



La face cachée des propositions du HCAAM

Synthèse des effets des différents scénarios
du HCAAM

Table des matières

À propos des auteurs	1
A propos de l’Institut Sapiens	2
A propos d’Asterès	3
Disclaimer	3
Introduction	4
1.1. Rappel du scénario : l’obligation de souscription à un contrat de complémentaire santé	8
1.2. Analyse : un scénario qui sacrifie l’innovation et l’adaptation aux besoins des populations	12
2. « Grande sécu » et suppléments santé : un alourdissement des comptes sociaux qui créerait de nouvelles inégalités	17
2.1. Rappel du scénario : un remboursement à 100 % (hors dépassements tarifaires) par la sécurité sociale des soins dits « essentiels »	17
2.2. Analyse : un scénario peu soutenable financièrement qui présente un risque de créer un système à deux vitesses	18
3. Décroisement des complémentaires et de la sécurité sociale : une inflation des charges publiques sans gage d’efficacité	25
3.1. Rappel du scénario : une rupture avec la logique complémentaire	25
3.2. Analyse : un impact qui dépend des désaffiliations	26
4. Bouclier sanitaire : Une réponse seulement partielle au problème	31
4.1. Rappel du scénario : Plafonner le reste à charge opposable	31
4.2. Analyse : Une solution très complexe dans sa mise en œuvre, ne répondant que partiellement au problème	31
Conclusion	35

À propos des auteurs



Josette Guéniau

Directrice de l'Observatoire santé et innovation. Professionnelle et ex-dirigeante de l'assurance santé, devenue conseil auprès des assureurs complémentaires depuis plus de 10 ans, notamment sur les sujets de la réglementation, de l'innovation et de la stratégie marketing. A ce titre elle s'intéresse depuis plus de 5 ans à l'apport de la téléconsultation dans la prise en charge au plan de l'accès et de la qualité à la santé mais aussi à son financement.



Guillaume Moukala Same

Diplômé de Sciences Po Grenoble et titulaire d'un MA de Philosophie, Politique et Economie. Après un passage à l'Institut Sapiens puis au service économique de l'Ambassade de France en Estonie, il a rejoint Asterès en tant que chargé d'études économiques. Il est le co-auteur d'une étude publiée par la Fondapol sur le rôle des complémentaires santé dans l'innovation.

A propos de l'Institut Sapiens

L'Institut Sapiens est un laboratoire d'idées (*think tank*) indépendant et non partisan réfléchissant aux nouvelles conditions d'une prospérité partagée à l'ère numérique. L'humanisme est sa valeur fondamentale. Son objectif est d'éclairer le débat économique et social français et européen par la diffusion de ses idées.

Il fédère un large réseau d'experts issus de tous horizons, universitaires, avocats, chefs d'entreprise, entrepreneurs, hauts fonctionnaires, autour d'adhérents intéressés par les grands débats actuels. Sapiens s'attache à relayer les recherches académiques les plus en pointe.

Les travaux de Sapiens sont structurés autour de **sept observatoires thématiques** : développement durable ; IA et éthique ; science et société ; santé et innovation ; travail, formation et compétences ; politiques, territoire et cohésion sociale ; innovation économique et sociale.

Sa vocation est triple :

Décrypter — Sapiens aide à la prise de recul face à l'actualité afin d'aider à la compréhension des grandes questions qu'elle pose. L'institut est un centre de réflexion de pointe sur les grands enjeux économiques contemporains.

Décloisonner et faire dialoguer — Sapiens met en relation des mondes professionnels trop souvent séparés : universitaires, membres de la sphère publique, praticiens de l'entreprise ou simples citoyens. L'institut est un carrefour où ils peuvent se rencontrer pour réfléchir et dialoguer.

Se former — Le XXI^e siècle est celui de l'information ; il doit devenir pour l'individu celui du savoir. Les immenses pouvoirs que donnent les technologies appellent un effort nouveau de prise de recul et d'analyse. Grâce à ses publications, événements et rencontres, Sapiens se veut un lieu de progression personnelle pour ceux qui veulent y prendre part.

Pour en savoir plus, visitez notre site internet : institutsapiens.fr



A propos d'Asterès

Fondé en 2006 par Nicolas Bouzou, ASTERES est un cabinet d'études économiques et de conseil. Nos missions nous orientent vers l'analyse des évolutions structurelles dans les sphères économiques, politiques et sociétales. Nos travaux s'inscrivent notamment en amont de stratégies de communication, d'affaires publiques et de décisions stratégiques.

Disclaimer

La présente note a été rédigée par l'Institut Sapiens et le cabinet Asterès en partenariat avec Aésio mutuelle. Les auteurs ont bénéficié d'une indépendance totale et les propos tenus n'engagent que l'Institut Sapiens et le cabinet Asterès.





Introduction

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) mène depuis plusieurs années une réflexion sur l'articulation entre assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMC). Le constat est le suivant : malgré le reste à charge (RAC) le plus faible de l'OCDE (6,9% de la dépense courante de santé au sens international), le système mixte français est confronté à deux défis majeurs :

- **Selon le HCAAM , la performance générale indéniable du système cache des disparités selon l'âge, le niveau de revenu ou la situation professionnelle** : le taux d'effort¹ était en 2017 beaucoup plus élevé pour les personnes âgées de plus de 80 ans (6,6 % contre 3,8 % en moyenne), les personnes à revenu modeste restent sur-représentées parmi les personnes n'étant pas couvertes par un contrat de complémentaire santé², même si en théorie elles bénéficient aujourd'hui de

1 Le taux d'effort est un indicateur prenant en compte le reste à charge après remboursement de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé, le coût des primes d'assurance complémentaire santé et les cotisations obligatoires

2 Plus de 12% des personnes appartenant au premier quintile de revenu ne sont pas couvertes, contre respectivement 5%, 3% et 2% pour les quintiles suivants. Cf. Muriel Barlet et al., « Fiche 12 - Les inégalités sociales de couverture complémentaire » (Drees, 2019), 12, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/12-11.pdf>.

la Complémentaire Santé Solidaire³ (CSS) , à titre gratuit ou quasi gratuit. Au sein même de la population couverte, des disparités existent entre personnes couvertes par un contrat collectif et personnes couvertes pas un contrat individuel (les premières sont généralement plus couvertes que les secondes et bénéficient davantage d'aides publiques).

- **La hausse structurelle des dépenses de santé remet en cause la soutenabilité du système.** Plusieurs facteurs contribuent à tirer les dépenses de santé vers le haut : le vieillissement de la population, le coût élevé des nouvelles thérapies, l'essor des maladies chroniques et le risque épidémique. Dans ce contexte, l'efficacité de la dépense et l'investissement dans la prévention apparaissent comme des enjeux majeurs, afin de limiter la hausse du taux d'effort des ménages.

À la demande du ministre des Solidarités et de la Santé, le HCAAM a analysé les impacts concrets de quatre scénarios d'évolutions de ruptures envisageables du financement du système de santé, aboutissant au rapport publié le 14 janvier 2022⁴.

- Le scénario 1 propose des améliorations paramétriques, sans remettre en cause l'architecture globale du système actuel.
- Le scénario 2 propose l'instauration d'une « assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée ».
- Le scénario 3, communément appelé « Grande sécu », propose l'augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale.
- Enfin, le scénario 4 consisterait en un décroisement des champs d'intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'assurance maladie complémentaire (AMC).

Entre fuites organisées dans la presse, diffusion d'un pré-chiffrage des scénarios sans informations préalables aux membres, ou encore politisation accrue des différentes propositions, cette publication du rapport du HCAAM ne s'est pas faite dans un contexte de sérénité totale. Sans amputer la crédibilité de l'institution, ces différents soubresauts ont néanmoins empêché la tenue d'un débat posé et argumenté sur les principales préconisations réalisées par les experts.

3 Couverture non participative (gratuite) ou participative mais pour un maximum de 30 € par mois, en fonction du seuil de revenus pour les personnes aux faibles revenus. La CSS est financée par la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA), payée par les cotisants aux complémentaires santé.

4 « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire » (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 14 janvier 2022), <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2022/Rapport%20HCAAM-%20Quatre%20scenarios%20articulation%20AMO-AMC%20-%20janvier%202022.pdf>.

Cette note vise à analyser les scénarios dits de « rupture » du rapport, soit les scénarios 2, 3 et 4, ainsi que celui dit du « bouclier sanitaire », scénario de rupture, présent en annexe du rapport. Le scénario 1 d'évolutions incrémentales sera traité dans une note ultérieure, afin de pousser l'analyse des différentes mesures proposées par le HCAAM et l'opportunité d'autres mesures.

Si le rapport du HCAAM est documenté et permet d'alimenter le débat, nous pouvons porter un regard critique sur les scénarios proposés. En effet, malgré leur bonne volonté apparente, ils sont porteurs d'effets pervers pouvant générer d'importants coûts pour les populations ciblées.

