



Haut Conseil pour l'avenir  
de l'assurance maladie

# **Projet de rapport du HCAAM sur l'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire**



Introduction .....	3
1. Eléments de contexte et d'état des lieux .....	5
1.1. L'assurance maladie complémentaire : une activité de plus en plus concurrentielle mais aussi de plus en plus réglementée au cours du temps.....	5
1.2. Le niveau élevé de couverture de la population ne doit pas occulter les défis à surmonter.....	6
1.2.1. Le défi de la régulation .....	7
1.2.2. Le défi de l'équité .....	10
1.2.3. Le défi de la couverture des risques les plus lourds.....	11
1.3. Quelle articulation entre assurances maladie obligatoire et complémentaire dans l'avenir ? .....	11
2. Scénarios d'évolution.....	14
2.1. Scénario 1 : Améliorations dans le cadre de l'architecture actuelle .....	14
2.1.1. Exposé des motifs.....	14
2.1.2. Améliorations .....	15
2.2. Scénario 2 : Extension du champ d'intervention de la Sécurité sociale .....	19
2.2.1. Exposé des motifs.....	19
2.2.2. Caractéristiques de la réforme .....	20
2.2.3. La définition des ressources couvrant l'extension de l'AMO .....	25
2.2.4. Impacts financiers et effets redistributifs du scénario .....	26
2.3. Scénario 3 : Une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée .....	36
2.3.1. Exposé des motifs.....	36
2.3.2. Description du schéma .....	36
2.4. Scénario 4 : Décroisement entre les domaines d'intervention de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires .....	39
2.4.1. Exposé des motifs.....	39
2.4.2. Description du schéma .....	39
2.4.3. Les effets financiers de la réforme .....	42
2.5. Proposition transversale relative au développement de la prévoyance .....	49
2.5.1. Exposé des motifs.....	49
2.5.2. Contexte .....	49
2.5.3. Objectifs.....	49
2.5.4. Pistes d'évolution .....	50



## Introduction

Comme tous les pays occidentaux comparables, la France est confrontée au défi de garantir, dans un contexte de vieillissement de la population, l'accès pour tous à un environnement favorable à la santé et à des soins et un accompagnement de qualité, en assurant l'efficacité de la dépense. Elle partage ce défi avec l'ensemble des pays occidentaux. Le HCAAM a proposé des modes d'organisation du système de santé (*Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé* (2018)) et de régulation (*La régulation du système de santé* (2021)) mieux à même de répondre à ces défis, et en particulier de développer la prévention (*Prévention et promotion de la santé* (2019)) et de prendre en charge les personnes âgées (*Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030* (2018)).

Les systèmes de protection sociale, autrement dit les modalités de financement, définissent pour cela un cadre structurant. Le HCAAM a analysé, dans un document publié en janvier<sup>1</sup>, les forces et les limites du système actuel. En matière de dépenses de santé, il assure le reste à charge moyen des ménages en santé le plus faible des pays de l'OCDE. Toutefois, il ne supprime pas les risques de restes à charge importants sur des soins essentiels (séjours hospitaliers) et pas toujours prévisibles. Ces restes à charge sont en outre élevés pour les risques plus lourds liés à l'incapacité temporaire (indemnités journalières et leurs compléments), l'invalidité, le décès ou encore le chômage.

L'articulation entre les trois principales sources de financement de la consommation de biens et services médicaux que sont l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire et le financement direct par les ménages<sup>2</sup> a connu d'importantes évolutions récentes, dont il est difficile de dégager des principes clairs et une cohérence d'ensemble. Trop complexe et coûteux (ses frais d'administration se situent au deuxième rang après les Etats-Unis), le système actuel est devenu illisible. Conçues au départ comme un espace de liberté, les couvertures complémentaires se sont trouvées prises dans une dynamique de généralisation et d'hyper-réglementation. En outre, la généralisation s'est opérée de manière segmentée, et il en résulte des disparités qui n'ont pas forcément été voulues, interrogeant notamment la soutenabilité à l'avenir des cotisations des personnes âgées pour leur complémentaire santé.

Le HCAAM a défini en janvier quatre scénarios, suivant chacun une logique différente, permettant de rendre le système plus lisible et d'améliorer la couverture des assurés. Ce rapport décrit ces quatre scénarios en détail, en indiquant dans quelle mesure ils constituent un contexte plus ou moins favorable aux actions susceptibles de répondre aux grands enjeux pour notre système de santé, déclinés de manière plus opérationnelle : équité et accès aux soins ; promotion de la prévention, de la qualité et de la pertinence des soins, de l'innovation ; soutenabilité financière et charges administratives ; modes de rémunération et d'exercice des offreurs de soins ; démocratie sanitaire et sociale... Ces scénarios n'épuisent pas les évolutions possibles, parmi lesquelles on peut citer une remise à plat des subventions publiques et des prélèvements obligatoires associés aux complémentaires santé, la mise en place d'un bouclier sanitaire, ou encore un allègement de la réglementation des complémentaires tout en conservant l'architecture actuelle du système. Il reviendra au politique de trancher entre ces différentes options.

---

<sup>1</sup> *La place de la complémentaire santé et prévoyance en France*, 2021.

<sup>2</sup> On ne traite pas ici des dépenses prises en charge par l'Etat ou les collectivités locales. Le HCAAM considère que des marges significatives existent pour donner à ces dernières un rôle accru et a prévu d'approfondir cette question dans la suite de ses travaux (*Avis et Rapport sur la régulation des dépenses de santé*, 2021).

Le premier scénario propose des réformes visant à répondre à certaines limites du système actuel, sans modifier son architecture et en améliorant la coordination du risque santé entre AMO et AMC ; les trois suivants proposent de clarifier l'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire : extension du champ d'intervention de la sécurité sociale ; instauration d'une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée ; 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 l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Le HCAAM propose également des améliorations de la couverture prévoyance, transversales à chaque scénario. Le champ de ces travaux n'inclut pas la dépendance, qui fait l'objet de travaux par ailleurs.

PROVISoire ET CONFIDENTIEL

## 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 temps

En France, l'assurance privée en santé et en prévoyance est essentiellement complémentaire (et aussi supplémentaire)<sup>3</sup> : 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.

