance privée

La régulation du marché est aujourd'hui le résultat d'une négociation entre d'une part les professionnels de santé et d'autre part l'Etat et l'assurance maladie pour le panier de soins régulé ou les assureurs complémentaires pour le panier de soins libre, via notamment les accords négociés dans le cadre des réseaux de soins. Dans ce scénario, la place des assureurs privés dans la contractualisation avec les professionnels de santé (optique, dentaire, audioprothèse) serait considérablement renforcée, la régulation publique consistant notamment à édicter des normes de sécurité et de conformité de la pratique. Le rôle des réseaux de soins mis en place à l'initiative des organismes d'assurance privés se trouverait donc particulièrement accru. La contractualisation avec les professionnels de santé concernerait l'ensemble des soins (soins conservateurs dentaires et la totalité des soins prothétiques d'implantologie, lunettes, audioprothèses).

La contractualisation sélective opérée par les réseaux de soins contraint les professionnels de santé souhaitant être sélectionnés par le réseau à respecter des engagements concernant leurs pratiques et leurs tarifs. Ces réseaux de soins visent à mieux contrôler les coûts, ce qui bénéficie à la fois aux assureurs et aux patients. En revanche, les réseaux de soins limitent la liberté des professionnels qui y adhèrent, et en stimulant la concurrence par les prix, peuvent limiter les revenus de l'ensemble des professionnels, y compris ceux n'étant pas dans le réseau. Préserver la liberté de choix des patients est aussi un enjeu important de la régulation des réseaux de soins. Les réseaux de soins doivent ainsi respecter le libre choix du professionnel de santé par le patient en lui permettant de choisir lui-même son professionnel de santé parmi plusieurs choix proposés par le réseau. Aux Etats-Unis, les réseaux intégrant assureurs et offreurs de soins (par exemple Kayser Permanente qui couvre 12 millions de personnes) limitent en général plus strictement les professionnels de santé, qui n'ont pas le droit de travailler en dehors du réseau, et les patients, qui doivent se soigner dans le réseau.

Il s'agit de définir le cadre dans lequel les pouvoirs publics délèguent au secteur privé cette mission de contractualisation tout en visant des objectifs publics d'intérêt général d'accès aux soins. L'atteinte de ces objectifs publics d'intérêt général peut en partie s'appuyer sur des règles actuelles : exigence de qualité et de sécurité des soins, qui existent d'ores et déjà aujourd'hui y compris pour des soins en dehors du panier de soins (exemple des médicaments non remboursables), régulation par le code de la santé publique, auto-régulation de certaines professions

(Ordre national des chirurgiens-dentistes...). Toutefois, d'autres objectifs publics nécessiteront une régulation renforcée : comment favoriser l'accès aux soins de la population sur le panier de soins privé ? La contractualisation entre les professionnels de santé et les assureurs privés doit être agréée par les pouvoirs publics.

Aujourd'hui, la Sécurité sociale consacre moins de moyens au contrôle de la qualité et de la sécurité des soins dans les champs du dentaire, de l'optique et des audioprothèses que dans les champs pour lesquels elle est le principal payeur. La contractualisation entre professions de santé et organismes d'assurance privés est libre et les réseaux de soins sont très peu régulés, principalement par l'Autorité de la concurrence, mais qui n'a pas de compétences sur les questions de qualité et de sécurité des soins selon le rapport IGAS de 2017 sur les réseaux de soins. Ce rapport pointe quelques limites des réseaux de soins qui justifieraient des évolutions juridiques afin d'améliorer la régulation :

- Encadrer la relation contractuelle réseau/praticien, trop déséquilibrée en faveur des réseaux ; ceci favoriserait l'adhésion des professionnels de santé ;
- Etablir des référentiels qui permettent de mieux mesurer et contrôler la qualité.

Encadré 22 : Rapport IGAS sur les réseaux de soins (juin 2017)

Depuis un premier avis rendu en 2009, l'Autorité de la concurrence a pris régulièrement position en faveur des réseaux de soins dont l'effet « pro-concurrentiel » profiterait aux consommateurs en leur garantissant des prix avantageux et une lisibilité accrue de l'offre. En outre, les réseaux de soins auraient un effet systémique : pour continuer d'attirer des clients, les professionnels qui restent en dehors des réseaux proposeraient des services supplémentaires, un surcroît de qualité et/ou des baisses de tarifs. L'Autorité voit dans les réseaux de soins un moyen d'améliorer la concurrence dans des secteurs, tels que l'optique ou l'audioprothèse, marqués par une forte asymétrie d'information et une opacité des coûts.

Faute de cadre précis posé par la loi et d'implication réelle des autres administrations concernées (notamment dans le domaine de la santé), l'Autorité de la concurrence fait office d'unique arbitre, alors même qu'un pan important de l'activité des réseaux ne relève pas de son périmètre : la qualité et la sécurité des soins, la déontologie des pratiques.

Les réseaux de soins opèrent une véritable régulation de l'offre de soins voire des parcours : référencement et tarification des produits et des soins, orientation des patients vers des professionnels de santé sélectionnés, contrôle de qualité des produits et des pratiques.... Sur le plan commercial, les réseaux orientent le choix des consommateurs et influent sur les marchés de l'optique et de l'audition à travers leurs catalogues et leurs grilles tarifaires (référencement ou déréférencement de tel ou tel produit, tel ou tel fournisseur...). Dans certains cas, ce pouvoir de marché va jusqu'à imposer (ou fortement inciter) la vente de produits propres au réseau. Selon l'IGAS, l'action des réseaux permet ainsi d'offrir des prix plus bas, mais faute de référentiel qualité permettant de comparer la qualité des produits vendus dans les réseaux et en dehors, la démonstration de l'efficacité des réseaux reste incomplète.

Le dispositif de régulation est d'autant plus déséquilibré que la relation contractuelle entre les plateformes et les professionnels de santé est elle-même déséquilibrée. En plus d'être conclues sans aucune négociation (contrats d'adhésion), ces conventions comportent une très forte asymétrie des droits et obligations réciproques : pouvoirs unilatéraux de sanction et de modification accordés aux réseaux, responsabilités presque entièrement à la charge des professionnels de santé, faibles contreparties de la part des plateformes au regard des engagements pris par les professionnels...

Une autre raison de l'absence des autorités sanitaires sur le champ des réseaux tient plus largement au désengagement de la puissance publique sur les secteurs de l'optique, de l'audition et du dentaire,

avec pour corollaire peu de contrôles et de normes applicables (référentiels), la question de la qualité dans ces secteurs se posant autant au sein des réseaux qu'en dehors¹⁵⁴.

Dans un scénario qui confierait entièrement au secteur privé le financement de ces marchés, il conviendrait donc de renforcer les mécanismes de régulation, selon des modalités à définir, pour contrôler ces dimensions (qualité, sécurité, pratiques...), mais aussi pour s'assurer que l'exercice de la concurrence entre assureurs et la contractualisation avec les professionnels de santé sont compatibles avec l'existence d'une offre de soins permettant de répondre aux besoins de la population à des conditions à définir. Les notions de liberté de choix des patients et de liberté d'exercice des professionnels de santé devront en particulier être définies dans un nouveau cadre de régulation à construire, dans lequel le régulateur public édicterait des principes et contrôlerait leur respect *via* une mise en œuvre fondée sur une contractualisation entièrement privée.

Cette contractualisation privée entre professionnels de santé et assureurs pourrait être décentralisée au niveau des réseaux de soins, voire directement au niveau de chaque assureur, ou bien passer par l'UNOCAM pour fixer un cadre global, ce qui nécessiterait alors de renforcer ses pouvoirs afin de lui donner la capacité d'engager ses membres (cf 2.1.2.5), ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Les missions de contrôle et de régulation publique de ce marché privé pourraient être partagées entre d'une part l'autorité de la concurrence, qui les exerce déjà en partie en ce qui concerne les réseaux de soins, et une autorité sanitaire comme la Haute Autorité de Santé, en ce qui concerne la qualité/sécurité des soins et le respect des bonnes pratiques. Une alternative pourrait être de confier l'ensemble de ces missions à une autorité publique à créer, sur le modèle d'autorité de régulation existantes dans d'autres secteurs (énergie, transport...).

¹⁵⁴ La réforme 100 % santé a cependant permis un meilleur encadrement de ces trois secteurs, sans lever toutes les interrogations sur les contrôles de qualité des produits et des pratiques.

2.4.3. Les effets financiers de ce scénario

Afin de pouvoir quantifier les conséquences financières de ce scénario, un exercice de simulation a été mené. Pour les besoins de l'exercice, les contours précis d'un scénario ont donc été définis, sans préjuger des choix fins qu'il conviendrait de faire si un jour un scénario de ce type devait être mis en œuvre.

A priori, les effets redistributifs attendus du scénario ne sont pas triviaux, car le remboursement à 100 % des dépenses hors dépassement sur le panier de soins public améliore à la fois l'équité verticale (via le financement progressif selon les revenus de la sécurité sociale) et horizontale (notamment via la suppression des participations financières à l'hôpital et des tickets modérateurs en ville). En revanche, le financement 100 % privé des soins déremboursés (optique, dentaire, audioprothèses et une partie des médicaments) a des propriétés inverses. Il n'y a quasiment pas de redistribution verticale dans un marché d'assurance concurrentiel et la redistribution horizontale est limitée par la tarification à l'âge et la segmentation du marché. Au total, les effets redistributifs globaux dépendent donc des périmètres respectifs des paniers de soins public et privé.

Le scénario simulé dans cet exemple est détaillé dans le tableau ci-dessous, ainsi que les impacts financiers pour l'AMO. Ce scénario prévoit aussi le maintien de la C2S dans son périmètre actuel.

Ce chiffrage s'appuie sur des hypothèses très simplificatrices sur les comportements : consommation de soins inchangée, souscription d'assurance inchangée. Ces hypothèses sont ensuite discutées en conclusion.

Une augmentation des remboursements AMO de 2,7 Mds d'euros

Les chiffrages s'appuient sur des hypothèses de comportements de consommation de soins et de souscription d'assurance privée inchangés. Au total, les remboursements versés par l'AMO augmenteraient de 2,7 Mds €, alors même que l'exemple simulé a privilégié, par souci de simplicité pour rendre la simulation faisable sans engager de grands travaux méthodologiques sur le champ des médicaments, un déremboursement de la totalité des médicaments à 65 % hors ALD. Si on ajoute la réduction des recettes de TSA (0,2 Md), le coût total à financer pour les finances publiques serait de 2,9 Mds d'euros.

Compte tenu du poids macro-économique des remboursements de médicaments, les choix à faire sur le panier des médicaments remboursables auraient des conséquences financières importantes. Un scénario polaire à celui qui est présenté consisterait à prendre en charge intégralement dans le panier public l'ensemble des médicaments à 65 % pour tous. Sous cette hypothèse, les dépenses d'AMO augmenteraient alors de 11 Mds et les pertes de recettes de TSA seraient de 1,5 Md, soit un coût global de 12,5 Mds €.

Tableau 16 : Scénario de décroisement simulé et impact financier pour l'AMO

Segments de prise en charge	Impact financier pour l'AMO (Mds d'€)
RAC opposable en ville*	+ 9,0
RAC opposable à l'hôpital	+ 3,3
Déremboursement intégral des médicaments à 65 % sauf ALD	-5,3
Déremboursement intégral des médicaments à 15 % et 30 % y.c. ALD	-0,8
Déremboursement des soins dentaires conservateurs	-2,0
Déremboursement des prothèses dentaires	-1,2
Déremboursement optique/audio	-0,3
Total	+2,7

* Tout ambulatoire, hors médicaments, optique, dentaire et audioprothèses.

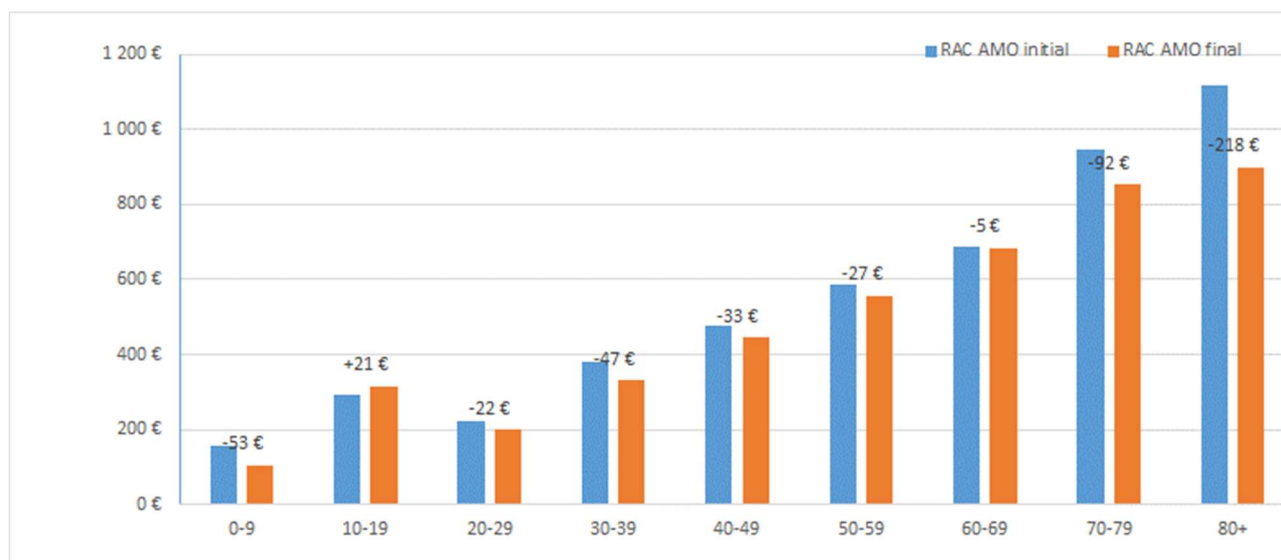
Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

Une diminution des RAC après AMO qui bénéficierait au plus de 70 ans et surtout aux plus de 80 ans

Grâce à la prise en charge à 100 % sur le panier de soins publics, et plus particulièrement grâce à la suppression du ticket modérateur et du forfait journalier en cas d'hospitalisation, ce sont les personnes âgées qui bénéficieraient le plus de la hausse des remboursements de l'AMO. Cela conduirait à atténuer le lien entre l'âge et le risque sur le marché de l'assurance privée.

Les personnes en ALD verraient elles aussi leurs restes à charge après AMO diminuer grâce à la prise en charge à 100 % en ville et à l'hôpital pour les soins non concernés par la maladie exonérante, ce qui préserverait ou même renforcerait légèrement la solidarité actuelle entre ALD et non ALD.

Graphique 6 : Effet du scénario de décroisement simulé sur les restes à charge après AMO moyens



Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

Une aggravation des restes à charge les plus lourds et une évolution de leurs compositions

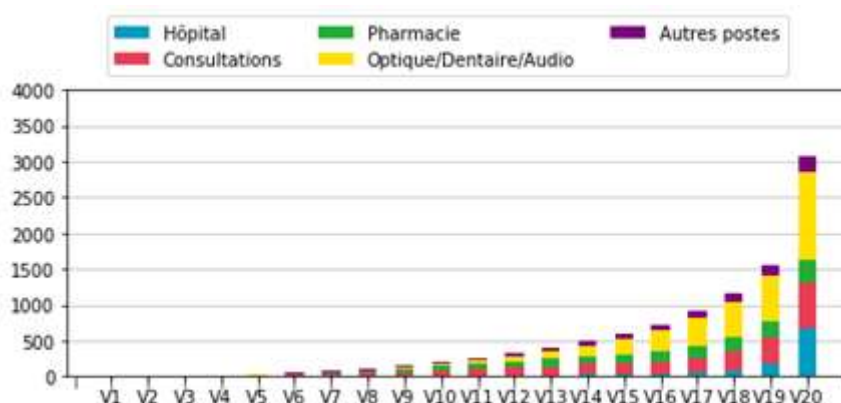
Pour les 5 % des personnes qui subissent les restes à charge après AMO les plus lourds, le RAC moyen s'alourdirait, passant de 3000 euros dans la situation initiale à 3500 euros dans ce scénario de décroisement. Surtout, la nature de ce RAC serait modifiée, avec la quasi-suppression des RAC hospitaliers, la hausse des RAC dentaires et audio, et la très forte hausse des RAC médicaments.

L'aggravation des RAC les plus lourds, notamment sous l'effet du déremboursement des médicaments à 65 % pour les personnes qui ne sont pas en ALD souligne l'intérêt, dans ce scénario, de continuer à inciter à la souscription d'assurance santé privée pour couvrir ces risques lourds. Par exemple, les incitations fiscales à la souscription d'assurance pourraient être réservées aux contrats qui prennent en charge des soins pouvant générer de gros restes à charge en l'absence d'assurance (médicaments, dentaire, audioprothèses).