Afin de faciliter la comparaison entre les scénarios, ceux-ci seront présentés sous trois angles :

- Leur effet sur la population couverte par les complémentaires santé,
- Leur effet sur le panier de soins pris en charge
- Lorsque c'est pertinent, leur effet sur le niveau de garantie.

Les scénarios seront jugés sur leur capacité à relever, ou non, les deux défis décrits plus haut : l'accès aux soins pour les Français et la soutenabilité du système.

Encadré 1 : le reste à charge (RAC) des Français en 2017⁵.

Le reste à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO) moyen en France, en 2017 (soit avant le 100 % santé), est de 620 €/an. Le reste à charge après assurance maladie complémentaire (RAC AMC) est de 220 €, soit une réduction de 65 % du RAC en moyenne, faisant ainsi du système dual français (AMO + AMC) le système laissant le plus faible RAC de l'OCDE (6,9 % la consommation de soins et biens médicaux). Dans le détail :

- 10 % des Français, soit 6,7 millions d'individus, supportent un RAC AMO > 1 200 €/an (2 200 € en moyenne)
- 1 % des Français, soit 670 000 Français, supportent un RAC AMO > 3 700 € (5400 € en moyenne)
- 0,1 % des Français, soit 6 700 Français, supportent un RAC AMO > 10 000 €
- La liberté tarifaire représente 30% du RAC pour l'ensemble de la population.
- Pour les retraités, les RAC AMO sont en moyenne d'un montant double à ceux des moins de 45 ans.
- Le RAC AMO des personnes en ALD est, très majoritairement (80%), dû à des dépenses non liées à leur pathologie exonérante. Ces RAC sont consécutifs, pour leur quasi-totalité (90 %) aux dépassements d'honoraires des médecins, et aux dépassements relatifs aux postes couverts par le 100 % Santé (optique, dentaire notamment), ce que la DREES appelle « liberté tarifaire » des professionnels de santé⁶.

5 « Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels » DREES, novembre 2020

6 Source : Etudes et Résultats DREES n°1171-Nov 2020 : « Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels »

Source : Etudes et Résultats DREES n°1180-janv 2021 : « Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures »

1. Obligation de souscription à une complémentaire : vers une quasi-étatisation du système

1.1. Rappel du scénario : l'obligation de souscription à un contrat de complémentaire santé

Le scénario 2 propose d'universaliser la complémentaire santé, en la rendant obligatoire pour tous les Français. Ce scénario aurait un effet d'extension marginale sur la population couverte par un contrat de complémentaire, un effet de standardisation sur le panier de soins couvert par les complémentaire et un effet sur le niveau de reste à charge : une baisse pour certains soins et une hausse pour d'autres.

1.1.1. La population : une extension marginale de la couverture

Ce scénario revient à étendre à toute la population l'obligation actuelle d'adhésion des salariés du secteur privé (sauf dérogations) à la couverture souscrite par leur entreprise et, à partir de 2024, des agents publics à celle de leur employeur. Le taux de couverture par une complémentaire santé passerait ainsi de 96 % aujourd'hui⁷ à 100 % (en théorie) après la réforme de la couverture universelle.

Pour le HCAAM, l'obligation de souscription se justifie par la volonté de réguler les tarifs des contrats complémentaires.

Trois variantes sont envisagées par le HCAAM.

- La première serait une tarification libre, semblable au système actuel (V1)
- La deuxième établirait une tarification au risque collectif. Dans cette variante, le tarif ne dépendrait pas de l'âge et permettrait d'équilibrer le système à l'échelle nationale (V2). L'hypothèse retenue par le HCAAM pour la modélisation des effets de la réforme est celle d'un tarif de 400 € par an pour les adultes et d'un tarif de 130 € par an pour les moins de 26 ans. Ces tarifs correspondent au niveau de garanties socle des salariés

⁷ « Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques », consulté le 11 février 2022, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/une-hausse-moderee-de-la-couverture-de-la-population-apres-la>.

du privé mais avant prise en compte des surcoûts induits par le 100 % santé (les remboursements des complémentaires santé ont bondi au premier semestre 2021 de + 29 % par rapport au premier semestre 2019⁸).

- La troisième impliquerait une tarification libre mais encadrée. L'écart maximal entre les primes les plus basses et les primes les plus élevées serait plafonné (V3).

Ces deux dernières variantes sont, selon le HCAAM, envisageables grâce à l'obligation de souscription. En l'absence d'une telle obligation, l'interdiction de la tarification au risque conduirait les « bons risques » (c'est-à-dire les personnes en bonne santé, souvent jeunes) à renoncer à une assurance santé pour éviter de payer pour les « mauvais-risques » (les personnes qui concentrent les dépenses de santé, souvent les personnes âgées). En complément, un mécanisme de péréquation des risques (une mutualisation des résultats des portefeuilles présentant les risques les moins élevés avec ceux des portefeuilles les plus risqués) devrait être, selon le Haut comité, mis en place pour éviter que les opérateurs mettent en œuvre des moyens pour ne souscrire que des bons risques. A noter que ce système de péréquation existe dans un pays comme la Suisse et conduit à une spirale inflationniste sur les coûts et sur les prix, car il n'engendre aucune incitation à la bonne gestion pour les assureurs privés, puisque leurs surcoûts et pertes sont compensées par les acteurs les plus efficaces.

1.1.2. Le panier de soins : une standardisation des garanties couvertes

L'obligation de couverture porterait sur un panier de soins qui pourrait s'inspirer de celui que les employeurs privés doivent aujourd'hui fournir à leurs salariés (le panier de soins ANI). Ce panier de soins ne couvre pas tous les besoins en santé et les personnes qui souhaiteraient bénéficier d'une couverture des soins dits « non essentiels » pourraient souscrire à un contrat de complémentaire. Ce scénario s'inscrit dans la continuité de la trajectoire actuelle qui vise à limiter les possibilités de diversification de l'offre. Le contenu des garanties est en effet déjà très réglementé : les contrats responsables doivent prendre en charge la totalité du ticket modérateur, le panier « 100 % santé », le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, et ne peuvent prendre en charge les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins non adhérents à l'option tarifaire au-delà d'un certain plafond.

1.1.3. Le niveau de garantie : une moindre prise en charge pour les spécialistes et l'orthodontie, de meilleurs remboursements pour les produits pharmaceutiques à service médical rendu faible ou modéré

La liberté tarifaire ne serait plus prise en charge alors que les médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré seraient mieux remboursés. En 2016, le niveau de garantie des contrats de complémentaires sur les consultations de spécialistes s'élevait, en moyenne, à 150 % du tarif conventionnel. Dans ce scénario, le niveau de garantie passerait à 100% du tarif conventionnel, du fait de la non prise en charge des dépassements. De même pour un semestre de traitement d'orthodontie dont le niveau de garantie moyen s'élevait en 2016 à 275 % du tarif conventionnel, ce taux passerait à 100 % avec une couverture universelle obligatoire. A l'inverse, les médicaments à SMR faible seraient significativement mieux pris en charge : les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) rembourseraient 100 % du ticket modérateur contre 71% en moyenne en 2016. Et les médicaments à SMR modéré connaîtraient une faible amélioration de la prise en charge par rapport à 2016 (100 % de couverture contre 96 %).

Tableau 1 : Comparaison des niveaux de garantie de la couverture universelle avec ceux des contrats de complémentaires santé en 2016

Postes de soins	Niveau de garantie exprimé en...	Scénario 2	Données Drees 2016 ⁹			
		Couverture universelle	Contrat de classe 1 ¹⁰	Contrat de classe 2 ¹⁰	Contrat de classe 3 ¹⁰	Contrat moyen
Orthodontie, pour un semestre de traitement	% du tarif conventionnel*	100 %	165 %	260 %	350 %	275 %
Consultations de spécialistes avec dépassements d'honoraires	% du tarif conventionnel	100 %	115 %	130 %	195 %	150 %
Médicaments à SMR faible	% du ticket modérateur	100 %	68 %	53 %	89 %	71 %
Médicaments à SMR modéré	% du ticket modérateur	100 %	96 %	92 %	100 %	96 %
Chambre particulière à l'hôpital (en €)	Forfait	0	35	45	65	55
Prothèses dentaires, couronne céramo-métallique	% du tarif conventionnel	100 %	180 %	370 %	460 %	365 %
Optique simple	Forfait	Non comparable**	140 €	205 €	370 €	244 €
Optique complexe	Forfait		225 €	335 €	595 €	415 €
Audioprothèses	Forfait		520 €	965 €	1 500 €	1 085 €

Source : « Les niveaux de garantie des couvertures individuelles et collectives », La complémentaire santé, édition 2019, Drees ; Rapport du HCAAM 2022, p. 53.