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.

---

<sup>3</sup> 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

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 l'assurance-maladie obligatoire. Seule la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), devenue C2S, peut sans doute être qualifiée d'activité non économique<sup>4</sup>. 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 (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.

## 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 dépenses<sup>5</sup>.

L'AMO finance 79,8 % de la CSBM en 2020<sup>6</sup>. Cette part a bondi de 1,9 point entre 2019 et 2020 sous l'effet de la crise sanitaire, l'AMO 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 du vieillissement de la population qui accroît la part des personnes en affection de longue durée (ALD) et du progrès technique qui généralement augmente le coût des soins les plus lourds, remboursés à 100% par l'AMO. 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 l'AMO.

---

<sup>4</sup> 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'ACS (qui ne pouvaient recourir qu'à un organisme complémentaire) ; 52 % d'entre eux ont d'ores et déjà basculé vers une gestion par la sécurité sociale

<sup>5</sup> V Paris, D Polton, L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? EN3S, 2016

<sup>6</sup> DREES, Les dépenses de santé en 2020 – Résultats des comptes de la santé, édition 2021

**Encadré 1** : Des restes à charge après AMO parfois élevés malgré les mécanismes d'exonérations<sup>7</sup>

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. 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'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.

### 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 »<sup>8</sup>. 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

<sup>7</sup> 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

<sup>8</sup> Voir l'avis du HCAAM : « L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer », janvier 2011.

primes et des restes à charge (après intervention de l'assurance-maladie 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 ans.

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 a joué son rôle d'assureur en dernier ressort et vu son déficit se creuser à 30 Mds € en 2020 (29 Mds € prévus en 2021).

Ceci rend d'autant plus nécessaire la promotion de l'efficacité du système de santé, et donc la qualité de la régulation opérée par les assurances maladies (cf. les propositions publiées par le HCAAM en 2021<sup>9</sup>), ainsi que la réduction des coûts de gestion de ces assurances elles-mêmes.

Ajouter un point sur le financement de l'innovation par l'AMO ou l'AMC

#### *1.2.1.2. Les limites de l'utilisation des couvertures complémentaire santé comme relais de financement de l'assurance maladie obligatoire*

L'existence des complémentaires santé permet à l'AMO 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 en affection longue durée (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 l'AMO 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 2. 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 facteur<sup>10</sup>. 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 CAS en 2012 puis de l'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

<sup>9</sup> La régulation des dépenses de santé, Avis et Rapport du HCAAM, 2021

<sup>10</sup> Dormont B, Péron M. Does Health Insurance Encourage the Rise in Medical Prices? A Test on Balance Billing in France. Health Econ. 2016

2020 et devrait encore augmenter dans les prochaines années, les nouvelles générations s'installant de plus en plus en secteur 2<sup>11</sup>. Dans ces conditions, les questions soulevées par le HCAAM en 2012 continuent à se poser pleinement<sup>12</sup>.

Ainsi, le poids des dépenses en établissements dans les remboursements des organismes complémentaires s'est fortement accru ces dernières années, 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 l'assurance-maladie obligatoire).

Certains choix de transfert de l'AMO 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), au détriment de la promotion dans la durée de l'efficacité du système de santé<sup>13</sup>.

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'avertissement<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Parmi les spécialistes nouvellement installés en 2020, 69 % se sont installés en secteur 2.

<sup>12</sup> Voir le Rapport annuel du HCAAM de 2012, qui posait 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 ?
- 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) que l'on s'est efforcé d'établir de manière objective ?

<sup>13</sup> Avis et Rapport du HCAAM sur la régulation des dépenses de santé, 2021

<sup>14</sup> La 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 planchers 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.

### 1.2.2. Le défi de l'équité<sup>15</sup>

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 bénéficient<sup>16</sup>.

#### 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 1er 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-contributive<sup>17</sup>. 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 Mds € en 2014, dont : 3,4 Mds € d'avantages sociaux des contrats collectifs, 3,6 Mds € d'avantage fiscal des contrats collectifs, 300 M € d'avantages des contrats Madelin<sup>18</sup>. Ce montant est à mettre en regard des 4,5 Mds € 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 16 % n'ont pas de complémentaire santé. 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 %)<sup>19</sup>. Ces disparités contribuent au fait que les contrats collectifs offrent en moyenne une meilleure couverture que les contrats individuels : 72 % des bénéficiaires de contrats collectifs couverts par un contrat de catégorie supérieure, contre 11 % des bénéficiaires de

---

<sup>15</sup> S'ajoutent aux disparités mentionnées dans cette partie des disparités territoriales de dépenses (niveau des dépassements notamment) et de primes pour les complémentaires santé associées.

<sup>16</sup> 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

<sup>17</sup> Comparativement aux cotisations des bénéficiaires des contrats ACS, notamment du contrat A, la cotisation de la couverture complémentaire augmente dans certaines situations, mais en contrepartie, les ménages ont accès à un meilleur panier de soins.

<sup>18</sup> 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

<sup>19</sup> 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 négocier 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.

contrats individuels<sup>20</sup> ; en 2016, la moitié des contrats individuels ne couvraient pas les dépassements d'honoraires<sup>21</sup>.

### 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.

### 1.3. Quelle articulation entre assurances maladie obligatoire et complémentaire dans l'avenir ?

Les modalités de coordination des interventions de l'AMO et de l'AMC 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. L'assurance-maladie 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 l'AMO) ne suffit pas à garantir une articulation satisfaisante. En outre, combiner AMO et couvertures complémentaires santé pour les mêmes soins à un coût : en 2019, les charges de gestion ont représenté 6,9 Mds € pour l'AMO<sup>22</sup> et

---

<sup>20</sup> 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

<sup>21</sup> DREES, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties (2019)

<sup>22</sup> Ces charges n'incluent pas les frais de recouvrement des URSSAF pour le financement de l'AMO, qui peuvent être estimés à 0,3% des recettes. Voir <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2022/PLFSS-2022-REPSS-Financement.pdf> pp 112 et suivantes.

7,6 Mds € pour l'AMC<sup>23</sup>, faisant de la France le deuxième pays après les Etats-Unis où les frais de gestion du système de santé sont les plus élevés<sup>24</sup>.

