



Haut
conseil
pour
l'avenir de
l'assurance
maladie

2013

Rapport annuel

Vue d'ensemble du rapport annuel.....	5
Composition du Haut conseil.....	9
<u>Première partie : l'accessibilité financière des soins après AMO.....</u>	13
1. Tableaux de bord du HCAAM.....	15
Volet 1 : Accessibilité financière des soins.....	15
Volet 2 : Tableaux financiers.....	25
2. Étude sur les restes à charge les plus élevés.....	35
3. Étude sur les restes à charge à l'hôpital (public et privé).....	65
<u>Deuxième partie : les logiques de solidarité des assurances maladie.....</u>	87
1. Note sur les principes de solidarité de l'assurance maladie.....	89
2. La généralisation de la couverture complémentaire en santé.....	103
Avis.....	103
Rapport.....	117
<u>Troisième partie : les dépenses de santé à moyen et long terme.....</u>	235
Avis.....	237
Étude.....	243

TOME 2- ANNEXES

Ont contribué à la rédaction du présent rapport au sein du secrétariat général du HCAAM :

Mme Marie Reynaud
M. Laurent Butor
M. David Foucaud
Mme Pascale Bonnevide

Installé en 2003, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a pour mission d'exercer une vigilance sur le fonctionnement et l'évolution de notre système de protection maladie qui, sur la base d'un financement solidaire, doit garantir l'accès de tous à des soins de qualité¹. Sa composition, large et diversifiée (66 membres), en fait un lieu de débat ouvert sur des thèmes d'actualité, déterminés chaque année par un programme de travail ou des saisines directes des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie. Ses travaux, étayés par des études, notes ou rapports produits par son secrétariat, conduisent à une expression collective sous la forme d'avis rendus publics. Il transmet chaque année un rapport au Parlement.

En 2013 comme précédemment, deux lignes de force ont structuré la réflexion du HCAAM :

- l'accessibilité financière des soins ;
- la soutenabilité financière du système de protection maladie obligatoire.

Les documents examinés par le HCAAM

Ils sont de trois types et peuvent donner lieu à des avis du Haut conseil.

- *Des **études** statistiques, produites par le secrétariat du HCAAM ou réalisées en partenariat avec d'autres administrations ou institutions. Il en est ainsi cette année des deux études sur l'origine des restes à charges les plus élevés ou de l'analyse prospective de l'évolution à moyen et long terme des dépenses de santé.*
- *Des **rapports** qui dressent un état des lieux d'un sujet précis et formulent des recommandations aux pouvoirs publics : le rapport sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé en est une illustration.*
- *Des **notes** qui précisent ou rappellent la position du Haut conseil sur des questions de principe : tel est le cas la note sur les principes de solidarité de l'assurance maladie.*

¹ Au terme de son décret constitutif du 7 octobre 2003 repris dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, les missions du HCAAM sont :

« 1° D'évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions ;

2° De décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie et d'apprécier les conditions requises pour assurer leur pérennité à terme ;

3° De veiller à la cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable ;

4° De formuler, le cas échéant, des recommandations ou propositions de réforme de nature à répondre aux objectifs de cohésion sociale et de pérennité financière des régimes d'assurance maladie.

Le Haut conseil remet chaque année aux ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie un rapport analysant la situation de l'assurance maladie et proposant les adaptations nécessaires pour assurer ses objectifs de cohésion sociale et son équilibre financier. Ce rapport est communiqué au Parlement et rendu public. »

Un tableau de bord approfondi par deux études spécifiques sur l'origine des restes à charge les plus élevés.

Chaque année, le HCAAM établit un tableau de bord sur l'accessibilité financière du système de soins sur la base d'une batterie d'indicateurs dont certains font désormais partie des programmes de qualité et d'efficacité (PQE) annexés à la loi de financement de la sécurité sociale : il s'agit de vérifier que l'assurance maladie obligatoire remplit bien son rôle de solidarité des bien portants envers les malades, au travers notamment de l'observation du montant des restes à charge (RAC) des personnes après remboursement par les régimes de protection obligatoire.

Tout en soulignant que les RAC des personnes demeurent en moyenne modérés grâce à la protection de l'assurance maladie obligatoire, le Haut conseil observe cependant leur grande dispersion.

Une première étude relève que 5% des assurés supportent des restes à charge annuels supérieurs en 2009 à 1600 euros : ce sont des assurés plus âgés que la moyenne de la population (60 ans contre 39 ans en moyenne), davantage en affection de longue durée (ALD), trois fois plus souvent hospitalisés. Ces restes à charge qui recouvrent une grande variété de situations proviennent, selon les cas, d'un cumul de soins de ville (dentaires, prothèses auditives ou frais d'optique, dépassement d'honoraires, secteurs en liberté tarifaire), mais aussi de séjours hospitaliers.

Une deuxième étude, fondée sur les fichiers d'hospitalisation de l'ATIH pour 2010, approfondit le sujet de l'origine des restes à charge hospitaliers et procède à une analyse fine de la réglementation complexe qui régit la participation des patients à l'hôpital. Elle révèle une grande concentration des restes à charge sur une partie des assurés (un cinquième des patients supportent $\frac{3}{4}$ des RAC à l'hôpital) et montre que l'origine des restes à charge les plus élevés diffère selon les secteurs publics ou privés (dans le premier cas il s'agit du ticket modérateur, dans le second des dépassements d'honoraires).

Les principes de solidarité de l'assurance maladie et la généralisation de la couverture complémentaire en santé

Après avoir rappelé dans une note de principe les éléments qui fondent l'assurance maladie obligatoire (AMO) d'une part et l'assurance complémentaire d'autre part, le Haut conseil, sur saisine des ministres chargés des affaires sociales et de la santé et de l'économie et des finances, a procédé, sous la forme d'un rapport, à un état des lieux complet de la place des assurances complémentaires dans la protection maladie. Constatant le rôle important de l'assurance complémentaire dans la prise en charge de la dépense de soins non remboursée par l'AMO (restes à charge), le Haut Conseil met

en lumière les principes de fonctionnement qui la régissent et la différencient de l'AMO. Il examine ensuite les voies et moyens de sa généralisation et préconise de mieux cibler les aides publiques. Enfin, à partir d'une analyse du rôle de l'assurance complémentaire dans la régulation du système de soins, il envisage le développement des réseaux pour modérer les tarifs dans les secteurs de liberté tarifaire.

L'avis émis par le HCAAM, sur la base de ce rapport, attire l'attention sur la nécessité d'améliorer l'accès à la couverture complémentaire des populations les plus modestes et souligne en outre que le développement de l'assurance complémentaire ne pourra être une solution aux problèmes financiers de l'assurance maladie obligatoire. *« Si des transferts de dépenses plus massifs de l'AMO vers l'AMC étaient décidés à l'avenir, ils pourraient affecter la protection sociale dans ses fondements, en créant des inégalités d'accès aux soins que les pouvoirs publics s'efforceraient ensuite de corriger ; par ailleurs, ils ne résoudraient pas non plus le problème de la soutenabilité à long terme de l'AMO. C'est pourquoi le Haut conseil affirme à nouveau que le maintien d'une protection sociale maladie obligatoire de qualité, fondée sur la solidarité, est primordial. Il implique notamment, comme le HCAAM l'a rappelé dans son avis de mars 2012, la mobilisation des nombreux gisements d'efficience du système ».*

LA SOUTENABILITÉ FINANCIÈRE DU SYSTÈME DE PROTECTION MALADIE OBLIGATOIRE

Un exercice inédit de projection des dépenses de santé à moyen et long terme (2060) a été réalisé avec l'aide de la direction générale du Trésor, l'INSEE, la direction de la sécurité sociale, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES) et la CNAMTS. Ces travaux ont été demandés par le Premier ministre afin d'examiner les conditions d'un retour à l'équilibre de l'ensemble de la protection sociale. S'agissant de la santé, l'approche prospective retenue identifie les moteurs de la croissance des dépenses que sont l'augmentation du niveau de vie, le progrès médical et l'organisation des soins, l'état de santé de la population et son vieillissement, celui-ci n'occupant qu'une part relativement modeste dans l'augmentation projetée.

Prenant acte de l'ampleur des efforts à fournir pour parvenir à l'équilibre des régimes d'assurance maladie, le Haut conseil, dans son avis qui se situe dans la droite ligne de ses positions antérieures, souligne que la hausse des prélèvements et la baisse du taux de prise en charge ne sauraient être des solutions pérennes. Il *« réaffirme l'impérieuse nécessité d'une maîtrise des dépenses de santé, mobilisant les nombreux gisements d'efficience du système de soins »* ainsi que *« l'urgence du passage à l'acte au regard des déficits accumulés et de l'évolution démographique en cours »*

Présidente

Mme Annick MOREL, Inspectrice générale des affaires sociales

Vice-président

M. Vincent LIDSKY, Inspecteur général des finances

Quinze représentants des assurés sociaux et des employeurs ou des régimes d'assurance maladie

CGT

M. Pierre-Yves CHANU, conseiller confédéral

M. Christophe PRUDHOMME, responsable du collectif national des médecins de la CGT

CFDT

Mme Véronique DESCACQ, secrétaire nationale

M. Abdou ALI MOHAMED, secrétaire confédéral

CGT-FO

M. Jean-Marc BILQUEZ, secrétaire confédéral

M. David OLLIVIER-LANNUZEL, secrétaire général UFSO

CFTC

Mme Christine LECERF, présidente de la CFTC d'Indre-et-Loire

CFE-CGC

M. Jean-François GOMEZ, délégué national du secteur protection sociale en charge de la maladie

MEDEF

M. Christian LAJOUX, Président de Sanofi Aventis

M. Jean-Marc LAMERE, vice-président du Conseil de l'UNCAM

CGPME

M. Jean-Louis JAMET, secrétaire confédéral

UPA

M. Daniel BOGUET

FNSEA

M. Jean-Bernard BAYARD, secrétaire général adjoint

UNAPL

Dr Olivier AYNAUD, secrétaire général de l'Union Nationale des Professions Libérales

UNSA

M. François JOLICLERC, secrétaire national

Trois députés

Mme Catherine LEMORTON, Présidente de la commission des affaires sociales, Députée de Haute-Garonne, PS

M. Pierre MORANGE, co-président de la MECSS, Député des Yvelines, UMP

M. Christian PAUL, rapporteur PLFSS pour l'assurance maladie, Député de la Nièvre, PS

Trois sénateurs

M. Bernard CAZEAU, PS, Dordogne

M. Vincent DELAHAYE, UCR, Essonne

Mme Catherine GENISSON, PS, Nord-Pas-de-Calais

Sept représentants de l'État

M. Jean PISANI-FERRY, commissaire général à la stratégie et à la prospective

M. Thomas FATOME, directeur de la sécurité sociale

M. Jean DEBEAUPUIS, directeur général de l'offre de soins

M. Benoit VALLET, directeur général de la santé
M. Ramon FERNANDEZ, directeur général du Trésor
M. Denis MORIN, directeur du budget
M. Franck VON LENNEP, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Un représentant de la Haute Autorité de Santé

Pr. Jean-Luc HAROUSSEAU, président de la HAS

Quatre représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire

M. Frédéric VAN ROECKEGHEM, directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
M. Michel RÉGEREAU, président de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
M. Gérard QUEVILLON, président du Régime Social des Indépendants (RSI)
M. Gérard PELHATE, président de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Le directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

M. Luc ALLAIRE, ancien directeur de l'administration générale et de la modernisation des services

Trois représentants des organismes de couverture complémentaire de l'assurance maladie

M. Maurice RONAT, vice-président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).
M. Jean-Louis FAURE, délégué général du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)
M. Alain ROUCHÉ, directeur santé de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA)

Six représentants de l'Union Nationale des Professions de Santé

Dr. Michel CHASSANG, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)
Dr. Claude LEICHER, président de MG-France
M. Pierre LEPORTIER, Président honoraire de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPS)
M. Roland L'HERRON, président de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD)
M. Patrick PÉRIGNON, membre du conseil fédéral de Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO)
M. Philippe TISSERAND, président de la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)

Six représentants des établissements de santé

M. Frédéric VALLETOUX, président de la Fédération Hospitalière de France (FHF)
M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général de la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP)
Mme Élisabeth TOME-GERTHEINRICH, déléguée générale de la Fédération Hospitalière Privée (FHP)
Dr Frédéric MARTINEAU, président de la conférence nationale des CME de Centres Hospitaliers
Professeur Guy MOULIN, président de la conférence des présidents de CME de CHU
Mme Élisabeth HUBERT, présidente de la Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), ancien ministre de la santé

Un représentant des industries du médicament

M. Philippe LAMOUREUX, directeur général du LEEM (Les Entreprises du Médicament)

Un représentant des industries des dispositifs médicaux

M. Éric LE ROY, directeur général du Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM)

Un représentant désigné par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

M. Yann BOURGUEIL, directeur de l'IRDES

Un directeur général d'agence régionale de santé

Mme Marie-Sophie DESAULLE, directrice générale de l'Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

Un représentant des prestataires de services et distributeurs de matériels à domicile

M. Olivier LEBOUCHE, président de la Fédération des Prestataires de Santé à Domicile (PSAD)

Trois représentants des usagers

Mme Christiane BASSET, administrateur à l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

M. Karim FELISSI, conseiller national de la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH)

M. Christian SAOUT, représentant du Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS)

Sept personnalités qualifiées

Dr Yves CHARPAK, directeur des études et de la prospective à l'Établissement français du sang (EFS)

M. Laurent DEGOS, professeur de médecine

Mme Brigitte DORMONT, professeur des universités, université Paris-Dauphine

M. Didier HOUSSIN, président de l'Agence d'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieure (AERES)

Mme Dominique POLTON, directrice de la Stratégie des Études et des Statistiques à la CNAMTS

Mme Valérie PARIS, économiste à la Division santé de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE)

M. Noël RENAUDIN, membre du contrôle général, économique et financier, ancien Président du Comité Économique des Produits de Santé (CEPS).

Secrétaire générale du HCAAM

Mme Marie REYNAUD, administratrice de l'INSEE

PREMIERE PARTIE :

L'accessibilité
financière des soins
après assurance
maladie obligatoire

PREMIERE PARTIE

Les tableaux de bord du HCAAM

Volet 1 : Accessibilité financière des soins

Note : En raison de différences méthodologiques, les données du présent rapport sur le taux de prise en charge de la dépense présentée au remboursement et la distribution des restes à charge fondées sur l'échantillon généraliste de bénéficiaires de la CNAMTS, ne sont pas comparables avec celles du rapport de l'année 2012.

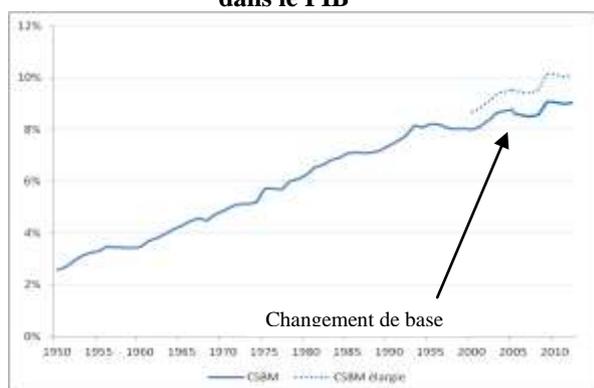
A. Données macroéconomiques de cadrage : les dépenses de santé et leur financement

• Les dépenses de santé

La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) s'est élevée à 183,6 Mds d'€ en 2012 (9,0 % du PIB, proportion stable depuis 2010), en progression de 2,2 % par rapport à 2011.

La CSBM élargie aux soins des personnes âgées et handicapées ainsi qu'à la prévention individuelle s'est établie à 205,6 Mds d'€ en 2012 (10,1 % du PIB), en hausse de 2,2 % par rapport à 2011.

Part de la CSBM et de la CSBM élargie dans le PIB



CSBM et CSBM élargie

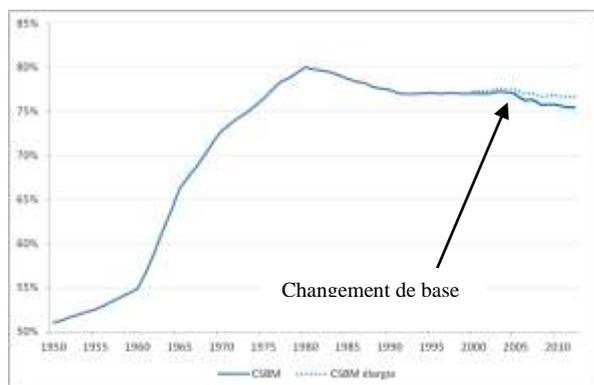
	Montants en millions d'€		N/N-1 en %
	2011	2012	
CSBM (1) dont	179 608	183 623	2,2
- Soins ambulatoires de ville	45 811	47 279	3,2
- Soins hospitaliers	83 062	85 083	2,4
- Transport de malades	3 894	4 102	5,3
- Médicaments	34 641	34 341	-0,9
- Autres biens médicaux	12 200	12 817	5,1
SSAD	1 398	1 469	5,1
Soins aux personnes âgées en établissement (2)	8 111	8 317	2,5
Dépenses liées à la dépendance et au handicap (3)	8 531	8 755	2,6
Prévention individuelle (4)	3 420	3 413	-0,2
CSBM élargie (1)+(2)+(3)+(4)	201 068	205 576	2,2

• Le financement des dépenses de santé

La CSBM est financée à hauteur de 75,5 % par la Sécurité sociale en 2012, pour 13,7 % par les organismes complémentaires. Les ménages financent directement 9,6 % de la CSBM. Ces proportions sont inchangées par rapport à 2011.

La CSBM élargie est financée à hauteur de 76,7 % par la Sécurité sociale en 2012 (+0,1 point par rapport à 2011), pour 12,2 % par les organismes complémentaires. Les ménages financent directement 8,6 % de la CSBM élargie, comme en 2011.

Financement par la Sécurité Sociale de la CSBM et de la CSBM élargie



Structure de financement de la CSBM (en %)

	2005	2011	2012
CSBM			
Sécurité sociale	76,8%	75,5%	75,5%
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,2%	1,3%	1,2%
Organismes complémentaires	13,0%	13,7%	13,7%
Ménages	9,0%	9,6%	9,6%
CSBM élargie*			
Sécurité sociale	77,4%	76,6%	76,7%
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,9%	1,9%	1,9%
Organismes complémentaires	11,8%	12,2%	12,2%
Ménages	8,1%	8,6%	8,6%

* : la somme des financements est inférieure à 100%, car selon les comptes nationaux de la santé, 41% des dépenses de prévention individuelle sont financés par d'autres acteurs privés (médecine du travail notamment).

Source : données DREES, base 2005

Sources, champ:

Sources : DREES, comptes de la Santé, 2012

INSEE, Comptabilité nationale

Champ géographique : France entière

- **Financement par la Sécurité Sociale de la dépense présentée au remboursement du régime général (en %)**

En 2012, la part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par la Sécurité sociale est de 76,1 % pour l'ensemble des soins des consommateurs du régime général. Elle est de 61,3 % pour les personnes qui ne sont pas en ALD et de 88,6 % pour les personnes en ALD (pour leurs soins en rapport ou sans rapport avec leur affection).

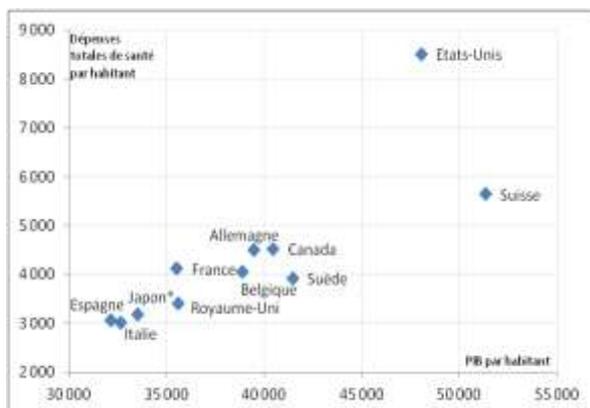
Part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par la Sécurité Sociale rg 2012

	Non ALD	ALD	Ensemble des consommateurs
Ensemble des soins	61,3	88,6	76,1
Soins ambulatoires hors optique	56,3	86,5	72,0
Soins ambulatoires y compris optique	51,0	84,4	67,7
Hôpital	88,1	95,0	92,4
<i>Pour mémoire : Part dans la population de consommateurs</i>	<i>82,7 %</i>	<i>17,3 %</i>	<i>100,0 %</i>

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2012, calculs SG HCAAM

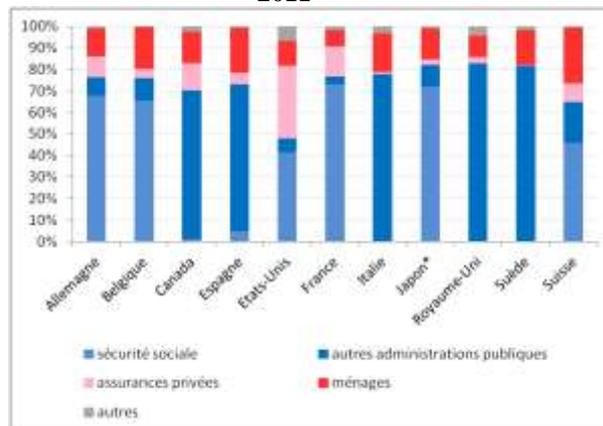
- **Comparaisons internationales**

Dépenses de santé totales par habitant et PIB par habitant (USD PPA), 2010



*Japon : 2010

Financement des dépenses totales de santé en 2011



*Japon : 2010

L'OCDE note une augmentation de la part laissée à la charge des ménages dans plusieurs pays (Italie + 0,5, Royaume-Uni et Suisse + 0,7, Espagne + 0,9). A l'inverse, en Belgique, ce reste à charge diminue d'un point en 2011, tandis que la part financée par la sécurité sociale augmente d'autant.

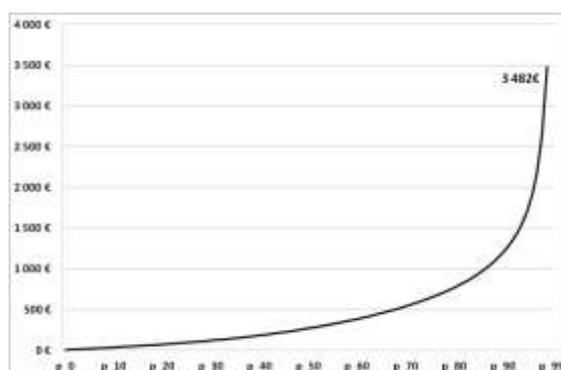
Sources, champs, définition :
Dépense présentée au remboursement et rac
 CNAMTS-ATIH, EGB apparié avec les données de l'ATIH sur l'hôpital MCO/PSY/SSR, 2012
Champ des assurés : Régime général hors SLM, migrants, bénéficiaires de l'AME
Champ des consommateurs : L'échantillon est constitué des personnes ayant eu une dépense de soins l'année considérée, quel que soit le type de soins.
Champ des soins : soins de ville, hôpital MCO/PSY/SSR pour le secteur privé et hôpital MCO pour le secteur public. Les actes et consultations externes en activité libérale en clinique et à l'hôpital public ainsi que le secteur privé à l'hôpital public sont inclus dans les soins de ville. Les actes et consultations externes en activité salariée à l'hôpital public ne sont pas disponibles. Les chambres individuelles ne sont pas prises en compte.
 Par rapport à la CSBM, la dépense présentée au remboursement exclut les dépenses de santé non remboursables par les régimes d'assurance obligatoires.
 Champ géographique : France entière
Comparaisons internationales :
 OCDE, Eco-Santé, 2013

B1. Solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie

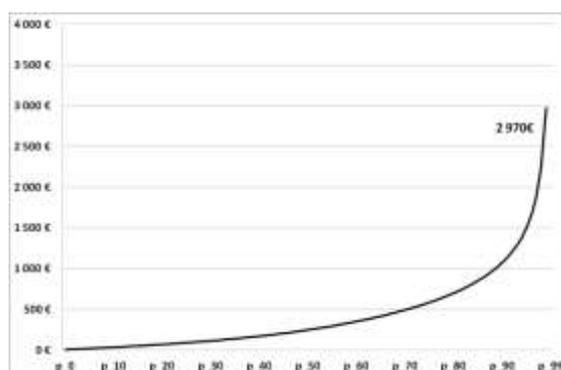
L'objectif d'accessibilité financière doit être atteint par un mécanisme de solidarité universelle entre bien-portants et malades. Son niveau d'aide est uniquement lié au coût de la maladie et ne dépend pas du revenu du malade. Les indicateurs associés à cet objectif mesurent la disparité des restes à charge après AMO en euros.