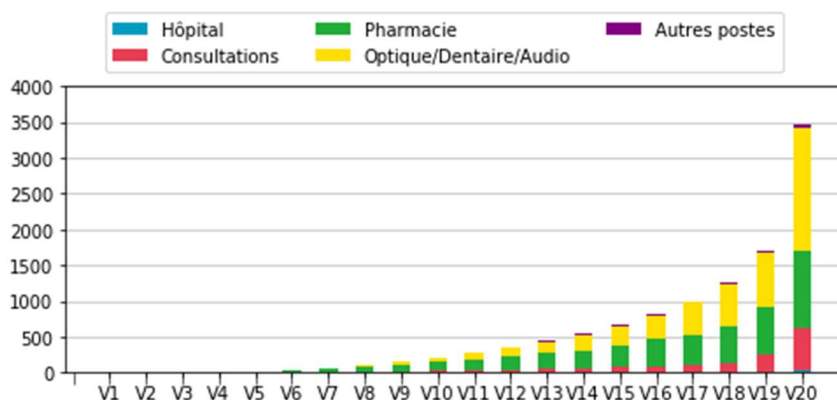
Cela peut aussi encourager à avoir une approche mobilisant l'analyse médico-économique pour affiner le scénario en ne déremboursant pas tous les médicaments à 65 %, ce qui alourdirait cependant le coût financier de la réforme pour l'AMO.

Graphique 7 : Distribution comparée des restes à charge après AMO dans la situation initiale et dans le scénario de décroisement

6.a situation initiale



6.b décroisement



Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

Principes du scénario de financement de la hausse des dépenses AMO

Pour financer cette dépense supplémentaire de l'AMO, les financements AMO actuels (cotisations patronales, CSG, taxes affectées...) et les primes AMC ont été ajustés pour équilibrer la réforme et calculer des soldes globaux par catégories d'assurés : selon l'âge, le niveau de vie, l'occupation principale... Un seul scénario de financement a été construit ici, à titre d'illustration. Ce scénario, qui confie un rôle nouveau d'assureur au premier euro à l'assurance privée sur une partie du panier de soins, n'a a priori pas pour objectif d'opérer des transferts importants entre classes d'âge. Le scénario de décroisement retenu diminue cependant les restes à charge après AMO de manière significative à partir de 70 ans. En conséquence, le scénario de financement utilisé dans les simulations prévoit une contribution supérieure des retraités afin de limiter ces transferts entre classes d'âge, sachant qu'il n'appartient pas au HCAAM de déterminer les réglages fins des prélèvements obligatoires qui le cas échéant seraient mobilisés.

Ainsi, la réforme n'opère pas de transferts significatifs entre catégories d'acteurs. Ce sont les retraités et les autres inactifs, aux consommations de soins plus élevées que la moyenne, qui apparaissent très légèrement gagnants grâce à la hausse des remboursements AMO qui est légèrement supérieure à la hausse de leurs cotisations obligatoires.

Tableau 17 : Effet global du scénario de décroisement sur les différentes catégories d'acteurs

En montants moyens en euros par individu et par an

Catégorie	Effet de la réforme
Salariés	0 €
Indépendants	0 €
Inactifs	+ 10 €
Etudiants	0 €
Retraités	+ 20 €

Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

Champ : L'effet de la réforme est la différence entre le solde (prestations AMO et AMC – financements AMO et AMC) avant et après réforme. Il tient compte le cas échéant de l'effort de financement des employeurs pour le financement des dépenses de santé du salarié (cotisations patronales maladie et participation de l'employeur au financement de l'AMC).

Lecture : La réforme procurerait en moyenne aux retraités un gain de 20 euros par personne et par an.

Tous les gains ont été arrondis à la dizaine d'euros la plus proche.

Des gains surtout après 80 ans

Le scénario de financement s'appuie sur une hausse des cotisations des retraités supérieure à celle des actifs, ce qui conduit à quasiment neutraliser les effets de la réforme aux âges actifs mais aboutit à des effets contrastés chez les plus de 60 ans. Les 60-69 ans financent la réforme par des hausses de cotisations sans pleinement bénéficier de la hausse des remboursements de la Sécurité sociale qui profite davantage aux plus âgés. Après 80 ans, c'est essentiellement la baisse des primes d'assurance complémentaire, compte tenu de la baisse des risques à assurer par rapport à la situation initiale (en appliquant une tarification à l'âge), qui permet un gain net global de 170 euros par an et par personne.

Tableau 18 : Effet global du scénario de décroisement par classe d'âge

En montants moyens en euros par individu et par an

Catégorie	Effet de la réforme
20-29 ans	0 €
30-39 ans	+ 20 €
40-49 ans	- 0 €
50-59 ans	- 0 €
60-69 ans	- 70 €
70-79 ans	0 €
80 ans et plus	+ 170 €

Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

Champ : L'effet de la réforme est la différence entre le solde (prestations AMO et AMC – financements AMO et AMC) avant et après réforme. Il tient compte le cas échéant de l'effort de financement des employeurs pour le financement des dépenses de santé du salarié (cotisations patronales maladie et participation de l'employeur au financement de l'AMC).

Lecture : La réforme procurerait en moyenne aux plus de 80 ans un gain de 170 euros par personne et par an.

Tous les gains ont été arrondis à la dizaine d'euros la plus proche.

Un maintien des solidarités actuelles selon le niveau de vie

L'effet de la réforme apparaît très légèrement progressif en fonction du niveau de vie, favorisant légèrement les personnes en dessous du niveau de vie médian. Ce sont surtout les personnes du dernier décile qui ont un solde négatif, d'un montant limité à 50 euros par an et par personne.

Tableau 19 : Effet global du scénario de décroisement par déciles de niveau de vie

En montants moyens en euros par individu et par an

Catégorie	Effet de la réforme
D1	+ 10 €
D2	+ 40 €
D3	+ 30 €
D4	+ 20 €
D5	+ 10 €
D6	0 €
D7	0 €
D8	- 10 €
D9	- 20 €
D10	- 50 €

Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

Champ : L'effet de la réforme est la différence entre le solde (prestations AMO et AMC – financements AMO et AMC) avant et après réforme. Il tient compte le cas échéant de l'effort de financement des employeurs pour le financement des dépenses de santé du salarié (cotisations patronales maladie et participation de l'employeur au financement de l'AMC).

Lecture : La réforme procurerait en moyenne au 5^{ème} décile de niveau de vie un gain de 10 euros par personne et par an.

Tous les gains ont été arrondis à la dizaine d'euros la plus proche.

L'impact de la réforme sur les employeurs serait quasiment nul

Dans ce scénario, il resterait un espace important pour la couverture collective d'entreprise, puisque tous les médicaments déremboursés ainsi que les risques dentaires, optiques et audio-prothèses seraient à assurer, en plus, comme aujourd'hui, des dépassements d'honoraires. C'est la raison pour laquelle la simulation fait l'hypothèse de comportements de souscriptions d'assurance inchangés, et donc en particulier de maintien des couvertures d'entreprises, qui continueraient à être l'objet d'incitations fiscales même si elles ne seraient plus obligatoires. En conséquence, ce scénario n'a aucun impact sur le coût total pour les employeurs, quelle que soit la taille de l'entreprise (les sommes versées pour le financement des dépenses de santé de leurs salariés, qu'il s'agisse des cotisations patronales maladie ou des participations au financement de l'AMC, sont identiques avant et après réforme). Dans ce scénario, ce sont principalement les retraités, principaux bénéficiaires de la modification de la structure de prise en charge du panier de soins, qui seraient mobilisés pour financer l'augmentation des remboursements de la Sécurité sociale, via une hausse de la CSG.

Quelles conséquences sur l'accès à l'assurance et l'accès aux soins ?

Ainsi, ce scénario, dont l'objectif n'est pas d'améliorer les solidarités existantes mais de confier un rôle à part entière à l'AMC en la responsabilisant au 1^{er} euro sur un panier de soin distinct de celui de la Sécurité sociale, est construit sans transformer les solidarités existantes. Naturellement, ce chiffrage est statique, en faisant l'hypothèse de comportements inchangés, y compris en termes de souscription d'assurance, il doit donc être considéré avec précaution. Il permet cependant d'illustrer qu'il semble possible de construire une articulation Sécurité sociale/organismes d'assurance privés différente de celle existant aujourd'hui, en transformant l'assurance privée complémentaire en une assurance supplémentaire, sans remettre significativement en cause les solidarités existantes du système.

On peut cependant s'attendre à une diminution de la mutualisation sur le champ des soins qui deviendraient remboursés au premier euro par les organismes d'assurance privés. La proportion de détenteurs d'une AMC baisserait probablement, et ceux qui ont peu de besoin en optique/dentaire/audio/médicaments à faible SMR seraient sur-représentés parmi les sortants. Le maintien de mécanismes incitatifs à la souscription de couverture d'entreprise serait cependant de nature à limiter cette démutualisation sur le marché de l'assurance collective, avec des salariés désireux de conserver une assurance d'entreprise contre les risques non couverts par l'assurance publique.

Les contrats proposés par les OC seront probablement plus différenciateurs, notamment sur le marché de l'assurance individuelle, conduisant à une plus grande segmentation des catégories de risques, compte tenu des propriétés des marchés de l'assurance privée, d'autant plus que les régulations associées vont être réduites. Certains risques pourraient ainsi devenir difficiles à assurer sur le marché, comme les audioprothèses qui concernent essentiellement les personnes âgées. A cet égard, le scénario proposé ici se fonde sur le principe simple de dérembourser les soins qui bénéficient aujourd'hui d'un financement minoritaire de la part de la Sécurité sociale, mais ce partage pourrait aussi être questionné en fonction de l'assurabilité des risques sur le marché de l'assurance privée et des priorités de santé publique. D'autres lignes de partage seraient sans doute envisageables, dans un scénario dont la cohérence doit rester celle de paniers de soins distincts entre Sécurité sociale et assurance maladie complémentaire.

Notons cependant que la situation actuelle, avec une tarification actuarielle à l'âge des contrats individuels qui incorpore dans le calcul de la prime les risques élevés d'hospitalisation ou d'appareillage auditifs pour les plus âgés, présente peu de solidarités ; l'objectif de ce scénario n'est pas d'y remédier.

Le marché de l'assurance privée pourrait baisser de manière plus ou moins importante selon les options retenues (en particulier pour les médicaments aujourd'hui remboursés à 65 %), mais un phénomène de désaffiliation reste possible avec une baisse plus importante. La nécessité de contractualiser renforcera le rôle des réseaux et pourrait accélérer le phénomène de concentration de l'assurance à l'œuvre depuis longtemps.

Un financement entièrement privé de certains soins ne risque-t-il pas d'aggraver des inégalités d'accès aux soins qui sont déjà importantes aujourd'hui, avec le risque d'une médecine à deux vitesses ? Certains pays qui ont des systèmes d'assurance supplémentaire pour financer des soins hors panier public (Canada, Pays-Bas...) connaissent des inégalités d'accès aux soins importantes. C'est pourquoi, dans un système d'assurance supplémentaire, il est important de conserver des politiques incitatives à la souscription d'assurance (qui existent par exemple sous forme d'incitations fiscales en Australie) et des mécanismes spécifiques sous condition de ressources (C2S). Enfin, pour les personnes qui seraient sans assurance, ce serait le rôle d'une autorité indépendante de régulation de favoriser des conditions leur permettant un accès aux soins minimum¹⁵⁵.

¹⁵⁵ Le régulateur pourrait par exemple imposer aux professionnels de santé de proposer l'accès au panier C2S avec des prix plafonds permettant de dégager une marge.

Encadré 23 : Des choix de couverture différents selon les pays

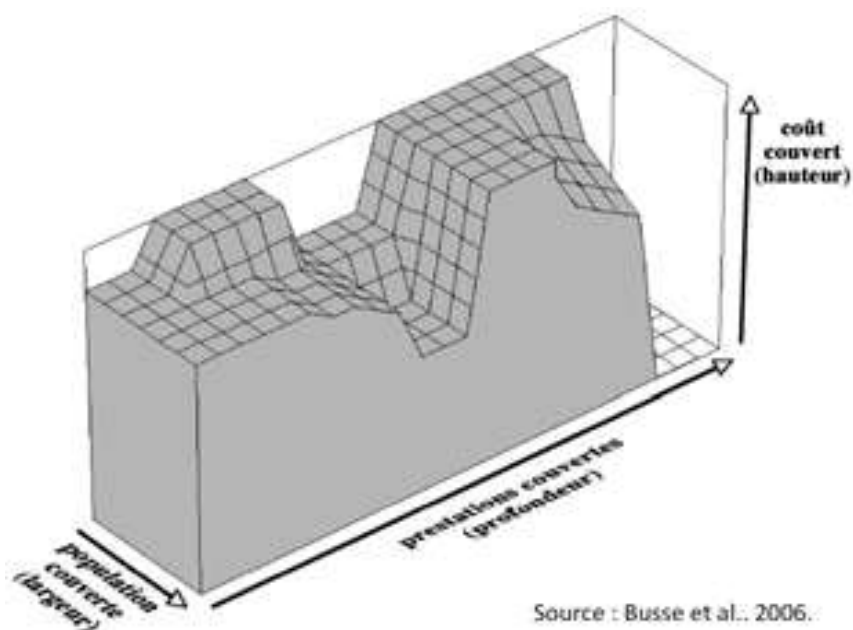
Trois dimensions pour apprécier l'étendue d'une couverture santé :

Trois dimensions permettent d'apprécier l'étendue d'une couverture santé :

- Le panier des soins couverts ;
- Pour un soin donné du panier, la population bénéficiant de la couverture ;
- Pour un soin et une sous population donnés, le niveau de prise en charge offert par la couverture le cas échéant.

Si bien qu'une couverture peut se représenter sous la forme d'une nappe dans un espace à trois dimensions (voir graphique 7).

Graphique 7 : les trois dimensions de la couverture santé



La plupart des pays associent couverture de base et couverture secondaire (que celle-ci soit supplémentaire, complémentaire, duplicative...). Souvent, les pays visent à ce que la couverture de base soit suffisamment étendue pour permettre l'accès aux soins jugés essentiels. Ensuite, la couverture santé secondaire permet d'améliorer la couverture offerte par la seule couverture de base. Dans la représentation en 3 dimensions, la couverture secondaire a pour effet de déplacer la nappe de la couverture de base vers le haut¹⁵⁶.

Des couvertures différentes selon les pays :

Les choix en terme de panier varient selon les pays, en fonction de leur histoire socio-politique, des principes de justice et d'équité qui sous-tendent leur système de protection sociale, des besoins en santé de leur population...

S'agissant de l'étendue de la population couverte et l'accès financier aux prestations, dans la plupart des pays de l'OCDE on trouve :

- Des mécanismes d'exonérations ou de différences de traitement pour garantir un accès au soin à des populations particulières : enfants, femmes enceintes, personnes en situation de handicap, malades chroniques, etc.
- Des mécanismes de protection financière différentielle (type bouclier Sanitaire) et/ou des mécanismes d'accès facilités.

Concernant la définition des paniers, quelques régularités peuvent toutefois être notées.

¹⁵⁶ Paris, V., et al. (2016), « Health care coverage in OECD countries in 2012 », OCDE.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la couverture de base couvre les services des soins hospitaliers (à 88 % en moyenne) et les soins ambulatoires (à 77 % en moyenne).

Inversement, les lunettes ou lentilles de contact sont beaucoup moins bien couverts par la couverture de base, quand ils ne sont carrément pas couverts du tout¹⁵⁷. Les soins dentaires sont habituellement mieux couverts que l'optique, mais avec des hauts niveaux de co-paiements ou des services limités.

En revanche, certains services comme la chirurgie esthétique (si elle n'est pas motivée par un accident ou une malformation congénitale), les certificats médicaux sans rapport avec un traitement (exigés pour passer le permis de conduire par exemple), certaines thérapies complémentaires ou parallèles (traitement à l'ozone) et les médicaments en vente libre ». semblent exclus expressément des paniers de soins¹⁵⁸.

Sur quels critères se fonde la définition des paniers ?

Il ne semble pas y avoir de critères explicites précis permettant de justifier l'inclusion ou l'exclusion de services dans les paniers. Les critères les plus fréquemment utilisés sont la nécessité, l'efficacité, le coût et le rapport coût-efficacité. Mais généralement, ces critères sont cités sans plus de précision dans les textes servant de cadre réglementaire au panier de soins.

Le cas des soins dentaires :

La couverture des soins bucco-dentaires présente de grandes variations entre les pays :

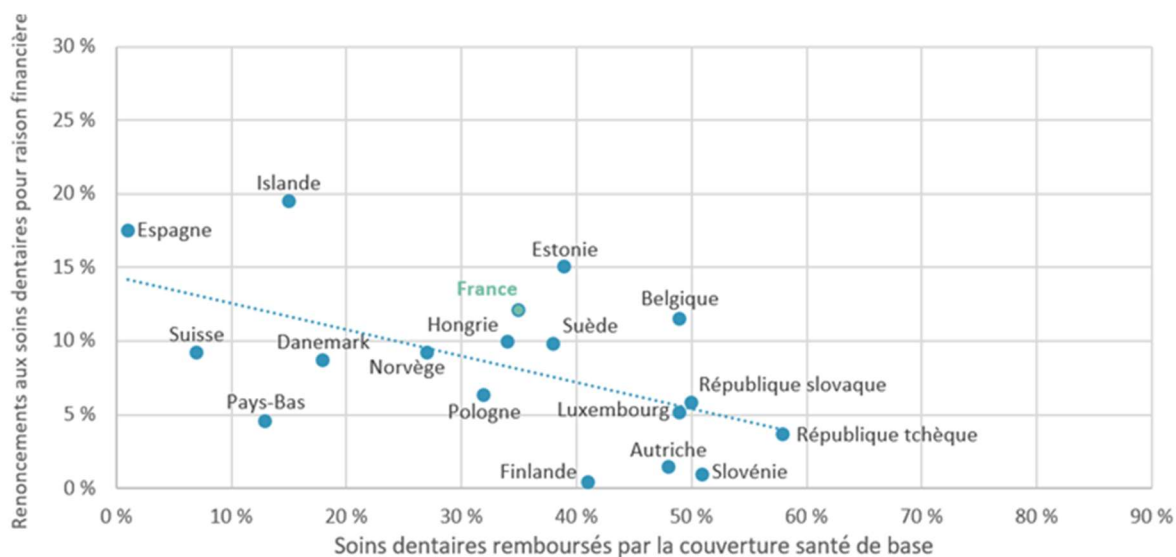
- En 2012, la couverture de base couvrait les trois quarts des dépenses dentaires au Japon et environ la moitié en Australie, Belgique, Luxembourg, République slovaque, République tchèque et Slovaquie ;
- A l'inverse, les couvertures secondaires étaient les premiers financeurs des soins dentaires aux Pays-Bas (68 % des dépenses) ou au Canada (56 % des dépenses). Ces assurances finançaient également 39 % des soins dentaires en France et 25 % en Slovaquie.