Plus de liberté de choisir son organisme complémentaire santé, dans un cadre collectif ou individuel (avec toutefois des difficultés d'accès qui demeurent pour certains<sup>25</sup>), 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 une remise à plat des subventions publiques et des prélèvements obligatoires associés aux complémentaires santé<sup>26</sup>, la mise en place d'un bouclier sanitaire<sup>27</sup>, ou encore un allègement de la réglementation des complémentaires en conservant l'architecture actuelle du système<sup>28</sup>. 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 AMO et AMC. Ce premier scénario est certainement envisageable et présenterait l'avantage de ne pas bouleverser 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 : exten-

---

<sup>23</sup> Les charges des OC couvrent les frais de gestion des sinistres, les frais d'acquisition et les frais d'administration. 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).

<sup>24</sup> 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 » : « 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. »

<sup>25</sup> Personnes âgées ou en situation de handicap, à revenus modestes...

<sup>26</sup> Par exemple distribuer les aides publiques à la souscription d'une complémentaire santé sous forme de crédit d'impôt

<sup>27</sup> Un bouclier sanitaire permet de remédier aux restes à charge importants pour certains assurés (R. Briet et B Fragonard, *Mission Bouclier sanitaire*, Cour des comptes, *Les complémentaires santé*, 2021). Ce type de mécanisme existe dans de nombreux pays européens (Suisse, Pays-Bas, Suède, Allemagne, Belgique : *Comptes de la Sécurité Sociale 2021*, Eclairage international : protection contre les restes à charge élevés en santé (Belgique, Allemagne, Pays-Bas).

Il 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 l'assurance maladie ; ainsi, le montant maximum de restes à charge cumulés ne peut excéder ce plafond. Ce type mécanisme 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.

<sup>28</sup> 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 TM.

sion du champ d'intervention de la sécurité sociale ; instauration d'une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée ; 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 l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Les scénarios « extension du champ d'intervention de la sécurité sociale » et « décroisement » 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. Les deux autres scénarios ne bouleversent pas la structure des remboursements ; ils contiennent 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.

PROVISoire ET CONFIDENTIEL

## 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 AMO et AMC ainsi que de leur rôle respectif dans la prise en charge des soins. S'il 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 3 (assurance complémentaire obligatoire).

Il vise à apporter des correctifs à certaines limites connues de longue date du système actuel : complexité des règles de remboursement<sup>29</sup>, inégalités et incertitude fortes devant les restes à charge, risque d'être exposé à de gros restes à charge du côté de l'AMO, soutenabilité financière des primes d'assurance complémentaire en particulier pour les retraités modestes, défauts de couverture sur le versant de l'AMC. Certaines propositions de ce premier scénario concernant les remboursements de l'AMO pourraient également être adoptées dans le scénario 3.

Face à ces constats, les aménagements proposés dans ce scénario visent à améliorer la couverture par l'AMO 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'emploi<sup>30</sup>, 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.

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.

---

<sup>29</sup> On peut à cet égard signaler l'engagement pour la lisibilité des garanties des contrats complémentaires signé le 14 février 2019 par l'UNOCAM, la CTIP, la FFA et la FNMF.

<sup>30</sup> 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).

## 2.1.2. Améliorations

### 2.1.2.1. Simplifier les règles de remboursement de l'AMO

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.

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

La participation financière des patients à la dépense hospitalière pourrait être forfaitisée. 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 Affection longue durée (ALD) continueraient de bénéficier de la prise en charge à 100 % de leurs dépenses par l'assurance maladie obligatoire, dans des conditions similaires aux conditions actuelles

### 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 demande<sup>31</sup>. 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

---

<sup>31</sup> 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.

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.).

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<sup>e</sup>, 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.

[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) : redéploiement des avantages sociaux et fiscaux, 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'application

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 C2S<sup>32</sup>, au-delà d'un certain âge<sup>33</sup>. 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 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 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, ce qui peut poser des problèmes d'accessibilité financière aux spécialistes).

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

L'objectif de cette proposition est d'améliorer l'effectivité du droit de chaque salarié, notamment les salariés précaires, à bénéficier d'une couverture complémentaire santé collective en limitant significativement les possibilités d'exclusion. 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 collective

-Tous les salariés à temps partiel recrutés en CDI, quelle que soit leur quotité horaire de travail, 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 collective ;

-Tous les salariés en CDD à l'exception de ceux dont la durée du contrat est très courte (1 mois), 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)

<sup>32</sup> 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)

<sup>33</sup> 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

bénéficieraient systématiquement d'un financement de leur quote-part par l'employeur. 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.

-Deux aménagements cumulatifs peuvent être suggérés pour mieux encadrer et limiter les auto-risations d'exclusion groupée du contrat collectif.

- 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).

*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 révisé pour mieux tenir compte des réalités tarifaires du marché. Il pourrait être recouru à un barème déterminant 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 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.

## 2.2. Scénario 2 : Extension du champ d'intervention de la Sécurité sociale

### 2.2.1. Exposé des motifs

Le scénario d'extension du champ d'intervention de la sécurité sociale, c'est-à-dire l'accroissement du taux de remboursement par l'AMO de certaines dépenses de santé, revient en quelque sorte à généraliser le dispositif des ALD à l'ensemble des patients et des prises en charge. Dans la mesure où :

- les dépenses de santé sont essentiellement contraintes
- les participations financières qui feraient l'objet d'une extension de remboursement par l'AMO sont déjà couvertes aujourd'hui par les contrats responsables

ce scénario n'aurait pas d'effet inflationniste sur les dépenses.

Il 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 (sans qu'il soit besoin de recourir à une complémentaire santé)
- 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 Mds € en 2019)
- 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
  - o Diminuer la charge administrative des assurés et des offreurs de soins<sup>34</sup>, 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.

---

<sup>34</sup> Sachant qu'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.

## 2.2.2. Caractéristiques de la réforme

### 2.2.2.1. 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'acte<sup>35</sup>. 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.

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 ; 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 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 supprimées<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> 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.

<sup>36</sup> 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.