- Dispersion des RAC après Assurance maladie obligatoire en 2012

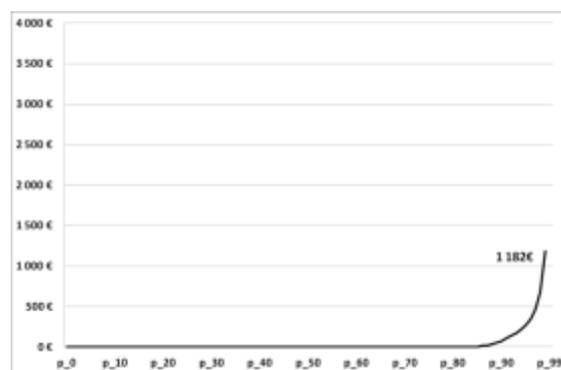
RAC après AMO sur l'ensemble des soins



RAC après AMO sur les soins de ville et consultations externes à l'hôpital



RAC après AMO sur les soins hospitaliers liés à un séjour



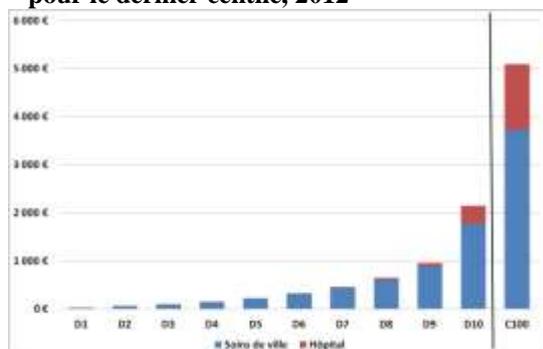
Source : Cnamts, ATIH, EGB 2012, calculs SG HCAAM

Définition :

Les personnes consommandes sont les personnes qui ont eu une dépense de soins, quel que soit le type de soins. Notamment le schéma du bas intègre aussi des personnes n'ayant eu que des soins de ville (avec un RAC hospitalier égal à 0).

B1. Solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie

- Part des soins de ville et des soins hospitaliers liés à un séjour dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, 2012

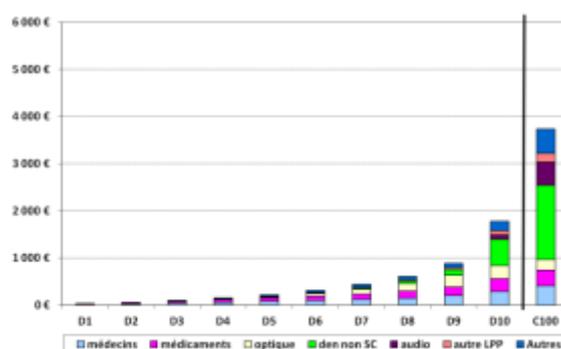


RAC après AMO moyens par déciles et centile
Ensemble des soins 2012 (€)

	Soins de ville	Hôpital	Ensemble
D1	19	0	19
D5	216	8	223
D10	1773	373	2146
C100	3730	1365	5095
Ensemble	452	55	507

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2012, calculs SG HCAAM

- Part des différents types de soins dans les RAC après AMO sur les soins de ville, par déciles de RAC sur l'ensemble des soins, 2012

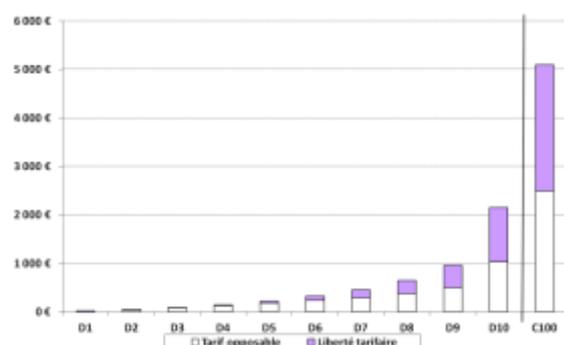


RAC après AMO moyens par déciles et centile
Soins de ville 2012 (€)

	Médecins	Médicaments	Optique	Dentaire non SC
D1	9	6	0	1
D5	75	72	16	11
D10	283	269	280	561
C100	403	338	217	1579
Ensemble	102	99	85	82

	Audio	Autres LPP	Autres	Ensemble
D1	0	0	2	19
D5	0	9	33	216
D10	96	81	203	1773
C100	491	183	519	3730
Ensemble	10	19	55	452

- Part des différentes natures de RAC dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, 2012



RAC après AMO moyens par déciles centiles
Ensemble des soins (€)

€	Tarif opposable	Liberté tarifaire	Ensemble
D1	18	1	19
D5	185	39	223
D10	1033	1113	2146
C100	2491	2604	5095
Ensemble	291	216	507

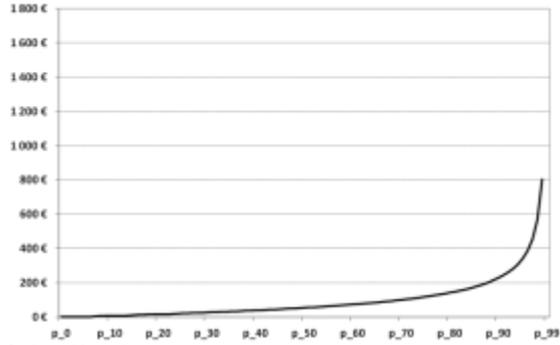
Source : Cnamts, ATIH, EGB 2012, calculs SG HCAAM

Précautions méthodologiques :

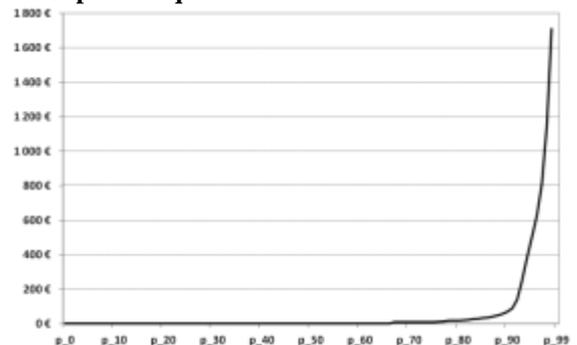
Dans ces graphiques de la partie B1, la population considérée est constituée de l'ensemble des consommateurs de soins, quels qu'ils soient. Pour les indicateurs par déciles D1-D10 (dernier centile C100), les individus sont classés selon leur RAC après AMO total (ville et hôpital) croissant. On a ensuite procédé à un regroupement par « déciles », correspondant chacun à 10 % de la population considérée. Les RAC après AMO moyens par sous catégorie de soins sont calculés pour chaque décile. On a également représenté le dernier « centile », c'est-à-dire l'ensemble qui rassemble le 1 % des personnes qui ont les RAC totaux (ville et hôpital) les plus élevés.

• Dispersion par centiles des RAC après AMO pour les consommateurs de soins, 2012

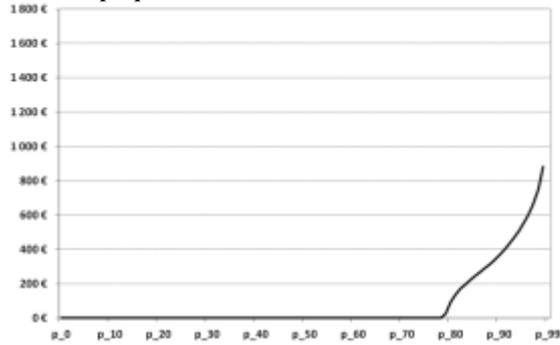
Médecins



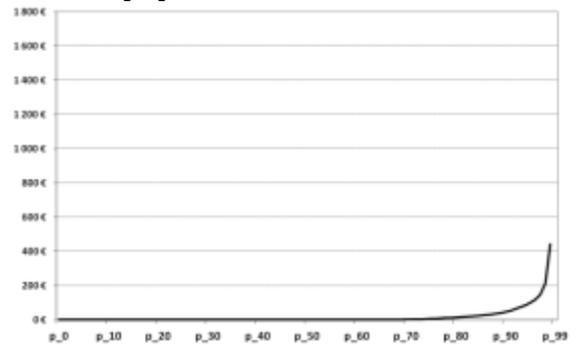
Soins prothétiques dentaires



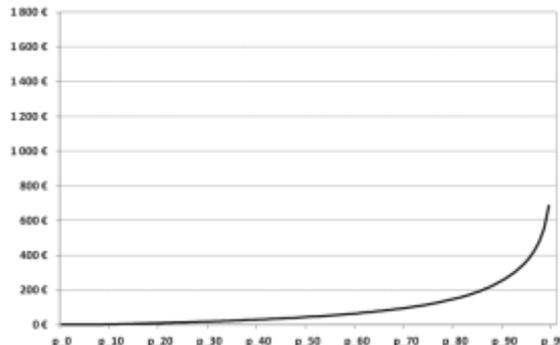
Soins d'optique



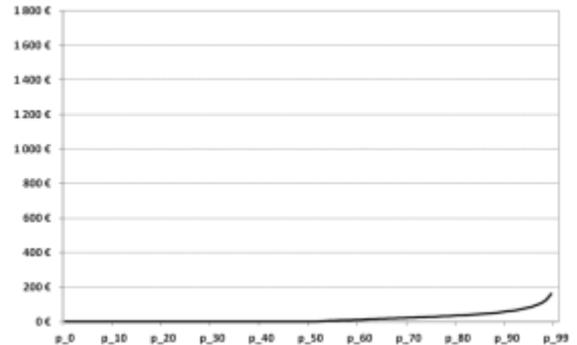
LPP hors optique



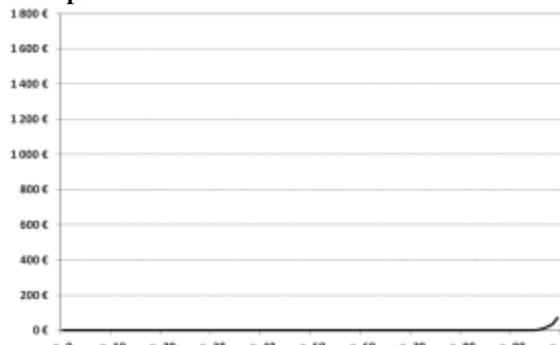
Médicaments



Laboratoires



Transports



Autres soins



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2012, calculs SG HCAAM

Précautions méthodologiques (suite) :

Dans les indicateurs de dispersion par centiles p10-p99, chaque point de la courbe représente un individu : ainsi par exemple, 80 % des personnes ont un RAC inférieur à celui de l'individu « p80 » et 20 % ont un RAC supérieur. Les individus sont ainsi classés selon le RAC croissant du soin considéré. Ce classement est donc différent du précédent.

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

Données macro-économiques

Comme le principe de solidarité entre bien portants et malades n'implique pas nécessairement la totale gratuité, il est nécessaire de vérifier que les dépenses pour la santé restent accessibles financièrement aux personnes ayant de bas revenus. Toutes les formes de mutualisation doivent alors être prises en compte et les dépenses doivent être rapportées au revenu. En conséquence, les indicateurs associés à cet objectif intègrent toutes les dépenses - dépenses de soins, prélèvements obligatoires pour la santé, versements des primes aux organismes complémentaires - et toutes les ressources - revenu, remboursements de l'assurance maladie obligatoire, remboursements des assurances complémentaires.

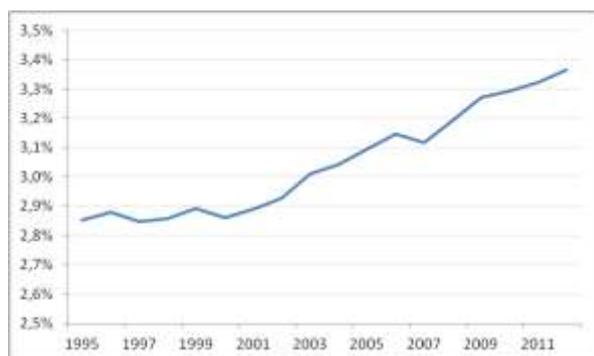
- **Taux d'effort après AMO moyen par ménage**

En moyenne, en 2012, le taux d'effort après AMO pour l'ensemble des ménages s'établit à 3,4 % du revenu disponible brut, en très légère progression par rapport à 2011.

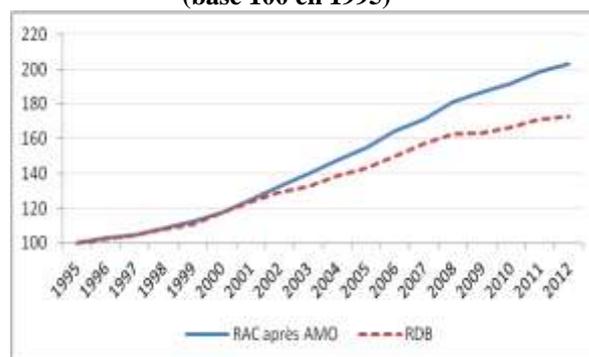
- **Évolution des différentes composantes du taux d'effort après AMO**

Le RAC après AMO et le revenu disponible des ménages ont augmenté en 2012 à un rythme un peu moins rapide qu'en 2011. La légère hausse du taux d'effort moyen observé cette année résulte de la croissance plus rapide du RAC après AMO que celle du revenu.

Taux d'effort après AMO



RAC après AMO moyen et RDB des ménages (base 100 en 1995)



Sources, champs, définitions :

Taux d'effort après AMO moyen annuel

DREES, Comptes de la Santé, 2012

INSEE, Comptabilité nationale, 2012

Champ : France entière, ensemble des ménages

Le taux d'effort après AMO est le rapport entre le RAC après AMO, calculé sur la dépense totale de CSBM pour l'ensemble des personnes du ménage et le Revenu disponible brut (RDB) du ménage.

Le RDB est égal à la somme des revenus d'activité, des prestations en espèces, des revenus de la propriété diminuée des impôts et des cotisations sociales et augmenté du solde des remboursements d'assurance et des primes d'assurance.

$RDB = \text{Revenu} - \text{Impôts \& cotisations sociales} + \text{Remboursements AMC} - \text{Primes AMC}$

Dispersion des taux d'effort (page suivante)

DREES, Microsimulation OMAR-INES, 2008

La dépense de soins prise en compte dans les taux d'effort est la dépense présentée au remboursement.

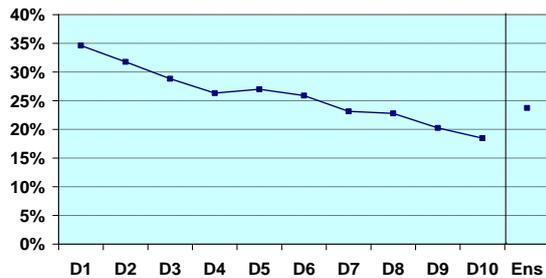
Le niveau de vie du ménage est égal au revenu du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation du ménage. Les unités de consommation pondèrent chaque personne du ménage selon un coefficient (1 UC pour le premier adulte, 0,5 pour les autres personnes de 14 ans et plus et 0,3 pour les enfants de moins de 14 ans). Cette pondération vise à tenir compte du fait que les besoins des ménages ne sont pas strictement proportionnels au nombre de personnes du ménage (notamment le logement et les biens de consommation durables).

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

Analyse de dispersion par décile de niveau de vie

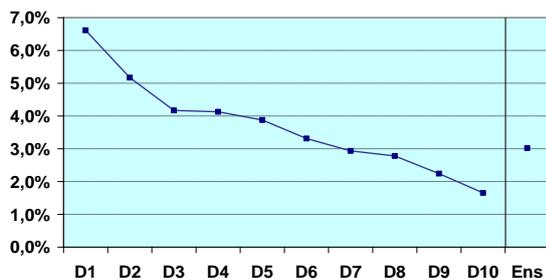
Les indicateurs ci-dessous, identiques à ceux du tableau de bord du rapport annuel de 2011, sont issus d'une simulation, réalisée par la DREES, sur données individuelles portant sur l'année 2008. Les taux d'efforts sont calculés par décile de niveau de vie.

• Taux d'effort brut



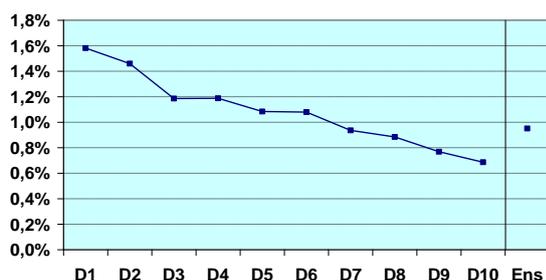
Le **taux d'effort brut** est égal au rapport entre la somme des dépenses liées à la santé (dépenses de soins, cotisations sociales et impôts, primes versées aux assurances complémentaires) et la somme des revenus et des remboursements (revenus nets de tous les prélèvements obligatoires hormis ceux versés pour la santé, remboursements des assurances obligatoires et complémentaires).

• Taux d'effort après AMO



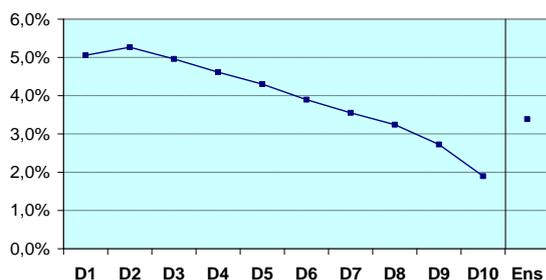
Le **taux d'effort après AMO** est le rapport entre le RAC après AMO et le Revenu disponible brut (RDB) du ménage.

• Taux d'effort après AMO et AMC



Le **taux d'effort après AMO et AMC** est égal au RAC après AMO et AMC rapporté à l'ensemble du revenu net de tout prélèvement obligatoire et des primes d'assurance.

• Taux d'effort sur revenus nets



Le **taux d'effort sur revenu net** est égal au RAC après AMO et AMC augmenté des primes d'assurance, rapporté au revenu net de tout prélèvement obligatoire.

B3. Renoncement aux soins pour raisons financières

Des indicateurs de renoncement aux soins sont un complément indispensable aux indicateurs de suivi des objectifs de solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie, d'accessibilité financière pour les bas revenus, et lorsque les données seront disponibles de recours efficient au système de soins. Les indicateurs pour ces objectifs se rapportent en effet à des dépenses pour des soins qui ont eu lieu et il y aurait une sorte de paradoxe à ne mesurer l'accessibilité financière des soins qu'avec des indicateurs qui présupposent l'accès aux soins.

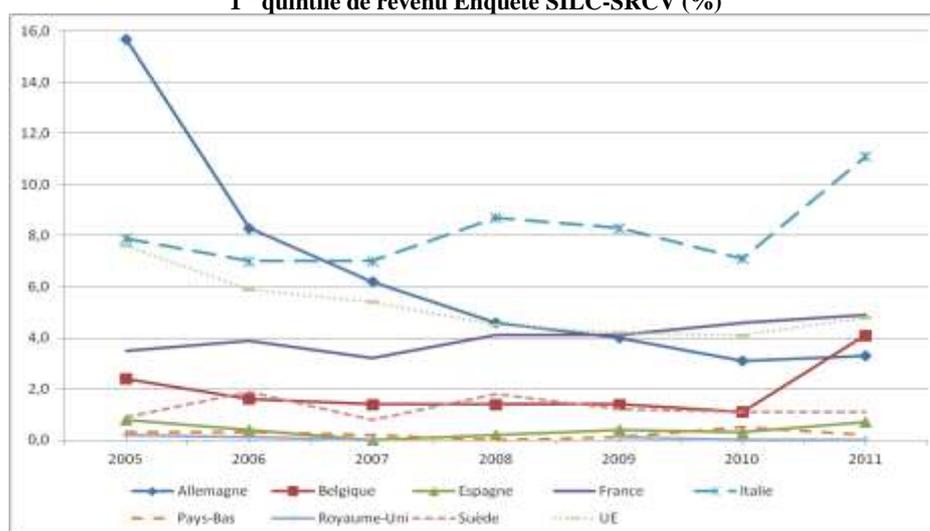
• Renoncement aux soins pour des raisons financières selon les types de couverture complémentaire

Part des personnes « ayant renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois »
Enquête SPS (%)

	2000	2002	2004	2006	2008	2010
CMUC	26,2	16,1	17,9	19,1	21,0	19,7
Couverture privée	14,1	9,7	11,9	12,6	15,3	14,0
Sans couverture complémentaire	29,3	25,1	27,9	32,0	30,4	32,6

Ces données sont identiques à celles du rapport annuel 2012 car l'enquête SPS est biennale.

Part des personnes « ayant renoncé à voir un médecin pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois »
1^{er} quintile de revenu Enquête SILC-SRCV (%)



Les comparaisons européennes sont délicates car les contextes locaux d'organisation des soins jouent vraisemblablement.

Sources, définitions :

Taux de renoncement aux soins Enquête SPS

IRDES, enquête biennale Santé et protection sociale, 2010

Le questionnement est le suivant : « Au cours des douze derniers mois, vous et-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? »

Taux de renoncement aux soins Enquête SILC-SRCV

Eurostat, enquête européenne SILC, Survey on Income and Living Conditions, SRCV, Situation des revenus et des conditions de vie, 2011

Le questionnement est le suivant : Avoir répondu par l'affirmative à la question « Au cours des douze derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ? » et avoir cité comme raison « Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher ».

Les quintiles de revenus rassemblent 20 % de la population. Le premier quintile de revenus correspond aux 20 % de personnes ayant les revenus les plus bas.

PREMIERE PARTIE

Les tableaux de bord du HCAAM

Volet 2 : Tableaux financiers

A. Les hypothèses macroéconomiques

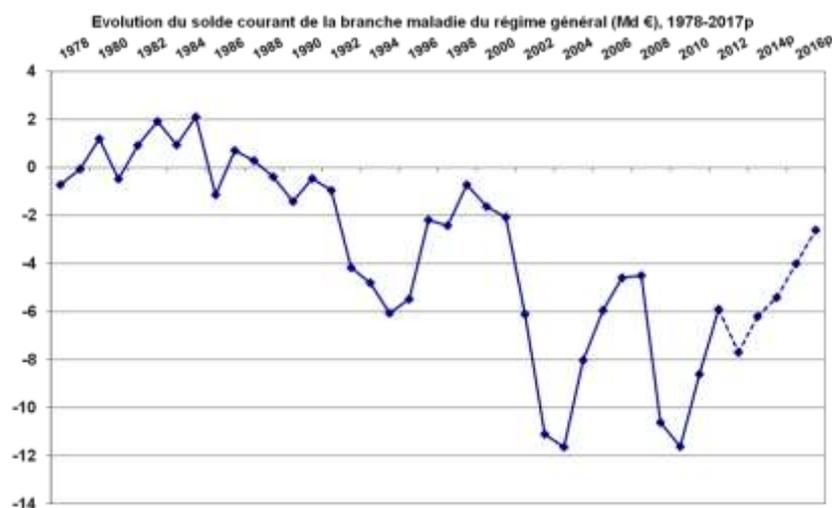
Tableau 1 : Hypothèses macroéconomiques du Gouvernement

	ONDAM en valeur	PIB en volume	Masse salariale en valeur
2013	2,8%	0,1%	1,3%
2014	2,4%	0,9%	2,2%
2015	2,4%	1,7%	3,5%
2016	2,4%	2,0%	4,0%
2017	2,4%	2,0%	4,0%

Source : annexe B au PLFSS 2014.