Même s'il ne s'agit que d'une simple association statistique et pas d'une causalité, il existe une corrélation négative entre le degré de couverture des soins dentaires et le taux de renoncement aux soins (voir graphique 8).

¹⁵⁷ Ce qui est le cas de l'Australie, du Canada, de la République tchèque, du Danemark, de la Finlande, de l'Allemagne, de l'Islande, d'Israël, de l'Italie, du Japon, de la Corée, du Mexique, des Pays-Bas, de la Nouvelle-Zélande, de la Norvège, du Portugal, de l'Espagne, de la Suisse et du Royaume-Uni.

¹⁵⁸ Voir l'étude de Marcial Velasco-Garrido & al. de 2006 portant sur la comparaison des couvertures de base de 9 pays de l'Union européenne : Danemark, France, Allemagne, Hongrie, Italie, Pays-Bas, Pologne, Espagne et Angleterre.

Graphique 8 : Taux de renoncement aux soins dentaires des populations les plus pauvres et prise en charge des soins dentaires par la couverture de base



Champ : individus de 16 ans ou plus appartenant au premier quintile de niveau de vie.

Note : En ordonnée figure la proportion de besoins auto-déclarés d'exams ou de traitements dentaires non satisfaits pour raisons financières. En abscisse figure la proportion de la dépense en soins dentaires totale financée par la couverture de base.

Sources : Données OECD Health Statistics, 2012 pour la couverture et Eurostat, 2014 pour le renoncement aux soins.

2.5. Proposition transversale relative au développement de la prévoyance

2.5.1. Exposé des motifs

Les travaux du HCAAM sur l'articulation entre la Sécurité sociale et les assurances maladie complémentaires ont conduit ses membres à s'intéresser au marché de la prévoyance. Si les propositions, formulées ci-après, sont indépendantes des 4 scénarios d'évolution de la couverture maladie, les membres entendent souligner combien le besoin de développer des couvertures « prévoyance » est crucial aujourd'hui, et le sera encore plus à l'avenir, pour relever les défis économiques et démographiques, liés notamment au vieillissement de la population.

2.5.2. Contexte

Bien qu'appartenant au champ de la protection sociale complémentaire, les garanties « prévoyance » y occupent une place singulière. En raison de leur histoire tout d'abord car les régimes complémentaires de « prévoyance » ont été adossés aux négociations conventionnelles sur les salaires, conférant aux partenaires sociaux une indéniable légitimité pour mettre en place des garanties de maintien du salaire en cas de maladie ou d'accident. Mais aussi, et en raison de l'autonomie collective conférée aux partenaires sociaux, les garanties « prévoyance » sont très diverses, tant dans leur champ d'application (cadres/non cadres) que dans leur objet qui peut varier et couvrir notamment contre l'incapacité temporaire, l'invalidité, le décès, voire le chômage. Enfin, la quasi-absence de réglementation de la prévoyance par les pouvoirs publics (à la différence de la couverture santé notamment) lui donne une place juridique originale au sein du marché de l'assurance complémentaire¹⁵⁹.

Et pourtant, et c'est tout le paradoxe d'ailleurs, la prévoyance ne s'est pas développée à la hauteur des enjeux qu'elle porte. Si plus de 215 branches professionnelles ont signé un accord collectif en prévoyance pour couvrir potentiellement 15 millions de salariés¹⁶⁰, la teneur des couvertures « prévoyance » diffère fortement selon la taille des entreprises et les catégories de salariés couverts. Seule une minorité de salariés (1,2 million) dispose en réalité d'un véritable socle complet de couverture contre les risques les plus lourds que sont l'incapacité, l'invalidité et le décès. L'existence même de garanties « prévoyance » dépend largement de la taille de l'entreprise (76 % des salariés couverts en prévoyance par un accord de branche relèvent de branches de plus de 100 000 salariés). Elle dépend également de la capacité de l'entreprise à trouver un organisme assureur (81 % des accords de branche laissent désormais aux entreprises le libre choix de leur organisme assureur), certaines d'entre elles pouvant être, de fait, confrontées à une quasi impossibilité de s'assurer à raison de leur taille, de leur sinistralité propre et/ou de celle de leur secteur d'activité.

Fortement corrélée à l'emploi, la prévoyance a fait l'objet de développements très variables selon la taille de l'entreprise, les secteurs d'activité et les classifications professionnelles, étant en outre historiquement adossée à la distinction cadres/non cadres. Les régimes de prévoyance mettent également en place des garanties très diversifiées. La faveur exprimée pour la rente éducation plutôt que pour la rente conjoint, l'omission fréquente des rentes pour enfant en situation de handicap comme l'absence de désir de chacun de se projeter dans des situations invalidantes ou, plus largement, par rapport à l'éventuelle survenance d'événements malheureux lourds de conséquences, ont fait de la prévoyance un objet sous-dimensionné qui, malgré son importance et les besoins fondamentaux auxquels il répond, peine à trouver sa place. Ainsi,

¹⁵⁹ Par contraste avec la couverture santé, les prestations « prévoyance » ne sont pas normalisées. Elles sont définies par les acteurs eux-mêmes et peuvent se distinguer des prestations délivrées par la Sécurité sociale (par exemple; il en va ainsi des « aides aux aidants » proposées par certains assureurs).

¹⁶⁰ Rapport CTIP, Les accords de branche en prévoyance, 2018.

et contrairement à la couverture santé qui a fait l'objet de toutes les attentions, la prévoyance, objet « social » au sens fort du terme (démocratie sociale et lutte contre la pauvreté), a été paradoxalement le « laissé pour compte », restant « à la marge » des enjeux de construction du marché de l'assurance complémentaire. Et pourtant, elle porte, en elle, toutes les caractéristiques d'un déploiement social vertueux.

2.5.3. Objectifs

Quel que soit le scénario retenu pour faire évoluer les articulations AMO/AMC, la proposition ci-après développée poursuit l'objectif d'encourager le déploiement de la prévoyance car le besoin de protection contre les risques lourds est essentiel. Il convient de ne pas l'occulter et d'impulser une démarche de « redimensionnement ».

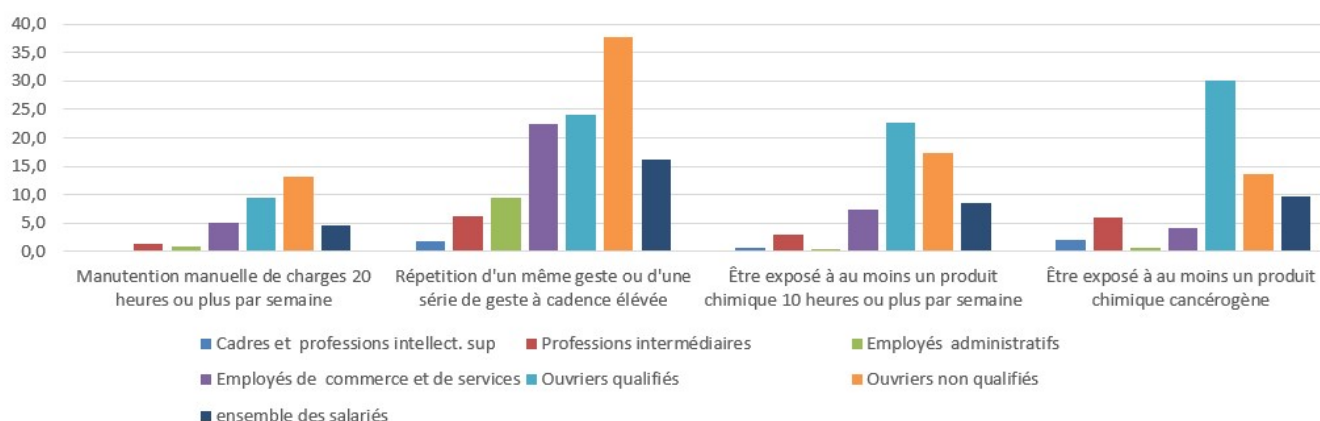
Le besoin de protection étant très corrélé à l'exercice d'une activité professionnelle, l'encouragement de la prévoyance est une question qui se pose pour tous les travailleurs, y compris les travailleurs indépendants qui peuvent, dans certains cas, avoir recours au dispositif Madelin. Cette incitation fiscale est cependant loin de répondre de façon satisfaisante à l'ensemble des besoins de cette population¹⁶¹.

Pour autant, la proposition ci-dessous formulée se limite à envisager le développement de la prévoyance dans le cadre des relations de travail subordonnées. Bien que pertinente, l'idée d'une couverture prévoyance pour toutes les catégories d'actifs appellerait en effet des investigations approfondies pour dégager des pistes qui supposent nécessairement un travail de reconfiguration substantielle et systémique¹⁶². Dans le cadre salarial, la proposition entend impulser la négociation de régimes de prévoyance de branche et ce pour l'ensemble des salariés. En ce sens, la proposition poursuit un objectif général. Elle tend également à corriger les inégalités qui font que les salariés des grandes entreprises sont mieux couverts que les salariés des petites et moyennes entreprises et que les salariés les plus exposés aux risques professionnels ne disposent pas toujours d'une couverture satisfaisante. Elle tend également à rendre plus accessible le marché de la prévoyance à l'ensemble des entreprises soucieuses de développer ce type de garanties, sans que leur taille ou leur taux de sinistralité ne constituent des obstacles majeurs sur ce marché.

¹⁶¹ Sur ce point, voir le dossier technique « Encourager la couverture prévoyance des indépendants » de l'Institut de la protection sociale (janv. 2017).

¹⁶² Dans l'attente de ces investigations, la proposition formulée au point 2.5.6.6. (« Développer l'information des personnes sur leurs garanties en matière de prévoyance ») est suffisamment transversale pour que tous les actifs puissent en tirer profit.

Graphique 9 : Des expositions aux risques professionnels qui varient selon les métiers



Source : SUMER 2017, DARES.

Encadré 24 : Arguments contextuels à l'appui de cet objectif

Développer la prévoyance n'est pas une question conjoncturelle. Au contraire, plusieurs éléments montrent qu'il existe un contexte, à la fois historique et contemporain, qui va dans le sens d'un développement accru des dispositifs de prévoyance. Parmi ces éléments, trois peuvent spécialement être mis en exergue :

- l'existence ancienne, et récemment reconduite, d'une obligation de financement en matière de prévoyance à la charge des employeurs du secteur privé pour les cadres (v. infra) ;
- la future obligation pour les employeurs de la fonction publique territoriale de financement en matière de prévoyance, à hauteur de 20 % d'un montant de référence non encore défini, de garanties minimales de prévoyance¹⁶³ ;
- le fait que la loi du 14 juin 2013 avait envisagé de mettre en place une obligation de couverture en matière de prévoyance. Pour rappel, l'article 1er-V disposait qu'« avant le 1er janvier 2016, les organisations liées par une convention de branche ou, à défaut, par des accords professionnels devront engager une négociation en vue de permettre aux salariés qui ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de prévoyance au niveau de leur branche ou de leur entreprise d'accéder à une telle couverture ». D'une certaine façon, la présente proposition tend à relancer le processus conventionnel envisagé par la loi de 2013 qui n'a pas connu de concrétisation d'ordre général.

2.5.4. La prévoyance, un véritable espace de liberté

2.5.4.1. L'absence de « modèle » de couverture

Dans le champ de la prévoyance, il n'existe pas de « modèle » de couverture. Cela s'explique par la pluralité des objets dont une couverture prévoyance peut se saisir : non seulement plusieurs catégories de risques peuvent être appréhendées (majoritairement invalidité, incapacité de travail, décès), mais il existe aussi un spectre potentiellement large de prestations pour faire face à la survenance de ces risques. La prévoyance constitue par voie de conséquence un terrain propice à la diversification des couvertures en fonction des besoins de la population à protéger. A cet égard, le « redimensionnement » envisagé pourrait conduire à modifier les équilibres entre la couverture du risque décès et les autres besoins de couverture, notamment ceux liés à la prise en charge des situations invalidantes au sens large.

¹⁶³ Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, art. 2. Pour la fonction publique d'État, cela ne sera qu'une possibilité qui pourra résulter du dialogue social.

2.5.4.2. Des marges de manœuvre juridiquement bien réelles

Malgré cette absence de « modèle », la définition des couvertures est très souvent assise sur les catégories de la Sécurité sociale. Les couvertures prévoyance se sont construites comme des compléments aux indemnités, prestations ou allocations servies par la Sécurité sociale et, parfois, l'aide sociale. De fait, il y a une hybridité « quasi-consubstantielle » de la prévoyance à la Sécurité sociale, ce qui conduit parfois à dupliquer les caractéristiques mais aussi les difficultés, comme les limites des prises en charge de la Sécurité sociale, l'exemple topique de cette « duplication » étant les pensions complémentaires d'invalidité dont les conditions d'ouverture sont le plus généralement alignées sur les catégories de la Sécurité sociale qui entendent restrictivement le risque d'invalidité et sa prise en charge.

Pour autant, des marges de manœuvre juridiques bien réelles existent. Certes, les textes concernant la prévoyance dans le cadre salarial évoquent des garanties collectives « *en complément de celles de l'organisation de la sécurité sociale* » (v. art. L. 2221-3 du Code du travail¹⁶⁴ et art. L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale¹⁶⁵). Mais les textes renvoient également à l'idée de prévoyance en tant que possible réponse à des besoins de protection sociale, mettant ainsi en exergue la finalité des dispositifs de prévoyance et leur objet qui est de prévoir la couverture de différents risques. Il en est ainsi de l'article L. 911-2 du Code de la Sécurité sociale s'agissant des garanties collectives prévues dans un cadre salarial¹⁶⁶ et de l'article 1er de la loi Évin du 31 décembre 1989¹⁶⁷. Sur un plan substantiel, c'est bien la notion de risque qui est centrale. Il s'en déduit que la prévoyance vise à compléter la couverture des risques pris en charge par la Sécurité sociale mais sans aucune contrainte juridique de dupliquer les règles posées par le droit de la sécurité sociale.

2.5.5. Les obligations des entreprises en matière de prévoyance

2.5.5.1. Une obligation générale de négocier au niveau de l'entreprise

Depuis la loi Rebsamen du 17 août 2015, la prévoyance est entrée dans le champ de la négociation obligatoire d'entreprise. Elle fait partie de la négociation annuelle obligatoire sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail (C. trav., art. L. 2242-17, 5°). Plus précisément, dans le cadre de ce « bloc » de négociation, la négociation doit porter sur les modalités de définition d'un régime de prévoyance (sans condition d'absence d'accord de branche ou d'entreprise sur ce thème contrairement à la situation qui préexistait à la loi Rebsamen). Il ne s'agit pas pour autant d'une obligation de résultat.

¹⁶⁴ C. trav., art. L. 2221-3 – « *Les dispositions concernant la détermination des garanties collectives dont bénéficient les salariés en complément de celles résultant de l'organisation de la sécurité sociale sont fixées par le titre I^{er} du livre IX du code de la sécurité sociale* ».

¹⁶⁵ C2S, art. L 911-1 – « *Les garanties collectives dont bénéficient les salariés, anciens salariés et ayants droit en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale...* ».

¹⁶⁶ Article qui dispose que ces garanties collectives ont notamment pour objet la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, des risques d'inaptitude et du risque chômage...

¹⁶⁷ « *Les dispositions du présent titre s'appliquent aux opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque chômage* ».

2.5.5.2. Une obligation de financement à dimension catégorielle d'une couverture prévoyance (cadres)

Cette obligation existe de longue date puisqu'elle trouve sa source dans la convention collective de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947. Les dispositions de cette convention ont été récemment remplacées par un accord national interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, accord étendu et élargi par arrêté du 14 août 2018 et qui est applicable depuis le 1er janvier 2019. Cet ANI prévoit le maintien en l'état du dispositif de prévoyance des cadres et assimilés tels que définis par les anciens articles 4 et 4 bis de la convention de 1947¹⁶⁸, repris dans l'article 2 de l'ANI. Il en résulte que, pour tous les cadres et assimilés qu'ils emploient, les employeurs sont tenus de financer une couverture « prévoyance » et d'y consacrer a minima 1,5 % de la tranche du salaire des bénéficiaires pour sa partie inférieure au plafond de la sécurité sociale (soit de 0 à 3 328 € pour 2021). Il s'agit d'une obligation de financement imposant aux employeurs de souscrire une couverture d'assurance « prévoyance » pour leurs cadres et assimilés, la somme représentative des 1,5 % devant être versée à un organisme assureur.