Avertissement : L'Accord National Interprofessionnel (ANI) qui a généralisé la couverture complémentaire pour les salariés est entrée en vigueur en 2016, date des dernières données disponibles.

L'impact de l'ANI sur les niveaux de garantie n'étant pas immédiat, il faut considérer que ces données ne sont pas complètement à jour. Les dernières données disponibles ne prennent pas non plus en compte l'impact de la réforme du contrat responsable en 2017 et du 100% Santé entré en vigueur en 2021.

Note : En 2016, 33% des contrats individuels étaient des contrats de classe 1, 56% des contrats classe 2 et 11% des contrats de classe 3.

*Les niveaux de garantie exprimés en pourcentage du tarif conventionnel comprennent les contributions de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé.

**Les niveaux de garantie étant exprimés en euros, la comparaison entre 2016 et aujourd'hui serait biaisée par l'évolution des tarifs, d'autant plus que la réforme du 100% Santé a conduit à une forte baisse des tarifs sur les lunettes et les prothèses et surtout une augmentation très importante des remboursements par les complémentaires santé.

9 Avant réforme du contrat responsable de 2017 et 100 % santé ayant fortement modifié les couvertures des complémentaires santé, notamment concernant les postes optiques et dentaires

10 Cf. note de bas de page de l'encadré 4

1.2. Analyse : un scénario qui sacrifie l'innovation et l'adaptation aux besoins des populations

L'obligation de souscription aurait un effet positif sur l'accès financier aux soins des 4 % de Français non couverts par une complémentaire santé et porterait un risque pour l'ensemble de la population sur l'accès aux spécialistes présentant des dépassements tarifaires. Ce risque dépendrait du taux de désaffiliation envisageable d'une partie de la population des assurances supplémentaires couvrant les soins non contenus dans le panier du contrat obligatoire de base. Dans les variantes les plus radicales du scénario, les organismes complémentaires ne seraient plus que de simples exécutants, d'où une perte en termes d'innovation et d'adaptation à des besoins de santé ou de couverture de dépenses spécifiques. L'obligation de souscription aurait également un impact sur la soutenabilité du système, dans la mesure où la désaffiliation de certaines personnes pèserait sur la mutualisation du risque par les complémentaires santé et en conséquence, sur le coût du risque et les tarifs des contrats subsidiaires.

1.2.1 L'accès aux soins : une nouvelle difficulté d'accès aux spécialistes

Le scénario présente le risque d'accentuer les difficultés d'accès aux soins dans les zones où les dépassements d'honoraires et tarifaires sont courants, même si l'obligation de souscription à une complémentaire entraînerait aussi une diminution du reste à charge final¹¹ pour certains Français (les moins ou les non couverts actuellement). Selon le HCAAM, cette baisse serait la plus forte pour les retraités, qui verraient leur reste à charge final diminuer de 80 € par an (sur la base de chiffres de 2017). Pour les inactifs, les indépendants et les salariés, la diminution serait d'environ 30 €. Cette baisse s'expliquerait par deux facteurs : l'extension de la couverture pour une part de la population (les 4 % de la population aujourd'hui non couverts par une complémentaire) et l'amélioration de la couverture des Français bénéficiant des couvertures les plus faibles, pour une autre part. Selon ses modalités, le scénario présente toutefois un risque de déport vers une moindre couverture :

- **Pour les 96 % de Français déjà couverts, le risque est un déport vers une moindre couverture (la couverture universelle), qui ne prendrait notamment pas en charge les**

¹¹ Par « reste à charge final » nous entendons reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'assurance maladie complémentaire (AMC).

dépassements. En effet, la couverture universelle obligatoire ne prévoit pas la prise en charge des dépassements d'honoraires et tarifaires, condition pourtant essentielle à l'accès aux soins : en 2017, 59 % des Français ayant consommé des soins au moins une fois dans l'année avaient subi des restes à charge liés à la liberté tarifaire¹². Via leur complémentaire santé, même les ménages les moins aisés bénéficient d'une prise en charge au moins partielle des dépassements d'honoraires sur les consultations de ville, à hauteur de 39 % des dépassements pour le premier décile de revenu et de 56 % pour le dernier décile¹³. L'impact de ce scénario sur l'accès aux soins présentant une part de liberté tarifaire dépendrait alors des modalités précises d'implémentation de la réforme. Si les individus qui bénéficient aujourd'hui d'une meilleure couverture complémentaire que la couverture universelle prévue par le HCAAM devaient souscrire un contrat supplémentaire pour conserver leur couverture, ils ne le feraient pas forcément. Cela pourrait concerner les Français les moins aisés financièrement qui souhaiteraient ainsi gagner en pouvoir d'achat, et ceux qui n'ont pas une connaissance fine de la réalité liée au risque financier concernant la fréquence et l'ampleur des dépassements d'honoraires. Dans ce cas, l'accès aux soins reculerait et le coût de la complémentaire santé se renchérirait du fait de la démutualisation. La réforme pourrait ainsi générer un système de santé à deux vitesses. Si, à l'inverse, les individus mieux couverts conservent leur couverture, la réforme ne devrait pas avoir d'effet sur l'accès aux soins.

- **Une amélioration de la couverture serait à prévoir uniquement pour les médicaments qui rendent un service médical « faible ».** En ce qui concerne les produits pharmaceutiques, l'étage complémentaire obligatoire serait légèrement plus couvrant que la couverture actuelle de « certains » Français. Le gain porterait essentiellement sur les médicaments pris en charge à 15 % par la Sécurité sociale, soit les médicaments à faible service médical rendu. La dépense portant sur les médicaments remboursés à 15 % n'étant que de 50M€ (sur de dépenses de santé) en 2018 et en baisse¹⁴, cette amélioration de la prise en charge est marginale.
- **L'universalisation de la couverture complémentaire améliorerait l'accès aux soins pour les 4 % de Français non couverts.** Selon un sondage Elabe, les personnes non-couvertes le sont en raison du coût des complémentaires (42 %), de l'inutilité

12 HCAAM, « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire », p. 63.

13 *Ibid*, p. 69.

14 DREES- comptes nationaux de la santé-édition 2019 (dernière analyse portant en détail sur le poste médicaments).

de la couverture au regard de leurs besoins en santé (13 %) ou d'une situation particulière, c'est-à-dire étudiants, chômeurs, entrepreneurs, en intérim (12 %). Le reste des répondants n'est pas en mesure de justifier ce choix (33 %)¹⁵. Le coût étant le premier motif de non-couverture, l'obligation induite risque d'augmenter les dépenses courantes de ces Français qui ne disposent déjà pas des moyens financiers nécessaires. Pour ceux qui sont éligibles à la Couverture santé solidaire (CSS) mais qui n'y ont pas recours, l'automatisation de l'ouverture de droits apparaît comme la meilleure solution. C'est déjà le cas depuis le 1er janvier 2022 pour les bénéficiaires du minimum vieillesse (APSA).

Dans l'hypothèse d'une tarification au risque collectif, le coût des primes d'assurance augmenterait pour de nombreux Français, à l'exception des retraités. La variante 2, qui vise à supprimer la tarification au risque, conduirait à une augmentation des cotisations pour tous les individus présentant un profil moins risqué que la moyenne (les populations en bonne santé, à l'exception des moins de 26 ans qui bénéficieraient d'un tarif préférentiel), et à une diminution des cotisations pour tous les individus présentant un profil plus risqué que la moyenne (les retraités). Selon les simulations du HCAAM, les retraités économiseraient 180€ de cotisations par an. Les actifs, salariés et indépendants perdraient quant à eux plus d'une centaine d'euros par an. L'option d'une tarification libre (V1) n'introduit pas de nouveauté et n'aurait pas d'effet sur la tarification au risque. Enfin la variante intermédiaire (V3), aurait un effet de la même nature que celui de la V2, mais plus modéré. Le chiffrage n'a pas été effectué par le HCAAM.