B. La situation de la branche maladie

B.1 – L'amélioration du solde de la branche maladie connaît une pause en 2013



Source : annexes B au PLFSS 2014, INSEE.

Après le brutal décrochage des recettes lié à la crise de 2008-2009, le déficit a commencé à se réduire en 2011 et 2012.

En 2012, le déficit de la branche maladie du régime général s'est établi à -5,9 Mds €, contre -8,6 Mds € en 2011.

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie était de -5,9 Mds €, contre -8,5 Mds € en 2011.

Pour l'année 2013, le PLFSS prévoit toutefois une dégradation du solde, le déficit s'établissant à un niveau plus élevé qu'en 2012, quoiqu'inférieur à celui de 2011, à -7,7 Md € pour la branche maladie du régime général et -7,8 Md € pour l'ensemble des régimes obligatoires. Cette détérioration est due au ralentissement brutal des recettes.

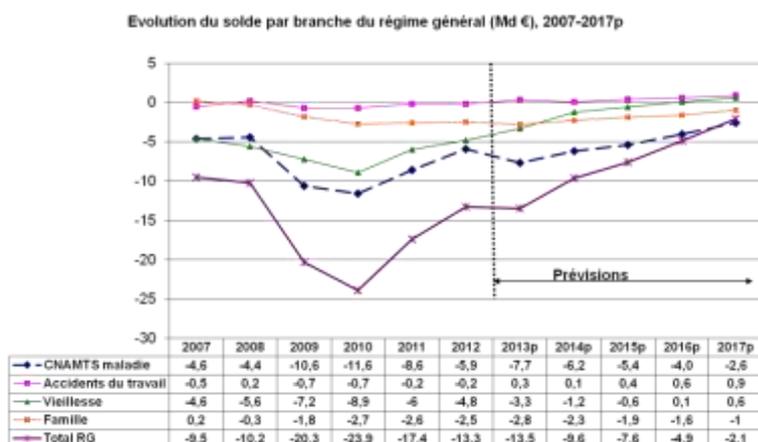
Le PLFSS prévoit une amélioration du solde de 2014 à 2017, sans toutefois parvenir à un retour à l'équilibre.

Tableau 2 - Solde de la branche maladie (RG et obligatoires de base)

En Md €	2008	2009	2010	2011	2012	2013p	2014p
Régime général	-4,4	-10,6	-11,6	-8,6	-5,9	-7,7	-6,2
Ens des régimes de base	-4,1	-10,4	-11,4	-8,5	-5,9	-7,8	-6,2
FFIPSA, part maladie	-1,4	-	-	-	-	-	-
Ensemble régimes de base et FFIPSA	-5,5	-10,4	-11,4	-8,5	-5,9	-7,8	-6,2

Source : annexe B au PLFSS 2014

B.2 - La branche maladie n'est pas la seule à connaître un déficit important



Source : annexe B au PLFSS 2014.

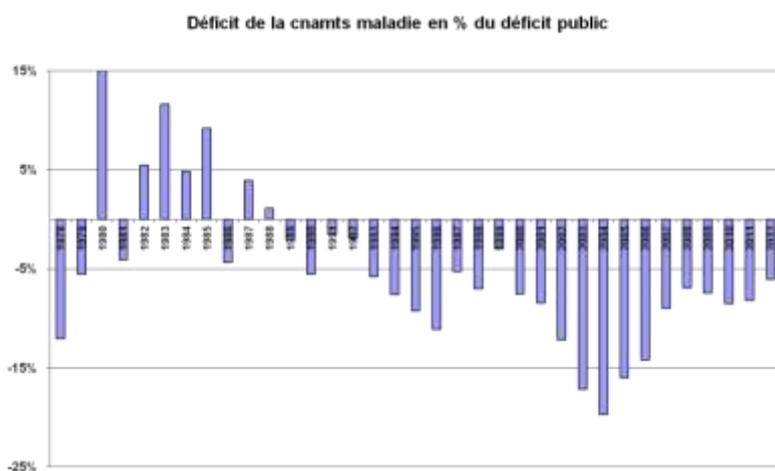
Sur la période récente, la branche maladie n'est pas la seule à connaître une situation dégradée. La branche vieillesse enregistre également une situation déficitaire d'un niveau comparable, avec près de -5 Mds € en 2012.

Toutefois, compte tenu de la réforme des retraites, les perspectives de redressement de la branche vieillesse apparaissent plus favorables puisqu'un excédent devrait apparaître en 2016.

La branche famille, partant d'un excédent en 2007, a plongé et enregistrerait un lent redressement.

Au total, la branche maladie, qui constituait autour de la moitié du déficit du régime général entre 2007 et 2012 devrait être à l'origine de la quasi-totalité du déficit.

B.3 – Le déficit de la branche maladie représente 6 % du déficit de l'ensemble des administrations publiques



Source : annexe B au PLFSS 2014 ; INSEE Comptes nationaux.

Le HCAAM suit depuis 2010 les évolutions comparées du déficit de la branche maladie du régime général et de celui de l'ensemble des administrations publiques (déficit au sens de Maastricht).

En 2012, le déficit de la branche maladie a évolué nettement plus favorablement que celui de l'ensemble des administrations publiques, avec un poids de 6,0% contre 8,2% en 2011.

B.4 - Le retour à l'équilibre de la branche maladie devrait être lent et progressif

La crise de 2008-2009 a fait plonger les produits de la branche maladie du régime général, avec un recul en 2009, alors que les charges progressaient rapidement.

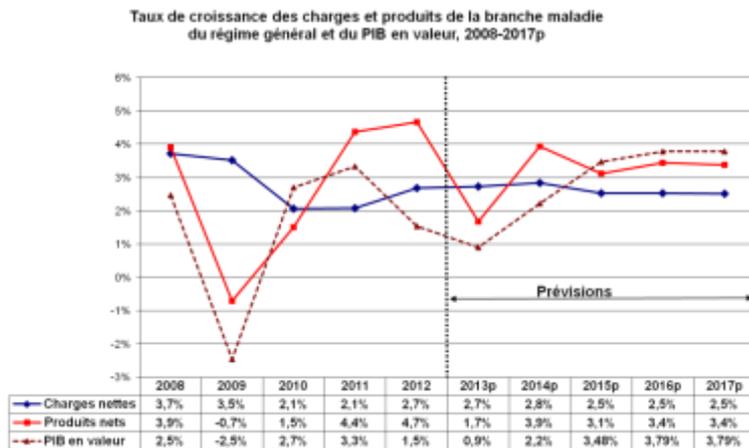
En 2010, la situation s'est améliorée avec une hausse des produits et une croissance modérée des charges.

Les années 2011 et 2012 sont marquées par un dynamisme des produits supérieur à celui des charges.

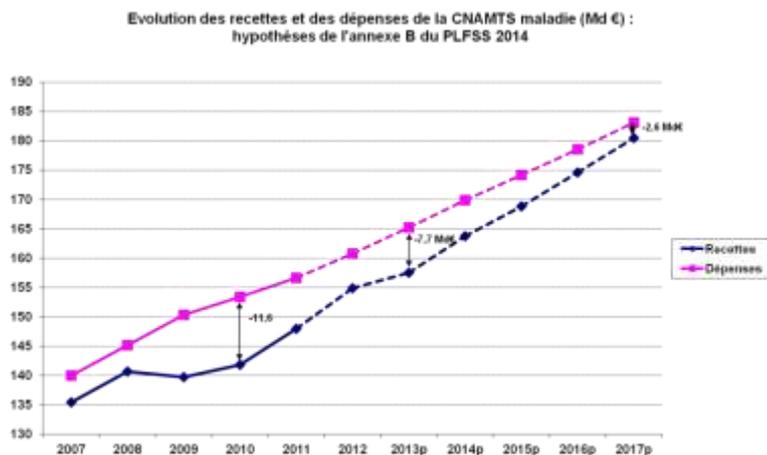
En 2013, si la croissance des charges reste maîtrisée, celle des produits se dégrade de 3 points.

Pour les années suivantes, il est un prévu une progression des produits légèrement supérieure à celle des charges.

Ces projections prennent en compte les mesures nouvelles associées au PLFSS et au PLF pour 2014 dont l'impact court sur l'ensemble de la période de projection ainsi que les mesures annuelles qui seront prises pour respecter l'ONDAM (+2,4 % par an de 2014 à 2017).



Source : annexe B au PLFSS 2014 ; INSEE Comptes nationaux.

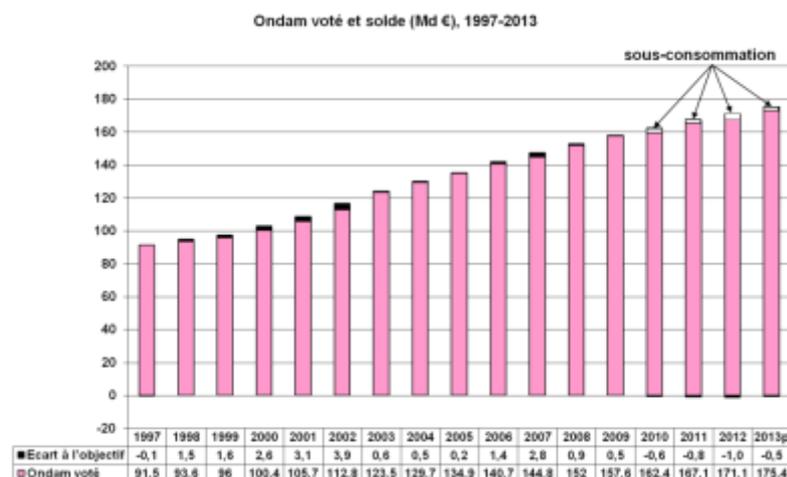


Source : annexe B au PLFSS 2014.

Partant d'un déficit de 7,7 Mds € en 2013, le solde de la branche maladie du régime général devrait se situer à -2,6 Mds € en 2017.

C. Les dépenses de santé

C.1 – En 2013, pour la quatrième année consécutive, l'ONDAM réalisé devrait être inférieur à l'ONDAM voté



Source : DSS ; rapport de la CCSS de septembre 2013.

En 2013, pour la quatrième année consécutive l'ONDAM devrait afficher une sous-consommation, d'un montant d'environ 500 millions d'euros.

Ceci avait déjà été le cas en 2010 (600 M€ de sous-consommation), 2011 (800 M€) et 2012 (1 Md €).

Cette nouvelle période tranche avec les années précédentes, durant lesquelles l'ONDAM avait été systématiquement dépassé.

C.2 – C'est sur le segment des soins de ville que l'ONDAM 2013 devrait afficher une réalisation inférieure de 500 millions d'euros à l'objectif voté

En 2013, malgré une progression plus rapide qu'en 2012, liée à la situation épidémiologique et à l'entrée en vigueur de revalorisations adoptées en 2012 et 2013 qui affectent surtout les honoraires paramédicaux, les dépenses de soins de ville devraient être inférieures à l'objectif (80,0 Mds € contre 80,5 Mds €).

Concernant les établissements de santé, les dépenses devraient se situer très près des objectifs (76,4 Mds € pour 76,5 Mds € prévus). Les dépenses des établissements anciennement sous dotation globale seraient un peu supérieures aux prévisions (170 M€) tandis que celles des cliniques privées seraient, pour un montant identique, inférieures au niveau initialement prévu. La légère sous-consommation globale provient des dépenses non régulées.

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services médico-sociaux constitue une enveloppe fermée et ne peut être ni dépassée ni sous-consommée.

Tableau 3 – Décomposition des dépenses réalisées dans le champ de l'ONDAM – Tous régimes (en Mds €)

	2011 périmètre 2012	Constat 2012	Taux d'évoluti on	Sous-objectifs arrêté 2012	Écart réalisation/ objectif	2012 périmètre 2013	Constat provisoire 2013	Taux d'évolution	Sous- objectifs arrêté 2013	Écart réalisation /objectif
Soins de ville	76,6	77,9	1,7%	78,9	-1,0	77,9	80,0	2,7%	80,5	-0,5
Établissements de santé	72,5	74,5	2,7%	74,6	-0,1	74,5	76,4	2,6%	76,5	-0,05
Médico-social	15,8	16,5	4,1%	16,5	0,0	16,5	17,1	3,9%	17,1	0,0
dont personnes âgées	7,6	8,0	6,0%	8,0	0,0	8,0	8,4	4,6%	8,4	0,0
dont pers. handicapées	8,2	8,4	2,4%	8,4	0,0	8,5	8,7	3,3%	8,7	0,0
Autres	1,2	1,2	0,8%	1,2	0,0	1,2	1,3	6,8%	1,3	0,03
ONDAM	166,2	170,1	2,4%	171,1	-1,0	170,1	174,9	2,8%	175,4	-0,5

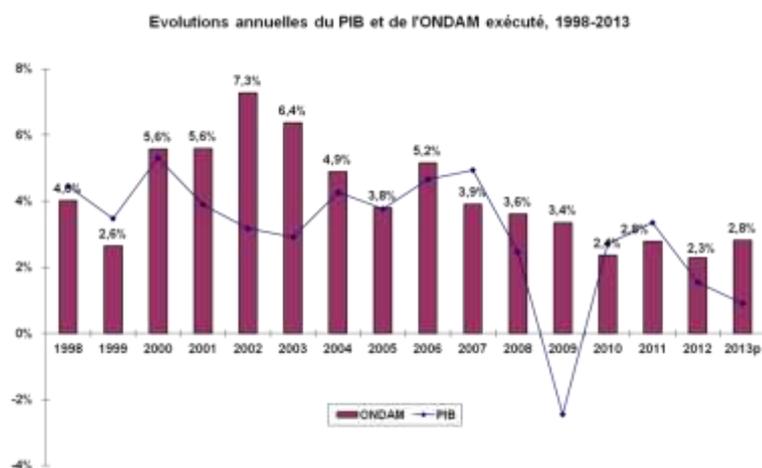
Source : rapport de la CCSS de septembre 2013.

Tableau 4 – Les soins de ville dans le champ de l'ONDAM – Régime général (en M€)

	2011	2012	Évolution 2012/2011	Évolution 2013/2012
Honoraires libéraux	29 278	30 273	3,4%	4,0%
dont hono. privés	16 422	16 798	2,3%	3,0%
dont hono. paraméd.	7 059	7 558	7,1%	7,0%
dont laboratoires	2 877	2 837	-1,4%	1,5%
dont transports	2 920	3 081	5,5%	4,8%
Autres soins de ville	31 659	31 721	0,2%	1,4%
dont médicaments	18 706	18 666	-0,2%	0,8%
dont IJ maladie et AT	8 865	8 776	-1,0%	1,2%
dont disp. méd.	4 088	4 279	4,7%	4,2%
Total Soins de ville	61 813	62 886	1,7%	2,8%

Source : rapport de la CCSS de septembre 2013

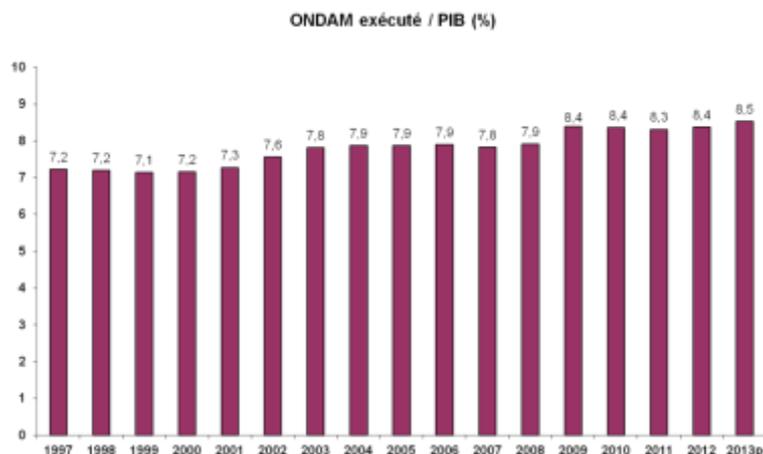
C.3 – Sous l'effet de la crise, la convergence entre progression de l'ONDAM et du PIB s'atténue



Source : données des rapports de la CCSS, INSEE, annexe B au PLFSS 2014

Alors qu'en 2010 et 2011, l'ONDAM a progressé un peu moins rapidement que le PIB en valeur, ce n'est à nouveau plus le cas en 2012 et 2013 du fait du ralentissement du PIB.

C.4 - Depuis 2009, l'ONDAM représente environ 8,4% du PIB



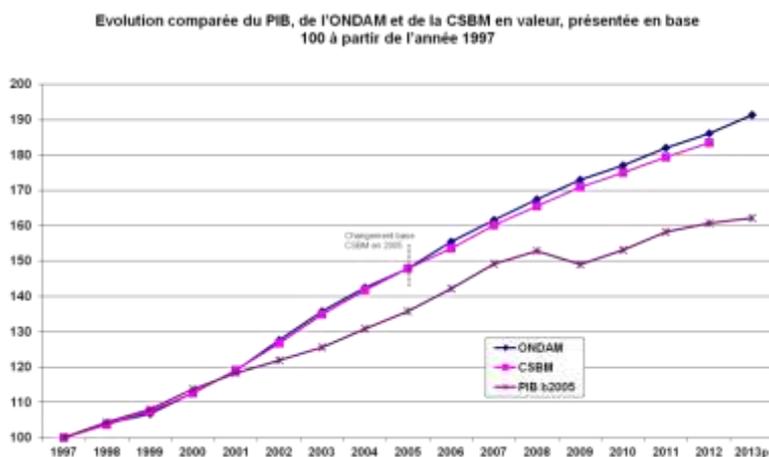
Source : données des rapports de la CCSS, INSEE, annexe B au PLFSS 2014

L'ONDAM rapporté au PIB s'est stabilisé autour de 8,4% depuis maintenant cinq ans.

Trois périodes se distinguent nettement :

- de 1997 à 2001, l'Ondam représentait environ un peu plus de 7% du PIB,
- après une forte progression en 2002 et 2003, le rapport se stabilise en dessous de 8% jusqu'en 2008,
- depuis 2009, l'ONDAM a sensiblement dépassé les 8%.

C.5 - Depuis 1997, l'ONDAM a progressé de 90% contre 60% pour le PIB



Source : données des rapports de la CCSS, INSEE, annexe B au PLFSS 2014, DREES Comptes de la santé.

Ce graphique présente la progression du PIB, de l'ONDAM et de la CSBM, en prenant comme point de départ l'année 1997, avec la valeur 100.

Il apparaît aujourd'hui que l'ONDAM a progressé plus vite que le PIB pour dépasser la valeur 190 (contre 100 en 1997), contre un peu plus de 160 pour le PIB (contre 100 en 1997).

Quant à la CSBM, elle a suivi globalement le même sentier que l'ONDAM, ce qui se traduit par un taux de remboursement global constant.

C.6 – Les prestations maladie hors ONDAM

Tableau 5 – Les indemnités journalières maternité et paternité (Régime général)

	2011 M €	2012 M €	Évolution 2012/2011	2013 M €	Évolution 2013/2012
Total	2 968	2 975	0,2%	2 991	0,5%
dont IJ maternité	2 741	2 749	0,3%	2 765	0,6%
dont IJ paternité	227	225	-0,7%	226	0,1%
SMPT			2,2%		2,1%

Source : rapport de la CCSS de septembre 2013 ; ACOSS pour le SMPT.

Tableau 6 – Les pensions d'invalidité (Régime général)

en millions d'euros

	2011	2012	2013
Total	4 513	4 892	5 133
Progression en valeur	5,2%	8,4%	4,9%
dont revalorisation	1,8%	2,1%	1,5%
dont effet volume	2,1%	2,0%	0,9%
dont réforme retraite	1,2%	4,0%	2,4%

Source : rapport de la CCSS de septembre 2013.

D. La dette sociale

Tableau 7 - Évolution du montant de la dette sociale transférée à la CADES depuis sa création

Années	Montant total transféré à la CADES (en M €)	Estimation des montants transférés au titre la branche maladie du régime général (en M €)
1996	44 730	12 530
1998	13 206	7 755
2003	1 280	
2004	36 100	35 000
2005	6 610	6 610
2006	5 700	5 700
2007 (régularisation reprise 2006)	-65	-65
2008	10 000	3 500
2009	17 000	5 578
2011 (Maladie : estimation SG du HCAAM)	67 800	32 000
2012	6 600	0
2013	7 700	0
Total	216 661	108 608

Source : rapports de la CCSS, PLFSS 2014 et Mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale de la DSS

Après avoir repris en 2012 6,6 Mds € de dettes issues de la branche vieillesse, la CADES reprend en 2013 7,7 Mds € de dettes provenant de la CNAV et du FSV. Aucune reprise de dette n'est prévue d'ici 2018 pour la branche maladie du régime général dans le cadre de la loi organique du 13 novembre 2010.

A la fin de l'année 2013, le montant des dettes reprises par la CADES s'élève à 217 Mds € dont on peut estimer que la moitié provient de la branche maladie du régime général (109 Mds €).

Pour l'année 2013, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES s'élève à 12,6 Mds €. Ce résultat porterait le total de la dette amortie par la CADES depuis sa création à 84,1 Md€, soit le tiers de la dette cumulée reprise à fin 2013.

E. Les créances du régime général sur l'État

L'état semestriel établi au 31 décembre 2012 faisait état d'une créance de l'État de 236 M € sur les régimes obligatoires de base, qui recouvrait une créance de 401 M € sur le seul régime général et une dette à l'égard des autres régimes, notamment le RSI. Cette créance atteignait 34,4 M € pour la seule branche maladie du régime général.

Depuis 2007, plusieurs opérations d'apurement de dette, ainsi qu'un effort marqué en faveur de la non reconstitution annuelle de celle-ci ont eu pour effet d'assainir globalement la situation. (source CCSS).

PREMIERE PARTIE

Les restes à charge les plus élevés

Étude du HCAAM

LES RESTES À CHARGE APRÈS REMBOURSEMENT DE L'AMO : QUI SUPPORTE LES RESTES À CHARGE LES PLUS ÉLEVÉS ET À LA SUITE DE QUELLES DÉPENSES ?

SYNTHÈSE

En 2011, le HCAAM a défini, par un travail innovant en partenariat avec la CNAMTS, des outils de mesure de l'accessibilité financière des soins dont le suivi fait désormais l'objet d'un tableau de bord de l'instance qui figure dans son rapport annuel. Parmi eux, la mesure du reste à charge (RAC) des assurés, après paiement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), permet d'apprécier la façon dont est respecté le principe de solidarité entre malades et bien portants. La variabilité de ces RAC après AMO au sein de la population est représentée par des courbes de dispersion, détaillées pour différents types de soins.

En 2011, sur la base de données 2008, il a été établi qu'une frange non négligeable de la population était exposée à des RAC annuels après AMO d'un montant très conséquent quand bien même 70% des assurés présentaient un reste à charge relativement peu élevé. En 2012, le HCAAM a pu confirmer et préciser ce constat sur la base de données cumulées homogènes portant sur trois années (2008 - 2010).

Ceci a conduit à chercher à comprendre plus en détail la manière dont pouvaient se former des RAC d'une telle ampleur et, par conséquent, à se focaliser sur la frange de « consommateurs » de soins exposés à ces charges qui peuvent poser ainsi un problème d'accès aux soins, d'autant que le phénomène peut toucher des malades chroniques.

Les données utilisées

Les analyses présentées ici sont fondées sur des données de la CNAMTS issues de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), appariées de façon spécifique pour l'étude du HCAAM avec certaines données de l'ATIH. Elles portent sur les soins de ville, l'hospitalisation en MCO dans les secteurs public et privé, en SSR et hôpitaux psychiatriques dans le secteur privé. Les données du SSR et de la psychiatrie dans le secteur public ne sont pas disponibles.