Cette obligation de financement se double d'une obligation substantielle puisque le financement dédié doit être affecté par priorité à la couverture d'avantages en cas de décès. En d'autres termes, au moins la moitié de la cotisation doit être consacrée au financement d'une garantie décès¹⁶⁹ ; pour le reste, aucune contrainte de contenu n'est imposée par l'ANI.

Encadré 25 : Complément légal d'IJSS et prévoyance

Depuis la loi sur la mensualisation du 19 janvier 1978, tout salarié doit en principe bénéficier d'une indemnité complémentaire à l'indemnité journalière de sécurité sociale (IJSS) en cas d'arrêt de travail pour raisons médicales (C. trav., art. L. 1226-1). À certaines conditions (notamment ancienneté d'un an dans l'entreprise) et selon des modalités définies par voie réglementaire (C. trav., art. D. 12261 et s.), la loi met ainsi à la charge de l'employeur une obligation de compléter les IJSS (C. trav., art. L. 1226-1).

Cette obligation se rattache au risque d'incapacité temporaire de travail et est articulée avec les prestations de Sécurité sociale relatives à ce risque puisqu'il s'agit de les compléter, la loi conditionnant le bénéfice du complément patronal à la prise en charge du salarié par la Sécurité sociale. Au plan substantiel, tout en ayant une nature d'avantage salarial conséquence de la relation de travail, ce complément s'apparente à de la prévoyance. Mais il s'agit d'un dispositif de prévoyance particulier. D'une part, le dispositif ne présente pas de caractère facultatif. D'autre part, il ne s'inscrit pas dans le cadre juridique de droit commun de la protection sociale dite complémentaire. C'est un dispositif obligatoire de prévoyance interne auquel l'employeur doit faire face en propre. Par conséquent, même s'il choisit d'assurer cet engagement pour y faire face sans à-coups de trésorerie, le contrat d'assurance souscrit ne peut être traité juridiquement de la même façon que les contrats dont l'objet est constitué de garanties complémentaires facultatives de prévoyance ; il en résulte principalement que la cotisation (ou prime) acquittée par le seul employeur ne peut bénéficier du traitement social de faveur du 4^o du II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale d'assurance (déductibilité de l'assiette des cotisations sociales) qui est réservé aux contributions des employeurs destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire.

En revanche, entrent dans le champ de la protection sociale complémentaire, les dispositifs de prévoyance « externe » visant à améliorer la prise en charge de l'incapacité temporaire de travail résultant à la fois de la Sécurité sociale et du complément légal. Ces améliorations, à géométrie variable, trouvent généralement leur source dans des accords collectifs de branche mettant en place un régime de prévoyance. Il en résulte

¹⁶⁸ L'ANI perpétue donc l'obligation générale à dimension catégorielle instaurée en 1947. Il ne remet pas pour autant en cause l'application, par accord de branche ou d'entreprise, du dispositif de prévoyance des cadres à des salariés n'appartenant pas aux catégories visées à l'article 2.

¹⁶⁹ En application de cet ANI, tout bénéficiaire peut, quel que soit son âge, prétendre, à la constitution d'avantages en cas de décès dont le montant peut varier en fonction de l'âge atteint. Ces avantages sont maintenus en cas de maladie ou d'invalidité, jusqu'à liquidation de la retraite (art. 1^{er}).

la souscription de contrats d'assurance ayant pour objet des prestations de protection sociale complémentaire et la soumission au « droit commun » de la prévoyance.

Dans ces hypothèses, il n'est pas rare que le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise couvre à la fois l'obligation de l'employeur au titre du complément légal et les améliorations conventionnelles. Cela rend peu lisible, notamment dans les statistiques, ce qui relève de l'un et des autres alors qu'il s'agit de deux dispositifs de nature différente, faisant par conséquent l'objet d'un régime juridique lui aussi différent. En effet, c'est l'employeur qui doit s'acquitter seul de la part représentative de la prime concernant l'assurance du complément légal alors que, le plus souvent, la part représentative de l'assurance des améliorations conventionnelles est partagée entre l'employeur et les salariés (avec le bénéfice d'un traitement social de faveur).

2.5.5.3. Des obligations conventionnelles à géométrie variable

Même si l'on ne dispose pas de données consolidées en matière de prévoyance, l'enquête PSCE (Protection sociale complémentaire d'entreprise) menée en 2017 par l'IRDES et la DREES, mais également les rapports d'activité du CTIP, permettent d'identifier quelques traits saillants. Sans entrer dans le détail, un constat partagé peut être fait : le déploiement actuel de la prévoyance est inégal selon les secteurs d'activité, la taille des entreprises, les catégories professionnelles et les risques couverts.

Tableau 20 : Un accès à la prévoyance qui varie selon la taille et le secteur d'activité

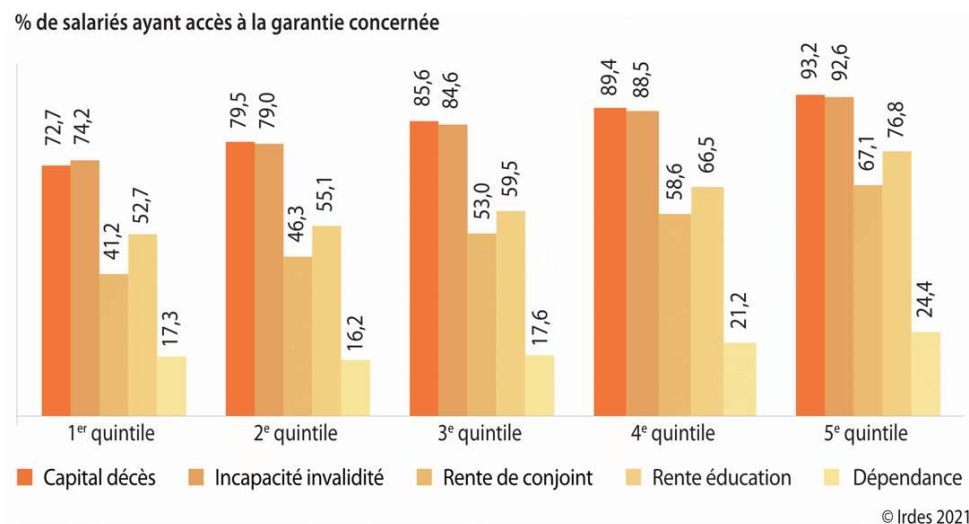
	Ne sait pas		Oui		Non	
	Étabts (%)	Salariés (%)	Étabts (%)	Salariés (%)	Étabts (%)	Salariés (%)
Taille de l'entreprise dont dépend l'établissement						
1 à 4 salariés	0,5	0,4	67,5	69,9	32	29,6
5 à 9 salariés	0,3	0,3	79,2	79,9	20,5	19,7
10 à 49 salariés	0,4	0,4	88	88,3	11,6	11,4
50 à 99 salariés	0,2	0,2	95,2	95,2	4,6	4,5
100 à 249 salariés	0	0	98,5	98,6	1,5	1,4
250 à 499 salariés	0,1	0,7	97,8	98,8	2,1	0,6
500 salariés et plus	0,6	1,9	98,1	96,7	1,3	1,4
Secteur d'activité de l'établissement						
Agriculture, sylviculture, pêche	0,2	0,8	60	71,6	39,8	27,6
Industrie	0,4	2,1	78	93,1	21,7	4,8
Construction	0,5	0,8	79,8	90,7	19,8	8,5
Commerce, réparation d'automobiles	0,2	0,4	73,4	88,8	26,4	10,8
Transports et entreposage	0,1	0,8	86,6	95,2	13,3	4
Hébergement et restauration	0,9	0,9	79,5	87,7	19,6	11,4
Communication, finance, assurance, immobilier	0,4	1,2	85,7	95,8	13,9	3,1
Activités scientifiques et techniques, services administratifs	0,2	0,1	80	91,3	19,9	8,6
Administration publique, enseignement, santé, social	1,1	0,3	73,3	91,1	25,7	8,7
Autres activités de services	0,5	0,5	68,6	82	30,9	17,5
Ensemble	0,4	0,8	76,6	90,8	23	8,4

Lecture : Parmi les établissements rattachés à une entreprise de 1 à 4 salariés, 67,5 % employant 69,9 % des salariés offrent un contrat de prévoyance à tout ou partie de leurs salariés contre 32 % employant 29,6 % des salariés qui n'en offrent pas et 0,5 % employant 0,4 % des salariés qui n'ont pas répondu.

Champ : Ensemble des établissements ayant répondu à l'enquête (n=6 122) et des salariés de ces établissements (n=324 524).

Sources : PSCE 2017, volet Établissements – DADS 2015.

Graphique 10 : Des inégalités de couverture importantes entre les salariés, conséquences d'inégalités entre les entreprises



Source : PSCE 2017, Volet Etablissements – DADS 2015.

2.5.5.4. Une obligation de portabilité des droits

En application de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, les salariés qui étaient couverts par un dispositif de prévoyance doivent bénéficier du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage et ce dans une limite maximale de 12 mois.

2.5.6. Proposition pour le déploiement de la prévoyance dans le cadre salarial

La proposition vise à donner une place plus importante à la prévoyance, à en permettre le développement par les acteurs eux-mêmes en cohérence avec la logique professionnelle et par le recours à des outils juridiques adaptés. Cette proposition entend également répondre à une problématique d'équité entre les entreprises et les différentes catégories de salariés (v. *supra* obligation de financement de dispositif de prévoyance à la charge de l'employeur pour les cadres) et ce d'autant plus qu'existent d'importantes inégalités catégorielles face à certains risques¹⁷⁰.

L'environnement juridique proposé pourrait reposer sur trois éléments qui feraient système : un mécanisme d'impulsion (1), un mécanisme permettant l'innovation (2), un outil de concrétisation permettant d'asseoir la nécessaire mutualisation du risque (3).

2.5.6.1. Instaurer une obligation thématique de négocier au niveau de la branche

La prévoyance relève du champ de la négociation interprofessionnelle au titre des garanties sociales (C. trav., art. L. 2221-1). Cependant, aucune obligation directe de négocier à ce niveau n'est instituée. De plus, l'obligation indirecte de négocier issue de l'article L1 du Code du travail n'est pas mobilisable ici. En effet, les garanties sociales ne sont pas incluses dans le champ d'application de ce texte. Dès lors, négocier sur la prévoyance relève de la seule initiative des partenaires sociaux. La perspective d'un ANI relatif à la prévoyance demeure à cet égard hypothétique. Qui plus est le niveau interprofessionnel ne semble pas le plus adapté en matière de prévoyance contrairement au niveau de la branche. En effet, la branche constitue un espace très pertinent en matière de prévoyance puisqu'il est à même de bien connaître les métiers, les conditions de travail, la sinistralité du secteur d'activité et in fine les populations et les besoins de couverture.

Instaurer une obligation de négocier au niveau de la branche

Il s'agirait là d'une façon simple d'inscrire la prévoyance dans les branches. En effet, l'obligation de négocier constitue un mécanisme juridique permettant au dialogue social de branche de se saisir de l'objet « prévoyance ». D'ailleurs, le niveau de la branche connaît déjà des obligations de négocier selon une périodicité annuelle, triennale et quinquennale. Par exemple, l'article L. 2241-6 du Code du travail prévoit une obligation quinquennale de négociation en matière d'épargne salariale et d'épargne pour la retraite.

Instaurer une obligation de négocier constitue un vecteur d'impulsion a minima dont la mise en œuvre ne soulève aucune difficulté particulière¹⁷¹. Mais il n'est pas certain qu'elle apporterait une véritable valeur ajoutée par rapport à la situation existante car de nombreuses branches disposent déjà d'accords de prévoyance. De plus, une telle obligation ne contraint pas les négociateurs puisqu'elle n'est pas assortie d'une obligation de conclure. Dès lors, sans autre précision, cette obligation laisse aux négociateurs les arbitrages à effectuer. Elle peut toutefois conduire à des choix par défaut ou encore à des prestations minimales pour couvrir l'ensemble des risques.

¹⁷⁰ Par exemple, les absences pour raisons de santé sont plus fréquentes pour les ouvriers et les employés que pour les cadres.

¹⁷¹ Cela supposerait une évolution législative pour ajouter ce thème de négociation obligatoire au niveau de la branche et en préciser la périodicité. Cela devrait également induire soit de retrier de la négociation obligatoire d'entreprise sur l'égalité professionnelle et la QVT le thème du régime de prévoyance (v. C. trav., art. L. 2242-17, 5°), soit de le conserver mais sous condition d'absence d'accord de branche.

Question additionnelle – Il s’agirait alors de savoir si cet objet de négociation (prévoyance) doit intégrer la liste des matières de l’article L. 2253-1 du Code du travail pour lesquelles l’accord de branche prévaut sur les accords d’entreprise, sauf garanties au moins équivalentes. La rédaction actuelle de ce texte et l’interprétation qui en est généralement donnée semblent militer en ce sens¹⁷².

Une proposition pourrait être d’orienter la négociation, et si possible les futures couvertures, sur les risques dont la prise en charge serait la plus signifiante au regard des besoins actuels, mais également futurs, de protection. Il pourrait ainsi être imposé aux négociateurs de branche de négocier nécessairement sur les situations invalidantes *lato sensu*, c’est-à-dire les situations de santé qui menacent le maintien en emploi.

Plusieurs raisons, de nature diverse, peuvent être avancées à l’appui de cette option : les corrélations, tant négatives que positives, entre santé et travail, la corrélation entre problèmes de santé et perte d’emploi¹⁷³, le vieillissement de la population active, l’augmentation significative des maladies chroniques évolutives qui nécessitent une prise en charge médicale de longue durée (cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires...) ¹⁷⁴.

Dès lors, l’intérêt de cette proposition serait de faire entrer de plain-pied la prévoyance dans la problématique de la prévention et de la prise en charge du maintien en emploi qui devient de plus centrale tant dans les politiques publiques que dans celles de la santé au travail (en ce sens, voir la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail qui ajoute à la mission de prévention des services de santé au travail celle de contribuer « à la réalisation d’objectifs de santé publique afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi »).

Ainsi, au regard de la liberté de construction (v. supra), un dispositif de prévoyance pourrait prévoir des protections accompagnant des parcours professionnels fragilisés par les problèmes de santé (par exemple, pour favoriser le maintien en emploi de personnes rencontrant des problèmes de santé tels qu’une maladie chronique, prévoir des garanties de type « temps partiel thérapeutique »).

¹⁷² À l’heure actuelle, les garanties collectives complémentaires mentionnées à l’article L. 912-1 du code de la sécurité sociale relèvent du domaine de prévalence de l’accord de branche. Même si le renvoi à l’article L. 912-1 est ambigu, il doit semble-t-il être compris comme visant implicitement les garanties collectives évoquées à l’article L. 911-2, c’est-à-dire des garanties ayant « pour objet de prévoir... la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l’intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d’incapacité de travail ou d’invalidité, des risques d’inaptitude et du risque chômage, ainsi que la constitution d’avantages sous forme de pensions de retraite, d’indemnités ou de primes de départ en retraite ou de fin de carrière ».

¹⁷³ Le Plan Santé Travail 2016-2020 rappelle qu’on estime que 95 % des déclarations d’inaptitude au poste se soldent par un licenciement. De plus, un salarié arrêté plus de 6 mois perd 50 % de chance de retrouver un jour son travail, voire un travail (Mission IJ, 2018).

¹⁷⁴ L’ANACT estime qu’actuellement 1 salarié sur 5 est touché par une maladie chronique évolutive. Le maintien en emploi des personnes atteintes de telles maladies constitue donc un enjeu fort.

2.5.6.2. *A défaut et si la négociation échoue, créer une obligation subsidiaire de financement à la charge des employeurs afin de donner une impulsion plus forte à la négociation conventionnelle de branche*

La négociation conventionnelle de branche étant le vecteur *a priori* le plus pertinent en matière de prévoyance, il pourrait être utile d'inciter à la conclusion d'accords à ce niveau. À cet effet, il pourrait être instauré une obligation de financement en matière de prévoyance à la charge des employeurs. Il s'agirait ici d'une obligation de financement subsidiaire que les employeurs devraient assumer seuls à défaut d'accord de branche consacré à la prévoyance, le caractère subsidiaire la distinguant de l'obligation prévue pour les cadres (v. *supra*).

À l'instar de celle-ci, cette obligation de financement (cotisation patronale uniquement) pourrait représenter un pourcentage (à déterminer) de la tranche du salaire pour sa partie inférieure au plafond de la sécurité sociale. En raison de l'existence de l'obligation relative aux cadres, cela vaudrait pour les salariés ne relevant pas de cette catégorie au sens de l'article 2 de l'ANI du 17 novembre 2017.

Il va de soi que l'obligation de financement doit tenir compte, d'une part, des financements déjà existants de garanties de prévoyance et, d'autre part, des engagements extra-légaux déjà pris par les employeurs en matière de prévoyance hors contrat d'assurance (par exemple, obligation conventionnelle améliorant le complément d'IJ que la loi de 1978 met à la charge des employeurs)¹⁷⁵.