#### 2.2.2.2. Démocratiser la gouvernance de l'AMO

Le renforcement du rôle de l'assurance-maladie obligatoire 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.

Trois séries de mesures pourraient être prises en ce sens :

- Le HCAAM renouvelle ses propositions faites dans son rapport de juin 2021 sur la régulation du système de santé et tendant à mobiliser la démocratie politique (par un débat annuel au Parlement sur la réalisation de la stratégie pluriannuelle de santé), sociale (par une meilleure prise en compte du rapport charges et produits adopté par la CNAM) et sanitaire (meilleure insertion des instances de démocratie sanitaire telles que la Conférence nationale de santé dans la prise de décision). Leur nécessité apparaîtrait d'autant plus forte dans le cadre de ce scénario
- 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 2 : 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.

*2.2.2.3. 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. Ce renforcement s'appuierait sur plusieurs leviers<sup>37</sup> :

- le panier des soins couverts par la sécurité sociale devrait faire l'objet d'une gestion plus dynamique, concernant tant les sorties que les entrées
- 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 (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, et traiter notamment la question des dépassements d'honoraires<sup>38</sup>, aujourd'hui en partie remboursés par les complémentaires santé, notamment par les contrats collectifs.

<sup>37</sup> Cf Avis et Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé, 2021

<sup>38</sup> La Charte de la médecine libérale de 1927 énonce notamment le principe de l'entente directe entre médecin et malade pour le montant des honoraires. Cette liberté tarifaire est remise en cause au début des années 1970, avec la détermination de tarifs médicaux opposables par une convention nationale. Mais les praticiens retrouvent la liberté tarifaire avec la création du secteur 2 au début des années 1980. Face à la baisse consécutive de l'offre à tarifs opposables, la convention médicale de 1990 restreint l'installation en secteur 2 aux médecins ayant exercé des fonctions d'assistant des hôpitaux ou de chef de clinique (excluant de fait les généralistes).

Un remboursement des dépassements d'honoraires 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 doit être « prise en charge » par la sécurité sociale, sous forme de revalorisation du tarif de responsabilité de certains actes, ou de paiements alternatifs. Elle pourra notamment s'appuyer sur les travaux du Haut conseil des nomenclatures

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

[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'efficacité 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 santé<sup>39</sup>.

Pour ce faire, il convient d'adopter une approche renouvelée de la gestion du risque, dans la lignée des nouvelles orientations présentées par la CNAM<sup>40</sup> et de poursuivre la transformation de l'organisation des soins en promouvant les organisations efficaces et la structuration des soins de proximité<sup>41</sup>, 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...

Pour limiter les dépenses évitables, la prévention devrait être renforcée, ce que ce scénario devrait permettre pour plusieurs titres :

---

<sup>39</sup> Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé, 2021, p. 64 à 70

<sup>40</sup> Rapport Charges et produits, juillet 2021, notamment les p.59 et suivantes.

<sup>41</sup> « 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*)

- Le modèle économique des actions de prévention est plus facile à trouver pour l'AMO que pour l'AMC, dans une logique assurantielle, dans la mesure où l'AMO couvre l'essentiel des dépenses des assurés sociaux et ce tout au long de leur vie. Les actions de prévention de l'AMC relèvent plutôt d'une logique « servicielle » (v. *supra*)
- 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. De fait, le scénario faciliterait l'intégration en routine de la prévention au système de soins, conforme aux recommandations du HCAAM<sup>42</sup>. 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 référentiels<sup>43</sup>, 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...

Ces incitations et outils pour développer des actions de prévention dans le cadre de l'AMO existent déjà. Leur renforcement *via* l'extension du champ d'intervention de la sécurité sociale ne constitue pas une condition suffisante pour à l'évolution vers un modèle plus préventif. Comme indiqué précédemment, un renforcement, dans la durée, de la régulation par l'AMO, conforme aux recommandations du HCAAM<sup>44</sup>, constitue une condition nécessaire.

[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. 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'extension de la sécurité sociale devrait donc favoriser nettement la généralisation du tiers payant.

#### [2.2.2.4. Evolution du rôle des assurances santé privées 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. 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,

<sup>42</sup> 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".

<sup>43</sup> le remboursement de ces dépenses pourrait ainsi être limité à certaines pathologies ou facteurs de risque

<sup>44</sup> Avis et Rapport sur la régulation du système de santé, 2021

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).

Se poserait bien-sûr la question de l'impact de la réforme sur les salariés des complémentaires santé. Plusieurs options seraient a priori envisageables selon les situations : le reclassement interne par l'organisme concerné<sup>45</sup>, la reprise volontaire par les organismes de sécurité sociale (même sans obligation juridique de reprise des contrats de travail)<sup>46</sup>, l'indemnisation et l'accompagnement des salariés en vue de leur reconversion et de la reprise d'un emploi. Pour approfondir cette question, une analyse détaillée de la structure d'emploi de ces organismes (par âge, métier, niveau de rémunération...) est nécessaire.

### 2.2.3. La définition des ressources couvrant l'extension de l'AMO

L'extension des dépenses prises en charge par l'AMO 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 2019). 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
- 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'extension du champ d'intervention de 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.

---

<sup>45</sup> Cette option peut surtout s'envisager pour les sociétés d'assurance et de courtage car les institutions de prévoyance et *a fortiori* les mutuelles réalisent la plus grande part de leur activité dans le champ de la santé.

<sup>46</sup> 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.

## 2.2.4. Impacts financiers et effets redistributifs du scénario

### Des chiffrages qui reposent nécessairement sur des choix par nature conventionnels

Appréhender les impacts financiers et les effets redistributifs du scénario d'extension 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.

**Source et méthode :** Les résultats présentés ci-dessous 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 micro-simulation 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 X.

#### 2.2.4.1. Une extension 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, DM...
- 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 extension représenterait, à comportements de recours des patients et d'offre inchangés, un coût de 18,8 Mds d'euros : voir tableau 1 ci-dessous. Ce coût serait ramené à 17,4 Mds d'€ si, contrairement à ce qui a été retenu dans les simulations détaillées ci-dessous, les franchises et participations forfaitaires en ville (1,36 Mds d'€ en 2017) étaient maintenues).