Les personnes appartenant à l'échantillon sont assurées auprès du régime général (hors SLM, migrants et bénéficiaires de l'AME). Ainsi, les données mobilisées ici n'intègrent pas les régimes de la MSA, du RSI, les étudiants et les fonctionnaires.

Par ailleurs, les données de RAC après assurance maladie complémentaire (AMC) ne sont pas disponibles. Enfin, les données relatives aux prestations complémentaires des bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas prises en compte dans cette analyse. Les consommateurs de soins bénéficiant d'une ALD sont identifiés sans que la nature de (ou des) ALD puisse être précisée.

L'objet de cette note est de décrire les caractéristiques des personnes qui ont supporté ces RAC très importants et les dépenses qui en ont été à l'origine. Cette analyse est menée d'abord sur une seule année, 2009, puis sur une période de trois ans (2008-2010). Ces deux éclairages « en coupe » et « transversaux » permettent de savoir si les caractéristiques des personnes et la nature des dépenses générant les RAC les plus lourds sont modifiées quand on passe d'une période d'observation de un an à trois ans.

Les principaux enseignements de l'analyse sont les suivants.

- Les personnes qui supportent les restes à charge les plus importants (5 % de la population – dernier vingtile de RAC – ont un RAC supérieur à 1 600 € en 2009²) sont en moyenne bien plus âgées (60 ans contre 39 ans dans l'échantillon soit 20 ans de plus), davantage en ALD que l'ensemble de la population (33 % sont en ALD contre 16 % pour l'ensemble de la population), et plus de trois fois plus souvent hospitalisées (45 % contre 13 %).
- Cette population est malgré tout hétérogène. Quatre catégories de patients bien distinctes apparaissent en se fondant sur leurs caractéristiques ainsi que sur le niveau et le type de leurs dépenses :
 - Les malades chroniques (en ALD) dont la pathologie peut se compliquer et nécessiter une hospitalisation³ : ils présentent des restes à charge hospitaliers importants qui se cumulent avec des RAC élevés issus de soins de ville (consultations médicales, pharmacie, auxiliaires, autres LPP) (19 % du vingtile) ;
 - Les malades chroniques (en ALD) (13 % de la population observée) dont l'état s'est stabilisé et qui ont des dépenses importantes de prothèses dentaires, auditives ou d'optique⁴ ;
 - Les assurés qui ont eu un problème de santé sans doute ponctuel ayant nécessité une hospitalisation et qui sont caractérisés également par des soins de ville relativement conséquents⁵ (25 % de l'échantillon) ;
 - Les assurés ayant un recours important aux prothèses dentaires, auditives ou en optique tout en ayant des dépenses de soins de ville qui sont loin d'être négligeables. Si ces personnes apparaissent *a priori* moins malades que les autres, leur profil pathologique est plus difficile à cerner en l'absence de données cliniques⁶ : ces consommateurs « non ALD, non hospitalisés » représentent 43 % du vingtile.
- Les dépenses de santé de ces quatre catégories de personnes sont très dissemblables, les patients en ALD et hospitalisés ayant les dépenses les plus élevées. Malgré cela, leurs restes à charge moyens sont voisins, entre 2 600 et 2 900 €. Dit autrement, leur taux de remboursement moyen augmente avec la gravité de la maladie⁷, ce qui traduit la solidarité envers les plus malades, mise en œuvre par le système d'assurance maladie obligatoire.

² Pour 1% des consommateurs, le RAC est supérieur à 3 250€.

³ A titre illustratif, il pourrait s'agir par exemple d'un patient en insuffisance cardiaque ou respiratoire sévère en décompensation.

⁴ Il pourrait s'agir d'une personne diabétique qui a recours à des prothèses dentaires ou auditives coûteuses.

⁵ Ce pourrait être le cas d'une personne ayant eu une fracture du col du fémur.

⁶ Une personne présentant une arthrose sévère nécessitant des soins paramédicaux lourds et qui aurait recours à des prothèses coûteuses pourrait entrer dans ce cas de figure.

⁷ De 36% pour les consommateurs « non ALD, non hospitalisés » à 84% pour les ALD hospitalisés.

- Si ces quatre groupes de personnes ont des restes à charge provenant de soins très différents,
 - tous ont des RAC issus des prothèses dentaires, auditives ou en optique assez ou très élevés. Ces biens ont en commun la liberté tarifaire.
 - En outre, les personnes de ce vingtile qui ont été hospitalisées supportent des restes à charge importants provenant de leur séjour hospitalier, en dépit d'un taux de remboursement plus élevé. Les données manquent actuellement pour identifier leur origine (ticket modérateur, forfait journalier ou dépassement en clinique).

- Les personnes qui « enchaînent » trois années de suite des restes à charge très élevés sont minoritaires (12 % des personnes ayant eu un RAC supérieur à 1 600 € en 2009 ont eu un RAC également supérieur à cette somme en 2008 et en 2010). Plus souvent en ALD et ayant une très forte probabilité d'avoir été hospitalisées, elles présentent le profil des malades chroniques non stabilisés sur toute la période.

- Ce « profilage », malgré son caractère rudimentaire, fait apparaître que des malades chroniques (en ALD), stabilisés ou non, peuvent avoir des RAC extrêmement élevés. Ce constat, qui ne signifie évidemment pas que *tous* les malades chroniques ont des RAC importants, peut surprendre. Mais il faut noter que les patients en ALD ne sont pas pris en charge à 100 % pour les soins qui ne sont pas en lien avec leur ALD, qu'ils paient le forfait journalier hospitalier, même pour leurs hospitalisations liées à leur ALD, et que, bien sûr, les dépassements auxquels ils sont exposés ne sont pas pris en charge. De fait, ces RAC proviennent d'abord de l'hôpital. Ils sont issus aussi d'une accumulation de RAC provenant de la succession de soins de ville (consultations médicales, médicaments, auxiliaires médicaux, autres LPP). Les dépassements médicaux y ont une part modeste au regard du niveau du RAC moyen.

Au total, l'étude a permis de cerner précisément l'origine des RAC les plus élevés : les prothèses (dentaires et auditives) et l'optique sur lesquels existe une liberté tarifaire ainsi que, dans certains cas, l'hospitalisation.

Ce constat traduit-il un défaut de solidarité de l'AMO envers les malades?

Pour répondre à cette question, il conviendra d'abord de documenter plus précisément l'origine des RAC à l'hôpital notamment pour les malades en ALD. Une étude plus complète est envisageable sur ce point avec l'ATIH.

S'agissant des prothèses dentaires et de l'optique, les RAC pourraient traduire des choix de consommations que la solidarité n'a pas vocation à prendre en charge. Ce n'est pas le cas pour les prothèses auditives pour lesquelles le HCAAM a déjà regretté les défauts de prises en charge.

En troisième lieu, si l'étude renseigne sur les mécanismes et les limites de la solidarité entre bien-portants et malades, induite par l'assurance maladie obligatoire, ses résultats ne signifient pas que les RAC identifiés ont été finalement supportés par les ménages qui peuvent avoir souscrit une assurance complémentaire. Pour éclairer cet enjeu, il conviendrait de disposer d'éléments sur la façon dont ces restes à charges ont été, ou non, pris en charge

par les assurances complémentaires et sur le coût de ces assurances. Ces informations ne sont actuellement pas disponibles, faute de pouvoir croiser les données de l'assurance maladie obligatoire et celles des complémentaires « santé » pour un même échantillon d'assurés (projet MONACO mené sous l'égide de l'IDS).

Enfin, les bénéficiaires de la CMU-C ne sont vraisemblablement pas présents dans ce dernier vingtile de RAC après AMO, compte tenu des tarifs maximums prévus par le dispositif. Cependant, il conviendra de le vérifier avec la CNAMTS⁸.

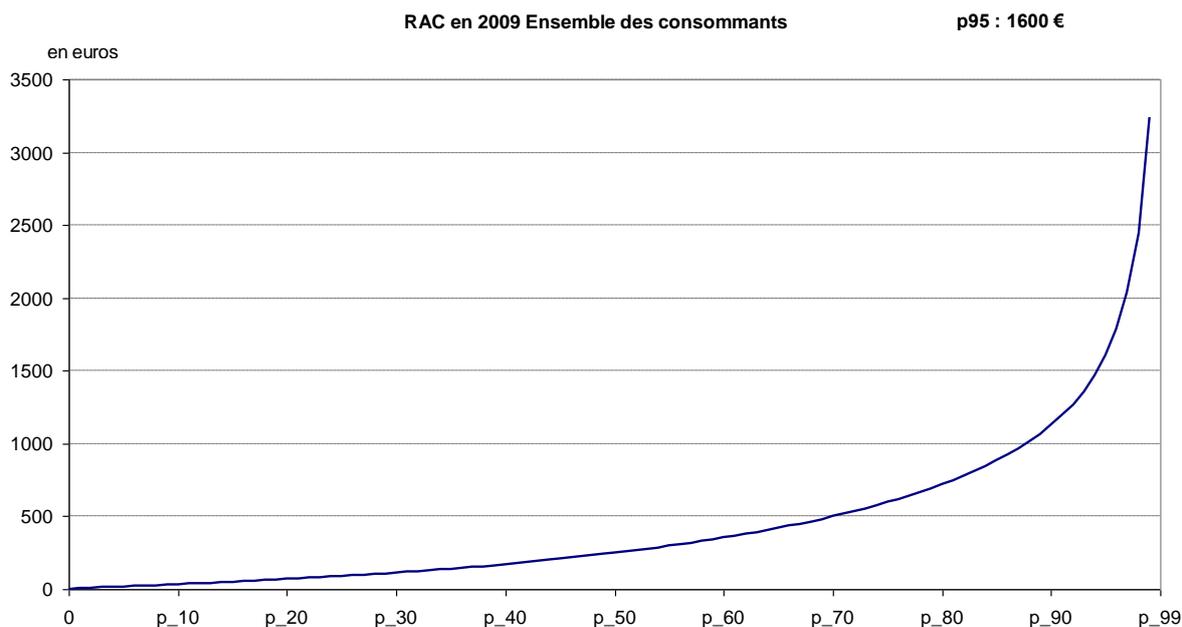
⁸ L'étude de la CNAMTS, « Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010 », Points de repère septembre 2011 n°35 n'est pas directement comparable à la présente étude :

- la population prise en compte est celle des bénéficiaires de la CMU-C uniquement, ce qui entraîne que le dernier décile de bénéficiaires de la CMU-C n'appartient pas nécessairement au dernier décile de l'ensemble des consommateurs ;
- les RAC étudiés sont les RAC après remboursement des régimes obligatoires et complémentaires au titre de la CMU-C ;
- les RAC issus de l'hôpital public ne sont pas pris en compte mais supposés nuls.

Cette étude montre que 1 % des bénéficiaires de la CMU-C ont un RAC moyen après l'ensemble de leurs remboursements d'environ 690 €.

I Les restes à charges après AMO les plus élevés une année donnée (2009)

Les personnes ayant eu une dépense de soins en 2009 (consommants de soins) appartenant au dernier vingtile de RAC après remboursement des assurances maladie obligatoire (5 % de la population concernée) ont un RAC sur l'ensemble des soins (soins de ville, hospitalisation en MCO en secteur public et privé et hospitalisation en SSR et psychiatrie dans le secteur privé) qui dépasse 1 600 € sur l'ensemble de l'année. Pour 1 % de la population, il dépasse 3 250 €.



Source CNAMTS, EGB

En moyenne, le RAC des personnes du dernier vingtile s'établit à environ 2 700 €. Ces sommes sont tout à fait considérables, notamment si on les compare au niveau de vie moyen des 10 % de personnes ayant le plus faible niveau de vie (10 400 € en 2009)⁹.

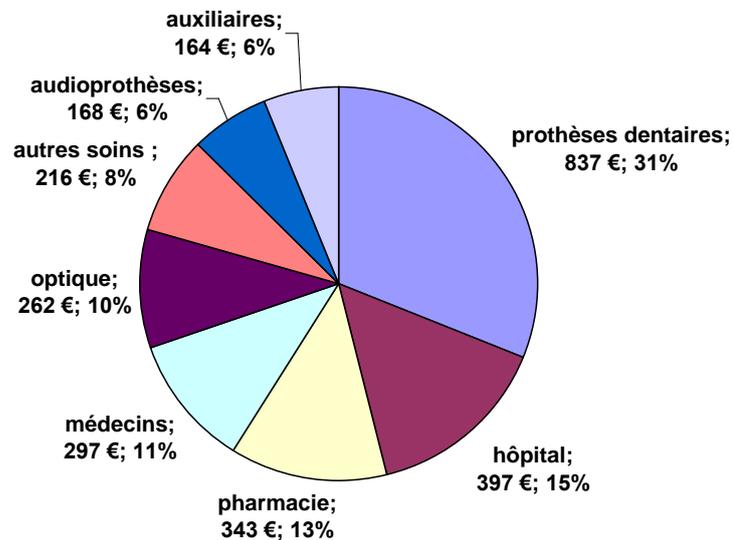
Ces restes à charges sont très concentrés sur peu de personnes : 5 % des consommateurs de soins (le dernier vingtile de RAC) supportent 28 % des RAC.

La dépense présentée correspondant au RAC des personnes du dernier vingtile est en moyenne de 8 100 €, ce qui correspond à un taux de remboursement moyen de 67 %.

⁹ On sait que le RAC ne varie pas (ou très peu) en fonction du revenu.

Au sein de ce vingtile, les RAC provenant des prothèses dentaires sont prépondérants : plus de 800 €, soit près d'un tiers du RAC total. Les RAC hospitaliers viennent ensuite avec environ 400 €, puis ceux issus des médicaments (quasiment 350 €) et des consultations médicales (environ 300 €).

Répartition par soins du RAC du dernier vingtile 2009



Source CNAMTS, EGB

Dans la suite les dépenses ont été regroupées de la façon suivante :

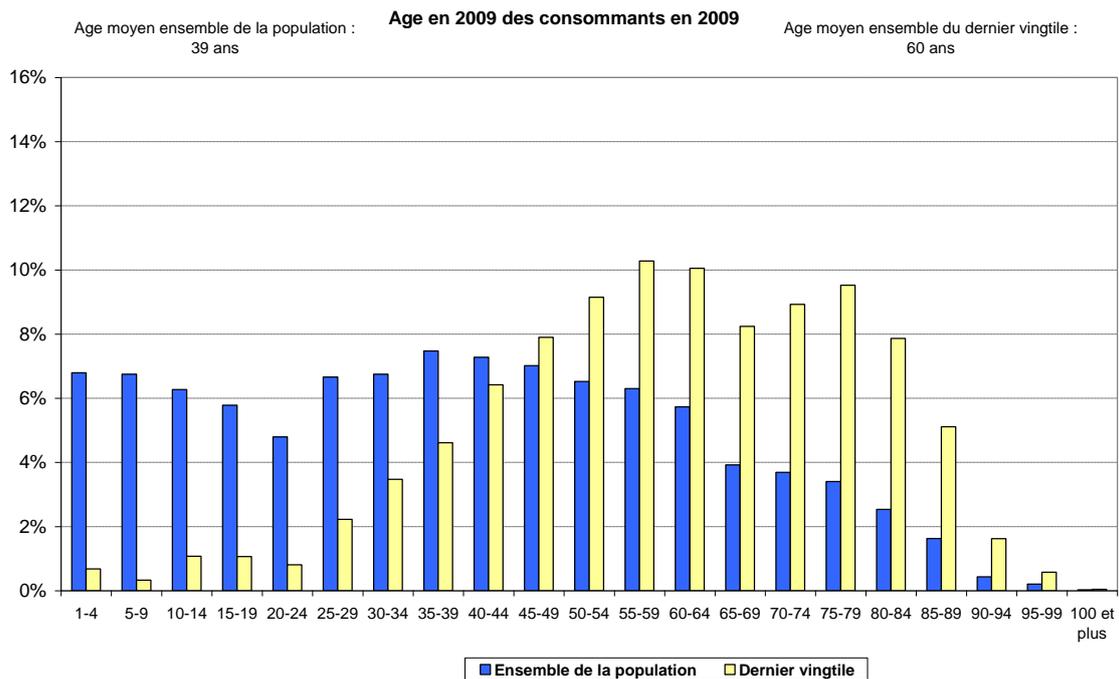
- hospitalisation
- prothèses et optique : soins de dentistes non conservateurs (essentiellement des prothèses dentaires), audioprothèses et optique
- autres soins de ville : médecins, auxiliaires de santé, pharmacie, transport, laboratoires, soins conservateurs des dentistes et autres LPP que ceux mentionnés.

Caractéristiques des personnes du dernier vingtile de RAC

Les personnes du dernier vingtile de RAC sont nettement plus âgées que l'ensemble de la population : elles ont en moyenne 21 ans de plus (60 ans contre 39 ans). Il s'agit plus souvent de femmes (63 % contre 53 %).

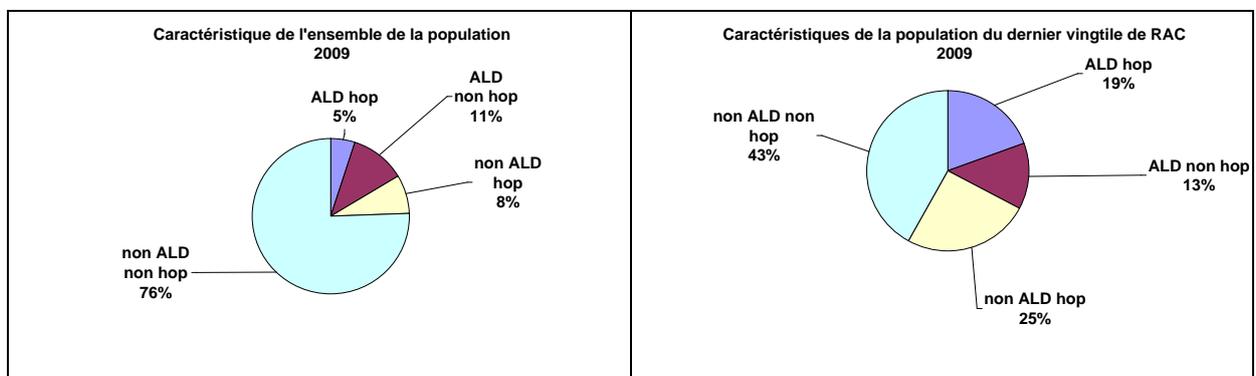
Le graphique suivant montre leur répartition par âge.

Répartition par âge des personnes du dernier vingtile de RAC après AMO et de l'ensemble de la population 2009



Source CNAMTS, EGB

Ces personnes sont deux fois plus souvent en ALD (33 % contre 16 % pour l'ensemble de la population) et plus de trois fois plus souvent hospitalisées (45 % contre 13 %) que l'ensemble de la population. Près d'un cinquième des personnes (19 %) du dernier vingtile sont à la fois en ALD et ont été hospitalisées contre 5 % pour l'ensemble de la population.



Source CNAMTS, EGB

Si on rapporte le nombre de personnes en ALD et hospitalisées du dernier vingtile au nombre des personnes en ALD et hospitalisées de l'ensemble de la population, on peut dire qu'une personne en ALD et hospitalisée a une probabilité de se trouver dans le dernier vingtile de RAC de 20% (contre 5 % par définition si les probabilités étaient les mêmes pour chaque personne).

La population constituant le dernier vingtile de RAC paraît donc une population plus touchée par la maladie que le reste de la population.

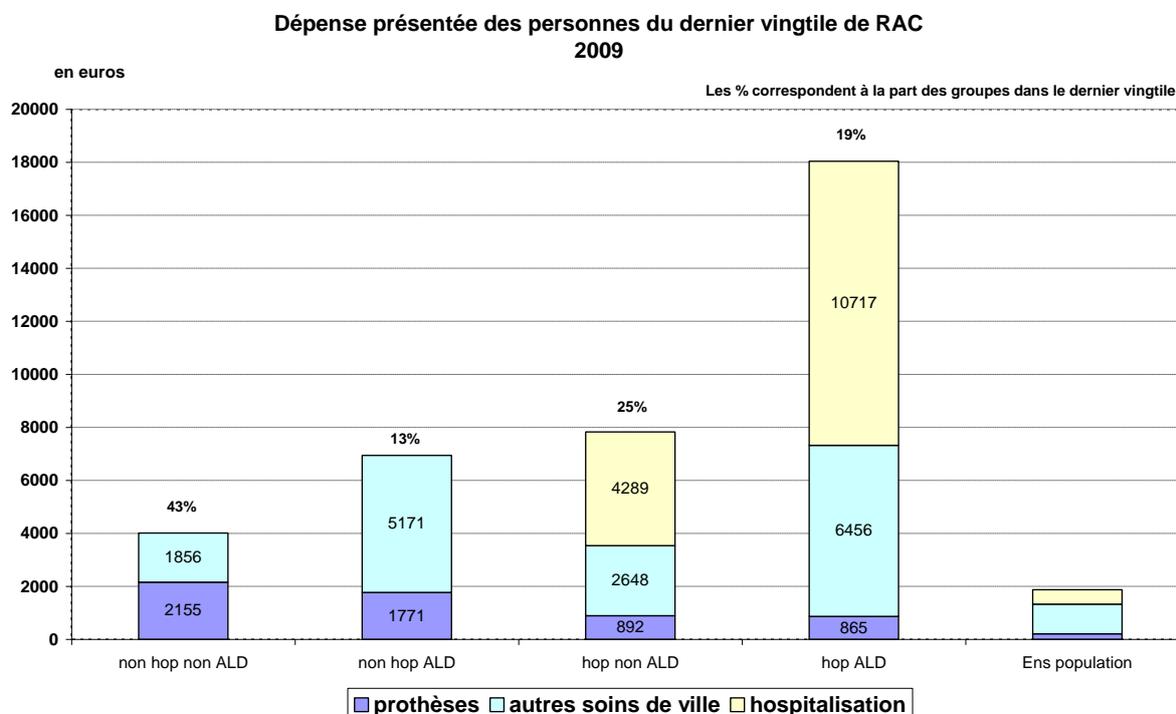
Un découpage de la population de ce vingtile en sous populations, selon que l'on est en ALD ou non et selon qu'on a été hospitalisé dans l'année ou non, permet d'affiner le diagnostic : il montre que cette population est hétérogène, même au regard de la maladie.

Le vingtile est constitué de 4 groupes de personnes différentes au regard de la maladie et du recours aux prothèses (dentaires, audio) et à l'optique.

Les critères de découpage sont l'ALD et l'hospitalisation dans l'année :

- 43 % ne sont pas en ALD et n'ont pas été hospitalisés (2 % environ de l'ensemble de la population)
- 13 % (à peine 1 % de la population) sont en ALD et n'ont pas été hospitalisés.
- 25 % (1 % de l'ensemble de la population) ont été hospitalisés sans être en ALD
- 19 % des personnes de ce vingtile (1 % de l'ensemble de la population) sont en ALD et ont été hospitalisées.

Les personnes des premier et quatrième groupes sont les plus différentes.