Encadré 26 : Conséquences potentielles sur les scénarios

À l'heure actuelle, les exonérations sociales et fiscales comme les seuils de déductibilité des contributions concernent indifféremment la santé et/ou la prévoyance. En fonction du scénario qui sera retenu s'agissant de la couverture du risque maladie, le maintien des exonérations à destination d'une couverture santé peut être questionné, voire réorienté vers les couvertures prévoyance.

1/ Dans le scénario d'augmentation du taux de remboursement de la Sécurité sociale, les couvertures complémentaires (y compris collectives) perdent leur caractère « nécessaire ». Il n'y aurait donc plus de pertinence à maintenir l'incitation, ce qui pourrait permettre de réserver les exonérations et les déductions pour les couvertures prévoyance.

2/ Dans le scénario « décroisement », la discussion reste largement ouverte car il y a un toujours un besoin de couverture complémentaire santé.

3/ Dans le scénario « 3 étages », l'obligation généralisée de création d'un 2ème étage de couverture santé ne justifie sans doute plus de maintenir les exonérations en faveur des couvertures collectives. On peut imaginer de « réorienter » les incitations en faveur des couvertures prévoyance.

4/ Dans le scénario à « architecture inchangée », en raison d'une obligation de couverture, on peut sans doute s'interroger sur le maintien des incitations à la souscription d'une couverture collective santé s'agissant des salariés du secteur privé. Leur réorientation pour inciter à la mise en place de couverture « prévoyance » pourrait être instruite.

Ajoutons que la difficulté majeure à laquelle pourraient être exposées les petites entreprises ou celles à fort taux de sinistralité serait de ne pouvoir trouver à s'équiper en prévoyance, ou à tout le moins, de devoir s'équiper à des tarifs très peu compétitifs pour un niveau de garanties assez faible. Si l'hypothèse d'une obligation patronale de financement était retenue, même à titre subsidiaire, elle devrait s'accompagner d'une « régulation » des pratiques assurantielles en la matière (v. *infra*).

¹⁷⁵ Au regard de la variabilité des engagements déjà existants, il n'est pas possible de proposer, sans investigation supplémentaire d'ampleur, une estimation du coût de cette proposition.

2.5.6.3. Rendre lisibles et effectives les garanties dans les contrats de prévoyance

La première partie de ce rapport souligne que, sous l'impulsion de l'État, un statut juridique particulier a été élaboré pour la couverture complémentaire santé en raison de la fonction de complément nécessaire de la couverture légale du risque maladie qui lui a été assignée. Par strates successives, cela conduit à la situation de forte réglementation que l'on connaît aujourd'hui, forte réglementation qui laisse peu d'espace de liberté aux acteurs.

Dans le champ de la prévoyance, rien de comparable car « l'encadrement juridique est moindre et les marges de manœuvre, exercées notamment au niveau des branches professionnelles, sont plus importantes » (cf. supra). En particulier, comme évoqué supra, des marges importantes d'autonomisation et d'innovation existent par rapport aux règles relevant du droit de la sécurité sociale. Ces marges peuvent tout particulièrement s'exprimer en prévoyant des prestations qui n'ont aucun équivalent en droit de la sécurité sociale (par exemple, rente-éducation en cas de décès). Elles n'obligent pas davantage à un alignement sur les conditions d'ouverture des droits à prestations et la délimitation du risque à couvrir. On pense tout spécialement au risque invalidité dont le droit de la sécurité sociale retient une conception très restrictive et qui fait d'ailleurs de ce risque le « parent pauvre » de la Sécurité sociale ; or, ce cadre légal ne s'impose pas en dehors de ce champ, d'où la liberté en prévoyance de définir différemment ce qu'est une situation invalidante ouvrant droit au bénéfice de prestations.

En d'autres termes, il n'y a nul besoin de prédétermination par les pouvoirs publics des besoins à couvrir ni des modalités et conditions de couverture. Au regard des enjeux professionnels et salariaux associés au déploiement de la prévoyance, il importe de « sanctuariser » la liberté conventionnelle de construction en la préservant de toute réglementation sur le contenu et le niveau des couvertures et d'une articulation contrainte avec le droit de la sécurité sociale telle que celle prévue par la réglementation des contrats responsables en matière de couverture maladie.

Il importe également de permettre à la liberté conventionnelle de jouer pleinement. À cet égard, la question de la traduction contractuelle des choix conventionnels mérite une attention toute particulière. Une vigilance accrue des acteurs devra entourer la rédaction des clauses des contrats d'assurance qui donnent consistance aux engagements conventionnels. Cette vigilance concerne à titre principal les clauses déterminant les conditions d'ouverture des droits (par exemple, décompte de l'ancienneté si une condition est posée), celles relatives au calcul des prestations (par exemple, détermination d'un salaire de référence) ainsi que les clauses d'exclusion ou de limitation de garanties (par exemple, exclusion du bénéfice de la garantie à raison des circonstances de survenance du risque, telles que la pratique d'un sport dangereux). En effet, l'impératif de rendre lisibles les clauses comme celui de faciliter l'exercice des droits des assurés invitent à formuler le souhait que des travaux soient conduits sur ce thème par les opérateurs du marché. Si l'on peut espérer l'adoption a minima d'un « accord de place » entre les trois familles d'assureurs, on peut s'interroger sur la pertinence à mettre en place des outils plus contraignants qui pourraient être homologués par les pouvoirs publics, tels des chartes, des nomenclatures, des cahiers des charges, voire des procédés de labellisation des contrats « prévoyance ».

Enfin, en arrimant la prévoyance au niveau de la branche tant dans son volet « dialogue social » que son volet « assurantiel », le sort des provisions et des « réserves » doit nécessairement être discuté et pas seulement dans une perspective de changement d'assureur. Cette question peut être envisagée au prisme de l'économie générale de l'opération au titre de laquelle des « réserves » sont générées. Ce prisme suppose de retenir une approche globale et finalisée de l'opération appréhendée comme un ensemble cohérent. Il apparaît alors que la finalité de l'opération est la mise en place de garanties collectives de protection sociale au bénéfice des salariés –

actuels et futurs – dans le cadre d'un espace partagé (branche) qui exprime la liberté conventionnelle de construction. L'opération poursuit donc une finalité sociale et présente une dimension collective empreinte de solidarité, le recours à une entreprise d'assurance devant être appréhendé comme un (simple) moyen de réaliser la finalité de l'opération¹⁷⁶. Dès lors, il ne semble ni pertinent ni légitime que l'assureur puisse « préempter » l'utilisation des réserves. En revanche, *via* les instances dont elle s'est dotée, la branche est légitime à décider de leur utilisation en lien avec la finalité de l'opération qui a généré ces réserves (sorte d'indivisibilité) et ce tout au long de la durée de la désignation comme à son terme¹⁷⁷. À cet égard, on relèvera la spécificité de l'acte d'assurance, support de l'opération collective de prévoyance : les contrats d'assurance ne sont qu'une modalité technique de réalisation (et donc de sécurisation par externalisation) par l'employeur des engagements qu'il prend vis-à-vis de ses salariés¹⁷⁸.

Encadré 27 : Nature juridique des contributions, provisions et réserves¹⁷⁹

Au moment des résiliations des contrats de groupe, une question est apparue sur le point de savoir ce que sont toutes les sommes affectées au financement des opérations de prévoyance¹⁸⁰. Quelle est leur nature juridique ? Si les textes ne déterminent pas la nature juridique des contributions affectées au financement des opérations collectives de prévoyance, il existe un certain nombre d'indices permettant de répondre.

Les contributions au financement des régimes de retraite et de prévoyance sont traitées dans la section 1 du chapitre 2 du titre 4 du livre 2 du Code de la sécurité sociale qui est consacrée aux « Cotisations assises sur les revenus des travailleurs salariés et assimilés ». Elles sont spécifiquement envisagées à l'article L. 242-1-I 4° dudit Code et se voit octroyer une exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale sous réserve du respect de certaines conditions prévues par décret¹⁸¹ et dans la limite d'un plafond. Ces sommes sont donc par nature soumises à cotisations de sécurité sociale en leur qualité de revenus d'activité. Elles n'en sont soustraites que par la détermination de la loi qui vient précisément en fixer les conditions¹⁸². Bien que ces sommes fassent par ailleurs l'objet d'une réglementation comptable dans le cadre des obligations prudentielles qui s'imposent aux organismes complémentaires, il convient immédiatement de remarquer

¹⁷⁶ En d'autres termes, le contrat d'assurance gage l'engagement pris par les interlocuteurs sociaux signataires de l'accord collectif de branche. Ce faisant, l'externalisation de la réalisation de l'engagement sécurise celui-ci puisque l'entreprise d'assurance doit respecter des règles prudentielles.

¹⁷⁷ Une telle approche devrait être accompagnée d'une ingénierie juridique visant à lui donner une réalité pratique. Il conviendrait sans doute de réfléchir également à une éventuelle dissociation (ou, à tout le moins, une sorte de clé de répartition) entre les réserves nées de la mutualisation à l'échelle de la branche et celles résultant de la bonne gestion de l'assureur.

¹⁷⁸ C'est la raison pour laquelle la remise en cause du contrat d'assurance ne délie pas l'employeur de son engagement à l'égard de la collectivité de travail. Elle n'emporte aucun effet sur cet engagement dont le régime juridique s'inscrit dans le champ du droit du travail et qui ne peut donc être modifié qu'en application des règles du droit du travail.

¹⁷⁹ Pour la Cour cassation, (Cass. 18 juin 2015), les abondements recouvrent « *toutes les sommes versées par l'employeur à l'organisme de prévoyance, y compris le coût de la gestion de la couverture des risques* ».

¹⁸⁰ S'agissant des réserves, des questions supplémentaires n'ont pas été instruites. A cet égard, une connaissance fine de leur montant comme de leur affectation serait souhaitable.

¹⁸¹ Des conditions et des limites spécifiques aux opérations de retraite supplémentaire financées par les employeurs ont été fixées pour bénéficier de l'exclusion d'assiette des contributions patronales (art. D. 242-1 C2S). Sont ainsi visées les contributions des employeurs au financement de prestations de retraite qui complètent les prestations servies par les régimes d'assurance vieillesse obligatoires de base et par les régimes de retraite complémentaire à affiliation légalement obligatoire. À noter que, pour la part des sommes versées par l'employeur, exclue de l'assiette des cotisations, un « forfait social » s'applique, sauf concernant les entreprises de moins de 10 salariés s'agissant de la prévoyance, soumises à une contribution spécifique.

¹⁸² Sur le plan fiscal, ces sommes obéissent aussi à un régime particulier. La part des contributions patronales destinées au financement des prestations de prévoyance (y compris pour les sommes servant à financer la portabilité) et des prestations de retraite supplémentaire est assujettie à la CSG et à la CRDS dès le premier euro.

que cette réglementation à vocation comptable n'a aucunement vocation à leur donner un statut juridique, a fortiori dans un rapport juridique qu'elle ne peut régir (l'acte fondateur relevant du droit du travail). Le droit comptable prudentiel énonce uniquement des obligations d'écriture comptable (notamment pour la constitution de « l'exigence minimale de marges de solvabilité ») qui s'imposent aux seuls organismes complémentaires sous le contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). Les obligations comptables et les types de provisions à constituer (techniques, mathématiques d'égalisation...), qui s'imposent aux assureurs, mutuelles et institutions de prévoyance et qui gagent les obligations prises par l'employeur¹⁸³, ne peuvent donc ni déterminer, ni modifier la nature juridique des sommes issues de revenus d'activité¹⁸⁴ dont ils sont seulement tenus d'en sécuriser la constitution et la pérennité.

2.5.6.4. Développer ou aménager des mécanismes de mutualisation dans les accords de branche

En matière de prévoyance, les enjeux d'une mutualisation « forte » des risques sont beaucoup plus prégnants qu'en matière de couverture santé. C'est ce qu'il ressort de l'avis qu'avait rendu l'Autorité de la concurrence en mars 2013¹⁸⁵.

L'Autorité de la concurrence s'était intéressée aux effets vertueux de la mutualisation des risques en matière d'assurance complémentaire santé à l'échelle de la branche se demandant si le principe dit de « *la loi des grands nombres* »¹⁸⁶ justifiait dans ce champ l'existence de clauses de désignation. Au regard de la fréquence des prestations et du caractère modeste du montant moyen des remboursements, elle en avait conclu que « *le nombre des assurés n'est pas un facteur déterminant dans la maîtrise de la sinistralité car il ne fait pas baisser la volatilité et ne diminue pas le coût de l'assurance* »¹⁸⁷.

La situation est bien différente en matière de prévoyance dite « lourde » où les sinistres sont moins fréquents mais déclenchent le versement de prestations dont les montants peuvent être élevés (par exemple un capital décès) et/ou qui peuvent présenter un caractère quasi viager (par exemple pension d'invalidité). Au regard de ces caractéristiques, deux arguments plaident en faveur d'une nécessaire mutualisation « forte » des risques :

¹⁸³ V. les articles L. 911-2 du C2S et l'article 3 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 qui détaillent les informations que doit contenir le rapport que l'assureur doit remettre à l'employeur sur les comptes de la convention ou du contrat : « *ce rapport présente en termes clairs et précis la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées par l'assureur et comporte la justification de leur caractère prudent* ». Par ailleurs, il semble possible d'affirmer que les salariés des entreprises d'au moins 300 salariés pourraient s'appuyer sur l'article R. 2312-9 4° c) du Code du travail pour solliciter le dépôt du rapport dans la BDES. Cette disposition vise en effet les « *rémunérations accessoires : primes par sexe et par catégorie professionnelle, avantages en nature, régimes de prévoyance et de retraite complémentaire* ».

¹⁸⁴ Enfin, on notera que les prestations complémentaires et supplémentaires en espèces versées au salarié par l'employeur ou l'assureur obéissent au régime juridique du salaire. Pour la Cour de cassation, et dès lors qu'il ne s'agit pas de « secours », les allocations versées par l'employeur en cas d'invalidité ou de décès sont soumises à cotisations en tant que salaire pendant l'exécution du contrat de travail. La Cour de cassation (qui s'est prononcée dans des cas où les prestations étaient versées directement par l'entreprise) soumet à cotisations, toutes les sommes versées aux salariés en contrepartie ou à l'occasion de leur travail. Ces prestations de prévoyance constituent des avantages en argent procurés en contrepartie ou à l'occasion du travail et doivent être soumises à cotisations, peu importe qu'elles aient été versées après la rupture du contrat (Cass. soc., 26 sept. 2002, n° 00-19.250 et Cass. Ass. plén., 26 janv. 2001, n° 99-11.758).

¹⁸⁵ Avis n° 13-A-11 du 29 mars 2013 relatif aux effets sur la concurrence de la généralisation de la couverture complémentaire collective des salariés en matière de prévoyance.

¹⁸⁶ « *Selon ce principe, plus le nombre d'assurés pris en charge par un organisme est important, moins la cotisation nécessaire pour payer les prestations doit être élevée* » (avis préc., n° 77, p. 17).

¹⁸⁷ Avis préc., n° 84, p. 19.

- organiser la solidarité entre les entreprises de la branche dans la mesure où le régime de prévoyance se construit en partie en considération des caractéristiques du secteur d'activité et des risques qu'il génère. Ce faisant, la branche remplirait pleinement la double mission que lui assigne l'article L. 2232-5-1 du Code du travail : définir les conditions d'emploi et de travail des salariés ainsi que les garanties qui leur sont applicables ; réguler la concurrence entre les entreprises relevant de son champ d'application et ce grâce à l'uniformité des conditions tarifaires.
- produire des effets vertueux sur l'offre d'assurance en termes de tarification et de services. En effet, « *la conjonction entre les faibles fréquences des décès et invalidités et l'importance des indemnisations légitime la recherche d'une volatilité réduite de la sinistralité par l'effet d'une mutualisation au niveau d'une branche* »¹⁸⁸. En prévoyance, la taille du portefeuille est déterminante et « *les spécificités sectorielles nécessitent une acquisition d'information et un suivi spécifique par un organisme unique au profit de toutes les entreprises du secteur* »¹⁸⁹.

Ces arguments militent en faveur d'un besoin important de mutualisation pour les garanties prévoyance. S'il existe une obligation de négociier pour ces garanties, encore faut-il que toutes les entreprises aient un accès effectif et utile à ce marché pour être en mesure de proposer des couvertures solides à l'ensemble des salariés. La création d'outils de solidarité professionnelle constitue dès lors un impératif en matière de prévoyance afin qu'aucune entreprise, ni aucun salarié ne soit privé de l'accès à une telle couverture. Ce besoin de solidarité professionnelle en matière de prévoyance a d'ailleurs été souligné par le Défenseur des droits consécutivement à une saisine par de petites entreprises qui rencontraient des difficultés d'accès à l'assurance pour leurs couvertures prévoyance (Décision MLD-2015-283 du 17 décembre 2015).

Plusieurs pistes sont envisageables. Les développements suivants instruisent plusieurs mécanismes de mutualisation pour répondre à ce besoin de solidarité professionnelle. On observera néanmoins que les mécanismes envisagés ne présentent pas tous la même efficacité pour répondre pleinement à ce besoin. Le premier (codésignation) permettrait de créer une solidarité professionnelle sans faille ; le second (amélioration des clauses de recommandation), quoiqu'organisant lui aussi la solidarité professionnelle, ne serait toutefois pas à même de corriger toutes les difficultés d'accès à l'assurance prévoyance. Mais ces deux pistes ne sont applicables qu'en présence d'un accord de branche. A défaut d'un tel accord, des propositions sont formulées afin d'améliorer l'accès à une assurance prévoyance des entreprises fragilisées par certaines de leurs caractéristiques (secteur d'activité, taille, sinistralité, pyramide des âges...).