1.2.2 L'effet pervers : un scénario qui ampute la capacité d'innovation et d'adaptation des garanties et des tarifs aux besoins et moyens des assurés des complémentaires

Dans un tel scénario, la seule variable sur laquelle les complémentaires pourraient jouer serait celle des coûts de gestion. La concurrence sur le marché de l'assurance santé se justifie pour deux raisons : diversifier l'offre pour mieux s'adapter à une demande hétérogène et gagner en efficacité pour offrir le meilleur rapport qualité - prix. Dans le scénario de la complémentaire

¹⁵ « Les Français et le système de santé », ELABE (blog), 15 juillet 2021, <https://elabe.fr/systeme-de-sante/>. Les taux de réponses ont été recalculés en excluant la réponse « Autre couverture (CMU, statuts spécifiques) » puisque les personnes qui bénéficient de la CSS (ex-CMU) sont statistiquement considérés comme couverts par une complémentaire santé.

universelle, les possibilités de diversification de l'offre seraient réduites à néant, considérant que les besoins de la population sont homogènes ou, quand ils sont hétérogènes, que l'offre socle répond à l'essentiel des besoins, sachant que c'est loin d'être le cas en fonction de la pratique des dépassements tarifaires par les spécialistes en médecine et pour l'appareillage médical (les dépassements tarifaires représentent 48 % du RAC sur ces deux types de postes de soins après intervention de la sécurité sociale¹⁶). La valeur ajoutée des complémentaires résiderait alors seulement dans leur capacité à fournir aux assurés le meilleur prix possible – la définition de la « qualité » appartenant aux pouvoirs publics. Les complémentaires seraient incitées à réduire toujours leurs coûts de fonctionnement, pour rester compétitives, fidéliser et attirer de nouveaux clients. Dans sa première variante, ce scénario conduirait donc à une intensification de la guerre des prix actuellement à l'œuvre. Dans la deuxième variante du scénario, la plus radicale, la concurrence serait inopérante, les organismes complémentaires n'auraient aucune incitation à innover, mais seulement à réduire leurs coûts, ce qui pourrait conduire, comme on le voit souvent, à réduire la qualité de leurs prestations. Les OCAM n'auraient ni la liberté de diversifier leur offre (contrat standardisé) ni la possibilité de rechercher le meilleur rapport qualité - prix pour leurs assurés (tarif unique). Les assureurs, mutuelles et IP deviendraient de simples organes de remboursement.

Étant donné le caractère incompressible d'une partie des coûts de gestion, les OCAM seraient incités à rogner sur les services qui bénéficient à leurs assurés. Une note publiée préalablement par Asterès et l'Institut Sapiens dans le cadre de cette série de publications a déjà explicité le rôle des frais de gestion¹⁷. Les OCAM offrent des services et mènent des actions qui bénéficient directement à leurs adhérents : la prévention, la contractualisation avec des gestionnaires de réseaux de soins et de tiers-payant, les services d'assistance à la personne, juridique, administrative et psychologique en cas de coup dur, l'action sociale au bénéfice des plus démunis (prestations extracontractuelles pour l'achat d'appareillage pour personnes handicapées ou dépendante par exemple), etc. Or les frais y afférant sont comptabilisés comme des frais de gestion. La pression sur la baisse des coûts pourrait donc conduire les OCAM à sacrifier ces services.

¹⁶ Source DREES, études et Résultats n°1171-Nov 2020 : « Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels » - chiffres 2017

¹⁷ J. Guéniau et G. Moukala, « La vérité sur les frais de gestion des complémentaires santé », janvier 2022, <https://www.institutsapiens.fr/la-verite-sur-les-frais-de-gestion-des-complementaires-sante/>.

Tableau 2 : Synthèse des effets de l'obligation de souscription à une complémentaire

Variante	Accès aux soins	Soutenabilité	Effets pervers
Tarif libre	Dégradation sur la partie des soins à dépassements tarifaires	Renchérisssement des cotisations obligatoires pour les actifs et des contrats supplémentaires pour les personnes confrontées aux dépassements tarifaires	Guerre des prix, perte d'innovation et d'adaptation des couvertures de l'offre aux besoins et au budget des Français, démutualisation et médecine à deux vitesses
Tarif unique	Amélioration de la couverture financière de la population générale Dégradation sur la partie des soins à dépassements tarifaires	Renchérisssement des cotisations obligatoires pour les actifs et des contrats supplémentaires pour les personnes confrontées aux dépassements tarifaires	Perte d'innovation et d'adaptation de l'offre aux besoins et au budget des Français, démutualisation et médecine à deux vitesses
Tarif encadré	Amélioration de la couverture financière de la population générale Dégradation sur la partie des soins à dépassements tarifaires	Renchérisssement des cotisations obligatoires pour les actifs et des contrats supplémentaires pour les personnes confrontées aux dépassements tarifaires	Perte d'innovation et d'adaptation de l'offre aux besoins et au budget des Français, démutualisation et médecine à deux vitesses

2. « Grande sécu » et suppléments santé : un alourdissement des comptes sociaux qui créerait de nouvelles inégalités

2.1 Rappel du scénario : un remboursement à 100 % (hors dépassements tarifaires) par la sécurité sociale des soins dits « essentiels »

Le scénario 3 propose la suppression du ticket modérateur, ce qui revient à généraliser le dispositif aujourd'hui en place pour les personnes souffrant d'affections de longue durée (ALD), engendrant ainsi un coût supplémentaire de 22 Mds€ pour les finances publiques. Ce scénario aurait un impact sur la population couverte par les complémentaires santé (une diminution par deux du nombre d'assurés) et sur le panier de soins pris en charge par les complémentaires (une spécialisation sur les dépassements tarifaires et sur les soins non pris en charge par la Sécurité sociale).

Encadré 2 : Les dépenses des personnes en ALD ne sont pas remboursées à 100 % par la Sécurité sociale

Il peut paraître paradoxal de parler de RAC AMO pour les personnes en ALD, dans la mesure où les soins de ces personnes sont réputés « pris en charge à 100 % » par la Sécurité sociale. En réalité, ce taux de 100 % se rapporte aux soins en rapport avec la pathologie exonérante et aux frais plafonnés aux bases de remboursement de la Sécurité sociale. Les franchises médicales, participations forfaitaires, le forfait journalier hospitalier, les dépassements d'honoraires et tarifaire sur l'appareillage et certains soins restent à la charge du patient ou de sa complémentaire santé, suivant le niveau des garanties et sous la contrainte du contrat responsable, qui interdit aux OCAM le remboursement au-delà du plafond de 200% de la base de remboursement (remboursement de la sécurité sociale inclus) des dépassements d'honoraires des médecins et chirurgiens non adhérent à l'option tarifaire.

2.1.1 Le panier de soins : une spécialisation sur les soins de confort, les dépassements tarifaires et la médecine non conventionnelle

Dans un tel scénario, les organismes privés d'assurance maladie ne fourniraient plus qu'une couverture « supplémentaire ». Les soins couverts par ces organismes seraient ceux non pris en charge par la Sécurité sociale : dépassements d'honoraires, dépassements tarifaires sur les appareillages et prothèses (dentaire, optique, audioprothèse, hors 100 % santé), médecines alternatives (ex : ostéopathie - et médicaments à service médical rendu insuffisant, produits et actes non remboursés par la sécurité sociale, etc.). Le HCAAM estime que le marché actuel des complémentaires se contracterait d'environ 70 % de sa valeur, soit une baisse de 27 Mds €.

2.1.2 La population : une division par deux du nombre d'assurés

De nombreux individus ne percevraient plus l'utilité de l'assurance privée et se désaffilieraient, malgré le poids des dépassements tarifaires dans leur reste à charge. Malgré la difficulté de l'exercice, le HCAAM fait l'hypothèse que 50 % des individus aujourd'hui couverts par un contrat de complémentaire santé ne souscriraient pas à une complémentaire santé dans l'éventualité de l'instauration de cette « Grande sécu ». Ces désaffiliations concerneraient tous les contrats d'entrée de gamme, qui ne remboursent pas les dépassements d'honoraires (classe 1 de la DREES- voir ci-dessous) et 50 % des contrats de classe 2 (soit 20 % des contrats d'entreprise et 70 % des contrats individuels)¹⁸.

2.2 Analyse : un scénario peu soutenable financièrement qui présente un risque de créer un système à deux vitesses

Ce scénario aurait un effet fortement négatif sur la soutenabilité financière du système, sur l'accès aux soins et présente le risque de créer un système à deux vitesses.

¹⁸ Les contrats de complémentaires sont classés par la Drees selon leur niveau de garantie, les contrats de classe 1 étant les moins couvrants et les contrats de classe 3 les plus couvrants. Pour en savoir plus voir : Barlet et al., 11.

2.2.1 L'accès aux soins : une hausse du reste à charge final

Les difficultés d'accès aux soins seraient renforcées pour une partie de la population du fait de la moindre prise en charge de la liberté tarifaire. Ce scénario aurait deux effets antagonistes sur l'accès aux soins. D'un côté, l'équité horizontale (« à chacun selon ses besoins ») serait fragilisée en raison de la non prise en charge de la liberté tarifaire par la Sécurité sociale, comme c'est le cas actuellement. De l'autre côté, l'équité verticale du système (« de chacun selon ses moyens ») serait renforcée puisque les contributions au financement des soins seraient plus solidaires. Malgré un taux d'effort global en baisse pour les 80% des personnes, leur reste à charge final augmenterait, ce qui risque de créer un renoncement aux soins.