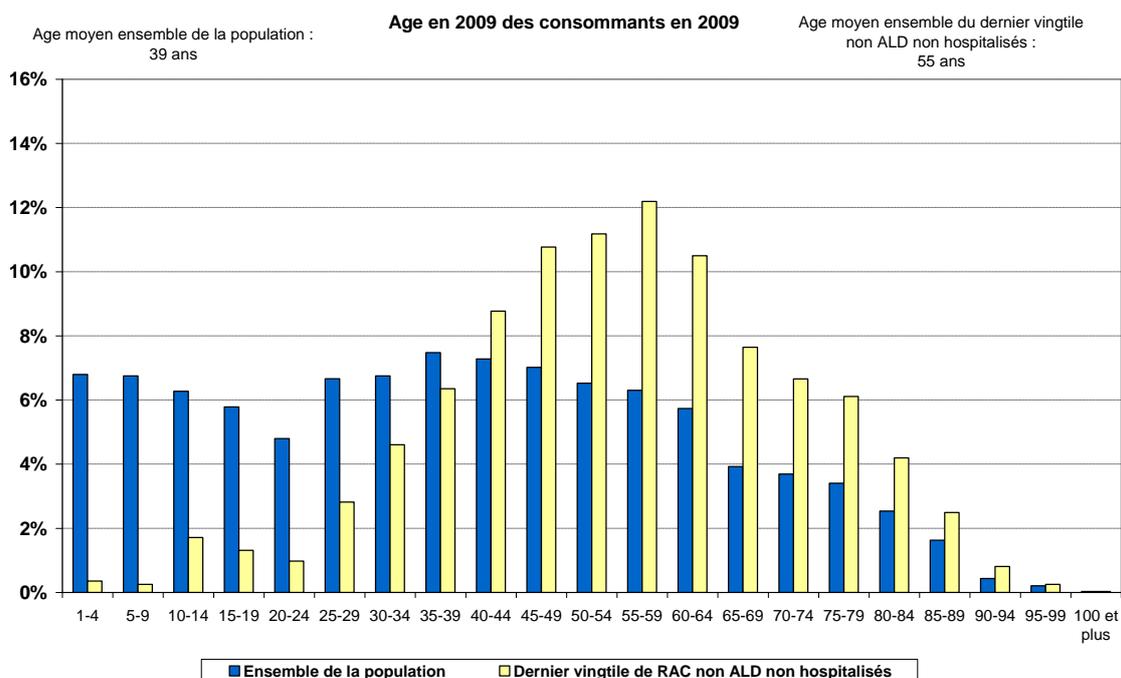


Source CNAMTS, EGB

Celles du premier groupe (non ALD non hospitalisées) ont des caractéristiques et des dépenses de soins qui laissent penser qu'elles sont a priori moins malades.

- Elles sont plus jeunes (elles ont 55 ans en moyenne contre 60 ans pour l'ensemble du vingtile et la part des personnes de plus de 70 ans est relativement faible)
- Elles ont des dépenses présentées très inférieures à celles des autres groupes (4 000 € en moyenne)
- Elles n'ont par définition pas de dépenses hospitalières.
- La quasi-totalité des personnes de ce groupe ont des dépenses de prothèses ou d'optique (94 %). Celles-ci sont prépondérantes (2 155 € en moyenne sur un total de 4 000 €) et plus importantes que celles des autres groupes.
- Leurs dépenses d'autres soins de ville sont à l'inverse moins importantes que celles des autres groupes. Elles sont cependant d'un montant assez élevé dans l'absolu (1 800 €). Trois postes de dépenses sont particulièrement importants : les consultations médicales avec dépassement, les médicaments remboursés en moyenne à 60 %, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas des médicaments ayant le service médical rendu le plus important et les auxiliaires médicaux.

Répartition par âge des personnes du dernier vingtile de RAC après AMO non ALD et non hospitalisées et de l'ensemble de la population 2009



Source CNAMTS, EGB

Si ces personnes, a priori peu malades, sont incluses dans le dernier vingtile de RAC c'est parce qu'elles ont eu recours à des soins ou des produits de santé pour un montant de dépense élevé, peu remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

Il est difficile, à partir de ces statistiques, de faire des suppositions solides sur le profil médical de ce groupe de patients car le fait qu'ils ne soient pas en ALD surprend en raison de leur haut niveau de dépenses de soins de ville (hors prothèses).

Il pourrait s'agir de patients d'âge moyen, autour de 50 ans :

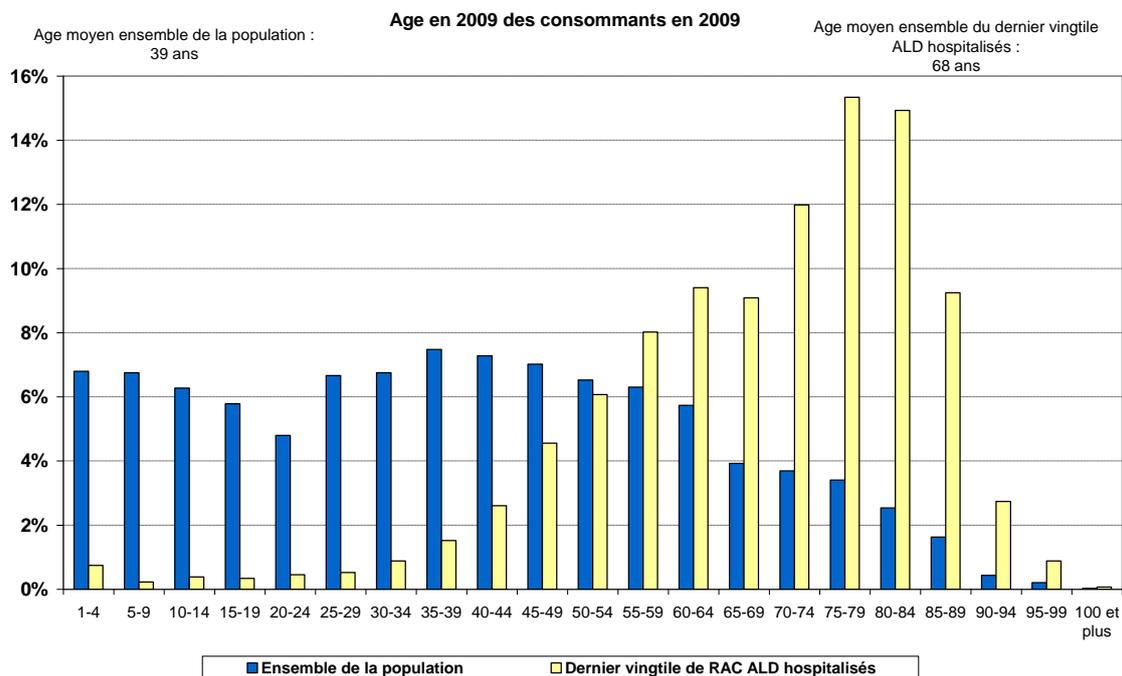
- présentant des pathologies chroniques invalidantes type arthrose sévère n'entrant pas dans le cadre d'une ALD mais nécessitant des soins paramédicaux importants (kinésithérapie, médicaments, consultations spécialisées,...)

- ou ne présentant pas de pathologie nécessitant des soins lourds mais ayant spontanément un recours important et répété au système de soins, éventuellement avec dépassement.

Les personnes du quatrième groupe (en ALD et hospitalisées dans l'année) ont à l'inverse des caractéristiques et des dépenses qui montrent qu'elles sont les plus atteintes par la maladie.

- Elles sont les plus âgées (68 ans en moyenne et la part des personnes de 70 ans et plus est prépondérante, 55 % contre 34 % pour l'ensemble du vingtile).
- Elles ont des dépenses très supérieures à celles des autres groupes (18 000 € en moyenne).
- Leurs dépenses hospitalières sont particulièrement élevées (environ 10 700 € en moyenne), bien supérieures à celles des personnes hospitalisées non ALD.
- Leurs dépenses de prothèses et optique sont relativement faibles (environ 900€ en moyenne). La part des personnes consommant ces produits est plus faible que dans les autres groupes (69 %) et la dépense moyenne par consommant est aussi plus faible.
- Leurs dépenses d'autres soins de ville sont très importantes (6 500€ en moyenne). Elles sont supérieures à celles des personnes également en ALD mais non hospitalisées (5 200€ en moyenne). Leurs dépenses sont bien plus élevées que pour les autres catégories de patients pour tous les types de ces soins. Les dépenses en consultations médicales approchent 1 000 €, celles de pharmacie sont supérieures à 2 200 € (avec un taux de remboursement de 80 %, ce qui recouvre une part de médicaments remboursés à 100 %). Les dépenses de transport sanitaire sont aussi très importantes (630 €).

Répartition par âge des personnes du dernier vingtile de RAC après AMO ALD et hospitalisées et de l'ensemble de la population 2009



Source CNAMTS, EGB

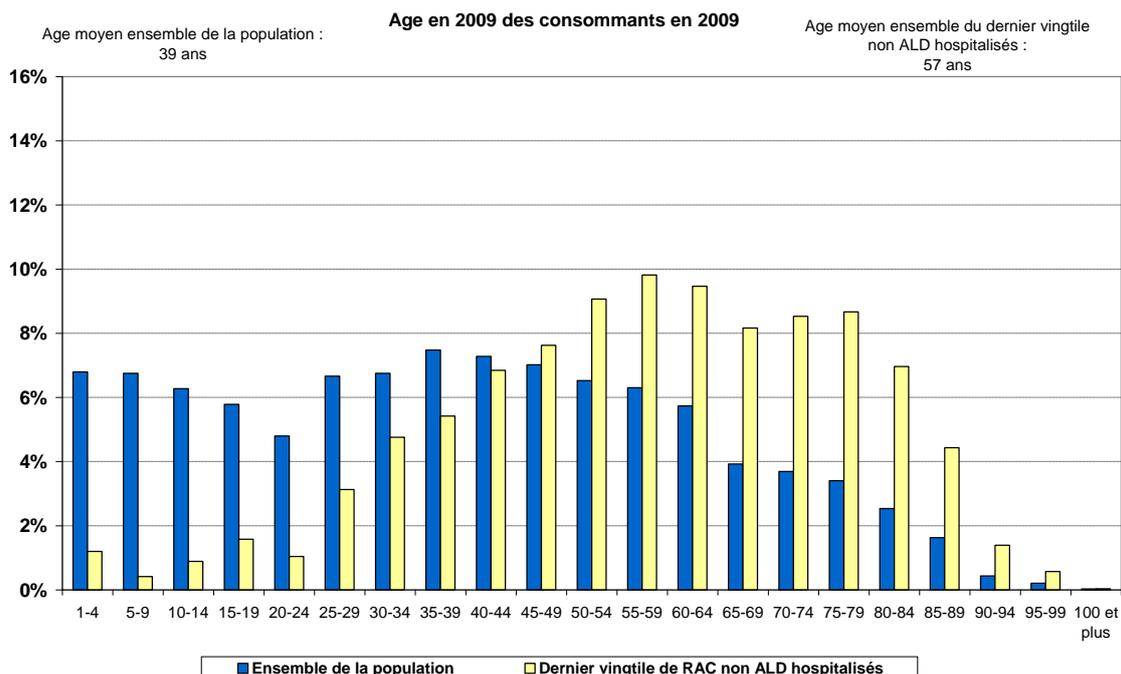
Ces personnes correspondent au profil type des personnes en ALD : âgées de plus de 70 ans, elles présentent des pathologies nécessitant des soins répétés ou coûteux pouvant se compliquer et entraîner une hospitalisation : insuffisance cardiaque ou respiratoire sévère en décompensation, poussée de maladie inflammatoire chronique de l'intestin,...Ce groupe concerne également les personnes en cours de traitement pour un cancer dont la thérapeutique nécessite une hospitalisation.

Les autres catégories de personnes, celles qui sont soit en ALD soit ont été hospitalisées, occupent une place intermédiaire au regard de leur niveau de dépenses (7 000 € à 8 000 €).

Le troisième groupe de personnes (hospitalisées mais pas en ALD) a un problème de santé ponctuel mais qui nécessite une hospitalisation. On peut faire l'hypothèse que leur état est transitoire.

- Ces personnes sont plus jeunes (57 ans en moyenne).
- Leurs dépenses hospitalières sont nettement plus faibles que celles qui sont en ALD (4 300 € contre 10 700 € en moyenne).
- Leurs dépenses en optique, audioprothèses et prothèses dentaires sont relativement faibles. Comme pour les autres personnes hospitalisées (en ALD), la part des consommateurs de ces biens est plus faible ainsi que la dépense moyenne des consommateurs.
- Leurs autres dépenses de soins de ville sont intermédiaires entre celles des personnes en ALD hospitalisées ou non (qui sont plus élevées) et celles des personnes également non ALD mais non hospitalisées (qui sont plus faibles). Leurs dépenses de consultations médicales et de pharmacie sont de l'ordre de 800 € en moyenne.

Répartition par âge des personnes du dernier vingtile de RAC après AMO non ALD et hospitalisées et de l'ensemble de la population 2009



Source CNAMTS, EGB

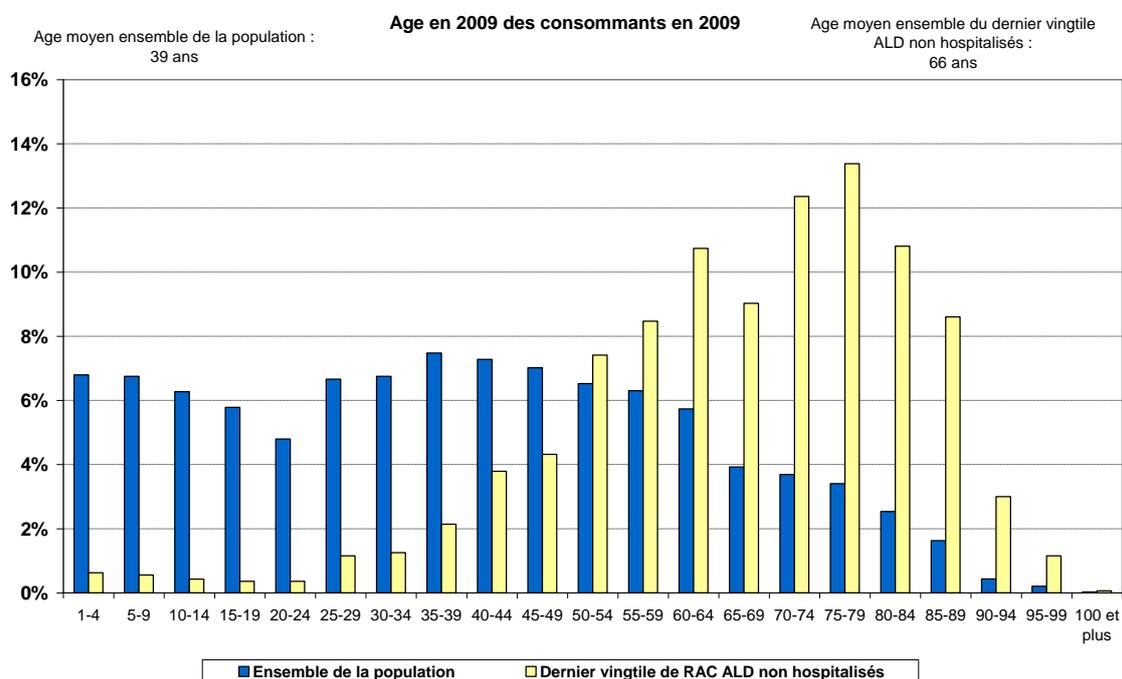
Ce groupe pourrait recouvrir deux profils types de patients d'âge moyen :

- des personnes présentant une maladie nécessitant une hospitalisation comme une méningite, une pneumopathie ou une pyélonéphrite avec critères de gravité.
- des personnes présentant des syndromes anxio-dépressifs avec idéations suicidaires dont l'hospitalisation paraît indispensable. Ces personnes sont susceptibles de refuser d'être prises en charge au titre de l'ALD par peur d'être stigmatisées.

Enfin le deuxième groupe de personnes (ALD mais pas hospitalisées), minoritaires au sein du dernier vingtile de RAC, regroupe des malades chroniques stabilisés ayant un recours important aux prothèses.

- Ces personnes sont âgées : elles ont 66 ans en moyenne et la moitié d'entre elles ont plus de 70 ans.
- Pour une très grande majorité (85 %), elles ont recours à des prothèses dentaires, auditives ou à l'optique. Elles ont des dépenses importantes d'optique, audioprothèses et prothèses dentaires.
- Leurs autres dépenses de soins de ville sont un peu inférieures à celles des personnes en ALD hospitalisées (5 200 € contre 6 500 €) mais très supérieures à celles des personnes qui ne sont pas en ALD.

Répartition par âge des personnes du dernier vingtile de RAC après AMO ALD et non hospitalisées et de l'ensemble de la population 2009



Source CNAMTS, EGB

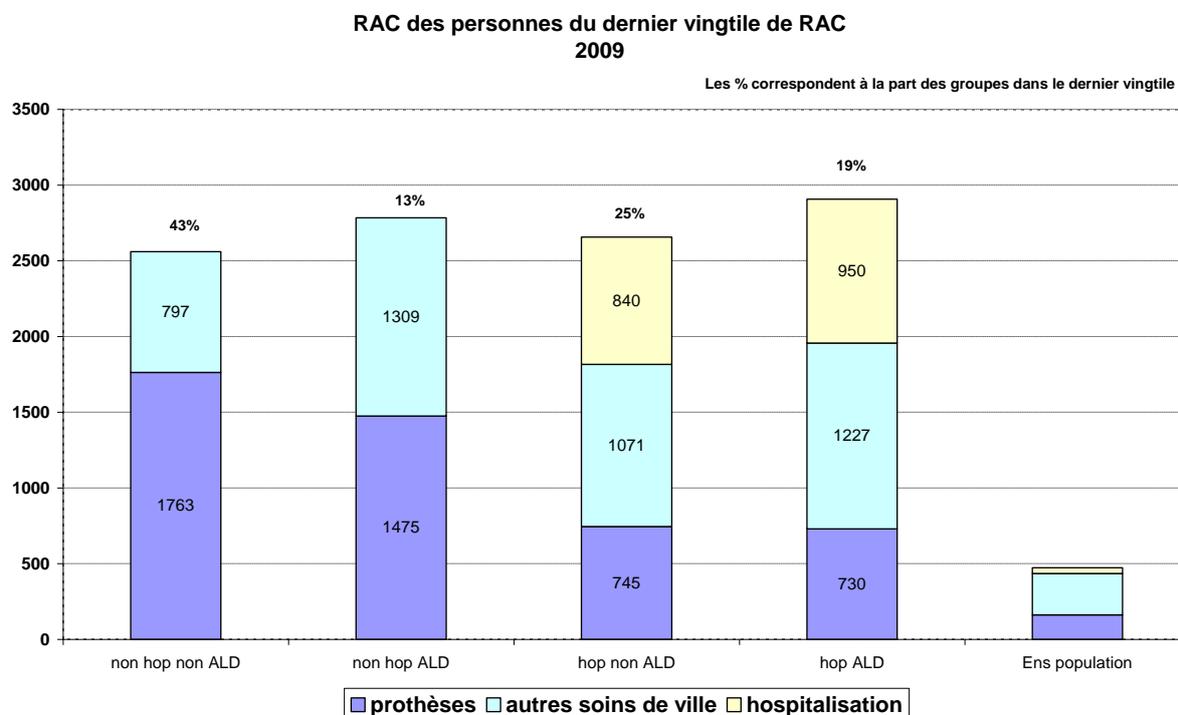
Ce groupe pourrait concerner tous les patients stables suivis en ville pour une ALD (diabétiques, patients séropositifs pour le VIH, pathologies rhumatologiques sévères : polyarthrite rhumatoïde, spondylarthropathies,...) nécessitant des traitements coûteux, un suivi médical, paramédical et biologique et qui ont recours à des prothèses ou à de l'optique coûteuses. Ils sont dans l'ensemble très âgés.

On remarque que l'hospitalisation va de pair avec des dépenses de soins de ville plus importantes à la fois pour les personnes en ALD et celles qui ne le sont pas. Toutes choses égales par ailleurs au regard de l'ALD, en l'absence de données cliniques, l'hospitalisation apparaît ici comme le « signe statistique » d'un problème de santé important qui cause à la fois l'hospitalisation et les dépenses de soins de ville notamment en amont de l'hospitalisation mais peut-être surtout à la sortie (par exemple la personne âgée hospitalisée sortant avec un suivi médical et biologique et le passage à domicile de kinésithérapeutes et d'infirmières).

En tout état de cause, l'hospitalisation ne se substitue pas aux soins de ville, au contraire.

Malgré des dépenses très différentes, ces quatre groupes de personnes ont des RAC assez voisins.

Les RAC moyens de ces quatre groupes de personnes se situent entre 2 600 € et 2 900€.



Source CNAMTS, EGB

Les personnes dites « moins malades » (non ALD non hospitalisées) et qui ont recours à des prothèses ont des RAC issus des prothèses dentaires, auditives ou en optique très élevés (environ 1 800 € en moyenne). Leurs RAC issus des autres soins de ville sont d'environ 800 €. Ils recouvrent notamment des RAC sur les consultations médicales avec dépassements (leur taux de remboursement sur les consultations médicales est de 51 %, bien inférieur au taux de remboursement sur tarifposable) et des RAC sur la pharmacie.

Les malades chroniques qui ont recours à des prothèses (ALD non hospitalisées) ont des RAC issus de celles-ci élevés (environ 1 500 € en moyenne). Leurs RAC provenant des autres soins de ville sont importants (1 300 €), ils correspondent à un taux de remboursement de 75 % environ.

Les personnes ayant un problème ponctuel de santé qui a nécessité une hospitalisation (non ALD mais hospitalisées) ont des RAC hospitaliers élevés (850 € en moyenne) auxquels s'ajoutent 750 € au titre des prothèses et optique et 1 100 € pour les autres soins de ville. Ceux-ci proviennent essentiellement des consultations médicales (avec dépassement car leur taux de remboursement est de 55 %), des auxiliaires de santé et des médicaments.

Les malades chroniques non stabilisés (ALD et hospitalisées) ont des RAC hospitaliers encore plus importants (950 € en moyenne). S'y ajoutent des RAC provenant des autres soins de ville, en moyenne de 1 200 € issus comme pour les autres personnes en ALD des consultations médicale, des médicaments, des auxiliaires de santé et des LPP (autres que

prothèses). Les RAC issus des prothèses sont relativement peu importants (750 €) en moyenne. Leur taux de remboursement sur les autres soins de ville est de 81 %.

Au total les RAC des personnes du dernier vingtile sont en moyenne très élevés (2 700 €). Ils proviennent des prothèses dentaires et auditives et de l'optique pour ceux, très nombreux dans ce vingtile, qui y ont recours.

Plus surprenants sont les niveaux de RAC issus de l'hôpital (900 € en moyenne pour les personnes hospitalisées du vingtile), particulièrement pour les personnes en ALD qui sont exonérées de TM pour leur maladie mais ne le sont pas du forfait journalier ni des dépassements en clinique. Une expertise globale de la provenance (TM, FJH, dépassement en clinique privée) de ces hauts RAC à l'hôpital serait nécessaire.

Enfin les montants élevés de RAC provenant des autres soins de ville (médecins, auxiliaires, pharmacie, transports, laboratoires etc.) surprennent aussi, particulièrement pour les personnes en ALD. Ils découlent de l'accumulation de dépenses correspondant au TM. Les dépassements médicaux y ont une part modeste au regard du niveau du RAC moyen (100 à 200 €, soit 15 à 35 % du tarif opposable).

Des taux de remboursement moyens très variables selon les populations

Les taux de remboursement diffèrent entre ces quatre populations en raison de taux de remboursement différents selon la catégorie d'assurés (impact de l'ALD) et en raison aussi de la structure de la dépense, les différents soins ayant des taux de remboursement différents (par exemple, les personnes qui ont des dépenses importantes en prothèses, dont le taux de remboursement est nettement plus faible que celui des autres soins, ont des taux de remboursement moyens plus faibles. C'est l'inverse qui se produit pour les personnes hospitalisées).

Ainsi, les personnes non hospitalisées et non ALD ont un taux de remboursement particulièrement faible au regard des taux moyens souvent évoqués. Cela s'explique par leur forte consommation de prothèses et d'optique, mal remboursées.