Envisager le retour du mécanisme des clauses de désignation pour la prévoyance lourde

Juridiquement, celle-ci n'est pas inenvisageable si l'on veut bien se rappeler que la décision du Conseil constitutionnel de 2013¹⁹⁰, qui les avait censurées lors de l'examen de constitutionnalité de la loi de sécurisation de l'emploi, n'a pas dénié au législateur le droit de porter atteinte à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle dans un but de mutualisation des risques. Dans cette décision, il a été reproché au législateur « *une atteinte disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi de mutualisation des risques* » (cons. 13). Or, il faut se souvenir qu'était principalement en jeu en 2013 la couverture santé pour laquelle l'Autorité de la concurrence

¹⁸⁸ Baromètre Santé Mercer, juin 2010. Il s'agissait d'une étude portant sur un large portefeuille d'assurance collective complémentaire santé (900 000 bénéficiaires assurés dont 450 000 salariés).

¹⁸⁹ Rapport sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective réalisé par D. Libault, sept. 2015, p. 51.

¹⁹⁰ Décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013.

avait souligné quelques mois auparavant que « *les bénéfiques attendus d'une mutualisation des risques à l'échelle de l'ensemble de la branche doivent être relativisés* »¹⁹¹.

Dès lors, même s'il convient d'être prudent et de ne pas préjuger d'une éventuelle décision du Conseil constitutionnel, on peut penser que les enjeux forts de la mutualisation des risques en matière de prévoyance (v. ci-dessus) pourraient conduire le Conseil constitutionnel à considérer qu'une clause de désignation dans ce seul champ des risques lourds porterait une atteinte à la fois légitime¹⁹² et proportionnée à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle¹⁹³. De plus, cela permettrait de prendre en considération la décision du Comité européen des droits sociaux du 3 juillet 2018¹⁹⁴ qui a estimé que l'interdiction des clauses de désignation viole l'article 6§2 de la Charte sociale européenne au motif qu'il n'y a pas « *de raison fondamentale d'accorder plus d'importance à la liberté contractuelle au détriment du droit de négociation collective* » (cons. 68). Tout est question de proportionnalité. L'appréciation de celle-ci par le CEDS lui permet de souligner que « *la désignation d'un organisme assureur par les partenaires sociaux était un mécanisme fondé sur le principe de la solidarité* » (cons. 72), contrairement au mécanisme de la recommandation qui « *conduit à un régime de protection sociale complémentaire à deux vitesses* » » (cons. 73)¹⁹⁵.

Remarque : La réintroduction des clauses de désignation pourrait être aménagée et ne pas s'apparenter à un simple retour à la situation *ex ante* qui était loin de satisfaire tous les intérêts en présence. Il pourrait être fait place à des clauses de codésignation portant au moins sur deux organismes assureurs, le cas échéant de deux « familles » différentes¹⁹⁶. Selon l'Autorité de la concurrence, une telle codésignation « *serait de nature à stimuler et à entretenir la concurrence entre les organismes ainsi désignés par le maintien d'un certain degré de liberté de l'employeur en ce qui concerne l'organisme auprès duquel il souhaite que ses salariés soient affiliés* »¹⁹⁷. Ce faisant, la compatibilité constitutionnelle serait sans doute moins incertaine au regard des termes

¹⁹¹ Avis préc., n° 84, p. 19.

¹⁹² D'autant plus légitime que certains risques lourds sont considérés comme les « parents pauvres » de la Sécurité sociale (invalidité et décès).

¹⁹³ La recherche de proportionnalité pourrait conduire à circonscrire le périmètre des clauses de désignation aux risques dont la survenance déclenche des prestations viagères ou à des prestations d'un montant élevé.

¹⁹⁴ Au sein de l'article 6 consacré au droit de négociation collective et en vue d'assurer l'exercice effectif du droit de négociation collective, le §2 invite les États à « *promouvoir, lorsque cela est nécessaire et utile, l'institution de procédures de négociation volontaire entre les employeurs ou les organisations d'employeurs, d'une part, et les organisations de travailleurs, d'autre part, en vue de régler les conditions d'emploi par des conventions collectives* ». CEDS 3 juillet 2018, *Confédération Générale du Travail Force Ouvrière c. France*, réclamation n° 118/2015.

¹⁹⁵ Le Comité reproche le caractère très général de l'interdiction des clauses de désignation. Il considère qu'ainsi, ne sont pas prises en compte « *certaines branches aux besoins spécifiques, présentant des « mauvais risques » ou encore les activités où les salariés changent fréquemment d'employeurs* » (cons. 74).

¹⁹⁶ Les conditions de détermination des assureurs désignés par les branches ont été largement décriées pour leur opacité. À l'occasion de l'instauration des clauses de recommandation, le législateur français a institué une procédure de mise en concurrence devant garantir la transparence, assurer l'égalité de traitement des candidats et l'impartialité du choix des partenaires sociaux. Dans l'hypothèse de la réintroduction (partielle) des clauses de désignation, le cadre actuel de mise en concurrence pourrait tout à fait être mobilisé, sous réserves d'aménagements liés à l'éventuel recours à une codésignation. Voir décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015 relatif à la procédure de mise en concurrence des organismes dans le cadre de la recommandation prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale (C2S, art. D. 921-1 à 13).

¹⁹⁷ Avis préc., n° 103, p. 24. Voir aussi le rapport Libault dont la recommandation n° 9 est exprimée dans les termes suivants : « *encadrer le recours à la codésignation, afin d'en faire un levier de solidarité respectueux des exigences posées par le Conseil Constitutionnel et l'Autorité de la concurrence* » (p. 50).

du considérant 11 de la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013 qui précise que « *le législateur peut porter atteinte à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle dans un but de mutualisation des risques, notamment en prévoyant que soit recommandé au niveau de la branche un seul organisme de prévoyance... ou en offrant la possibilité que soient désignés au niveau de la branche plusieurs organismes de prévoyance...* ». Selon des modalités à déterminer, la codésignation constituerait incontestablement un mécanisme de mutualisation des risques permettant à la fois de préserver un certain degré de liberté contractuelle et de stimuler *a minima* la concurrence.

Encadré 28 : Effets pouvant être escomptés en matière de prévention

Avec les clauses de désignation, les organismes complémentaires ont tout intérêt à développer une véritable politique de gestion du risque faisant une place importante à la dimension préventive, le cas échéant en co-construction avec les partenaires sociaux de la branche. À cet effet, parce qu'ils pourraient inscrire leurs relations avec le secteur professionnel dans la durée, les organismes assureurs pourraient mobiliser les données accumulées sur la sinistralité du secteur afin de mieux cibler les actions de prévention pertinentes.

Cela irait dans le sens de deux rapports récents qui ont semblé vouloir « institutionnaliser » pour l'avenir l'intervention des organismes complémentaires dans le champ de la prévention de la santé au travail. De façon indirecte, il en va ainsi du rapport *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* (dit rapport Lecocq)¹⁹⁸ et, de façon plus explicite, du rapport *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail rapport relatif la maîtrise des arrêts de travail*¹⁹⁹ qui propose de mobiliser les dispositifs de prévention développés par les assureurs complémentaires pour accompagner le maintien, voire le retour en emploi, des salariés rencontrant des problèmes de santé. À cet égard, la clause de désignation permettrait de lever une des limites que les assureurs évoquent souvent, à savoir « *le fait que les actions de prévention ne sont pas « portables », c'est-à-dire que le retour sur investissement en prévention n'est possible que si l'entreprise ne change pas d'assureur* »²⁰⁰.

[Compléter le cadre juridique de la recommandation pour éviter que des entreprises subissent des effets de segmentation du marché en considération de leur profil de risque](#)

En l'état actuel du droit, en présence d'une clause de recommandation, l'assureur recommandé doit accepter toutes les demandes d'adhésion formulées par les entreprises de la branche aux conditions négociées par celle-ci. Ce mécanisme présente l'avantage de permettre à toutes les entreprises, quelles que soient leurs caractéristiques, de s'équiper sur le marché et de satisfaire aux obligations conventionnelles de branche. L'insertion d'une clause de recommandation dans les accords de branche relatifs à la prévoyance est donc très utile pour les entreprises « peu attractives ». Or, on observe un assez faible recours à ces clauses dans les accords de branche. Il pourrait donc être proposé de conditionner l'extension des accords de branche en prévoyance à la présence d'une clause de recommandation.

Pour autant, l'équilibre interne à la branche reste exposé au risque de segmentation du marché : les entreprises (ou groupes) présentant un bon profil de risque – en raison notamment de leur taille – peuvent espérer obtenir un tarif plus avantageux en négociant de gré à gré avec un assureur et faire le choix de ne pas entrer dans la mutualité de branche confiée à l'assureur recommandé alors que, dans le même temps, les entreprises à moins bon profil auront intérêt

¹⁹⁸ C. Lecocq, B. Dupuis et H. Forest, avec l'appui de H. Lanouzière, *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, rapport réalisé à la demande du Premier ministre, août 2018. Ce rapport recense et repère un certain nombre d'initiatives prises par les organismes complémentaires (v. p. 103-104).

¹⁹⁹ J.-L. Bérard, S. Oustric et S. Seiller, *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail*, rapport réalisé à la demande du Premier ministre, févr. 2019.

²⁰⁰ Ibid, p. 120.

à entrer dans cette mutualité. Inévitablement, le tarif collectif proposé par ce dernier lors de l'appel à concurrence tient compte de ce risque et sera mécaniquement plus élevé qu'avec une clause de désignation, car l'assureur sait ne pas pouvoir compter sur toutes les entreprises de la branche. Ce risque de segmentation du marché porte également en germe des difficultés pour l'avenir. D'une part, le tarif collectif prévu pour la durée de la recommandation peut avoir sous-estimé l'ampleur du phénomène de segmentation du marché en considération des profils de risque ; d'autre part, les résultats de la branche peuvent être affectés par le retour vers la mutualité des entreprises n'ayant pas initialement fait le choix de la recommandation, mais dont le profil de risque s'est dégradé.

Dès lors, il serait sans doute judicieux de compléter le cadre juridique relatif aux clauses de recommandation pour contrecarrer ce phénomène de segmentation. Un dispositif incitatif à souscrire auprès de l'assureur recommandé (ou dissuasif de ne pas le faire) pourrait être remis en discussion comme il l'avait été à l'occasion de la LFSS pour 2014. À l'époque, il avait été proposé une différence de taux de forfait social à acquitter selon que l'entreprise choisit (8 %) ou non (20 %) l'assureur recommandé. Le différentiel de taux avait été censuré par le Conseil constitutionnel²⁰¹ comme portant atteinte au principe d'égalité devant les charges publiques. Toutefois, c'est l'importance du différentiel, dans le cadre du marché visé (celui de la santé), qui avait conduit à cette conclusion. Dans son communiqué de presse, le Conseil constitutionnel précisait en effet que le législateur pouvait prévoir un dispositif d'incitation fiscale à choisir l'organisme recommandé. Mais il a jugé tant au regard de l'objectif d'intérêt général que des conséquences pour les entreprises intéressées des règles retenues que cet écart de taux devait être très limité. Pour autant, la décision laisse la place à ce type d'incitation (ou de dissuasion) qui se justifie a fortiori lorsqu'est en jeu une recommandation concernant un régime de prévoyance (et non seulement un régime frais de santé). Resterait à déterminer le « juste » écart de taux.

2.5.6.5. A défaut d'accord de branche, faciliter l'accès au marché de l'assurance prévoyance

En l'absence d'accord de branche, la difficulté à s'équiper pour les entreprises qui sont « peu attractives » sur le marché de la prévoyance demeure. L'absence de mécanisme de solidarité professionnelle s'avèrerait donc particulièrement problématique dans la perspective envisagée de créer une obligation patronale subsidiaire de financement d'une couverture prévoyance (v. supra).

Il pourrait être instruit l'idée de mettre à la charge des OC une obligation de formuler une ou des offres à destination de ces entreprises. Cette obligation serait assortie d'exigences de transparence sur le niveau des couvertures proposées à l'adhésion ainsi que sur les conditions tarifaires. Une telle proposition pourrait être assortie d'un dispositif suivi de la part des pouvoirs publics tel que suggéré en 2015 par le Défenseur des droits (Décision MLD-2015-283, pt 53). Et, s'il était observé des difficultés récurrentes d'accès pour ces entreprises, les pouvoirs publics pourraient être amenés à mettre en œuvre la proposition également formulée par le Défenseur des droits : celle de créer un mécanisme d'aide à l'assurance consistant « à étendre le champ de compétence du bureau central de tarification » (pt 54).

2.5.6.6 Développer l'information des personnes sur leurs garanties en matière de prévoyance

Le niveau d'information des personnes sur leur couverture face aux risques d'incapacité, d'invalidité et de décès est faible. La cause en est triple : le manque d'anticipation de ces risques dont la réalisation est rare ou lointaine ; la faible connaissance du système, liée à la rareté de son utilisation ; la multiplicité des modes de protection (sécurité sociale, contrats de prévoyance

²⁰¹ Décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013.

individuels ou collectifs, compléments de rémunération relevant de l'initiative des employeurs ou de la négociation collective).

Sur le modèle du droit à l'information sur les retraites, créé par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, un droit à l'information sur la prévoyance devrait être reconnu par la loi. Toute personne aurait le droit de recevoir, à sa demande ou à certains âges, une information consolidée sur ses droits en cas de réalisation de différents événements (incapacité d'une certaine durée, invalidité permanente, décès). Un groupement d'intérêt public ou un groupement d'intérêt économique associant les régimes de sécurité sociale, les organismes complémentaires et des représentants des employeurs aurait la charge d'organiser les échanges d'information nécessaires à la mise en œuvre de ce droit.

La création de ce groupement pourrait s'accompagner d'un travail d'harmonisation dans la définition des faits générateurs (événements ouvrant droit aux prestations) et des garanties apportées.

Annexes

A.1. Lettre de mission du Ministre des Solidarités et de la Santé



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Ministre

Paris, le 19 JUL. 2021

Nos Réf. : Cab. SSA/OV-SSa/D-21- 019692

Monsieur le Vice-président,

À ma demande, mon cabinet a reçu le 7 juillet l'équipe du secrétariat général du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), afin de faire un point sur les travaux en cours du HCAAM.

Le secrétariat général du HCAAM a pu ainsi présenter les scénarios à l'étude, relatifs à l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires, qui ont fait l'objet d'une discussion au sein du HCAAM lors de la séance du 24 juin dernier.

Les couvertures maladie obligatoire et complémentaire ont connu de nombreuses réformes depuis 20 ans (CMU puis PUMA pour la couverture obligatoire, CMU-c, aide au paiement d'une complémentaire santé, complémentaire santé solidaire, pour l'accès aux soins des personnes les plus modestes, contrat responsable et 100 % santé pour la définition du panier de soins couvert par les complémentaires, obligation de couverture collective en entreprise, extension à venir de la couverture complémentaire dans la fonction publique, introduction de la possibilité de résiliation infra-annuelle des contrats,...).

Ces réformes ont fortement amélioré la couverture santé des Français, mais la situation actuelle reste néanmoins marquée par des faiblesses structurelles : iniquités de couverture entre ménages, difficultés d'accès à la complémentaire pour les publics précaires ou les retraités modestes, complexité de gestion pour les professionnels de santé, montant des frais de gestion qui pèsent sur le pouvoir d'achat des assurés.

Face aux enjeux que représente pour les Français un système d'assurance maladie juste, accessible, lisible, efficient, assurant un haut niveau de remboursement des soins, les scénarios envisagés par le HCAAM visent à améliorer ou réformer l'articulation entre couverture de base et couverture complémentaire, en précisant le rôle de chacun. À ce titre ils me paraissent, à des degrés divers, pouvoir ouvrir des pistes de réflexion et de débat fécondes, notamment celui visant à renforcer l'intervention de la Sécurité Sociale.

Afin que ces débats puissent être étayés par des scénarios solidement instruits, chiffrés, éclairant les impacts sur les assurés et les employeurs, sur l'assurance maladie et les organismes complémentaires, sur les professionnels et les établissements de santé, je souhaite que vous meniez un travail technique approfondi avec l'appui d'un groupe de travail interadministratif.

Monsieur Pierre-Jean LANCERY
Vice-président du HCAAM
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

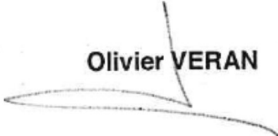
14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07

Au-delà des débats conceptuels, vous veillerez en particulier à analyser les conséquences concrètes de la mise en œuvre de ces scénarios. Parmi ces derniers, certains s'inscrivent en rupture avec l'existant et méritent à ce titre une expertise particulière pour en mesurer les risques mais aussi les apports potentiels ainsi que l'acceptabilité pour l'ensemble des acteurs dont notamment les assurés.

Vous me remettrez le rapport présentant ce travail d'ici le mois de novembre 2021.

Sachant pouvoir compter sur l'engagement du HCAAM pour éclairer un sujet qui constitue une préoccupation majeure des Français, et une priorité pour moi, je vous prie d'agréer, Monsieur le Vice-président, l'expression de ma considération distinguée.