Mécaniquement, l'extension permettrait une baisse conséquente des RAC après AMO à tout âge, mais d'autant plus marquée qu'on est âgé (graphique 1). 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.

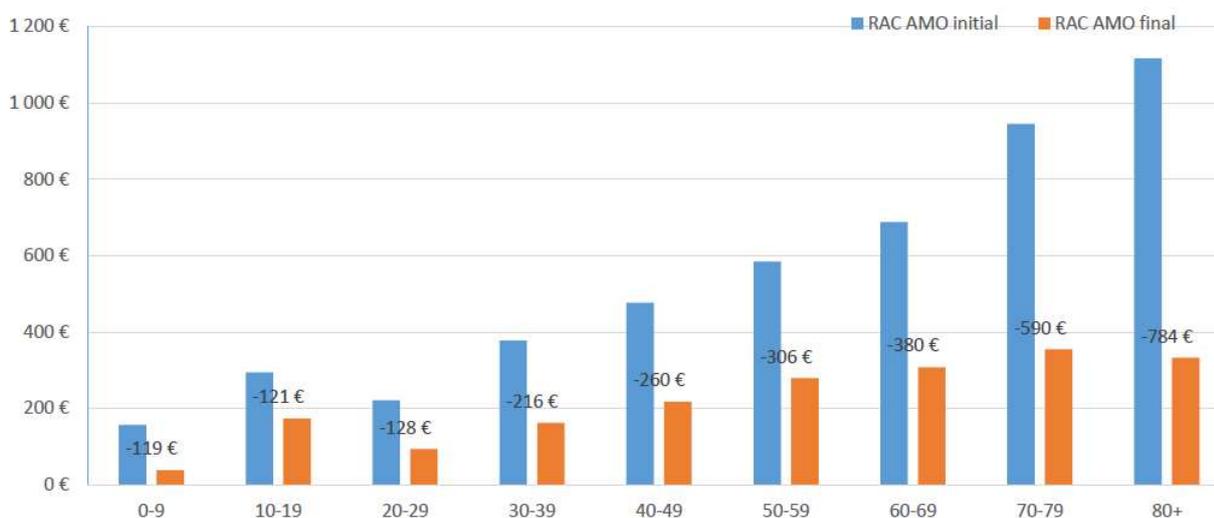
**Tableau 1** : Décomposition du coût total de l'extension de la prise en charge de la sécurité sociale simulée

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
<b>Total</b>	<b>18,8</b>

\*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

**Graphique 1** : Effet de l'extension de la prise en charge 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'extension de la prise en charge 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.

#### 2.2.4.2. 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 l'AMO 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, un peu moins de la moitié des assurés ne sont soit exposés à aucun RAC AMO, soit seulement du ticket modérateur, des franchises et participations forfaitaires en ville et de l'optique. En outre, l'extension 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 quelques 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)<sup>47</sup>. 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 désaffilieraient.

Pour apprécier le montant macroéconomique de la baisse du marché de l'assurance santé privée 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'acquisition 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 marché. Les trois quarts de cette contraction (19,7 Mds) sont liés à l'extension des remboursements AMO et un quart (7,3 Mds) à la désaffiliation de la moitié des assurés.

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'extension du champ de l'AMO et 2,2 Mds induits par les hypothèses de désaffiliation.

---

<sup>47</sup> 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.

#### 2.2.4.3. ... associée à un transfert de financement par les finances publiques de 22,4 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. 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 réforme<sup>48</sup>, conformément aux propositions du HCAAM de développer la prévoyance quel que soit le scénario retenu en matière de couverture du risque santé (partie 2.5).

Au total, la réforme conduirait les finances publiques à prendre en charge 22,4 Mds d'euros de dépenses (ou 21 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).

#### 2.2.4.4. 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 son statut d'occupation (salarié, indépendant, retraité, inactif, etc).

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

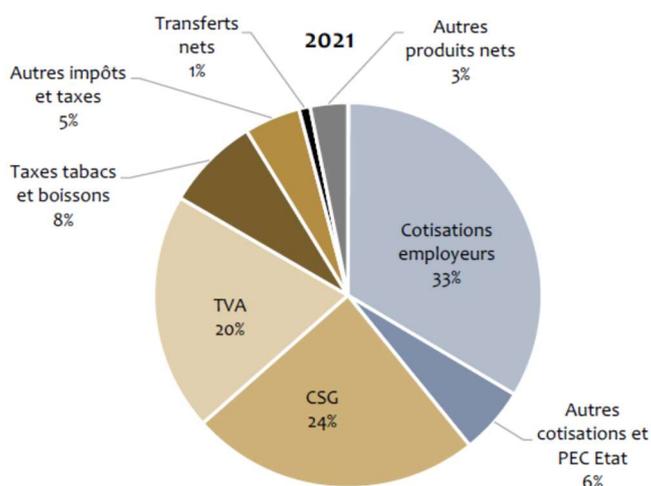
Compte tenu du poids important des primes d'assurance complémentaire santé et des dépenses de santé pour les personnes âgées aujourd'hui, le sous-scénario précédent s'accompagnerait, pour les retraités, d'une hausse importante des prélèvements « obligatoires »<sup>49</sup>, même si le solde financier 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.

<sup>48</sup> Inférieur donc au montant actuel, sous l'effet notamment de la reprise des TM par l'AMO

<sup>49</sup> 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 suivant) de façon à atteindre les objectifs assignés à chacun des scénarios d'allocation des gains de la réforme.

**Encadré 3 : 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'extension 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.

#### 2.2.4.5. 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 2** : 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).

[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 3** : 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	+ 110 €	+ 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).