Taux de remboursement des personnes du dernier vingtile de RAC

	Taux de remboursement
Non hop non ALD	36 %
Non hop ALD	60 %
Hop non ALD	66 %
Hop ALD	84 %
Dernier vingtile	67 %

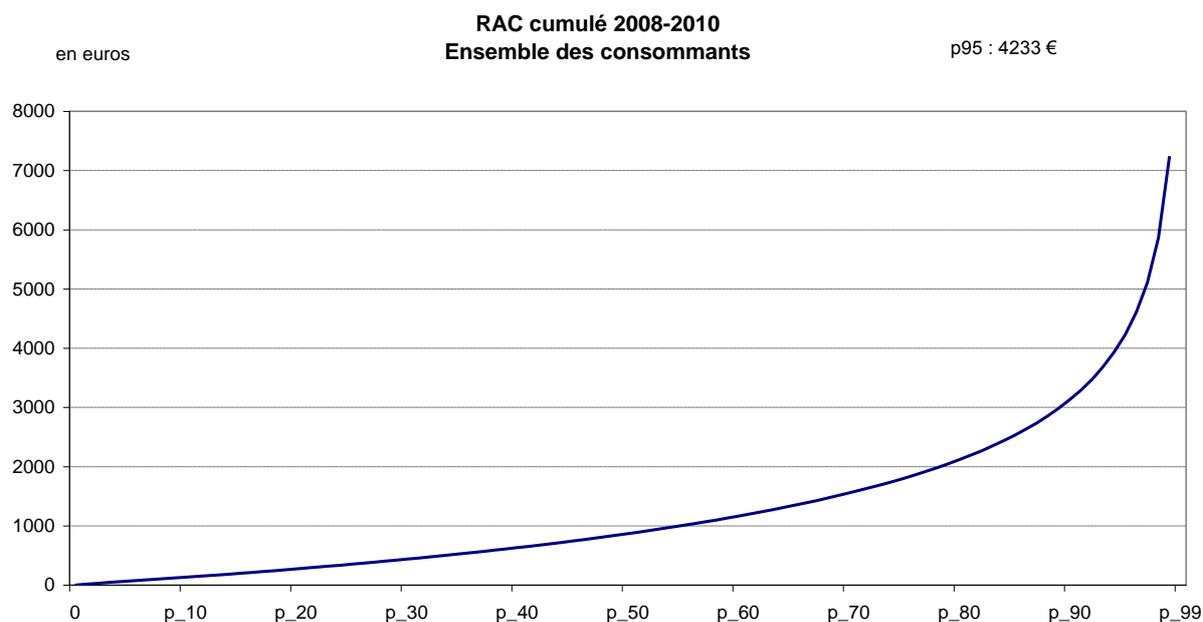
II Les restes à charges après AMO les plus élevés une période de trois ans (2008-2010)

L'objet de cette analyse est de montrer en quoi la prise en compte de plusieurs années modifie les caractéristiques des personnes supportant les RAC les plus élevés, identifiées à partir des informations portant sur une seule année.

Les personnes ayant consommé des soins durant la période 2008-2010 (au moins une fois au cours des trois années) appartenant au dernier vingtile de RAC cumulé sur trois ans (5 % de la population concernée) ont un RAC cumulé sur la période 2008-2010 qui dépasse 4 200 €. Pour 1 % de la population, il dépasse 7 250 €. La concentration des RAC est la même que pour une seule année : 5 % des personnes ont 28 % des RAC.

Cet ensemble de personnes n'est pas nécessairement identique à celui des personnes qui avaient les RAC les plus élevés pour la seule année 2009. Parmi celles-ci, certaines ont peut-être eu de faibles RAC en 2008 ou en 2010. En sens inverse, les RAC les plus élevés sur la période 2008-2010 peuvent être constitués de RAC moyens (au sens où ils sont inférieurs à 1 600 €) chacune des trois années.

Toutefois, ces données permettent d'exclure la situation dans laquelle les 5 % (ou 1 %) des personnes ayant les RAC les plus élevés en 2009 auraient été l'année précédente et l'année suivante dans la même situation¹⁰.

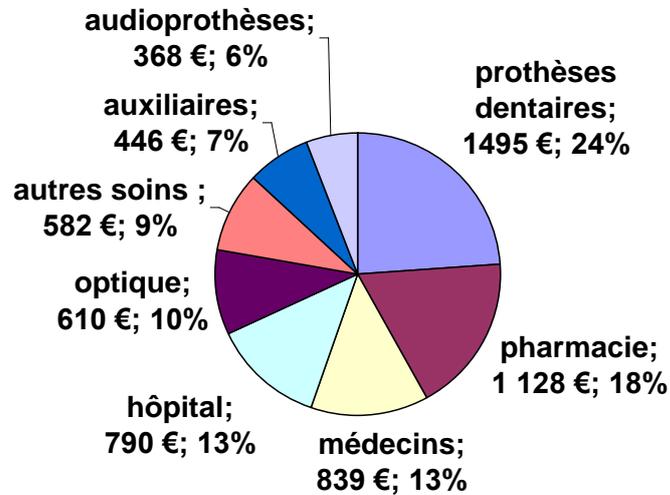


Source CNAMTS, EGB

En moyenne, le RAC des personnes du dernier vingtile cumulé sur les trois années s'établit à environ 6 250 €. La dépense présentée correspondante est en moyenne de 19 400 €, ce qui correspond à un taux de remboursement moyen de 68 %.

¹⁰ La distribution des RAC est à peu près la même chacune des trois années.

Répartition par soins du RAC du dernier vingtile 2008-2010



Source CNAMTS, EGB

Par rapport à la situation relative à une seule année (2009), ce sont les mêmes soins qui occasionnent les RAC les plus élevés. Cependant la répartition par type de soins est différente.

La part du RAC provenant des prothèses dentaires diminue quand on cumule trois ans (24 % contre 31 %). Il en est de même de l'hôpital bien que dans une moindre mesure. Ce qui confirme le fait qu'il s'agit de soins dont le recours est ponctuel.

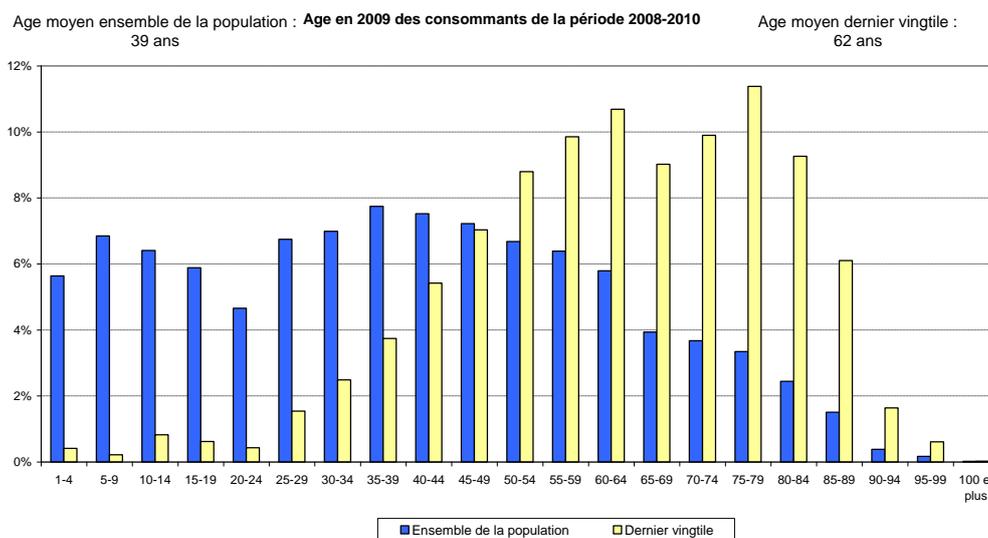
En revanche la part des RAC issus des consultations médicales et des auxiliaires médicaux augmente. Le cas des médicaments est particulièrement frappant : sa part augmente sensiblement (18 % contre 13 %). En effet, lorsque l'on est malade, l'hôpital reste une exception, c'est bien le recours aux professions libérales et la consommation de médicaments qui augmente.

Caractéristiques des personnes du dernier vingtile de RAC cumulé sur la période 2008-2010

Les personnes du dernier vingtile ont en moyenne 23 ans de plus que l'ensemble de la population : 62 ans contre 39 ans (âge en 2009). Les personnes du dernier vingtile de RAC cumulé sont un peu plus âgées que celles du dernier vingtile de RAC sur la seule année 2009 (60 ans).

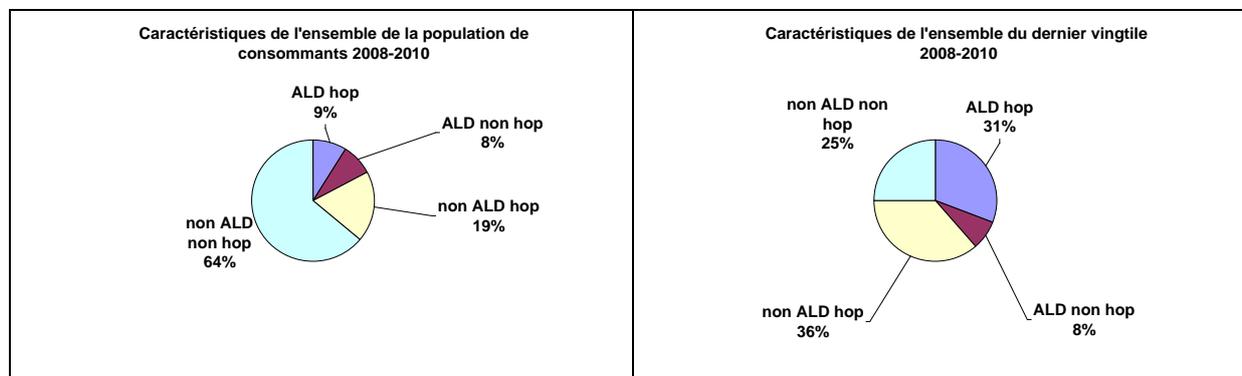
Le graphique suivant montre leur répartition par âge.

Répartition par âge des personnes du dernier vingtile de RAC après AMO et de l'ensemble de la population 2008-2010



Source CNAMTS, EGB

Ces personnes sont deux fois plus souvent en ALD (33 % contre 17 % pour l'ensemble de la population) et plus de deux fois plus souvent hospitalisées (67 % contre 28 %). Près d'un tiers des personnes (31 %) du dernier vingtile sont à la fois en ALD et ont été hospitalisées contre 9 % pour l'ensemble de la population.



Source CNAMTS, EGB

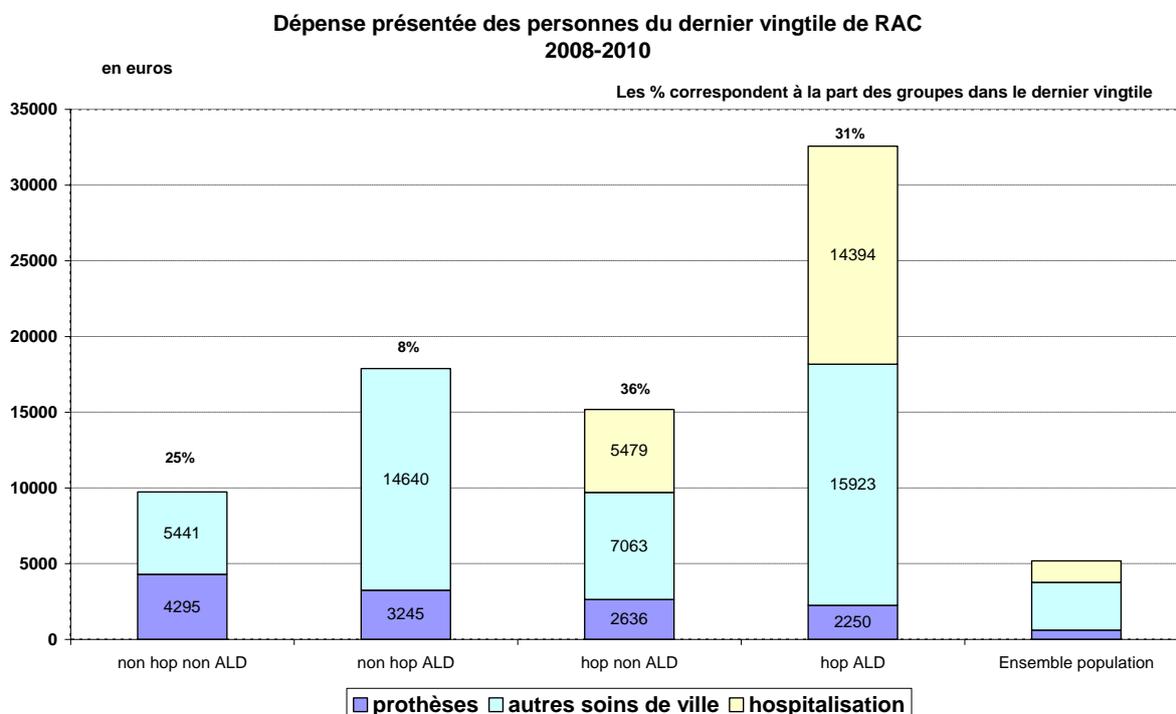
En comparaison de la seule année 2009, la prise en compte de trois ans n'augmente pas la probabilité d'être en ALD mais elle augmente significativement celle d'être hospitalisé pour l'ensemble de la population (deux fois plus importante) et pour celle appartenant au dernier vingtile (67 % contre 45 %).

Le découpage de la population de ce vingtile en sous populations, selon que l'on est en ALD ou non et selon qu'on a été hospitalisé dans l'année ou non aboutit aux mêmes constats que pour la seule année 2009.

Cependant l'importance relative des différents groupes n'est pas la même que pour une seule année du fait de la plus grande probabilité d'être hospitalisé sur trois ans que sur un an.

- 25 % des personnes ne sont pas en ALD et n'ont pas été hospitalisées durant la période de trois ans (plus de 1 % de l'ensemble de la population). Cette proportion est sensiblement inférieure à ce qu'elle est en 2009 (43% en 2009)
- 8 % (à peine 0,5 % de la population) sont en ALD et n'ont pas été hospitalisées (13 % en 2009).
- 36 % (2 % de l'ensemble de la population) ont été hospitalisées sans être en ALD (25 % en 2009)
- 31 % des personnes de ce vingtile (plus de 1 % de l'ensemble de la population) sont en ALD et ont été hospitalisées (19 % en 2009).

Les personnes hospitalisées mais qui ne sont pas en ALD, qui formaient le troisième groupe dans l'ordre croissant des dépenses, ne sont plus dans ce cas quand on prend une période de trois ans. Cela provient du fait que leurs dépenses hospitalières ne sont pas tellement plus élevées que quand on ne considère qu'une année.

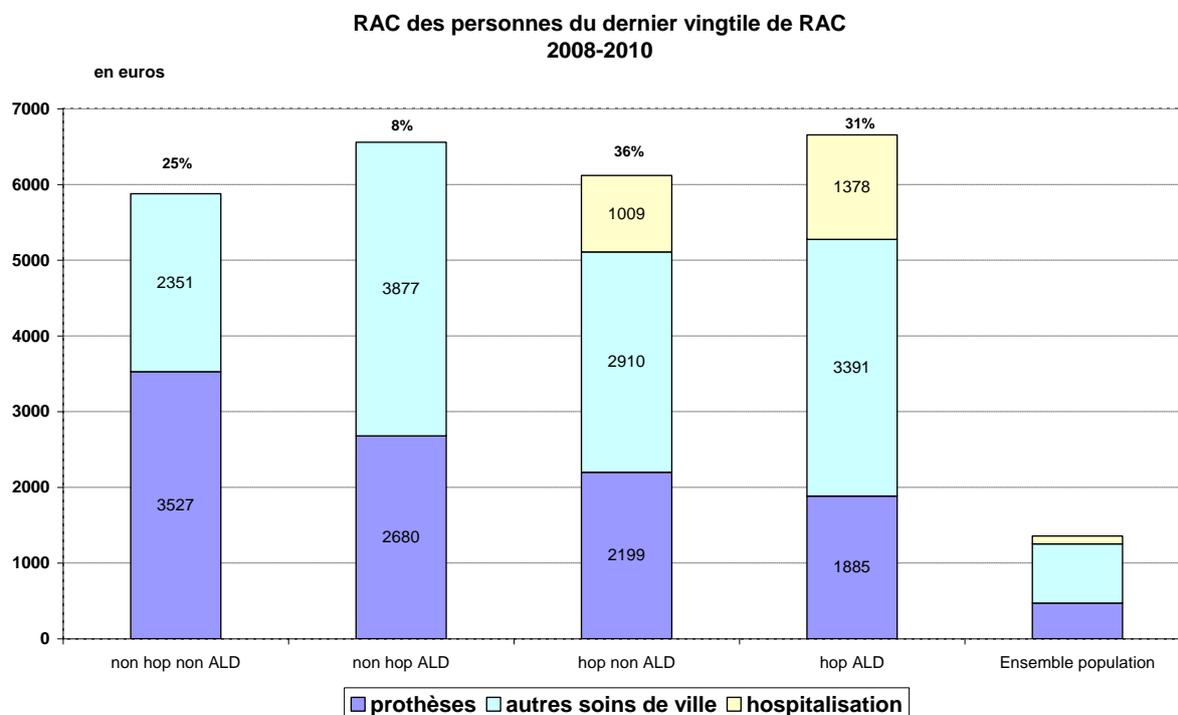


Source CNAMTS, EGB

Malgré des dépenses très différentes, ces quatre groupes de personnes ont des RAC cumulés sur la période assez voisins.

Ce constat ne diffère pas de celui porté sur la seule année 2009.

Les RAC moyens de ces quatre groupes de personnes se situent entre 5 900 € et 6 700 €.



Source CNAMTS, EGB

Des taux de remboursement moyens très variables selon les populations

Les taux de remboursement diffèrent entre ces quatre populations comme pour la seule année 2009.

Taux de remboursement des personnes du dernier vingtile de RAC

	Taux de remboursement
Non hop non ALD	40 %
Non hop ALD	63 %
Hop non ALD	60 %
Hop ALD	80 %
Dernier vingtile	68 %

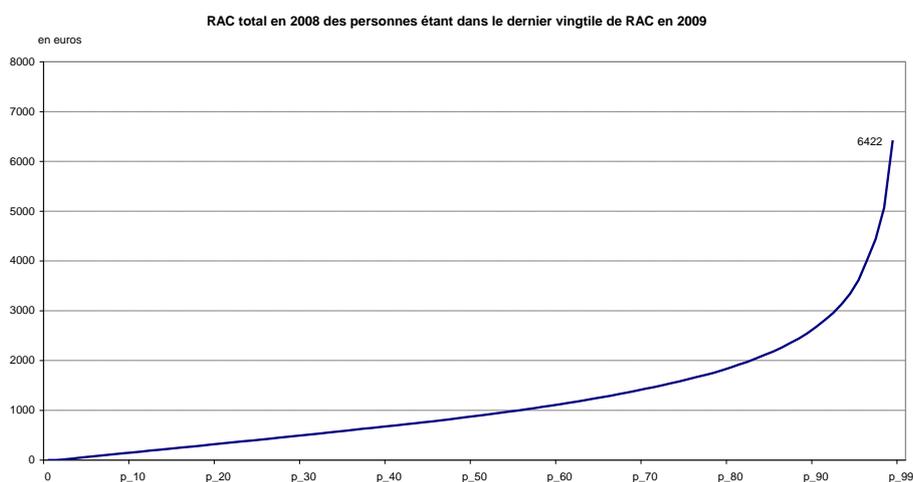
III Récurrence des RAC importants d'une année sur l'autre

Les analyses menées dans la partie précédente ne permettent pas de connaître, pour les personnes ayant eu un RAC élevé en 2009, la situation les deux années qui entourent cette année.

Avoir un RAC élevé une année isolée au sein d'une période est une situation fort différente de celle où ces RAC importants se répéteraient d'une année sur l'autre. La question est donc de savoir si les personnes qui ont des RAC très élevés une année le compensent ou non l'année suivante et si elles avaient déjà subi un RAC élevé l'année précédente.

Pour savoir si un RAC revient d'une année à l'autre, un suivi des personnes est nécessaire. Dans les résultats présentés dans cette partie, les personnes ayant eu un RAC supérieur à 1 600 € en 2009 (personnes appartenant au dernier vingtile de RAC en 2009 et présentes dans l'échantillon en 2008 et 2010¹¹) sont « suivies » en 2008 et 2010.

Le graphique suivant montre le RAC en 2008 des personnes appartenant au dernier vingtile de RAC total en 2009.

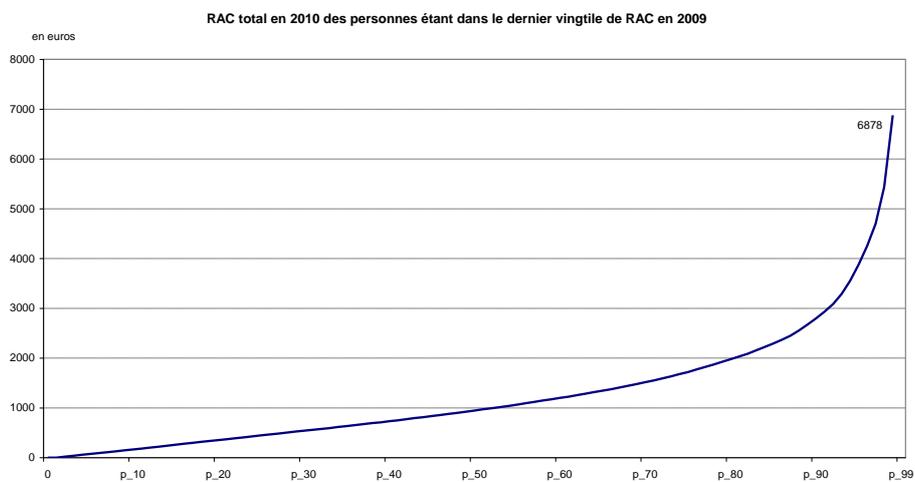


Source CNAMTS, EGB

- 55 % de ces personnes avaient eu un RAC total en 2008 inférieur à 1 000 €.
- 20 % avaient eu un RAC compris entre 1 000 € et 1 600 € (borne inférieure du dernier vingtile)
- 25 % avaient eu un RAC supérieur à 1 600 €.

¹¹ Cet ensemble de personnes diffère légèrement des personnes appartenant au dernier vingtile de RAC analysées dans la partie I car celles-ci n'étaient pas forcément présentes dans l'échantillon en 2008 et 2010.

Le second graphique montre de la même façon le RAC total en 2010 des personnes appartenant au dernier vingtile de RAC total en 2009.

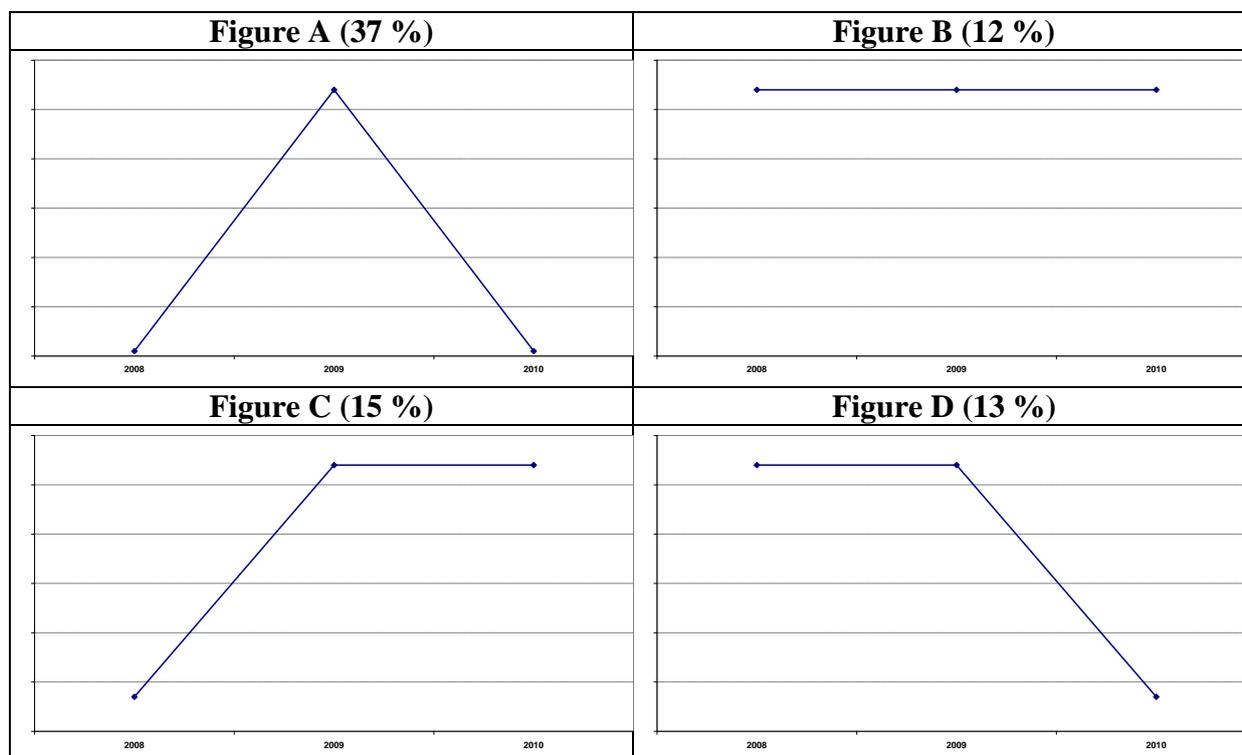


Source CNAMTS, EGB

- 52 % de ces personnes avaient eu un RAC total en 2010 inférieur à 1 000 €.
- 20 % avaient eu un RAC compris entre 1 000 € et 1 600 € (borne inférieure du dernier vingtile)
- 28 % avaient eu un RAC supérieur à 1 600 €.