- **Les spécialistes imposant des dépassements d'honoraire et les appareillages dont le coût est supérieur au tarif de base de remboursement de la Sécurité sociale seraient plus difficiles d'accès, en contradiction avec le principe d'équité horizontale (« à chacun selon ses besoins »).** En 2017, 59 % des Français ayant consommé des soins au moins une fois dans l'année ont subi des restes à charge liés à la liberté tarifaire¹⁹. Pour les soins de ville, les complémentaires santé ont pris en charge, en moyenne, 49 % des dépassements²⁰. Le scénario « Grande sécu » ne prévoyant pas la prise en charge de ces dépassements par la Sécurité sociale, la désaffiliation de la moitié des assurés devrait entraîner une augmentation du reste à charge final pour certains Français. Cette augmentation serait la plus élevée pour les personnes âgées de plus de 60 ans selon les simulations du HCAAM (90€ par an pour les 80 ans et plus, 120 € par an pour les 70-79 ans, et 60€ pour les 60-69 ans) et plus modérée pour les tranches d'âge inférieures (entre 20€ et 50€ par an). Cette hausse du RAC final toucherait aussi les personnes atteintes d'une ALD, dont le reste à charge avant intervention des complémentaires est très majoritairement (à 80%) dû à des dépenses non liées à leur pathologie exonérante (Cf. encadré 1). Ces RAC sont consécutifs, pour leur quasi-totalité (90 %) aux dépassements d'honoraires des médecins, et aux dépassements relatifs aux postes couverts par le 100 % Santé : optique, dentaire notamment²¹.

19 HCAAM, « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire », p. 63.

20 *Ibid*, p. 69.

21 Source : Etudes DREES n°1180-janv 2021 : « Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures »

- **La contribution au financement des soins serait plus solidaire, en accord avec le principe d'équité verticale (« de chacun selon ses moyens »).** Les primes d'assurance seraient remplacées par des cotisations obligatoires (CSG, TVA, cotisations employeurs et autres impôts). Il s'agira d'un transfert du privé vers le public avec un effet redistributif : contrairement aux primes d'assurance, les cotisations seraient indépendantes du risque que représente l'assuré et proportionnelle au revenu. A priori, les profils les plus risqués et/ou les moins aisés bénéficieraient d'une baisse de leurs cotisations totales et les profils les moins risqués et/ou les plus aisés d'une hausse.
- **Le HCAAM ne prend pas en compte dans ses simulations l'impact qu'aurait une hausse du reste à charge final sur le renoncement aux soins.** Au moment de choisir ou non de se soigner, les Français ne se fondent pas sur des indicateurs tels que le taux d'effort (Cf. encadré 3), qui est une construction statistique moins évidente et explicite que le RAC observable pour les patients. Les Français seront surtout sensibles à la somme qui leur restera à déboursier au moment du soin et la hausse du reste à charge pourrait constituer un véritable facteur de renoncement aux soins, indépendamment du taux d'effort. Dans le scénario « Grande Sécu », le nombre de Français renonçant aux soins pour des raisons financières risque d'augmenter malgré une baisse de leur taux d'effort.

Encadré 3 : Les taux d'effort

Le taux d'effort est la somme des primes d'assurance payées par le ménage (hors participation employeur), des cotisations obligatoires et du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire, divisée par les revenus du ménage.

2.2.2 La soutenabilité du système : un scénario qui présente le risque de creuser davantage le déficit de la Sécurité sociale

La prise en charge à 100 % du ticket modérateur ferait peser le risque d'un report d'une partie des dépenses sur les générations futures. Historiquement, l'assurance maladie obligatoire n'a jamais démontré sa capacité à équilibrer ses recettes et ses dépenses. Sur la période 2000 - 2017, les comptes de la branche maladie de la Sécurité sociale ont affiché des déficits variant de 1 à 10 Mds€²². En 2018, les comptes de la CNAM se sont rapprochés de l'équilibre pour la première fois depuis le début du siècle (0,7 Md€ de déficit), avant de se creuser à nouveau l'année suivante (1,5 Md€)²³. Avec la crise de la Covid-19, la Sécurité sociale a accumulé 93 Mds € de déficit (2020 - 2022). Les ministres des Solidarités et de la Santé et du Budget ont annoncé que l'amortissement de cette dette sociale n'était pas envisageable avant 2030. La « Grande Sécu » ne ferait donc qu'alourdir le fardeau financier de la Sécurité sociale, de 22 Mds € dès son instauration, puis d'un montant croissant d'année en année avec le vieillissement de la population. Dans ce contexte, le choix de solvabilisation via la complémentaire santé semble le plus pertinent, puisqu'il permet l'ajustement, par les individus ou par des collectifs spécifiques, entre besoins de santé et de couverture et moyens financiers. Cet ajustement concerne autant la protection contre de lourds aléas (hospitalisation, maladies redoutées) que pour la réassurance vis-à-vis d'une couverture incluant aussi les dépenses courantes faibles, voire de confort. Les complémentaires santé opèrent, naturellement et via la réglementation en vigueur, une mutualisation entre les consommations de soins les plus importantes et celles des autres assurés. De plus, les complémentaires santé, contrairement au scénario de couverture par la Sécurité sociale du seul ticket modérateur, couvrent en moyenne près de la moitié (49 %) des dépassements d'honoraires.

Le risque d'une dérive des dépenses de santé résultant de la suppression du ticket modérateur est plus mesuré. D'une part, le ticket modérateur est déjà largement pris en charge par les complémentaires santé qui couvrent 96 % de la population (obligation du contrat responsable qui représente la quasi-totalité de l'offre). D'autre part, selon le HCAAM, le scénario devrait s'accompagner d'un renforcement de la régulation de l'offre de santé (régulation des prix, amélioration de la pertinence et de la qualité des soins,

22 Pascaline Boittiaux, « Infographie : Sécurité Sociale : le difficile défi de l'équilibre », Statista Infographies, consulté le 9 février 2022, https://fr.statista.com/infographie/11587/securite-sociale_-le-dif-ficile-defi-de-lequilibre/.

23 Rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité sociale, résultats 2018, résultats 2019, <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-com-mission>.

etc.). Cette régulation pourrait cependant se réaliser sans « Grande Sécu ». Les réseaux de soins des complémentaires n'ont-elles pas été le modèle du 100 % santé en termes de régulation des prix et de contractualisation sur la qualité de l'offre de soins avec les professionnels de santé ?

2.2.3. L'effet pervers : un scénario qui présente le risque de créer un système à deux vitesses

La « Grande Sécu » créerait une nouvelle forme d'inégalité, en favorisant l'émergence d'un système à deux vitesses. Les plus aisés ou les plus favorisés par un contrat d'entreprise très protecteur pourraient en effet, accéder aux soins dans des conditions favorables (faibles délais, qualité, confort), du fait de la solvabilisation par une assurance privée de la liberté tarifaire, tandis que les moins aisés rencontreraient des difficultés d'accès aux soins (reste à charge plus élevé) ou y accéderaient dans de moins bonnes conditions (délais plus longs, moins de confort). Ces difficultés d'accès concerneraient principalement les médecins spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires, et les prothèses optiques, dentaires, auditives et autres appareillages. En termes de confort, de nombreux Français n'auraient notamment plus accès à une chambre particulière en hôpital :

- **Dans un scénario « Grande sécu », presque un tiers des Français qui bénéficient aujourd'hui d'une prise en charge au moins partielle de la liberté tarifaire par leur complémentaire santé (Cf. encadré 4) devraient choisir entre une augmentation de leur reste à charge final ou l'allongement du temps d'attente, et pourraient ainsi renoncer à se soigner.** L'augmentation du reste à charge lié à la liberté tarifaire serait particulièrement forte pour les 50 % de Français qui subissent les restes à charge AMO les plus élevés, pour lesquels la liberté tarifaire représente 50 % de leur reste à charge²⁴. Obtenir une consultation auprès de spécialistes ne pratiquant pas de dépassements pourrait s'avérer délicat dans les zones tendues et se traduirait par un allongement du temps d'attente (ce dernier est déjà, en moyenne, de 111 jours pour les ophtalmologues, de 50 jours pour les dermatologues, de 42 jours pour les cardiologues), constituant là aussi un facteur de renoncement aux soins. Si les Français subissant les restes à charge les plus élevés seraient incités à s'assurer contre les dépassements, le coût unitaire de cette prise en charge serait plus élevé qu'actuellement car le degré de mutualisation serait plus faible.

24 Raphaële Adjrad et Noémie Courtejoie, « Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques », *Etudes & Résultats*, no 1171 (novembre 2020), https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER_1171_BAT%20BIS.pdf.

- **Dans un scénario « Grande sécu », les chambres particulières à l'hôpital ne seraient plus accessibles à la quasi-totalité des Français, comme c'est le cas aujourd'hui.** En 2016, cette prestation était incluse dans 96 % des contrats collectifs et 91 % des contrats individuels²⁵. Cette prestation n'étant pas prise en charge par la Sécurité sociale, ce taux tomberait à 50 % dans un scénario « Grande sécu », soit une perte de bien-être pour presque la moitié de la population.