#### 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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 4** : 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 €

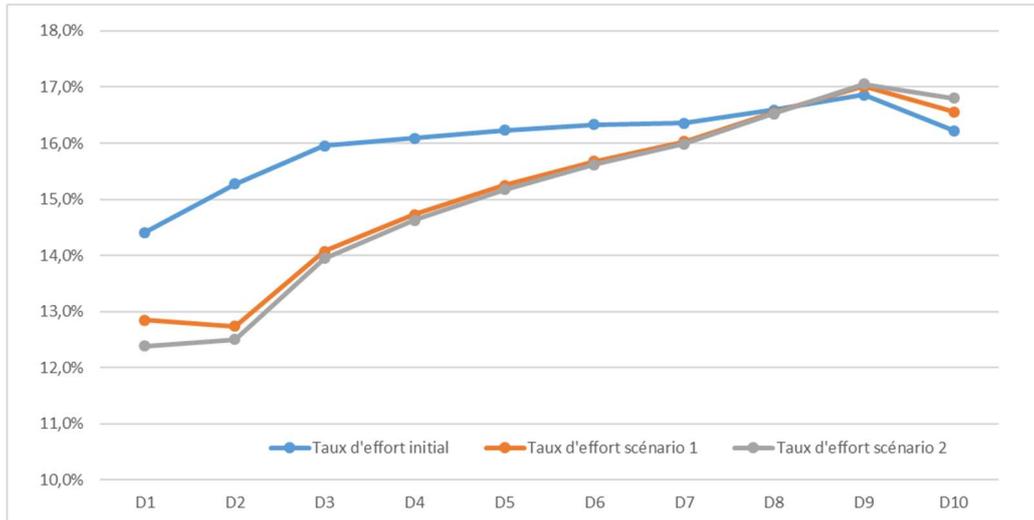
Source : Ines-Omar 2017, calculs Drees.

*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<sup>ème</sup> 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).

Mis au regard des revenus respectifs des ménages, il apparait 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 2).

**Graphique 2 : 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<sup>ème</sup> 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, sauf dans une certaine mesure pour les entreprises de plus de 500 salariés (tableau 5).

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 5** : 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	- 90 €	- 30 €
5-9 salariés	60 €	- 10 €
10-49 salariés	- 110 €	- 10 €
50-99 salariés	- 60 €	- 10 €
100-249 salariés	- 100 €	- 20 €
250-499 salariés	- 60 €	0 €
Plus de 500 salariés	- 110 €	+ 100 €
<b>TOTAL</b>	<b>- 90 €</b>	<b>0 €</b>

*Source* : DREES, à partir de l'outil de microsimulation Omar-Ines aménagé pour les besoins de l'exercice (voir encadré et annexe X).

*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 110 euros dans le scénario 1 (répartition mécanique des gains entre les catégories d'acteurs) et de 10 euros dans le scénario 2 (gains majoritairement alloués aux retraités et aux inactifs).

## 2.3. Scénario 3 : Une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée

### 2.3.1. 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 prolonge également, à des degrés qui peuvent être modulés selon les variantes, la tendance à la normalisation des contrats, en l'étendant potentiellement des garanties offertes aux primes versées par les assurés. Certaines propositions du scénario « améliorations dans le cadre de l'architecture actuelle » visant à simplifier et rendre plus équitables les règles de remboursement par l'AMO pourraient également être adoptées ce scénario d'assurance complémentaire obligatoire. On peut toutefois s'interroger sur la pertinence, dans ce scénario, de participations à la charge des assurés après assurance maladie obligatoire, puisqu'elles seraient obligatoirement couvertes par des complémentaires santé elles-mêmes obligatoires.

### 2.3.2. Description du schéma

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

La construction de ce schéma repose sur la notion de SIEG. Au-delà du régime juridique, cela 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.

#### 2.3.2.2. 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.

#### 2.3.2.3. La normalisation des garanties et des primes

L'obligation d'assurance porterait sur un panier de soins au contenu défini par voie réglementaire. Ce 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, les frais d'hospitalisation, les examens de biologie médicale, les médicaments<sup>50</sup>, les dispositifs médicaux et les transports médicaux et les lunettes, audioprothèses et soins prothétiques dentaires relevant du « 100 % santé », ainsi que des prises en charge complémentaires concernant les lunettes et les soins prothétiques dentaires<sup>51</sup>.

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

- Dans la première variante, la tarification demeurerait libre

---

<sup>50</sup> 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.

<sup>51</sup> 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 ».

- 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.
- 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 deux dernières options pourraient inclure des dispositions visant à réduire les primes des assurés les plus jeunes. Elles impliquent un mécanisme de péréquation (v. *infra*). On ne propose pas ici une modulation obligatoire des primes en fonction du revenu : cumulée à l'obligation généralisée d'adhésion et à la normalisation des garanties, elle calquerait le fonctionnement de l'AMC sur celui de l'AMO.

La concurrence entre organismes se ferait sur ce contenu normé, de manière analogue à celle qui existe dans plusieurs pays européens sur l'assurance-maladie de base (Pays-Bas, Suisse, Slovaquie), même si, s'agissant en France d'assurances complémentaires, leurs marges de manœuvre seraient réduites, notamment en matière de gestion du risque.

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 dans son volet assurantiel pourrait inciter les OC à franchir une nouvelle étape dans la structuration de ces services, qui deviendraient l'un des seuls moyens de se différencier, et accélérer une évolution de leur rôle vers un modèle « serviciel ». L'organisation de ces services continueraient à relever de la libre initiative des OC et du choix des assurés, sans intervention de la puissance publique.

#### *2.3.2.4. 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).

#### *2.3.2.5. 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.

#### 2.3.2.6. 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. Des dispositions devraient toutefois être prévues pour éviter les garanties aux effets trop inflationnistes sur les tarifs des soins.

#### 2.3.2.7. 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, 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.

## 2.4. Scénario 4 : Décroisement entre les domaines d'intervention de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires

### 2.4.1. Exposé des motifs

Ce scénario part des constats suivants :

- Pour une majorité de leurs prestations, le rôle des assureurs complémentaires se limite à rembourser les copaiements des tarifs de responsabilité (tickets modérateurs, forfaits journaliers à l'hôpital) laissés par l'assureur public, sans réelle possibilité de gérer le risque. 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 – l'AMC est cependant le payeur majoritaire ;
- Par rapport à l'AMO, les assureurs privés peuvent contractualiser avec des professionnels de santé de manière sélective (réseaux de soins...), développer certains services pour leurs assurés et soutenir le développement de certaines innovations (dentaire hors nomenclature, progrès techniques pour les verres ou les audioprothèses...). Cela suppose que les assureurs 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 assureurs formalisent leur contractualisation avec les professionnels de santé.