Si on conserve ces trois classes, leur combinaison aboutit à 9 cas possibles dont le détail est donné en annexe. Quatre cas de figure schématisés dans les graphes suivants regroupent un peu plus des $\frac{3}{4}$ des individus du dernier vingtile de RAC en 2009.

RAC moyen en 2008, 2009 et 2010 des personnes appartenant au dernier vingtile de RAC en 2009
Schéma illustratif



Note de lecture : Comme toutes les personnes appartiennent au dernier vingtile de RAC en 2009, le RAC à cette date est toujours très élevé, supérieur à 1 600 € dans tous les cas de figure.

Dans la figure A, représentant 37 % des personnes du dernier vingtile de RAC en 2009, les personnes ont un RAC en 2008 et en 2010 inférieur à 1 000 €.

Dans le cas de figure B, représentant 12 % des individus, les personnes ont un RAC supérieur à 1 600 € chacune des années 2008, 2009 et 2010.

Dans les cas figure C (15 %) et D (13 %), les personnes ont un RAC supérieur à 1 600 € deux années de suite, en 2009 et 2010 (C) ou en 2008 et 2009 (D). L'autre année, en 2008 pour le cas de figure C, en 2010 pour le cas de figure D, leur RAC est inférieur à 1 600 €

Le cas de loin le plus fréquent pour une personne qui a un RAC élevé en 2009 est d'avoir un RAC faible l'année d'avant et l'année suivante : 37 % des personnes appartenant au dernier décile de RAC en 2009 avaient un RAC inférieur à 1 000 € en 2008 et en 2009. Ce cas s'assimile à un problème ponctuel de santé.

Pour une personne étant dans le dernier vingtile de RAC en 2009, le risque d'avoir un RAC très élevé l'année qui précède et l'année qui suit - et donc d'être dans cette situation trois années successives - est de 12 %. Rapporté à l'ensemble de l'échantillon, 0,6 % (5% x 12 %) des consommateurs de soins sur une période de trois ans « enchainent » un RAC supérieur à 1 600 € chaque année.

Ces personnes présentent les caractéristiques des personnes du dernier vingtile de RAC mais de façon plus accentuées. Elles sont encore plus âgées que les personnes du dernier vingtile, qui elles-mêmes sont plus âgées que l'ensemble de la population (66 ans contre 60 ans pour le dernier vingtile et 39 ans pour l'ensemble de la population). Il s'agit plus souvent de femmes (72 % contre 63 % pour le dernier vingtile et 53 % pour l'ensemble de la population). La part

des personnes en ALD est plus importante (47 % contre respectivement 33 % et 16 %) et les personnes qui ont été hospitalisées au moins une fois au cours de la période sont largement prépondérantes (73 %). Très peu de personnes de cette catégorie ne sont ni en ALD ni hospitalisées durant les trois années. Il s'agit très vraisemblablement de malades chroniques non stabilisés sur l'ensemble de la période.

Enfin, 28 % des personnes ont un RAC élevé deux années consécutives, qu'elles entrent dans un épisode de soins importants ou qu'elles en sortent.

Annexe

Répartition des personnes du dernier vingtile de RAC en 2009 selon leur situation en 2008 et 2010

En %	RAC 2010				
		< 1000	[1000,1600]	> 1600	Ensemble
RAC 2008	< 1000	37	9	9	55
	[1000,1600]	8	5	6	20
	> 1600	8	5	12	25
	Ensemble	52	20	28	100

Caractéristiques des populations

	Ensemble de la population	Dernier vingtile de RAC en 2009	Dernier vingtile de RAC en 2009				RAC très élevés 3 années successives
			Non ALD Non hop	ALD Non hop	Non ALD Hop	ALD Hop	
Part dans la population totale	100 %	5%	2 %	< 1 %	1 %	1 %	0,6 %
Part dans le dernier vingtile de RAC en 2009		100 %	43 %	13 %	25 %	19 %	12 %
Age moyen	39 ans	60 ans	55 ans	66 ans	57 ans	68 ans	66 ans
Part de Femmes	53 %	63 %	65 %	60 %	67 %	57 %	72 %
Part des personnes en ALD	16 %	33 %	0%	100%	0%	100%	47 %
Part des personnes hospitalisées	13 %	45 %	0%	0%	100%	100%	73 %
Part des personnes en ALD et hospitalisées	15 %	19 %	0%	0%	0%	100%	37 %
Dépenses moyennes 2009	1 900€	8 100 €	4 000 €	6 900 €	7 800 €	18 000 €	
RAC après AMO moyen 2009	475 €	2 700 €	2 600 €	2 800 €	2 700 €	2 900 €	
TR moyen 2009	75 %	67 %	36 %	60 %	66 %	84 %	

Caractéristiques des populations du dernier vingtile de RAC

	Dernier vingtile de RAC en 2009			
	Non ALD Non hop	ALD Non hop	Non ALD Hop	ALD Hop
Part dans la population totale	2 %	< 1 %	1 %	1 %
Part dans le dernier vingtile de RAC en 2009	43 %	13 %	25 %	19 %
Age moyen	55 ans	66 ans	57 ans	68 ans
Part de Femmes	65 %	60 %	67 %	57 %
Dépenses moyennes 2009	4 000 €	6 900 €	7 800 €	18 000 €
Dont : médecins	592 €	743 €	795 €	995 €
auxiliaires	250 €	1230 €	381 €	1243 €
Pharmacie	674 €	1936 €	830 €	2217 €
transport	41 €	272 €	137 €	627 €
laboratoires	93 €	176 €	170 €	278 €
Autres LPP	118 €	636 €	172 €	797 €
Prothèses et optique (taux de cons x dep moy cons)	2155 € (94 % x 2293 €)	1771 € (85 % x 2084 €)	892 € (77 % x 1158 €)	865 € (69 % x 1253 €)
Hôpital	0	0	4289 €	10717 €
RAC après AMO moyen 2009	2 600 €	2 800 €	2 700 €	2 900 €
Dont : médecins (dont dépassement)	293 € (151 €)	235 € (118 €)	361 € (171 €)	263 € (128 €)
auxiliaires	95 €	338 €	144 €	217 €
Pharmacie	286 €	427 €	345 €	404 €
transport	14 €	56 €	42 €	63 €
laboratoires	40 €	46 €	69 €	68 €
Autres LPP	50 €	179 €	71 €	178 €
Prothèses et optique (taux de cons x RAC moy cons)	1763 € (94 % x 1876 €)	1475 € (85 % x 1735 €)	745 € (77 % x 968 €)	730 € (69 % x 1058 €)
Hôpital	-	-	840 €	950 €
TR moyen 2009	36 %	60 %	66 %	84 %
Dont : médecins	51 %	68 %	55 %	74 %
auxiliaires	62 %	73 %	62 %	83 %
Pharmacie	58 %	78 %	58 %	82 %
transport	66 %	79 %	69 %	90 %
laboratoires	57 %	74 %	59 %	76 %
Autres LPP	58 %	72 %	59 %	78 %
Prothèses et optique	18 %	17 %	16 %	16 %
Hôpital	-	-	81 %	91 %

PREMIERE PARTIE

Les restes à charge à l'hôpital (public et privé)

Étude du HCAAM

LES RESTES À CHARGE À L'HÔPITAL (PUBLIC ET PRIVÉ) SOMMAIRE DE L'ÉTUDE

Introduction	68
<u>I. L'analyse des RAC hospitaliers doit distinguer deux secteurs qui ne sont pas comparables.....</u>	<u>71</u>
<u>II. Dans les hôpitaux des secteurs public et privé sans but lucratif, les RAC élevés sont essentiellement dus au ticket modérateur mais aussi au forfait journalier pour les assurés en ALD</u>	<u>72</u>
1/ Le RAC est très concentré	72
2/ Le TM concentre les RAC sur un nombre limité de patients	73
3/ les patients ne sont pas égaux face au risque d'un RAC élevé	74
4/ L'absence d'exonération ou d'acte coûteux est discriminante	75
<u>III. Dans les hôpitaux du secteur privé dit « à but lucratif », les RAC élevés s'expliquent par les dépassements d'honoraires.....</u>	<u>77</u>
1/ le RAC est relativement concentré, surtout du fait des dépassements	77
2/ les patients pris en charge à 80% sont épargnés par les dépassements	80
<u>IV. Les questions posées par ces constats.....</u>	<u>82</u>
1/ Faut-il envisager une réforme de la participation des patients hospitalisés ?	82
2/ Faut-il supprimer le reste à charge hors dépassement à l'hôpital ?	83
3/ Sinon, sur quelles bases asseoir la participation des patients aux soins hospitaliers ?.....	83
4/ Quelles sont les conséquences envisageables ?	84

Annexes

1. Les règles de participation financière du patient à l'hôpital
2. Le passage du fichier administratif de l'ATIH à un fichier statistique sur les restes à charge à l'hôpital
3. Dossier statistique
Le reste à charge à l'hôpital est concentré sur peu de patients
Le reste à charge à l'hôpital du secteur public et privé non lucratif
Le reste à charge à l'hôpital du secteur privé à but lucratif
Le reste à charge à l'hôpital des patients ayant été hospitalisés dans les deux secteurs

NB : dans cette note, le terme de secteur public ou d'hôpitaux publics, lorsqu'employé, réfère toujours à l'ensemble du secteur anciennement financé par dotation globale de fonctionnement ou DGF (EPS et ESPIC). Symétriquement, le secteur privé renvoie uniquement au secteur privé à but lucratif, sous objectif quantifié national ou OQN.

INTRODUCTION

Dans sa note de janvier 2013 sur le dernier vingtile de reste à charge après AMO, sur l'ensemble des soins de ville et hospitaliers en MCO, le HCAAM avait montré qu'une part significative (19%) des 5 % de personnes qui subissaient les reste à charge les plus élevés étaient des assurés en ALD ayant été hospitalisés et que leur RAC issus de l'hôpital était en moyenne très élevé (950 € en 2009). Le HCAAM avait souhaité que soient mises en évidence les raisons de ce constat : comment est-il possible que certaines personnes en ALD, a priori protégées car exonérées du ticket modérateur, soient confrontées à des RAC très élevés, en particulier en provenance de l'hôpital ?

Le RAC moyen à l'hôpital des personnes en ALD ayant été hospitalisées (950 €) recouvre de fait une très grande variabilité de situations, allant de 0 à plus de 6 000 €. Environ 2/3 de ces assurés ont un RAC hospitalier inférieur à 950 € et 1/3 supérieur. Les personnes de cette catégorie de RAC total les plus élevés qui ont un RAC hospitalier nul ont nécessairement un RAC de soins de ville très élevé.

Ce constat invite à examiner l'ensemble des RAC issus de l'hôpital. En effet, l'étude sur les RAC totaux (hôpital et soins de ville) les plus élevés ne retrace pas les situations de RAC hospitaliers importants quand ceux-ci sont accompagnés de faibles RAC de soins de ville.

C'est l'objet de la présente étude fondée sur des fichiers fournis par l'ATIH pour l'année 2010 : ceux-ci contiennent les informations transmises par les établissements de santé dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), au titre des séjours et des séances, pour les activités de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie-MCO)¹². Ces données incluent, pour le secteur privé dit à « but lucratif », les honoraires correspondant aux séjours mais ne couvrent ni le secteur libéral à l'hôpital public ni les consultations externes. Elles ne concernent pas non plus les autres éléments non réglementaires du RAC (chambres particulières, cf. encadré ci-dessous). Pour chaque séjour ou séance, la base de données contient des informations :

- sur le **bénéficiaire** des soins : un identifiant unique et anonymisé, l'âge et le sexe ;
- sur la séquence de **soins** : établissement hospitalier, discipline (médecine, chirurgie ou obstétrique), catégorie majeure de diagnostic (CMD) et le classement éventuel du séjour en ALD ;
- sur le **RAC** : montants dus au titre du ticket modérateur (TM), de la participation forfaitaire de 18€ (PF18) et du forfait journalier (FJ), ainsi que les éventuels dépassements (pour les seuls établissements privés à but lucratif car les données relatives à l'activité libérale en établissement public ne figurent pas dans la base). Les paiements pour chambres particulières ne figurent pas dans la base.

Les dépenses pour chambres particulières ne sont pas analysées mais constituent une part importante du RAC à l'hôpital.

En dehors des cas particuliers pour lesquels l'isolement est médicalement nécessaire, l'installation du patient dans une chambre particulière relève de la catégorie des « prestations pour exigences particulières du patient, sans fondement médical ¹³ ». Comme l'indique son intitulé, cette catégorie de prestations suppose l'expression d'une demande de la part du patient, mais aussi une information sur le prix et l'émission d'une facture. Une chambre particulière ne peut ainsi être facturée si elle est attribuée en l'absence de chambre collective disponible. Depuis 2011¹⁴, la chambre particulière peut être facturée même en l'absence d'hébergement de nuit.

¹² Cf. annexe 2 *Le passage du fichier administratif de l'ATIH à un fichier statistique sur le RAC à l'hôpital.*

¹³ Article R. 162-32-2 du code de la sécurité sociale

¹⁴ Décret no 2011-221 du 28 février 2011.

Les bases PMSI utilisées pour l'analyse menée par le SG du HCAAM ne comportent pas d'informations de facturation individuelles pour ces chambres particulières. Une étude Le Particulier/Santéclair publiée en mars 2010 sur la base d'une enquête auprès de 200 établissements publics/assimilés et privés établissait le prix moyen d'une journée en chambre particulière à 61 €, avec de fortes disparités selon le statut de l'établissement et sa localisation. Le tarif moyen s'établit à 43 € en moyenne dans le secteur public, 67 € dans le privé (non lucratif inclus)¹⁵.

Les données de l'ATIH utilisées retracent le RAC facturable des personnes résidant en France, mais ni le RAC effectivement facturé ni celui recouvré¹⁶. Sur ce dernier point, on peut relever qu'en 2010, par exemple, près de 170 M€ de créances relatives au RAC ont été admises en non valeur dans les établissements publics de santé (ce montant inclut une proportion non connue de créances sur des débiteurs étrangers, correspondant à l'ensemble de leurs frais de séjour), ce qui laisse penser que le RAC facturé aux résidents (2,2 Mds €) est la plupart du temps recouvré, en raison notamment de l'intervention des organismes complémentaires.

Le SG du HCAAM a procédé à un retraitement de ces bases administratives visant à corriger les incohérences et mettre leur contenu en conformité avec la réglementation. Ce retraitement a conduit à écarter 8 % des séjours et séances de la base ex-DG (dotation globale), 9% de la base ex-OQN (objectif quantifié national). Les séjours ont ensuite été regroupés de manière à réaliser une analyse par bénéficiaire.

Avant de procéder à l'analyse des RAC, un rappel de la réglementation en vigueur est nécessaire¹⁷.

Le reste à charge du patient à l'hôpital repose sur une participation aux frais de soins et une participation à l'hébergement :

- **la participation aux frais des soins** est constituée pour l'ensemble des hôpitaux d'un **ticket modérateur (TM) de 20 %**¹⁸. Pour les séjours en établissement privé à but lucratif ou dans le cadre de l'activité libérale des praticiens exerçant du secteur public hospitalier, il peut être facturé au patient d'éventuels **dépassements d'honoraires**.
- **la participation à l'hébergement** consiste en un **forfait journalier (FJ) de 18 € par jour** (pour les activités de court séjour). Le patient peut s'acquitter en outre de **frais liés aux prestations pour exigences particulières**, qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, en particulier la **chambre particulière**.

Face à ces principes, de nombreuses règles d'atténuation et d'exonération ont été mises en place afin de limiter les participations aux frais des soins et à l'hébergement qui pourraient devenir excessives. Elles sont appliquées en raison :

- du montant ou de la nature des frais à la charge du patient :
 - o **lorsque le patient paie un TM de 20%**, la participation à l'hébergement n'est pas ajoutée au TM. La somme des FJ est imputée sur le montant de ce TM (le patient ne paie que le plus élevé des deux, *de facto* le TM). Les règles de plafonnement complexes mises en place sont décrites dans l'encadré p 4.
 - o **lorsqu'un acte coûteux¹⁹ a été réalisé au cours du séjour**, une participation forfaitaire de 18€ (PF18) se substitue au TM : il s'agit là d'un plafonnement du TM à 18 €. Dans ce cas, la participation aux frais d'hébergement est due ;
- du statut du patient ou de la nature des soins dispensés :

¹⁵ Selon l'étude de la DREES sur les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010, les niveaux moyens de garanties par jour en chambre particulière étaient à cette date de 44 € dans les contrats individuels et 60 € dans les contrats collectifs

¹⁶ Par ailleurs, les données ne permettent pas de savoir si le patient bénéficie d'une complémentaire santé.

¹⁷ Cf. annexe 1 *La participation financière du patient à l'hôpital*.

¹⁸ Le TM de 20 % est calculé sur la base des tarifs nationaux dans le secteur privé lucratif, sur la base des tarifs propres à l'établissement dans le secteur anciennement financé par dotation globale.

¹⁹ Plus de 90 € en 2010, plus de 120 € depuis 2011.

- les soins des assurés en ALD et des invalides sont exonérés de la participation aux frais des soins (qu'il s'agisse du TM ou de la PF18) mais ils ne le sont pas de la participation aux frais d'hébergement (FJ) ;
- les assurés qui relèvent des risques maternité et accidents du travail-maladies professionnelles (AT/MP), les soins de néonatalogie du 1^{er} mois et ceux des pensionnés militaires sont exonérés de participation aux frais des soins (qu'il s'agisse du TM ou de la PF18) et à l'hébergement (FJ).

Le ticket modérateur de 20% n'est pas le même dans le secteur public et privé sans but lucratif et dans les cliniques privées à but lucratif.

Par l'intermédiaire du TM, le sujet des RAC hospitaliers est lié à celui, plus global, de la tarification à l'activité (T2A), que le présent document n'a pas pour objet d'analyser, mais dont on peut toutefois rappeler les grandes lignes.

Dans le système de la T2A, les activités hospitalières de court séjour (MCO) sont classées par groupes homogènes de malades (GHM), indépendamment du statut de l'établissement. A ces GHM correspondent ensuite des « prix » ou tarifs par groupe homogène de séjour (GHS). Il existe deux échelles de tarifs, les GHS « publics », qui incluent les rémunérations des professionnels de santé, et les GHS « privés », auxquels il faut ajouter les honoraires des professionnels.

Cette différence entre tarifs publics et privés concerne avant tout le remboursement par l'AMO. Pour le calcul du TM s'y ajoute une autre différence, moins connue.

Dans les établissements privés à but lucratif, l'assiette du TM correspond au GHS « privé ». Lorsqu'un TM est facturé, l'établissement reçoit 100% du GHS, 80% de la part de l'assurance maladie et 20% du patient. L'assiette de la participation du patient est ainsi définie nationalement et elle n'est pas directement liée à la durée du séjour (des suppléments journaliers sont quelquefois prévus dans la tarification). Les patients paient par ailleurs le TM sur les actes des professionnels libéraux.

Dans les établissements publics et privés sans but lucratif, le TM n'est pas assis sur le GHS mais sur la référence antérieure à la mise en place de la T2A, le tarif journalier de prestation (TJP, anciennement appelé « prix de journée »). Le nombre de TJP différents varie selon les choix de l'établissement. Leur calcul fait intervenir une estimation, par l'établissement, de ses charges et de son activité prévisionnelles. Ils sont soumis à autorisation de l'ARS. Les TJP sont donc différents d'un type de soins à un autre, d'un établissement à un autre. Comme il s'agit de tarifs journaliers, le TM est corrélé à la durée de séjour ($TM = TJP \times 20\% \times \text{durée de séjour}$). C'est pourquoi une autre règle d'atténuation a été mise en place : afin d'éviter des montants trop élevés, le TM est plafonné à 30 jours ($TJP \times 20\% \times 30$). L'établissement percevra pour le séjour une somme égale à 80 % du GHS public à laquelle s'ajoute 20% du TJP multiplié par la durée de séjour, somme qui peut donc excéder 100% du GHS public. Cette référence au TJP constitue ainsi pour ces établissements une source de financement spécifique.

Cette référence au TJP dans les établissements anciennement financés par dotation globale était présentée comme transitoire dans la loi définissant les conditions du passage à la T2A²⁰ mais a été maintenue depuis, laissant perdurer une différence d'assiette dans le calcul du TM à l'hôpital depuis 10 ans. On ne dispose pas à ce jour d'une information nationale sur ces tarifs.

Cette note traite des restes à charge sous l'angle de l'accessibilité des soins hospitaliers assurée par l'AMO. La description des RAC à l'hôpital nécessite de distinguer les deux secteurs (I à III). Leur très forte concentration sur un petit nombre de personnes incite à envisager une réforme visant à une plus grande équité. Elle ne sera pas sans d'importantes conséquences sur le financement des hôpitaux, en particulier ceux du secteur public. Celles-ci seront évoquées dans la dernière partie sur les implications des réformes envisagées (IV).

²⁰ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

I. L'ANALYSE DES RAC HOSPITALIERS DOIT DISTINGUER DEUX SECTEURS QUI NE SONT PAS COMPARABLES

L'analyse des reste à charge hospitaliers porte sur près de 16 millions de séjours (les séances ont été exclues), qui ont concerné en 2010 près de 10,6 millions de patients différents, soit, en moyenne, environ 1,5 séjour par patient. Près de 600 000 patients ont eu recours à des soins dans les deux secteurs, mais l'analyse spécifique de cette population n'apporte pas d'information supplémentaire significative.

Seul point commun entre les deux secteurs, la concentration des RAC à l'hôpital est très importante. Globalement, tous secteurs confondus, un patient sur 8 n'en paie pas tandis que 1%, soit plus de 100 000 personnes, subissent un RAC hospitalier supérieur à 3 000 € en 2010. Un cinquième des patients supportent près des ¾ des RAC à l'hôpital.

L'origine des RAC très élevés est différente dans les secteurs publics et privés.

Cette différence s'explique d'une part par la spécialisation particulière (ou *case-mix*) des deux secteurs. Le secteur privé fait davantage de chirurgie que le secteur public (79 % contre 29 %). Elle se traduit par :

- une durée moyenne d'hospitalisation cumulée (hospitalisation complète et ambulatoire) deux fois plus importante dans le secteur public (plus de 8 jours contre 4), et un nombre de séjours par patient supérieur (1,6 dans le public, pour 1,2 dans le privé) ;
- une part de séjours uniquement liés à une ALD plus importante dans le secteur public (34 % dans le secteur public contre 13 % dans le secteur privé),
- une proportion des séjours donnant lieu à une participation forfaitaire de 18 € massivement plus élevée dans le secteur privé (62 % dans le secteur privé contre 20 % dans le secteur public), en raison de la fréquence des actes chirurgicaux,
- avec comme corollaire, une proportion de séjours avec ticket modérateur de 20 % est plus forte dans le secteur public (22 % contre 6 %).