Encadré 4 : conséquence de la « Grande Sécu » sur la prise en charge de la liberté tarifaire

La moitié des contrats individuels prennent en charge les dépassements d'honoraires²⁶ et le HCAAM fait l'hypothèse que 70 % des individus couverts par un contrat individuel se désaffilieraient. En faisant l'hypothèse que les individus se désaffiliant sont les moins couverts, ce sont 20 % des personnes qui bénéficient aujourd'hui d'une prise en charge au moins partielle des dépassements d'honoraires dans le cadre de leur contrat individuel qui subiraient une augmentation de leur RAC.

Pour les contrats collectifs, le HCAAM fait l'hypothèse que 20 % des individus se désaffilieraient et la part des contrats collectifs prenant en charge les dépassements n'est pas donnée. Il est cependant possible d'estimer que la liberté tarifaire est prise en charge, en moyenne, par 0 % des contrats de classe 1, 70 % des contrats de classe 2 et 100 % des contrats de classe 3²⁷ (les contrats sont classés par la Drees selon leur niveau de couverture, la classe 1 étant la moins couvrante et la classe 3 la plus couvrante). Selon la Drees, les 6 % des contrats collectifs les moins couvrants sont des contrats de classe 1 et les 14 % suivant des contrats de classe 2. Cela signifie que sur les 20 % des individus couverts par un contrat collectif qui se désaffilieraient, la moitié ne bénéficierait plus de la prise en charge, au moins partielle, de la liberté tarifaire.²⁸

25 Cf. Muriel Barlet et al., « Fiche 23 - La prise en charge des chambres particulières et dépassements d'honoraires à l'hôpital » (Drees, 2019), 23, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/cs2019.pdf>.

26 Rapport du HCAAM (2022), p. 70

27 On sait que 50% des contrats individuels prennent en charge les dépassements d'honoraires (à des degrés divers). Nous faisons l'hypothèse que ces 50% correspondent aux 50% des contrats individuels les plus couvrants. Or selon la Drees, les 11% des contrats individuels les plus couvrants sont des contrats de classe 3 et les 39% suivant des contrats de classe 2. La totalité des contrats individuels de classe 3 prennent donc en charge la liberté tarifaire. Pour les contrats de classe 2, 39% des 56% des contrats individuels de cette classe prennent en charge les dépassements, soit 70% des contrats de classe 2. Les contrats de classe 3 représentent les 33% de contrats individuels les moins couvrants, ils ne prennent donc pas en charge la liberté tarifaire. Pour les données sur les niveaux de garantie des contrats voir : Barlet et al., « Fiche 11 - Les niveaux de garantie des couvertures individuelles et collectives », 11.

28 Source DREES : la complémentaire santé-acteurs, bénéficiaires, garanties -édition 2019

Tableau 3 : Synthèse des effets de la « Grande Sécu »

Accès aux soins	Soutenabilité	Effet pervers
Amélioration de la couverture financière de la population générale Dégradation sur la partie des soins à dépassements tarifaires	Possible détérioration	Émergence d'un système à deux vitesses



3. Décroissement des complémentaires et de la sécurité sociale : une inflation des charges publiques sans gage d'efficacité

3.1. Rappel du scénario : une rupture avec la logique complémentaire

Le scénario 4 consiste à décroiser les champs d'intervention (paniers de soins remboursés distincts) de la Sécurité sociale et des OCAM. Il impliquerait une hausse de 3 Mds € des dépenses publiques et s'accompagnerait d'un allègement de la réglementation pesant sur les organismes complémentaires d'assurance maladie. Le décroissement aurait un effet sur le niveau de garantie des contrats de complémentaire, sur la population couverte par les complémentaires et sur le panier de soins pris en charge.

3.1.1. Le niveau de garantie : les complémentaires deviendraient payeurs uniques sur un panier de soins réduit

Les organismes privés d'assurance maladie seraient responsables du financement au premier euro d'un panier de soins distinct de celui de la Sécurité sociale. La prise en charge par les organismes privés ne serait plus « complémentaire » au financement de la Sécurité sociale car les champs d'intervention des organismes publics et privés seraient séparés, en rupture avec la spécificité du système actuel qui fait profiter les Français du reste à charge le plus faible de l'OCDE (6,9 % de la dépense courante de santé).

3.1.2. Le panier de soins : une spécialisation sur le « petit » risque

La ligne de partage entre organismes privés et Sécurité sociale pourrait être basée sur la répartition actuelle des prises en charge. Les soins aujourd’hui financés majoritairement par les complémentaires santé pourraient être pris en charge exclusivement par les OCAM, ce qui concernerait essentiellement les « petits » risques : optique, dentaire, audition, médicament à service médical rendu faible ou modéré. À l’inverse, la Sécurité sociale obtiendrait l’exclusivité des soins aujourd’hui majoritairement financés par l’assurance maladie obligatoire (hôpital et une partie des soins de ville). D’après le HCAAM, d’autres partages des rôles sont toutefois envisageables.

Une liberté accrue serait accordée aux organismes complémentaires pour définir le contenu des garanties. En particulier, celles des contrats responsables ne seraient plus encadrées, laissant plus de liberté aux OCAM pour adapter leurs offres aux besoins des assurés. Dans ce cadre, les OCAM continueraient à assumer une grande partie des dépassements tarifaires – 49 % pour les dépassements d’honoraire en ville en moyenne²⁹.

3.1.3. La population : une potentielle vague de désaffiliation

Le taux de couverture pourrait diminuer, pour les seuls assurés ayant de faibles besoins en optique, dentaire, audioprothèse et médicaments à faible service rendu (SMR). Le HCAAM insiste ainsi sur l’importance de conserver les dispositifs d’aides existants (CSS) et de mettre en place des mécanismes incitatifs à la souscription d’une assurance privée.

3.2. Analyse : un impact qui dépend des désaffiliations

Le décroisement entre les complémentaires et la Sécurité Sociale risque potentiellement de limiter l’accès aux soins et de légèrement détériorer la soutenabilité du système.

²⁹ « Quatre scénarios polaires d’évolution de l’articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire », tableau 9, p. 69.

On peut en effet escompter la désaffiliation de trois types de personnes :

- *Les assurés ayant de faibles besoins en optique, dentaire, audioprothèse et médicaments à faible service rendu (SMR).*
- *Les personnes aisées, ne voyant plus l'intérêt de s'assurer et de payer près de 14 % de taxes pour seulement des dépenses courantes, pour lesquelles l'aléa est quasi-absent, comme l'optique, les médicaments à SMR insuffisants voire le dentaire et qu'elles peuvent assumer seules.*
- *Les personnes à faibles revenus, qui pourraient, à court terme, préférer faire l'économie d'une complémentaire santé.*

3.2.1. L'accès aux soins : une possible détérioration pour les Français ayant fait le choix de se désaffilier

L'impact de la réforme sur l'accès aux soins dépend de l'hypothèse de désaffiliation. Dans l'hypothèse où les mécanismes d'incitation à la souscription d'une complémentaire permettraient de limiter le nombre de désaffiliations, alors cette réforme n'aurait pas d'effet notable sur l'accès aux soins. En revanche, dans l'hypothèse d'une vague de désaffiliation, la réforme pourrait avoir un impact néfaste pour les patients disposant des restes à charge les plus élevés :

- **Dans l'hypothèse où peu de Français se désaffilieraient, le décroisement entre complémentaires et Sécurité Sociale aurait peu d'impact sur l'accès aux soins.** Le scénario aboutirait à un nouveau partage du financement entre public et privé, mais le reste à charge final resterait le même : ce qui ne serait plus couvert par les complémentaires serait pris en charge par la Sécurité sociale, et inversement.
- **Dans l'hypothèse d'une forte vague de désaffiliation aux complémentaires, le décroisement aurait un impact néfaste sur l'accès aux soins.** Les Français ayant fait le choix de se désaffilier verront leur reste à charge final augmenter. Sachant que les prothèses optiques, dentaires et auditives représentent 30% du reste à charge AMO, un tel scénario pourrait conduire de nombreux Français à renoncer aux soins. Selon les simulations du HCAAM, pour les 5% subissant les restes à charge AMO les plus élevés, le montant restant à payer après intervention de la Sécurité sociale passerait de 3 000€ à 3 500€.