Ce scénario vise à changer la logique d'assurance « complémentaire » dominant l'articulation entre AMO et AMC en France pour privilégier une logique d'assurance « supplémentaire » où AMO et AMC interviennent sur des paniers de soins distincts. Il a pour objectif de clarifier les rôles de l'assurance maladie obligatoire d'une part et des organismes d'assurance privés d'autre part, de simplifier radicalement la régulation actuelle, et de 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 assureurs 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.

### 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 assureurs privés 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. La régulation des dépassements serait uniquement rattachée au cadre conventionnel entre l'AMO et les professionnels de santé, sans s'appuyer sur l'encadrement de l'AMC.

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.

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.

Concernant les médicaments aujourd'hui remboursés à 65 % par l'AMO, 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 l'AMO, 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.

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*

Des droits élargis pourraient être accordés à des publics cibles.

Dans un objectif d'équité d'accès aux soins, les bénéficiaires de la C2S conserveraient leur panier de soins actuel. 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*

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. Une régulation minimale serait cependant nécessaire. Sur le périmètre du panier de soins publics, il s'agirait 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. En dehors du panier de soins public, des incitations fiscales à couvrir certains soins déremboursés (soins conservateurs dentaires, médicaments...) pourraient être envisagées.

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).

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 la négociation au niveau de la branche ou de l'entreprise pour souscrire des menus de garanties à choisir parmi la couverture santé et/ou prévoyance.

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 Canada<sup>52</sup>, 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. Dans le contexte français, pour ce scénario, c'est le maintien de la C2S,

---

<sup>52</sup> 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)

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.

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

Aujourd'hui, l'AMO 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

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.

#### 2.4.3. Les effets financiers de la réforme

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.

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 Md 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 intégra-

lement 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 Md.

**Tableau 6** : 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
<b>Total</b>	<b>+2,7</b>

\*tout ambulatoire, hors médicaments, optique, dentaire et audioprothèses.

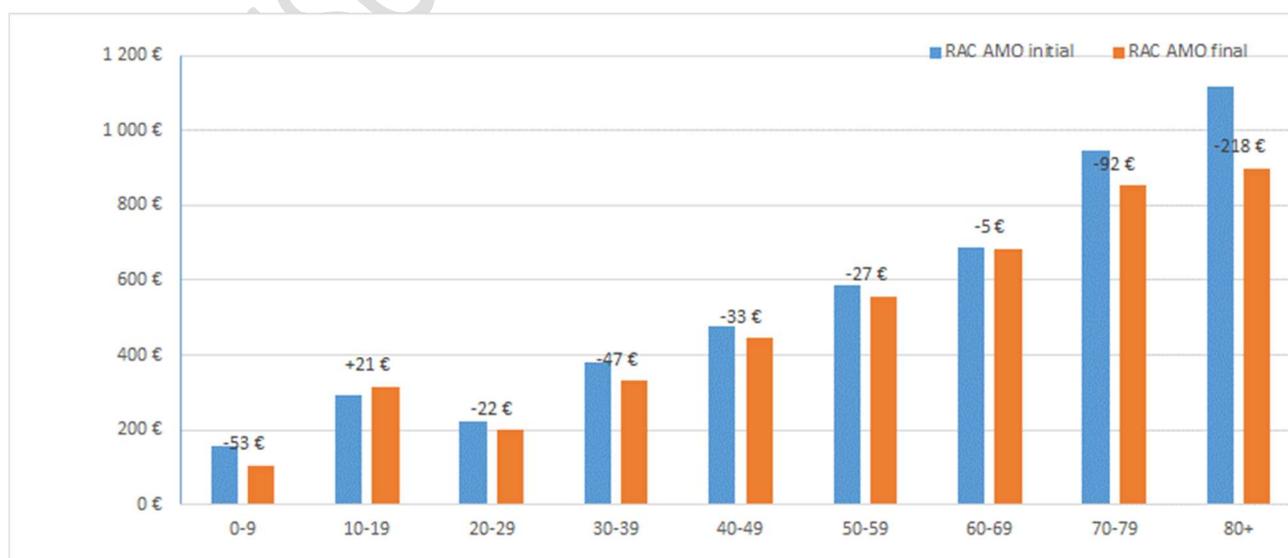
Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

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 exonerante, ce qui préserverait ou même renforcerait légèrement la solidarité actuelle entre ALD et non ALD

**Graphique 2** : Effet du scénario de décroisement simulé sur les restes à charge après AMO moyens



Source : Ines-Omar 2017, calculs DREES

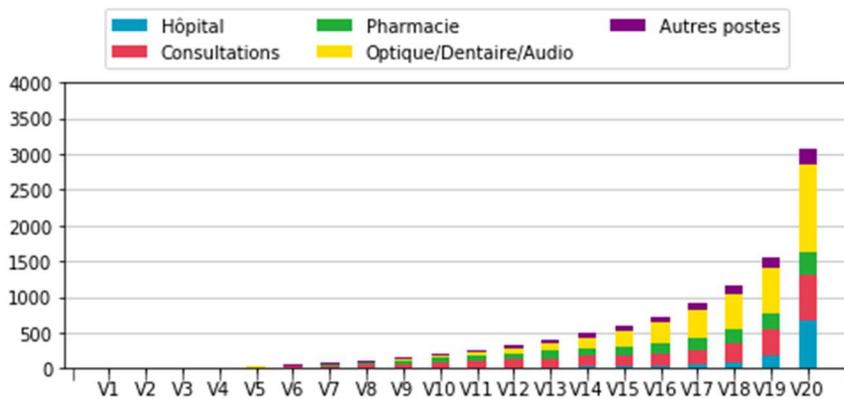
### Une aggravation des restes à charge les plus lourds et une évolution de leurs compositions

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.