Olivier VERAN



A.2. Le plafonnement des restes à charge par un mécanisme de type « bouclier sanitaire »

Le bouclier sanitaire : principe et modalités possibles de mise en œuvre

Le cumul des participations financières des patients à la dépense remboursable, notamment des tickets modérateurs, peut représenter une lourde charge. C'est particulièrement vrai pour les assurés sociaux devant faire face à des épisodes de maladie coûteux, et notamment pour les moins aisés d'entre eux.

Un mécanisme de type « bouclier sanitaire » peut permettre de remédier en partie à ces difficultés.

Schématiquement, ce mécanisme consiste à plafonner le cumul de reste à charge : à partir du moment où ce cumul atteint un certain niveau ou « plafond », les dépenses de santé font l'objet d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale. De cette manière, le montant maximum de restes à charge cumulés ne peut excéder ce plafond, d'où le terme « bouclier sanitaire ».

Ce mécanisme existe dans de nombreux pays européens. Il prend la forme soit d'un montant monétaire fixe (Suisse, Pays-Bas, Suède), soit d'un plafond fixé en fonction du revenu (Allemagne, Belgique)²⁰². Il permet d'améliorer la prise en charge du risque maladie pour les plus malades et d'améliorer l'accès aux soins offert par la couverture obligatoire, notamment pour les plus modestes, a fortiori si le niveau du plafond varie avec le revenu.

En pratique, la mise en œuvre d'un bouclier sanitaire peut prendre plusieurs modalités :

- Selon que le bouclier est individuel ou s'applique aux dépenses de santé de l'ensemble des individus du ménage
- Selon que son montant est fixe ou qu'il varie avec les ressources financières des individus
- Selon qu'il est identique quel que soit l'âge ou que différents montants existent selon l'âge (par exemple un plafond réduit voire nul pour les enfants)
- Selon que les malades chroniques bénéficient ou non d'un plafond réduit.

En France, l'idée d'un bouclier est régulièrement débattue²⁰³.

Sans modification des règles de participations financières et d'exonération des patients qui prévalent actuellement, son introduction générerait mécaniquement une augmentation des remboursements de l'AMO. A contrario, il serait possible de mettre en place un bouclier sanitaire sans générer de surcoût pour l'AMO, à condition d'accompagner son introduction d'une modification des règles de participation des assurés sociaux à la dépense (franchise annuelle, hausse des TM, suppression de certaines exonération...).

L'introduction en France d'un bouclier bornant le montant annuel de restes à charge opposables après AMO pourrait modifier les comportements de souscription d'assurance complémentaire des individus, même si la possibilité de restes à charges perdurerait une fois le plafond atteint, en raison des dépassements d'honoraires et plus généralement de la liberté tarifaire.

²⁰² Voir à ce sujet « Eclairage international : protection contre les restes à charge élevés en santé (Belgique, Allemagne, Pays-Bas) », *Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale*, septembre 2021, pp 128 et suivantes.

²⁰³ Voir notamment le rapport de R. Briet et de B. Fragonard du 28 septembre 2007 *Mission bouclier sanitaire*, l'article de PL Bras, É Grass, O Obrecht de 2007 : « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge », *Droit social*, 2007, l'article de B. Garros (2010) : « Bouclier sanitaire : à la recherche de la solidarité perdue ! », *adsp* n°72 septembre 2010.

Le risque que l'absence de participation financière des patients une fois le plafond atteint provoque un surcroît de consommation semble peu probable :

- Comme l'indiquent Geoffard et Lagasnerie²⁰⁴, la gratuité existe déjà pour une grande partie des assurés sociaux du fait de l'existence d'assurances complémentaires (on peut également mentionner le système d'ALD)
- La gratuité assurée par ce plafond n'est pas totale. Le patient continuerait notamment à supporter les dépassements d'honoraires
- Il est souvent admis que pour les dépenses de soins élevées, l'élasticité-prix de la demande devient nulle et la dépense est alors plus souvent déterminée par l'offre de soins²⁰⁵.

Simulations de quelques boucliers par la Drees

Les principaux effets redistributifs d'un bouclier sanitaire ont été analysés avec le modèle Ines-Omar 2017. Différents boucliers sanitaires, qui diffèrent par leur plafond et par le champ des soins couverts, ont pu être simulés. Ces boucliers couvrent soit l'ensemble du reste à charge opposable en ville comme à l'hôpital, soit le reste à charge opposable uniquement à l'hôpital. Le reste à charge opposable est entendu comme l'ensemble des tickets modérateurs, participations forfaitaires et franchises, forfait journalier actuellement non pris en charge par la sécurité sociale. Ils s'appliquent au niveau individuel et indépendamment de l'âge ou du niveau de vie.

Le tableau 21 fournit le coût estimé pour l'assurance maladie de chacune de ces variantes. Comme les personnes âgées sont les plus susceptibles d'avoir un RAC élevé, un bouclier sanitaire conduit à réduire l'écart du risque à couvrir entre les personnes âgées et les personnes d'âge actif. Cet effet peut se traduire par le ratio de RAC opposable moyen entre les personnes âgées de plus de 70 ans et celles âgées d'entre 20 et 39 ans. Ce ratio est de 4,1 en 2017, ce qui signifie que les personnes âgées ont en moyenne un reste à charge opposable plus de quatre fois supérieur à celui des plus jeunes. Plus le seuil du bouclier sanitaire est bas, plus ce ratio baisse, et plus le coût pour l'assurance maladie du dispositif est élevé (tableau 21).

Tableau 21 : Coût financier et impact sur les restes à charge de différents boucliers sanitaires

Champ	Plafond	Coût (Mds €)	Ratio de RAC opposable (+70 ans/20-39 ans)
Hôpital	2 100 €	0,6	3,9
Hôpital	1 100 €	1	3,8
Hôpital	630 €	1,5	3,7
Hôpital	330 €	2	3,6
Ville et hôpital	1 400 €	2	3,5
Ville et hôpital	720 €	4,2	3
Ville et hôpital	400 €	7,2	2,5

Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

Dans la suite, les effets d'un bouclier ville et hôpital avec un plafond de 1 400 € (bouclier I) et d'un bouclier portant uniquement sur l'hôpital avec un plafond de 1 100 € (bouclier H) sont analysés plus précisément. Ces boucliers sont d'une ampleur restreinte, avec un coût financier

²⁰⁴ P-Y Geoffard, G. de Lagasnerie (2012) : « Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation », *Economie et Statistique* n° 455-456, 2012.

²⁰⁵ Voir notamment Newhouse J. et The Insurance Experiment Group (1993), *Free for all? Lessons from the Health Insurance Experiment*. Cambridge, Harvard University Press, 1993.

limité à respectivement 2 milliards d'euros et 1 milliard d'euros. Ils n'ont pas vocation à modifier profondément le partage des rôles entre AMO et AMC mais seulement à éviter l'existence de restes à charge catastrophiques²⁰⁶. Étant donné le niveau élevé des plafonds, seule une faible part de la population serait concernée : 2,6 % avec le bouclier I et 1,2 % avec le bouclier H. Néanmoins ces proportions très faibles masquent une importante disparité en fonction de la classe d'âge (tableau 22). Les retraités seraient presque 8% à bénéficier du bouclier I chaque année, et près de 4 % à bénéficier du bouclier H (contre respectivement 1,4 et 0,5 % des salariés).

Tableau 22 : Proportion de la population impactée par les boucliers sanitaires en fonction de l'âge

Classe d'âge	0-9 ans	10-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	+ 80 ans
Bouclier I	0,6%	0,4%	0,7%	1,3%	1,4%	1,9%	2,7%	7,4%	13,5%
Bouclier H	0,6%	0,2%	0,3%	0,6%	0,4%	0,8%	1,0%	4,2%	6,0%

Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

Le bouclier sanitaire apparaît comme un outil particulièrement efficace pour réduire la charge des dépenses de santé dans le budget des personnes âgées. En réduisant les restes à charge catastrophiques, il facilite l'assurabilité des populations exposées aux dépenses les plus élevées et entraîne une baisse des cotisations de complémentaire santé moyenne. Ainsi, si la baisse de leur reste à charge se traduit par une baisse à due proportion de leurs primes, le bouclier I permettrait de réduire la prime des personnes de plus de 80 ans de 225 € par an en moyenne (110 € pour le bouclier H), et celle des 70-79 ans de 150 € par an (95 € pour le bouclier H).

Le bouclier sanitaire impacterait également plus fortement les personnes à l'état de santé dégradé, lesquelles font face à des restes à charge importants malgré l'existence du dispositif d'affection de longue durée (ALD)²⁰⁷. Ainsi 6,1 % des personnes en ALD bénéficieraient du bouclier I, et 3,4 % d'entre elles bénéficieraient du bouclier H (et respectivement 2,3 % et 0,9 % des personnes n'étant pas en ALD).

²⁰⁶ Il s'agit des restes à charge opposables ; les restes à charge restants, composés de liberté tarifaire, de dépassements, et de dépenses non remboursables par la sécurité sociale, ne sont pas ciblés par le bouclier sanitaire et peuvent atteindre des niveaux élevés.

²⁰⁷ Adjerad R., Courtejoie N, 2021 « Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures », *Études et Résultats*, n°1180, DREES.

A.3. Précisions méthodologiques sur les chiffrages des impacts financiers et redistributifs

Les scénarios 2 à 4 modifient la structure des champs d'intervention des assurances maladie obligatoire et complémentaire et ces transferts ont d'importants effets redistributifs, qui ont été chiffrés par la DREES.

Le modèle Ines-Omar 2017

Les chiffrages s'appuient sur le modèle Ines-Omar²⁰⁸. Ce modèle de micro-simulation, développé par la DREES, permet d'analyser les dépenses de santé des individus et la répartition de leur financement (entre AMO, AMC et ménages) selon les caractéristiques de la population, et notamment : âge, niveau de vie, statut d'occupation, état de santé perçu, bénéfice d'une affection de longue durée (ALD), type de couverture complémentaire. Il repose sur un pseudo-appariement entre :

- Les données de l'enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV 2017) permettant de connaître les caractéristiques sociodémographiques de la population en France métropolitaine ainsi que son état de santé et sa couverture par une complémentaire santé suite à la généralisation de la complémentaire d'entreprise
- L'enquête européenne de santé (EHIS-ESPS 2014) appariée au SNDS permettant de connaître, selon les mêmes caractéristiques, la distribution des dépenses de santé remboursables en ville et à l'hôpital (en MCO, PSY, SSR et HAD)
- L'enquête « OC » sur les contrats des organismes complémentaires assurant une couverture santé 2016, permettant de connaître les garanties et modes de tarification des contrats de complémentaires santé individuels (y compris réservés aux étudiants, fonctionnaires, indépendants et retraités), et d'entreprise
- L'enquête protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE 2017) permettant de connaître les primes moyennes et les taux de participation des entreprises au financement des complémentaires santé, selon la taille et le secteur d'activité
- Le modèle INES, développé par la DREES avec l'Insee et la Cnaf, contenant la participation des ménages au financement de l'AMO, l'éligibilité à l'ACS et à la CMU-C, la taille de l'entreprise et le secteur d'activité des salariés.

Le champ du modèle est l'ensemble des dépenses de santé remboursables et individualisables en nature en ville comme à l'hôpital public et privé, en médecine-chirurgie-obstétrique, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie et hospitalisation à domicile (hors médico-social). Le modèle s'appuie sur des données représentatives de l'ensemble des ménages ordinaires de France métropolitaine.

Les montants des dépenses totales de santé par poste de soins sont calés sur les montants des comptes de la santé 2017 sur le champ des dépenses remboursables et individualisables France entière. Un calage est effectué sur les restes à charge après AMO à partir de la base RAC 2017 (sur le même champ), pour les séjours hospitaliers, les soins de ville hors optique, prothèses dentaires et audioprothèses ainsi que pour les médicaments. Les montants macroéconomiques se distinguent de ceux présentés dans les Comptes de la santé car ils correspondent ici aux dépenses remboursables, présentées au remboursement, et individualisables. Un écart peut notamment être constaté sur l'hôpital public²⁰⁹. En raison de la simulation du recours au 100%

²⁰⁸ Fouquet M. 2021, *Le modèle de micro-simulation Ines-Omar 2017 – Note méthodologique détaillée*, Les dossiers de la Drees

²⁰⁹ Dans les Comptes de la santé les soins hospitaliers publics sont valorisés aux coûts des facteurs (masse salariale, achat de médicaments, etc.). Cette valorisation diffère de celle enregistrée dans le SNDS, qui correspond aux recettes des établissements provenant de l'assurance maladie, des ménages, des organismes complémentaires en santé et de l'État, associées à des dépenses rembour-

santé, aucun calage n'est réalisé sur les postes restants (optique, audioprothèses, prothèses dentaires).

Au sein des RAC AMO, la répartition de la prise en charge des dépenses entre les AMC et les ménages (RAC AMC) est issue du modèle Omar. Les cotisations sont calées sur le ratio entre prestations et cotisations en santé issus du Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires²¹⁰, après application des ratios des contrats individuels et des contrats collectifs respectivement aux prestations d'Omar sur les contrats individuel et d'entreprise. Ceci revient à faire l'hypothèse que le taux de frais de gestion est identique sur le champ des prestations remboursables et sur le non-remboursable.

Simulation de la C2S

Afin de tenir compte du contexte actuel dans lequel les réformes s'inscriraient, une version alternative du modèle Ines-Omar 2017 incluant la C2S est créée. Les personnes bénéficiaires de l'ACS (tirées parmi les éligibles dans Ines, en respectant la structure par âge du nombre de bénéficiaires) se voient donc attribuer les dépenses de santé d'individus bénéficiaires de la CMU-C d'âge et de statut ALD semblables, et des contributions C2S correspondant à leur âge. Ces deux ensembles de bénéficiaires sont alors considérés comme couverts par la C2S dans le cadre de la simulation du 100 % santé.

Simulation de la réforme du 100 % santé

Les données du modèle Ines-Omar 2017 précèdent la mise en œuvre de la réforme du 100 % santé. Étant donné l'importance de prendre en compte ce dispositif dans les réflexions sur d'éventuelles réformes, une version alternative du modèle a été produite pour simuler l'existence de ce dispositif.

En optique et en audio, le taux de recours au panier 100 % santé parmi les personnes recourant à ce type de soins est celui ciblé par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) à long terme : 20 % en optique et 40 % en audio. Ces cibles incluent une hypothèse de recours à 100 % de la part des bénéficiaires de la C2S, de sorte que le recours attendu pour les non-bénéficiaires de la C2S est inférieur à la cible. En dentaire le recours est celui mesuré en début 2021, soit 49 % pour les personnes non-bénéficiaires de la C2S, à quoi s'ajoute l'hypothèse de 100 % de recours pour les bénéficiaires.

La consommation de biens 100 % santé est attribuée aux individus du modèle ayant consommé des biens en optique, prothèses-dentaires, aides auditives. Parmi chaque classe de biens, les recourants estimés sont ceux pour lesquels la liberté tarifaire est la plus faible.

Une fois les recourants sélectionnés, les lignes de dépenses concernées sont remplacées dans le modèle par des lignes fictives qui simulent la consommation d'un bien 100 % santé. En optique et en audio, le prix attribué est le prix moyen observé en 2020 (source DSS). En dentaire il s'agit d'une estimation effectuée lors des préparatifs de la réforme basée sur les prix limites de vente des différents types de prothèses et le nombre de consommateurs de chaque type dans le SNDS. Le remboursement AMO simulé sur le panier 100 % santé est conforme au remboursement AMO réellement versé dans le cadre du dispositif. Le reste est considéré comme étant entièrement remboursé par la complémentaire santé quand celle-ci existe.

sables et individualisables dans les établissements publics. La différence entre les charges utilisées pour calculer la CSBM et ces produits spécifiques provient, entre autres, du déficit et des produits non individualisables des établissements (voir Adjerad, Courtejoie, Études et résultats n°1192, DREES)

²¹⁰ La situation financière des organismes complémentaires assurance une couverture santé, Rapport 2018

Enfin, la réforme prévoyait une hausse du nombre de consommateurs d'aides auditives sous l'effet du 100% santé, laquelle semble s'être confirmée dans les faits. Une hausse de la consommation a également été simulée sous la forme d'un calage à la hausse des montants de dépenses en audioprothèses, correspondant à une hausse de 33 % à 45 % du taux de recours aux audioprothèses parmi les personnes ayant une déficience auditive.

Hypothèses sur les modifications de comportements

Les hypothèses de comportement retenues par convention pour les simulations sont les suivantes :

- Les comportements sont inchangés du côté de la demande (consommation de soins) comme de l'offre (prix des soins)
- S'agissant des comportements de couverture, dans le scénario « Augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale », qui accroît en profondeur le champ d'intervention de l'assurance maladie obligatoire, les résultats sont présentés sous des hypothèses de désaffiliation d'une grande partie des assurés par des contrats de complémentaire santé. Dans le scénario décroisement (4), les comportements de couverture sont inchangés : les assurés continuent de souscrire des contrats de complémentaire santé de façon à maintenir le même niveau de prise en charge global (AMO + AMC). Voir section : « Effet des réformes sur l'évolution du marché AMC ».