3.2.2. Un premier effet pervers : un scénario de démutualisation, qui conduirait à un système à deux vitesses et qui devrait diminuer l'accès à certains soins pour les plus démunis

Le « petit risque » coûterait plus cher à assurer et certains risques ne seraient peut-être même plus assurables. La mutualisation aujourd'hui opérée par les complémentaires santé serait réduite par la désaffiliation de nombreux assurés et par la segmentation du marché. Un système à deux vitesses pourrait alors émerger, comme dans le scénario « Grande Sécu » et générer les mêmes effets :

- **Le décroisement créerait une incitation à la non-assurance, faisant de la désaffiliation de nombreux Français une hypothèse probable.** Trois catégories de Français seraient incitées à se désaffilier :
 - ◇ Les assurés qui ont de faibles besoins en optique, dentaire, audioprothèse, et médicaments à faible service rendu (SMR) ne verraient plus l'utilité de continuer à cotiser pour financer des soins qu'ils consomment peu.
 - ◇ Certains assurés aisés, n'ayant pas besoin d'assurance (plutôt jeunes et en bonne santé) pourraient se contenter de la prise en charge totale du seul panier de soins de la Sécurité sociale et régler directement leurs autres dépenses de santé, pour éviter le coût de la mutualisation avec des populations aux besoins plus importants, en sus d'une taxe élevée sur les cotisations.
 - ◇ Les personnes à faibles revenus, qui pourraient, à court terme, préférer faire l'économie d'une complémentaire santé, en se croyant à l'abri d'une difficulté à financer des soins importants et finiraient, faute de moyens à renoncer à des soins importants comme la santé visuelle, dentaire ou auditive ou les médicaments à SMR faibles ou insuffisants, appelés médicaments de confort.
- **La dérèglementation du cadre des contrats conduirait à une plus grande segmentation du marché,** du fait de la plus grande liberté accordée aux organismes privés concernant les garanties proposées aux clients. L'un des avantages pourrait être la création d'une incitation aux complémentaires santé à mieux répondre à certains besoins de santé, comme celui de mieux couvrir les dépassements d'honoraires des spécialistes dans des zones où la recherche de professionnels ne les pratiquant pas est extrêmement complexe.

- **Cette moindre mutualisation engendrerait une augmentation mécanique des tarifs des contrats (augmentation du coût du risque d'une part et portée de frais généraux incompressibles sur une assiette de cotisation moins large d'autre part) et certains soins ou bien médicaux ne seraient plus assurables.** Selon le HCAAM, les audioprothèses, qui concernent essentiellement les personnes âgées, seraient difficilement assurables, faute de mutualisation, induisant ainsi de forts renoncements aux soins. Les efforts du 100 % Santé pour faciliter l'accès aux soins seraient annihilés par une telle mesure. Le comité de suivi note en effet que le nombre de patients équipés d'une aide auditive a grimpé de 77% entre 2019 et 2021 pour près de 800 000 aides auditives délivrées au total et que sur les onze premiers mois de 2021, 39 % des équipements achetés relevaient du panier 100 % Santé, soit sans reste à charge. Des mécanismes d'incitation fiscale ou des aides similaires à la CSS actuelle pourraient limiter l'incitation à la non-assurance. On peut cependant se demander pourquoi le HCAAM n'émet pas les mêmes préconisations dans le cadre du système actuel : remontée du seuil de revenus pour l'éligibilité à la CSS et incitation fiscale à la souscription d'une assurance complémentaire, tout simplement en baissant les taxes qui la chargent (près de 14 % des cotisations).
- **En somme, le scénario mettrait à mal le principe de mutualisation, favorisant l'émergence d'un système à deux vitesses.** Les plus aisés accéderaient plus facilement à un panier de soins spécifiques, notamment pour les prothèses optiques, dentaires, auditives et les autres appareillages, en acceptant de payer une complémentaire pour des soins courants, que dans la plupart des cas ils peuvent cependant assumer à partir de leur niveau de revenus et de patrimoine, par souci de réassurance. Les moins aisés pourraient choisir de ne pas se couvrir et seraient exposés à des restes à charge élevés, ce qui pourrait les conduire à renoncer aux soins. Les innovations des mutuelles en matière de prévention, de lutte contre la fraude et d'accès aux soins ne bénéficieraient plus qu'aux Français les plus aisés.

3.2.3. Un second effet pervers : un cloisonnement entre les différents types d'intervention

Un second effet pervers serait de réduire à néant le changement de paradigme en train d'émerger concernant la prise en compte des parcours de soins, notamment pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD). Les diabétiques ne seraient

par exemple plus remboursés de leurs équipements optiques qu'en souscrivant une assurance privée, alors qu'aujourd'hui, la couverture via une complémentaire santé d'entrée de gamme leur permet d'avoir accès à des équipements d'optique de qualité sans aucun reste à charge. De la même manière, certaines vitamines, prothèses capillaires, médicaments non remboursés par la Sécurité sociale seraient plus difficiles d'accès alors qu'ils constituent un confort pour les malades du cancer.

Tableau 3 : Synthèse des effets du décroisement des complémentaires et de la Sécurité sociale

Accès aux soins	Soutenabilité	Effet pervers
Possible détérioration	Détérioration du fait de la démutualisation	Impact sur l'accès aux soins notamment en optique, dentaire et appareillage

4. Bouclier sanitaire : Une réponse seulement partielle au problème

4.1. Rappel du scénario : Plafonner le reste à charge opposable

Scénario de repli, ajouté par le HCAAM en annexe du rapport, le bouclier sanitaire est une réforme à architecture constante, qui vise à plafonner le reste à charge sur les tarifs opposables (hors dépassements d'honoraires) des soins. Dans cette hypothèse, toute dépense qui dépasserait le plafond défini, hors liberté tarifaire, serait automatiquement prise en charge par la Sécurité sociale. Pour le HCAAM, ce dispositif vise surtout à éviter les restes à charge catastrophiques, pouvant atteindre plusieurs milliers d'euros pour le dernier décile des restes à charge les plus élevés – principalement des personnes âgées. Deux variantes sont étudiées par le HCAAM :

- le « Bouclier I » concernant les soins de ville et à l'hôpital, serait fixé à 1 400€ et coûterait 2 Mds € aux finances publiques.
- le « Bouclier H » concernant uniquement les soins à l'hôpital, serait fixé à 1 000 € et coûterait 1 Md € aux finances publiques.

4.2. Analyse : Une solution très complexe dans sa mise en œuvre, ne répondant que partiellement au problème

Ce scénario aurait un impact sur l'accès aux soins et présenterait un risque modéré de hausse des dépenses. Il générerait, dans le meilleur des cas, un gain de pouvoir d'achat sur le coût de la complémentaire santé équivalent à une mesure plus simple : la baisse de la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) pesant sur les cotisations de complémentaire santé. Mais il ne tient pas compte des mesures déjà en place ou en cours de déploiement : 100 % Santé, rémunération forfaitaire des soins, qui pourraient fortement réduire la fréquence et le coût moyen des RAC des soins de ville et hospitaliers et il tente de résoudre un problème de taux d'effort pesant sur certains retraités alors que tous les efforts n'ont pas encore été déployés pour que les plus modestes adhèrent à la CSS.

4.2.1. Accès aux soins : le bouclier sanitaire ne s'attaque pas aux sources du problème

Les estimations du HCAAM ne prennent pas en compte les dernières réformes en santé et l'impact du bouclier sanitaire serait donc plus mesuré que prévu. Le HCAAM estime que 2,6 % de la population serait concernée par le bouclier I et 1,2 % par le bouclier H. Les retraités seraient les premiers concernés, puisqu'ils seraient presque 8 % à bénéficier du bouclier I et 4 % à bénéficier du bouclier H. Néanmoins, ces estimations se basent sur des données de 2017, antérieures à la réforme du 100 % santé qui a contribué à diminuer le reste à charge final des ménages et notamment celui des retraités et des personnes en ALD (Cf. encadrés 1 et 3).

Surtout, le scénario du « bouclier sanitaire » ne résout pas la problématique des restes à charge consécutifs aux dépassements d'honoraires des médecins (Cf. encadré 1) pour les retraités et les personnes en ALD : 32 % du RAC AMO global en moyenne sur l'ensemble de la population porte sur les postes optiques et dentaires, caractérisés par de forts dépassements d'honoraires et les RAC catastrophiques des personnes en ALD ne sont pas non plus liés à leur pathologie et correspondent aussi pour moitié aux dépassements.³⁰

Encadré 5 : La baisse du reste à charge finale depuis la réforme du 100% santé

L'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaires (UNOCAM) vient de publier son premier Baromètre 100 % Santé, qui porte sur l'évolution du reste à charge sur les postes concernés par le 100% Santé, au 1er semestre 2021³¹. Selon ce baromètre, le reste à charge final a baissé de 282 € en moyenne concernant les audioprothèses (-9 points) et de 75 € en moyenne concernant les prothèses dentaires (-12 points). En revanche, le reste à charge en optique a augmenté de 40v€ en moyenne. Les paniers de soins 100 % Santé sans reste à charge comportent près d'un tiers des soins prothétiques en optique, dentaire et audiologie.