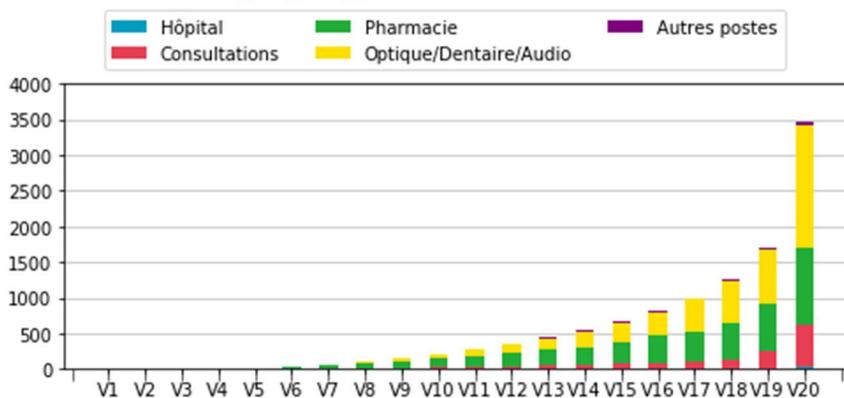
L'aggravation des RAC les plus lourds, notamment sous l'effet du déremboursement des médicaments à 65% pour les personnes qui ne sont pas en ALD souligne l'intérêt, dans ce scénario, de continuer à inciter à la souscription d'assurance santé privée pour couvrir ces risques lourds. Cela peut aussi encourager 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 3** : Distribution comparée des restes à charge après AMO dans la situation initiale et dans le scénario de décroisement

#### 3.a situation initiale



#### 3.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 7** : 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	ns
Indépendants	ns
Inactifs	+10 €
Etudiants	ns
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'euro, le terme ns signifie « non significatif », c'est-à-dire que l'effet global est compris entre -5 et 5 euros et peut être considéré comme négligeable.

## 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 cotisation retraite sans pleinement bénéficier de la hausse des remboursements AMO qui profite mieux 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 par personne.

**Tableau 8** : 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	ns
30-39 ans	+ 20 €
40-49 ans	-10 €
50-59 ans	-10 €
60-69ans	- 70 €
70-79 ans	ns
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'euro, le terme ns signifie « non significatif », c'est-à-dire que l'effet global est compris entre -5 et 5 euros et peut être considéré comme négligeable.

#### 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 9** : 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	ns
D7	ns
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<sup>ème</sup> 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'euro, le terme ns signifie « non significatif », c'est-à-dire que l'effet global est compris entre -5 et 5 euros et peut être considéré comme négligeable.

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 1er euro sur un panier de soin distinct de celui de l'AMO, est construit sans transformer les solidarités existantes. Naturellement, ce chiffrage est statique, en faisant l'hypothèse de comportements inchangés, il doit donc être considéré avec précaution. Il permet cependant d'illustrer qu'il semble possible de construire une articulation AMO/AMC 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. 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. 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.

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 ? 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. Ce serait le rôle d'une autorité indépendante de régulation de favoriser des conditions permettant un accès aux soins minimum pour les personnes sans couverture complémentaire<sup>53</sup>

Au niveau macro-économique, 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.

PROVISOIRE ET CONFIDENTIEL

---

<sup>53</sup> 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.

## 2.5. Proposition transversale relative au développement de la prévoyance

### 2.5.1. Exposé des motifs

Les travaux du HCAAM sur l'articulation entre l'AMO et l'AMC 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

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 salariés<sup>54</sup>), la teneur des couvertures « prévoyance » diffère fortement selon la taille des entreprises et les catégories de salariés couverts (cadres/non cadres notamment). Seule une minorité de salariés (1,2 millions) 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.

### 2.5.3. Objectifs

Les propositions poursuivent l'objectif d'encourager le déploiement de la prévoyance car le besoin de protection contre les risques lourds est essentiel. Le besoin de protection qui est très corrélé à l'exercice d'une activité professionnelle a été instruit pour les salariés de droit privé, même si l'encouragement de la prévoyance est une question qui se pose aujourd'hui pour tous les travailleurs.

Les propositions tendent en outre 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 cadres sont globalement plus et mieux couverts en prévoyance que les non-cadres ; il s'agit là d'une situation paradoxale au regard des inégalités sociales de santé et de la plus forte exposition aux risques professionnels des catégories non-cadres. Il s'agit donc de 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.

---

<sup>54</sup> Rapport CTIP, Les accords de branche en prévoyance, 2018.

## 2.5.4. Pistes d'évolution

### 2.5.4.1. *Instaurer une obligation thématique de négocier au niveau de la branche*

L'obligation de négocier constituerait un mécanisme juridique permettant au dialogue social de branche de se saisir de l'objet « prévoyance ». Une proposition plus avancée 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.

### 2.5.4.2. *A défaut et si la négociation échoue, créer une obligation subsidiaire de financement à la charge des employeurs*

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.

### 2.5.4.3. *Rendre lisibles et effectives les garanties dans les contrats de prévoyance*

L'impératif de rendre lisibles les clauses ainsi que de faciliter l'exercice des droits par les assurés invite à ce que des améliorations soient introduites dans les contrats.

Si l'on peut espérer l'adoption a minima d'un « accord de place » entre les trois familles d'assureurs, on peut également souhaiter la mise en place d'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. Il s'agira d'améliorer les clauses déterminant les conditions d'ouverture des droits, 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.

### 2.5.4.4. *Développer ou aménager des mécanismes de solidarité professionnelle dans les accords de branche*

En matière de prévoyance, les enjeux d'une mutualisation « forte » des risques à l'échelle de la branche sont beaucoup plus prégnants qu'en matière de couverture santé. On observera néanmoins que les mécanismes envisagés ne présentent pas tous la même efficacité pour répondre pleinement à ce besoin de solidarité professionnelle.

Plusieurs pistes sont à envisager :

- Mise en place de clauses de codésignation pour la prévoyance lourde. Juridiquement, ceci est envisageable dans le seul champ des risques lourds, ces clauses pouvant porter au moins sur deux organismes assureurs, le cas échéant de deux « familles » différentes.
- 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. L'extension d'un accord de branche en prévoyance pourrait être conditionnée à l'insertion d'une clause de recommandation. En complément, on pourrait, par un taux fiscal réduit, inciter à la souscription des contrats auprès de l'organisme recommandé.

#### 2.5.4.5. 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 de 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 : créer un mécanisme d'aide à l'assurance consistant « à étendre le champ de compétence du bureau central de tarification » (pt 54).



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>

PROVISoire ET CONSULTABLE

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