Effet des réformes sur le coût pour les finances publiques

L'effet des réformes pour les finances publiques est calculé en variation par rapport à la situation initiale en 2017 et est composé des éléments suivants :

- Le montant des remboursements/déremboursements de l'assurance maladie obligatoire : ils correspondent aux participations en ville (tickets modérateurs, participations forfaitaires) et à l'hôpital (tickets modérateurs, participations forfaitaires, forfaits journaliers hospitaliers) de la dépense remboursable et individualisable
- La perte de financements liée à la suppression des contributions à la C2S payante
- La perte de rendement de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) : en appliquant le taux réduit de 13,27 % pour les contrats responsables à l'évolution simulée des cotisations de l'AMC. Sur les contrats d'entreprise la TSA est ainsi répartie au prorata de la répartition de la cotisation AMC entre salarié et employeur
- L'évolution du rendement du forfait social : les participations employeurs supprimées du fait des variations du champ d'intervention de l'AMO conduisent à une perte du forfait de 8 %. Les parts employeurs restantes sont considérées comme maintenues par les entreprises, et soumises à un forfait social de 20 % pour les entreprises maintenant une complémentaire d'entreprise et à un forfait de 8 % pour les entreprises désaffiliées (transfert vers de la prévoyance soumise au forfait social de 8 %, et 0 % pour les petites entreprises)
- La perte de rendement de la CSG et de la CRDS payées par les salariés sur la part de la contribution de l'employeur supprimée du fait des variations du champ d'intervention de l'AMO
- L'évolution du rendement de l'impôt sur le revenu des salariés : réduction de l'assiette soumise à l'IR pour la part patronale supprimée, réintégration de la part salariale supprimée dans l'assiette de l'IR
- L'évolution du rendement de l'impôt sur le revenu des indépendants : suppression du montant des aides fiscales liées aux contrats Madelin. Le montant macroéconomique de ces aides, évalué par le rapport IGAS de 2016, est réparti entre les indépendants soumis à l'IR en proportion de leurs primes AMC

- Les quelques participations de l'État au financement de la complémentaire santé des agents de la fonction publique d'État.

Effet des réformes sur l'évolution du marché AMC

L'effet des réformes sur le marché de l'AMC est mesuré en chiffre d'affaires (cotisations, frais de gestion, marges) hors TSA. Il résulte de deux effets :

- L'extension du panier AMO qui réduit d'autant les prestations versées aux actuels bénéficiaires d'une complémentaire santé, mais ne concerne pas le champ du non-remboursable
- La désaffiliation d'une partie des assurés d'une complémentaire santé (le cas échéant) affectant à la fois les champs du remboursable et du non-remboursable.

Il est considéré que les soins déremboursés par l'AMO sont dorénavant pris en charge par les complémentaires santé pour les personnes couvertes par une assurance complémentaire. Ainsi, celles-ci ne constatent aucune évolution à la hausse de leur reste à charge après AMC dans l'hypothèse de comportements inchangés de couverture. Inversement les remboursements AMC sur les soins désormais couverts par l'AMO sont supprimés.

Les cotisations de complémentaire santé évoluent proportionnellement à l'espérance de remboursement AMC :

- selon la classe d'âge et le niveau de couverture (bas de gamme, milieu de gamme ou haut de gamme suivant la classification de la DREES) pour les contrats individuels
- uniquement selon le niveau de couverture pour les contrats d'entreprise.

Les effets des réformes sur les frais de gestion et les marges des OCAM correspondent au solde entre les cotisations et les prestations. Ces frais évoluent en appliquant les hypothèses suivantes :

- Les frais de gestion des sinistres, les frais d'acquisition, et les marges des OCAM évoluent proportionnellement aux prestations
- Les frais d'administration évoluent seulement en proportion du nombre d'assurés.

Les comportements de couverture sont supposés inchangés dans le scénario de décroisement : les personnes déjà couvertes le demeurent mais avec une cotisation de complémentaire santé qui évolue ; les personnes non-couvertes ne le deviennent pas.

Dans le scénario « Augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale » sont également simulés des effets de désaffiliation à l'AMC. D'une part une hypothèse de désaffiliation totale. D'autre part une hypothèse intermédiaire où environ la moitié des personnes couvertes par une complémentaire santé privée choisissent de ne plus se couvrir. Les assurés désaffiliés sont ceux ayant les niveaux de couverture les plus faibles. Étant donné la qualité supérieure des contrats d'entreprise, ce sont selon ces hypothèses 19 % des assurés en entreprise et 69 % en individuels qui sont désaffiliés. Dans le cas des contrats d'entreprise, il est considéré que ce sont les employeurs qui optent pour la désaffiliation et que leur contribution est transférée vers un contrat de prévoyance soumis au forfait social de 8 % pour les grosses entreprises et de 0 % pour les entreprises de moins de 10 salariés.

Effet des réformes sur les actifs du secteur privé et public

Les effets de la réforme pour les employeurs des salariés du secteur privé sont distribués selon la taille des entreprises et le secteur d'activité. Il est important de garder à l'esprit que ces résultats sont obtenus à partir des données individuelles des salariés du privé dans Ines. Bien que l'enquête Emploi sur laquelle s'appuie Ines soit censée être représentative de l'ensemble des salariés du privé, il ne s'agit pas d'une enquête sur les entreprises et les résultats sont donc à considérer avec précaution. Le coût pour l'employeur augmente avec les hausses de cotisations patronales nécessaires au financement des réformes et diminue avec la réduction des primes AMC des salariés, et par conséquent aussi des contributions des employeurs, liée à la montée en charge de l'AMO. À cela s'ajoute les effets de fiscalité sur les contributions des employeurs : suppression du forfait social qui s'appliquait aux contributions disparues ; augmentation du forfait social à 20 % pour toutes les entreprises souhaitant maintenir leur contrat de complémentaire santé d'entreprise ; maintien d'un forfait social à 8 % pour les entreprises basculant vers des contrats de prévoyance (19 % des salariés du privé concernés).

Concernant les employeurs publics, le montant de la réforme en cours prévoyant une participation à hauteur de la moitié de la cotisation AMC des agents de la fonction publique n'est pas pris en compte dans les simulations microéconomiques. Néanmoins il importe d'avoir en tête l'existence future de ce dispositif en analysant les résultats. Les gains de la réforme d'extension de la sécurité sociale pour les fonctionnaires sont ainsi surévalués, de même que le coût de la réforme pour les employeurs publics. Cependant ces deux effets s'équilibrent parfaitement de sorte que l'effet sur le solde global (ménage + employeur) de cette réforme non prise en compte est nul.

A.4. Estimation des effets sur les finances publiques – Scénario 3 « Augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale »

D'après les estimations de la DREES réalisées pour le HCAAM, le scénario « Augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale » (scénario 3) conduit à une hausse des remboursements pour la Sécurité sociale de 18,8 milliards d'euros (en incluant le remboursement des participations forfaitaires et franchises médicales), mais un coût total pour les finances publiques de 22,5 milliards d'euros, dont 3,6 milliards d'euros de perte de rendement de TSA et une perte nette liée aux effets de la réforme sur les actuels dispositifs incitatifs à la souscription d'une complémentaire santé de 130 millions d'euros. Cet effet net, dont le détail est fourni dans cette annexe, se décompose comme suit :

- 230 millions d'euros par an de pertes liées à la suppression des contributions à la charge des bénéficiaires de la C2S « contributive »
- 265 millions d'euros par an de gains au titre des avantages socio-fiscaux dont bénéficient les indépendants (contrats Madelin)
- 32 millions d'euros par an de gains liés à la suppression des aides à la couverture des fonctionnaires
- 610 millions d'euros par an de pertes de rendement de la CSG, de la CRDS et du forfait social sur les participations employeurs disparues suite aux baisses de cotisations de complémentaire santé d'entreprise dues à l'extension des remboursements de l'assurance maladie obligatoire
- 100 millions d'euros par an de pertes suite à l'effet net des évolutions d'assiette d'IR suite à la baisse des cotisations de complémentaire santé d'entreprise
- 510 millions d'euros par an de gains suite à l'augmentation du forfait social sur les participations employeur restantes (cf. convention décrite infra).

Perte de rendement de la TSA

L'ensemble des baisses de cotisations de complémentaire santé, que ce soit suite à l'extension des remboursements de la Sécurité sociale ou suite à la désaffiliation d'une partie des assurés, conduisent à une perte de rendement de la TSA, dont on fait l'hypothèse qu'elle s'applique uniformément avec le taux de 13,27 % correspondant aux contrats classiques responsables. La baisse des cotisations versées aux organismes complémentaires atteignant un total de 26,9 milliards d'euros, cela représente une perte de rendement de 3,6 milliards d'euros par an pour les finances publiques. Dans les faits certains taux réduits de TSA peuvent s'appliquer, en particulier pour les agriculteurs, de même que des taux plus élevés s'appliquent aux contrats non-responsables. En moyenne, le rapport OC pour l'année 2017 évalue le taux moyen de TSA à 12,2 %, mais ce chiffre inclut les taux réduits sur les contrats IJ, lesquels sont exclus du champ de nos analyses. Par ailleurs nous n'avons pas pris en compte isolément la contribution versée par les OC pour le financement du forfait patientèle des médecins traitants, laquelle a la même assiette que la TSA et un taux de 0,8 %. Nous faisons l'hypothèse que ces différents effets s'annulent en moyenne.

Suppression des contributions à la C2S

Dans le scénario 3, les actuelles contributions versées par les bénéficiaires de la C2S « contributive » sont supprimées puisque ce dispositif donne droit aux mêmes remboursements que ceux dont disposera le reste de la population. Le coût de la suppression de cette contribution est estimé à 230 millions d'euros par an pour les finances publiques²¹¹. Les bénéficiaires de la C2S conservent l'interdiction de se voir facturer des dépassements d'honoraires.

Suppression des aides fiscales aux indépendants (contrats Madelin)

Dans le scénario 3, la couverture complémentaire des indépendants devient supplémentaire et les incitations à la souscription de ces contrats (avantages « Madelin ») sont de fait supprimées en matière de santé. Ceci conduit à une économie de 265 millions d'euros par an pour les finances publiques, sous forme de réintégration dans l'assiette de l'IR des cotisations pour couverture complémentaire. Ce chiffre provient du rapport IGAS de 2016²¹².

Suppression des aides aux fonctionnaires

Pour les mêmes motifs que pour les indépendants, les aides visant les fonctionnaires sont vidées de leur objet dans le scénario 3. Celles-ci sont particulièrement peu élevées avant la réforme de 2021, de sorte que l'économie pour les finances publiques n'est que de 32 millions d'euros par an (chiffre IGAS 2016) si l'on mesure l'impact du scénario 3 par rapport à l'année 2017.

Par ailleurs, une réforme en cours de mise en œuvre prévoit une augmentation très substantielle de la participation des employeurs publics au financement de la complémentaire santé. Le coût pour les finances publiques de cette réforme est évalué à entre 1 et 1,3 milliards d'euros par an par un rapport conjoint IGF-IGA-IGAS de 2019²¹³. Ce coût pourra être considéré comme déjà engagé au moment de la mise en œuvre du scénario 3, de sorte que la suppression de la participation des employeurs publics au financement de la couverture complémentaire de leurs agents dans le cadre de ce scénario engendrerait une économie importante pour les finances publiques. Pour tenir compte de ce « coup parti », les cotisations patronales à la charge des employeurs publics sont augmentées d'autant dans les simulations.

Effets socio-fiscaux de la baisse des participations employeurs

L'extension du champ des remboursements de l'AMO entraîne une baisse des primes de complémentaire santé, et par conséquent une chute de 3,6 milliards d'euros du total de participations des employeurs privés (TSA comprise). Toutes choses égales par ailleurs ces participations supprimées seraient réintégrées dans les bénéfices des entreprises et par conséquent l'impôt sur les sociétés s'y appliquerait de nouveau²¹⁴. Néanmoins, dans le même temps et en sens inverse, les hausses de cotisations patronales permettant de financer la hausse des remboursements AMO constituent des « charges » déductibles de l'assiette de l'impôt sur les sociétés. Or dans la construction du scénario 3, les hausses de cotisations patronales visent à compenser l'économie faite par les entreprises sur leurs participations employeur, soit

²¹¹ En faisant l'hypothèse que la C2S contributive bénéficie aux bénéficiaires de l'ACS en 2017.

²¹² Bruant-Bisson, A., Daudé, M. (2016, avril). Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé. IGAS, Rapport N°2015-143R.

²¹³ Desforges, C., Gratioux, L., le Morvan, F., Lidsky, V., Chaumel, D., Schapira, I. (2019, juin). Protection sociale complémentaire des agents publics. Rapport conjoint IGF-IGA-IGAS.

²¹⁴ Le rapport IGAS de 2016 évalue le coût pour les finances publiques de cette exonération d'IS, partiellement supprimée dans le scénario 3, à 2,43 milliards d'euros par an.

3,1 milliards d'euros de hausses de cotisations dans le premier scénario de financement et 3,7 milliards d'euros dans le second scénario de financement. Ainsi les deux montants s'équilibrent approximativement, de sorte que l'effet net pour les finances publiques de ces évolutions d'IS est considéré comme négligeable et n'est pas simulé.

Pour les finances publiques, la transformation de ces participations employeurs, soumises à la CSG (9,2 %), à la CRDS (0,5 %) et au forfait social (8 % pour les entreprises de plus de 10 salariés), en cotisations patronales, entraîne une perte de 610 millions d'euros par an.

Des effets d'impôt sur le revenu (IR) s'appliquent aussi à ces baisses de participations employeur. D'une part les participations employeurs disparues sortent de l'assiette de l'IR du salarié car on fait l'hypothèse qu'elles sont récupérées par l'employeur et ne sont pas reversées aux salariés sous forme de hausse de salaires, tandis que les cotisations employeurs instituées pour équilibrer la réforme ne jouent pas sur l'assiette de l'IR. Par ailleurs les montants correspondant à l'actuelle part salariée, supprimée et qui était déductible de l'assiette de l'IR, seront réintégrés dans cette même assiette. Étant donné que les employeurs participent en moyenne à 57 % au financement des cotisations, le premier effet prédomine légèrement, de sorte que l'effet total est une perte de 100 millions d'euros par an pour les finances publiques²¹⁵.

Les participations employeur ne sont aujourd'hui pas soumises à cotisations patronales et salariales. Le rapport IGAS de 2016 estimait le coût annuel pour l'État de ces exonérations entre 2,4 et 4,3 milliards d'euros selon les hypothèses retenues sur le comportement des employeurs et les effets de l'ANI. Mais cet effet ne joue pas sur les simulations présentées ici car, comme indiqué juste au-dessus, les participations employeurs seront remplacées par des cotisations employeurs qui n'entrent pas non plus dans l'assiette sociale. S'agissant des contributions employeurs restantes, l'hypothèse retenue ici et qu'elles continueraient à ne pas être soumises à cotisations, mais seraient assujetties à un forfait social de droit commun à 20 % (voir impact financier *infra*).

[Basculement vers la prévoyance](#)

La mise en œuvre du scénario 3 devrait s'accompagner d'incitations au basculement vers le financement de la prévoyance pour les employeurs, en particulier par le biais du passage des sommes demeurant consacrées par les entreprises pour les couvertures en santé de leurs salariés au taux « normal » du forfait social (soit 20 %, taux applicable à la retraite supplémentaire et aux dispositifs d'épargne salariale, y compris pour les petites entreprises). Cette mesure concerne l'ensemble des participations employeurs restantes suite à l'élargissement du champ d'intervention de l'AMO et à la désaffiliation d'une partie des contrats d'entreprise. Étant donné que le basculement des contrats d'entreprise vers la prévoyance représenterait 1,25 milliards d'euros de primes²¹⁶, soit une masse de 710 millions d'euros de participations employeurs, il reste 3,4 milliards d'euros de participations employeurs affectées à

²¹⁵ Le rapport IGAS de 2016 estime que l'exonération d'IR pour la part salariale coûte 1,15 milliards d'euros par an à l'État. La différence entre ce chiffre et l'estimation obtenue dans le cadre des simulations du scénario 3 s'explique par la prise en compte de la sortie des participations employeurs de l'assiette, qui plus que compense la réintégration de la part salariale.

²¹⁶ qui concernerait par hypothèse les 20 % des contrats d'entreprise les moins couvrants, c'est-à-dire les contrats qui visent d'ores et déjà à minimiser les garanties annexes en santé et donc seraient les plus susceptibles de vouloir se désaffilier, et seulement pour la partie des cotisations qui demeure après extension des remboursements de la Sécurité sociale.

la santé. La hausse du forfait social sur ces participations rapporterait ainsi aux finances publiques 510 millions d'euros par an²¹⁷. Du point de vue des entreprises, cette somme doit être rapprochée du gain, mentionné plus haut, sur le même forfait social.

²¹⁷ Le rapport IGAS 2016 chiffrait quant à lui que le passage du forfait social de 8 % à 20 % pour l'ensemble des contrats d'entreprise rapporterait 950 millions d'euros par an. L'écart entre les deux estimations vient du fait que seules les participations employeur non-impactées par l'extension des remboursements de la Sécurité sociale ni par le basculement vers la prévoyance sont concernées.



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du HCAAM (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

Dernières publications et actualités du HCAAM

<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Contact

hcaam@sante.gouv.fr - 01.40.56.56.00

Adresse postale HCAAM

14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07
SP

Locaux HCAAM

18 place des Cinq Martyrs du Lycée
Buffon
75696 Paris cedex 14



FRANCE STRATÉGIE