30 Source : Etudes et Résultats DREES n°1171-Nov 2020 : « Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels »

Source : Etudes et Résultats DREES n°1180-janv 2021 : « Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures »

31 « Réforme 100% Santé : l'UNOCAM publie son premier Baromètre 100% Santé » (UNOCAM, s. d.), <https://unocam.fr/?mdocs-file=2063>.

- **Le bouclier sanitaire ne résout pas le problème de l'insuffisance du recours des plus précaires à la Couverture Santé Solidaire (CSS).** Le bouclier sanitaire permettrait selon le HCAAM de lutter contre les RAC AMO opposables catastrophiques, subis principalement par les personnes âgées et les personnes atteintes d'une ALD. Seulement, l'essentiel du RAC AMO opposable (tickets modérateurs, forfait journalier) est déjà pris en charge par les complémentaires santé et les RAC AMO opposables constituent donc un problème uniquement pour les personnes non couvertes par une couverture complémentaire. Afin de réduire drastiquement le RAC des ménages, l'enjeu est donc d'améliorer le taux de recours à la CSS, qui est seulement de 72 % selon la Cour des comptes (en excluant les personnes éligibles mais déjà couvertes par un contrat de complémentaire)³² - ce qui reste faible comparé au taux de couverture par une complémentaire santé qui atteint 96 % de la population.
- **Le bouclier sanitaire ne résout pas le problème des restes à charge finaux induits par la liberté tarifaire.** Après intervention de l'assurance maladie complémentaire, le reste à charge des ménages se compose quasi exclusivement de dépassements selon la Drees³³. Les dépassements en dentaire (soins et prothèses) représentent presque la moitié (1 400€) des dépassements, devant les aides auditives, les établissements de santé privés, les soins de ville (hors audio, dentaire, optique) et l'optique. Le bouclier sanitaire ne permet pas de lutter contre ces restes à charge, qui pèsent pourtant lourd dans le total des restes à charge les plus élevés.
- **Le bouclier sanitaire ignore les causes profondes des restes à charge catastrophiques (>10 000 €/an).** En 2017, les 1% des restes à charge les plus élevés atteignaient en moyenne 5 400€ par patient, dont 3 000€ de dépassements. En principe, la prise en charge de la part « opposable », c'est-à-dire liée aux tarifs conventionnels, peut être assurée, dans le scénario du bouclier sanitaire, par l'AMO (hors franchises et participations forfaitaires). La part due à la « liberté tarifaire », constitue l'essentiel du reste à charge final, malgré leur prise en charge partielle par les complémentaires santé (pour rappel, en moyenne 49 %). **Le vrai problème est donc le poids des dépassements dans le reste à charge final.**

32 « Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient », Cour des comptes, 2021, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-complementaires-sante>.

33 Adjerad et Courtejoie, « Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ».

4.2.2. Soutenabilité : un risque modéré de hausse de la demande de soins

La prise en charge systématique par l'Etat des dépenses de santé à partir d'un certain seuil invite à s'interroger sur un potentiel aléa moral. D'un côté, le HCAAM indique que pour les dépenses de santé élevées, l'élasticité-prix de la demande est très faible – un individu tire rarement du plaisir de son séjour à l'hôpital. De l'autre côté, les résultats du 100 % santé sur le champ de l'optique semblent montrer qu'il peut en être autrement pour certaines dépenses (hausse de la dépense moyenne de 40 € et du reste à charge de 40 € en conséquence au 1er semestre 2021, suite au 100 % santé)³⁴.

4.2.3. Complexité de mise en œuvre

La mise en place du bouclier sanitaire relèverait d'un dispositif complexe, ajustable tous les ans. Il conviendrait chaque année de calculer ex-post le RAC AMO de chaque individu, de reconstituer le RAC de chaque ménage, de le comparer à ses revenus (dans le cadre de la variante d'un bouclier sanitaire variant avec le revenu, hypothèse envisagée par le HCAAM), de revaloriser le bouclier individuel en fonction de l'inflation des dépenses de santé, de reverser le montant du bouclier.

Tableau 4 : Synthèse des effets du bouclier sanitaire

Accès aux soins	Soutenabilité	Effet pervers
Amélioration pour certains mais dégradation pour d'autres	Risque modéré	Solution dont la mise en œuvre serait extrêmement complexe pour un résultat faible concernant la baisse du RAC

Conclusion

Le rapport du HCAAM présente des pistes intéressantes et documentées mais qui ne prennent pas en compte les éléments suivants :

- **L'impérieuse nécessité de résorber les déficits de la branche maladie.** C'est une nécessité pour assurer à la fois le financement de l'innovation médicale, les investissements nécessaires pour moderniser et rendre plus efficiente l'offre de soins et l'organisation du système (l'hôpital et la médecine de ville pour lutter contre l'indisponibilité de temps médical). Une carence qui s'illustre en particulier dans l'absence d'analyses des scénarios possibles de cofinancement AMO/AMC des nouveaux modes de tarification des soins, intégrant une part de plus en plus importante de financement au forfait.
- **Le développement de la prévention et donc de son financement.** Concernant les bien-portants et les malades (prévention secondaire et tertiaire), les complémentaires santé peuvent intervenir de manière tout à fait efficiente dans ce domaine, en ciblant et en personnalisant les actions (télé-suivi, éducation thérapeutique du patient, coaching, accompagnement). Cette amélioration est possible, sous condition de libérer leur capacité à contracter avec les professionnels de santé et en rendant possible, dans les limites du RGPD, l'accès aux données de santé, dans un cadre anonymisé, pour mieux connaître et comprendre les risques qu'elles couvrent.
- **La réduction des RAC AMC, du fait de la mise en œuvre du 100% Santé et à l'inverse l'augmentation du RAC AMC, du fait de la contrainte réglementaire du contrat responsable.** Concernant le plafonnement du remboursement des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes et chirurgiens n'optant pas à l'option tarifaire pour leurs dépassements. A ce sujet, les prochains travaux du HCAAM, annoncés comme portant sur les dépassements tarifaires sont attendus avec impatience.
- **La nécessité de la liberté tarifaire, d'une part du fait du manque d'attractivité des filières de santé, d'autre part du fait de la nécessité de valoriser l'innovation et la qualité.** Le système de santé est confronté à une pénurie de médecins, plus ou moins prononcée selon les spécialités et les territoires, qui se traduit par des délais d'attente élevés. Les dépassements

d'honoraires sont déjà aujourd'hui régulés et leur disparition ne ferait qu'accentuer la pénurie, en réduisant l'attractivité des filières. Par ailleurs, certains praticiens fournissent un effort de formation, d'équipement de pointe voire d'excellence, d'accueil supérieurs à la moyenne, il est légitime que ces investissements particuliers puissent être rémunérés particulièrement. L'enjeu est donc de permettre au signal prix de jouer son rôle, même si le manque d'évaluation dont souffre notre système ne permet pas totalement de l'objectiver, sans pour autant détériorer l'accès aux soins : la prise en charge des dépassements par les OCAM est essentielle en la matière. Les scénarios du HCAAM ne prennent pas en compte cette donnée.

- **La question de l'innovation.** Pierre angulaire de la e-santé, l'innovation en santé va permettre de changer totalement de paradigme, en passant d'une médecine d'agence à une médecine personnalisée, enclenchant ainsi de nombreuses économies sur les coûts de structure. Une révolution appelant de nombreux financements et qui seront supportés aussi bien par le secteur public que par les OCAM³⁵. Sans effort réalisé dans le domaine de l'innovation, il sera inconcevable de transformer en profondeur la pratique de la médecine.

Malgré son sérieux et sa documentation, le rapport du HCAAM ne propose pas de solution qui permette véritablement de répondre aux problématiques soulevées. Pire encore, les évolutions proposées vont dans le sens d'une diminution de l'accès financier aux soins présentant des dépassements tarifaires, de la création d'un système à deux vitesses et d'une forte dégradation des comptes sociaux.

Le rapport du HCAAM, dont les scénarios prévoient tous une réduction du champ d'intervention des complémentaires santé, ne précise pas les effets économiques globaux de ses propositions. La réduction drastique du champ d'action des complémentaires santé entraînerait des conséquences irréversibles sur l'emploi, notamment dans les territoires. Dans le scénario le plus radical, celui de la Grande Sécu, les compétences des complémentaires santé disparaîtraient du champ économique et il serait long et difficile de les faire réémerger. Les conséquences préjudiciables sur les plans sanitaires et financières qui en découleraient seraient, elles aussi, irréversibles.

Si l'avenir du financement de l'assurance maladie est un sujet essentiel pour notre avenir sanitaire, il doit se faire à la lumière des enjeux à venir, mais aussi des forces et des faiblesses actuelles. Asterès et l'Institut Sapiens s'attelleront à proposer dans les prochaines semaines, des pistes crédibles et concrètes d'évolutions du système.

³⁵ La troisième note de notre cycle sur l'avenir du système de santé traitera particulièrement de la question du rôle des OCAM dans l'innovation