D'autre part, le périmètre des informations remontées à l'ATIH n'est pas identique : ainsi les données analysées incluent les dépassements dans le secteur privé (674 M€ en 2010), mais pas les dépassements au titre de l'activité libérale dans les établissements publics de santé (64 M€ en 2011²¹).

En conséquence, la comparaison directe des deux secteurs n'est pas valide car les écarts constatés recouvrent les effets de la différence de leur spécialisation.

Tableau 1 - Séjours hospitaliers et patients en 2010

	Nombre de séjours (millions)	Nombre de patients (millions)	Nombre de séjours par patient	Durée moyenne d'hospitalisation cumulée (jours)	Part des séjours en ALD	Part des séjours avec PF18	Part des séjours avec TM 20%	Part des séjours en chirurgie	Part des séjours en médecine	Part des séjours en obstétrique
Ensemble	16,0	10,6	1,5	5,4	27 %	35 %	16 %	47%	42%	11%
Secteur public	10,3	6,6	1,6	8,3	34 %	20 %	22 %	29%	57%	14%
Secteur privé	5,7	4,6	1,2	4,0	13 %	62 %	6 %	79%	15%	6%

²¹ Rapport de Dominique LAURENT, L'activité libérale dans les établissements publics de santé, mars 2013.

II. DANS LES HÔPITAUX DES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ SANS BUT LUCRATIF, LES RAC ÉLEVÉS SONT ESSENTIELLEMENT DUS AU TICKET MODERATEUR MAIS AUSSI AU FORFAIT JOURNALIER POUR LES ASSURÉS EN ALD

L'analyse des RAC porte sur l'ensemble de la population puis sur les segments de population susceptibles de faire face aux RAC les plus élevés.

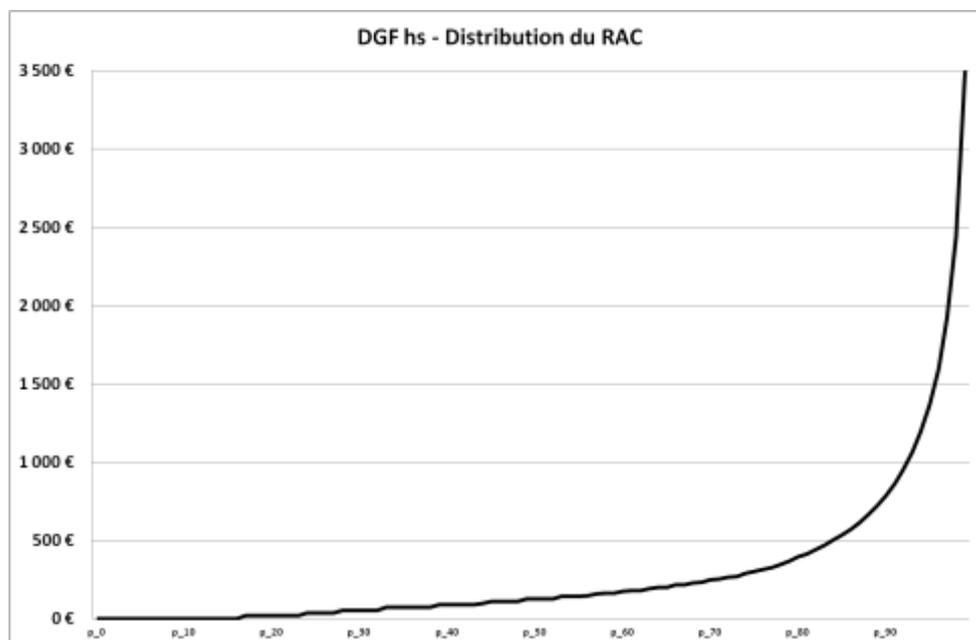
1/ LE RAC EST TRÈS CONCENTRÉ

En 2010, dans le champ de l'analyse, 6,6 millions de patients ont effectué 10,3 millions de séjours dans les établissements hospitaliers du secteur public, en hospitalisation complète ou ambulatoire, soit 1,6 séjour par patient, pour une durée moyenne cumulée de plus de 8 jours par patient.

Le RAC moyen s'élève à 333 € par patient, répartis en 2/3 au titre du TM et 1/3 au titre du FJ (la PF18 n'en représente que 2 %) mais cette moyenne masque des situations très diverses. Ainsi, tandis que pour la moitié de la population le RAC moyen est proche de 40 €, il s'élève à plus de 1 900 € pour les 10 % de patients aux RAC les plus élevés.

L'examen de la distribution, présentée dans le graphique suivant, confirme cette concentration. Les RAC élevés sont supportés par un nombre limité d'assurés. Aux deux extrêmes on peut noter qu'un million de patients (16%) n'a aucun RAC, tandis que celui-ci dépasse 500 € pour un nombre équivalent de patients. Pour le 1% de personnes aux RAC les plus élevés (66 000 patients), son montant dépasse 3 500 €, soit plus de 10 fois le RAC moyen.

Graphique 1

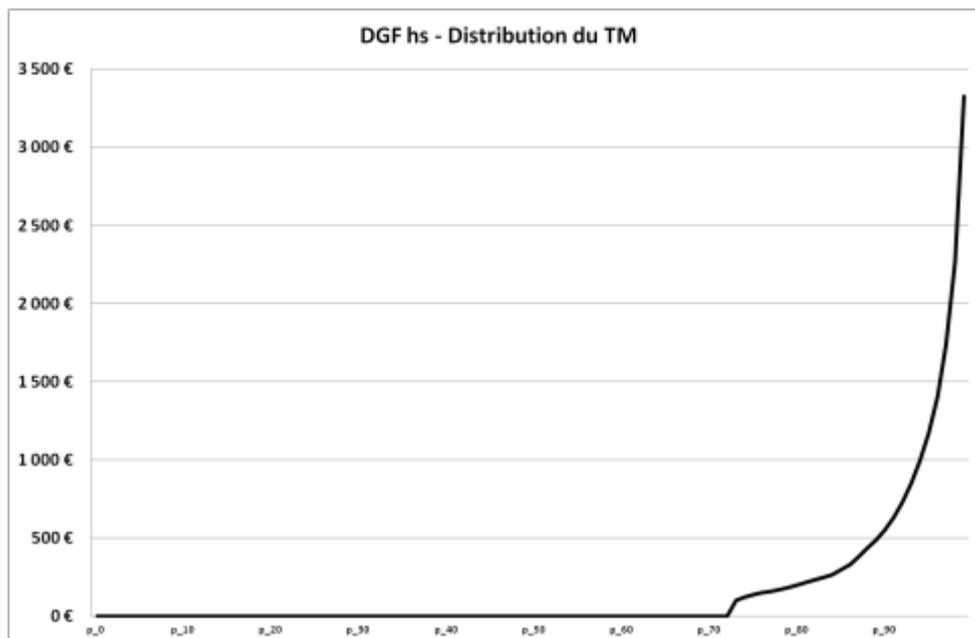


2/ LE TM CONCENTRE LES RAC SUR UN NOMBRE LIMITÉ DE PATIENTS

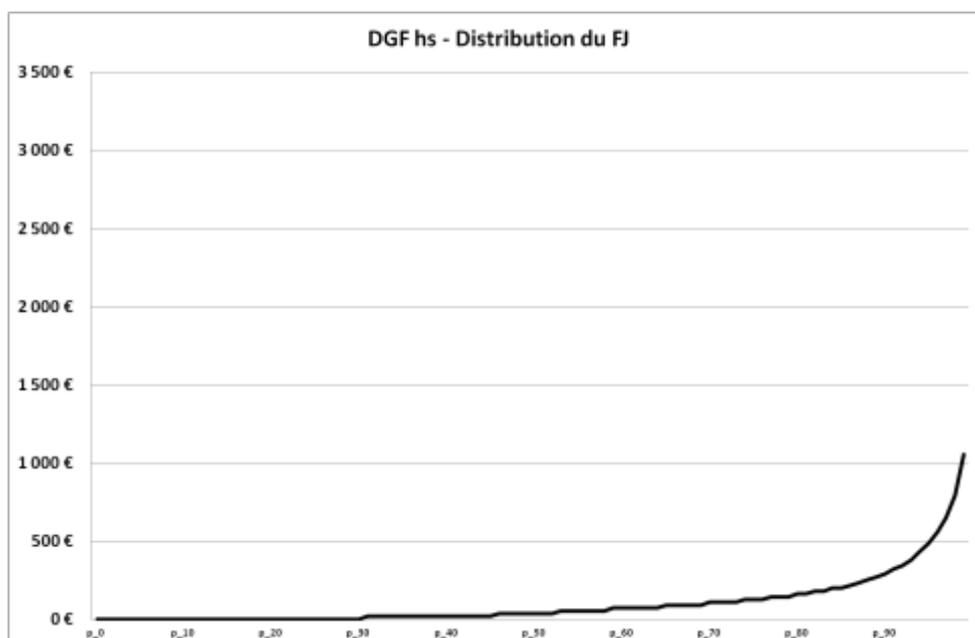
Le RAC est composé de TM, de FJ et de PF18. Le poids financier de la PF18, qui s'élève à 18€ par séjour, est globalement négligeable, tandis que le poids relatif du TM dans le RAC est majoré par l'effet de la règle d'imputation du FJ sur le TM²².

L'analyse de la distribution du TM et du FJ, représentée respectivement dans les deux graphiques suivants, permet de saisir leur influence sur la distribution et donc sur l'équité des RAC.

Graphique 2



Graphique 3



²² En application de cette règle, le FJ n'est pas dû quand le montant de TM lui est supérieur, c'est-à-dire en pratique dès que le patient, pris en charge à 80%, doit payer un TM de 20%.

Le TM est très concentré sur un nombre réduit de patients : 72% n'en paient pas, qu'ils soient exonérés de TM ou qu'ils aient bénéficié de l'application de la PF18, mais 10% (environ 660 000 personnes) ont un TM qui dépasse 500 €, et ce TM dépasse 3 300 € pour 1 % des patients (66 000 personnes).

Le FJ apparaît moins concentré : 30 % des patients, qui n'ont eu que des séjours en ambulatoire ou bénéficient de soins gratuits, comme par exemple pour le risque maternité, n'en paient pas. La somme des FJ dépasse 500 € pour environ 4 % des patients (environ 260 000 personnes). Ce forfait journalier est directement lié à la durée de séjour, son montant total est donc limité, pour chaque patient, par la durée d'hospitalisation complète (il n'est pas dû en cas d'hospitalisation en ambulatoire). Ainsi, le montant total dépasse 16 fois le FJ pour seulement 10 % des patients, il dépasse 1 000 € pour 1 % des patients (66 000 personnes), qui ont eu un ou des séjours extrêmement longs en 2010 (à partir de 56 fois le FJ).

On peut retenir de cette approche globale que :

- **le RAC dans les hôpitaux publics ou privés sans but lucratif est très dispersé (le RAC moyen est de 333 €, mais le RAC moyen du dernier décile est de 1907 €),**
- **les montants élevés sont surtout liés au TM de 20%, qui n'est payé que par 28 % des patients.**

Le TM constitue la principale masse financière mais il est assumé par peu de patients. Pour prolonger cette analyse, il convient donc de caractériser la population des patients en la regroupant dans des catégories homogènes.

3/ LES PATIENTS NE SONT PAS ÉGAUX FACE AU RISQUE D'UN RAC ÉLEVÉ

Tous les patients ne sont pas exposés au même risque financier. Ils peuvent être regroupés, en fonction du régime de TM qui les caractérise, en 4 groupes principaux :

1. Des patients sont exonérés de TM pour des soins liés à leur **ALD**. Ils s'acquittent en revanche des FJ. Ils représentent 23 % de l'ensemble des patients, ont un âge moyen de 65 ans, soit 20 ans de plus que la moyenne de l'ensemble, et un recours élevé aux soins hospitaliers, mesuré par la durée cumulée d'hospitalisation (11,5 jours en moyenne, contre 7,9 pour l'ensemble).
2. D'autres patients, en l'absence d'acte coûteux lors de leur séjour, sont pris en charge à **80 %** et paient un TM de 20 %. Ils ne paient pas de FJ en application de la règle d'imputation, à l'exception d'un FJ au titre du jour de sortie. Ce groupe rassemble 22% des effectifs, son âge moyen est proche de la moyenne, son recours aux soins est limité (4,1 jours).
3. D'autres paient un TM forfaitisé parce que leur séquence de soins inclut un **acte coûteux** : ils s'acquittent donc d'une participation forfaitaire d'un montant de 18 € (**PF18**), pour l'ensemble du séjour. En conséquence, ils ne bénéficient pas de l'imputation du FJ sur leur TM et paient un FJ pour chaque journée d'hospitalisation, plus celui du jour de sortie. 21% des patients appartiennent à ce groupe, dont l'âge moyen, comme pour le groupe précédent, est proche de la moyenne, et le recours aux soins également limité (4,1 jours).
4. Enfin, d'autres patients sont **exonérés de TM**, sans être pour autant en ALD (il peut s'agir du risque maternité, des patients invalides ou assimilés, etc.). Certains paient des FJ, d'autres non. On trouve 25 % des patients dans ce groupe, dont l'âge moyen est nettement inférieur à la celui de l'ensemble (30 ans), en raison de l'appartenance à ce groupe des femmes qui accouchent et des nouveau-nés. L'intensité du recours aux soins hospitaliers, dans ce groupe, est proche de celui de l'ensemble.

Pour que ce classement par statut de TM couvre l'ensemble des situations, il faut ajouter à ces quatre groupes des cas « mixtes » de patients qui ont eu plusieurs séjours avec des régimes de TM différents (par exemple un séjour exonéré de TM au titre de l'ALD, un autre sans exonération mais avec une PF18). L'ensemble de ces cas

« mixtes » ne représente toutefois que 10 % des patients. Certaines situations, associées à des RAC très élevés, sont ponctuellement évoquées par la suite.

Le tableau ci-dessous résume l'analyse de la distribution par groupe de patients.

Tableau 2 - Classement des patients par régime de TM

Groupe	Effectifs	Age moyen	Durée cumulée d'hospitalisation complète (jours)	RAC moyen	RAC nul (% patients)	RAC > 500 € (% patients)	RAC > 1 000 € (% patients)	RAC du dernier centile de patients
1. ALD	23 %	65	11,5	207 €	20 %	10 %	2 %	> 1 400 €
2. 80 %	22 %	38	4,1	724 €	0 %	37 %	19 %	> 5 300 €
3. PF18	21 %	47	4,1	95 €	0 %	2 %	0 %	> 600 €
4. Exo	25 %	30	7,2	90 €	46 %	2 %	0 %	> 800 €
Ensemble	100%	45	7,9	333 €	16 %	16 %	8 %	> 3 500 €

Note : Ce tableau ne fait pas apparaître les cas « mixtes » correspondant à des personnes qui auraient des séjours pris en charge différemment, par exemple un séjour lié à leur ALD et un séjour non lié à leur ALD et pris en charge à 80 %.

On peut tirer de l'analyse de la distribution les principaux enseignements suivants :

- quoiqu'ils soient moins concernés que l'ensemble de la population et uniquement soumis au FJ, **les personnes qui n'ont eu que des séjours liés à une ALD ne sont pas épargnés par les RAC élevés**, puisque 10% d'entre eux ont un RAC supérieur à 500 €, et 1 % a un RAC de plus de 1 400 € ; leur RAC moyen est d'environ 200 € ;
- **les exonérations et la forfaitisation du TM jouent un rôle central dans la limitation des RAC** ; pour près de la moitié des patients (groupes 3 et 4), le RAC moyen est inférieur à 100 € ;
- en revanche, même sans un recours aux soins particulièrement intense (la durée cumulée moyenne d'hospitalisation complète est identique à celle du groupe 3), **les patients pris en charge à 80 % (au nombre de 1,5 million) sont exposés à des RAC hospitaliers élevés**. Leur RAC moyen dépasse 700 €, soit plus du double de celui de l'ensemble ; plus d'un tiers d'entre eux a un RAC supérieur à 500 €, il dépasse 1000 € pour près de 20 % de ces patients et 5 300 € pour 1 % d'entre eux.

4/ L'ABSENCE D'EXONÉRATION OU D'ACTE COÛTEUX EST DISCRIMINANTE

Pour mémoire, la prise en charge à 80 % intervient quand le patient n'est pas exonéré de TM et n'a pas eu d'acte coûteux au cours de son séjour. Ce taux de prise en charge est donc rare en chirurgie, mais fréquent en médecine.

Ainsi, le risque d'un RAC élevé n'est donc pas prioritairement lié au statut du patient, mais bien à sa pathologie, plus précisément aux modalités de sa tarification, telles que conçues avant la mise en place de la T2A, qui finance globalement au coût moyen du séjour, et non selon l'accumulation du coût des actes effectués lors de ce séjour.

Ce risque financier concerne donc virtuellement tous les patients, même s'ils bénéficient par ailleurs d'un classement en ALD : en complétant la classification décrite plus haut, on peut en effet noter que 2 % des patients (près de 130 000 personnes) appartiennent à une catégorie « mixte » qui a eu en 2010 au moins un séjour hospitalier lié à une ALD et au moins un séjour pris en charge à 80 %. Ces patients cumulent deux facteurs conduisant à un RAC élevé :

- l'intensité de leur recours aux soins hospitaliers (durée cumulée d'hospitalisation complète qui expose à un RAC d'un montant non négligeable, constitué uniquement de FJ),
- la prise en charge à 80 % pour leurs séjours sans lien avec l'ALD et sans acte coûteux.

Pour ce groupe, le RAC moyen dépasse 1 500 €, le RAC dépasse 1 000 € pour la moitié des patients, 4 000 € pour 7 % d'entre eux, 8 600 € pour 1 %.

En analysant les RAC à l'hôpital public par décile on retrouve donc des patients en ALD dans tous les déciles, y compris le plus élevé, en dépit de ce dispositif qui vise justement à limiter leur RAC.

III. DANS LES HÔPITAUX DU SECTEUR PRIVÉ DIT « À BUT LUCRATIF », LES RAC ÉLEVÉS S'EXPLIQUENT PAR LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

En 2010, 5,7 millions de séjours MCO se sont déroulés dans le secteur privé lucratif. Ils ont concerné près de 4,6 millions de patients différents, ce qui fait en moyenne environ 1,2 séjour par patient, pour une durée moyenne de 4 jours, en tenant compte de l'ambulatoire.

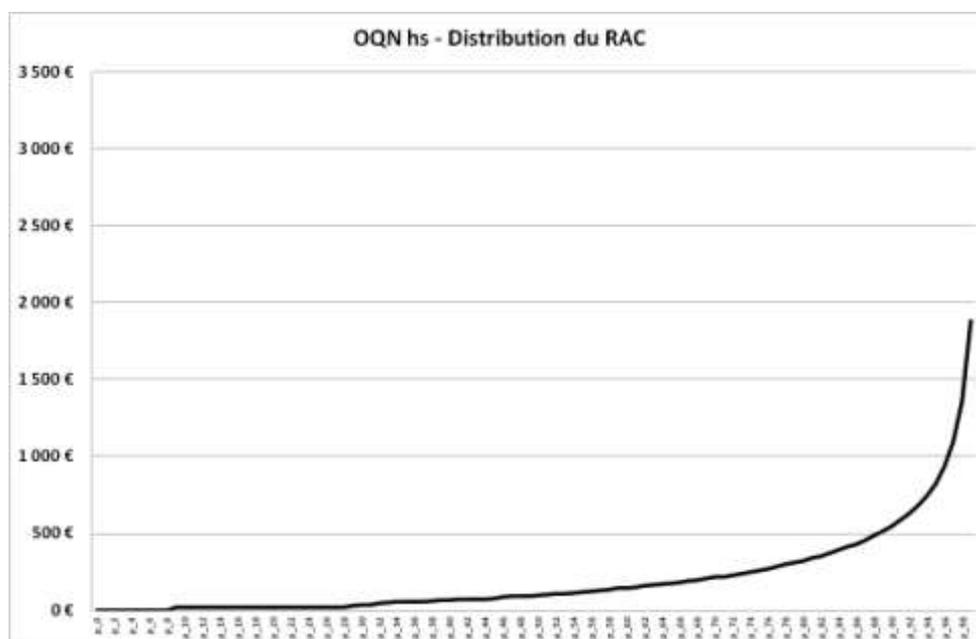
1/ LE RAC EST RELATIVEMENT CONCENTRÉ, SURTOUT DU FAIT DES DÉPASSEMENTS

Les patients ont eu à s'acquitter en 2010, personnellement ou via leur régime d'assurance complémentaire, d'un reste à charge (RAC) de 224 € en moyenne, dont les 2/3 sont dus aux dépassements d'honoraires. Le forfait journalier (FJ) est lui à l'origine de 22% du RAC tandis que le ticket modérateur (TM) et la PF18 constituent une moindre part du RAC (6% chacun). Ce montant n'inclut pas les paiements pour les chambres particulières.

Le RAC moyen est peu représentatif car la dispersion est importante : 9% des patients n'ont rien eu à payer tandis que 11% ont été confrontés à un RAC supérieur à 500€. Pour 46 000 patients (1%), celui-ci se monte à plus de 1 900€.

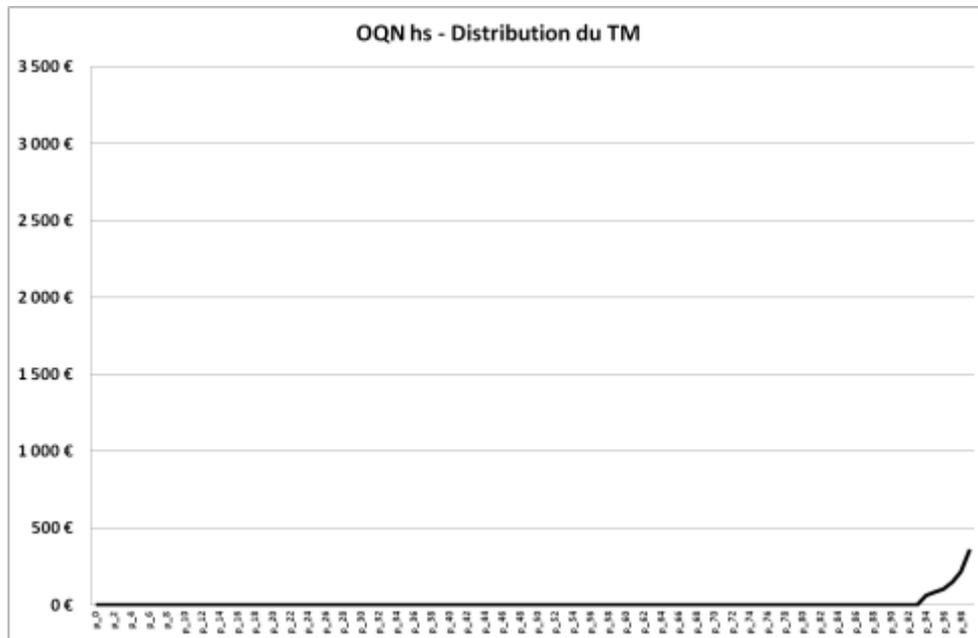
La dispersion paraît un peu moins importante que dans le secteur public mais, comme cela a été noté plus haut, la comparaison des RAC totaux entre le secteur privé lucratif et le secteur public doit être menée avec une grande prudence. Comme le secteur privé lucratif n'a pas le même profil d'activité que le secteur public, la répartition des types de patients au sein de chaque secteur varie fortement, ce qui a un impact sur le montant et la nature des restes à charge. Par ailleurs, la pratique des dépassements, qui peuvent concerner toutes les catégories de patients, modifie la nature du RAC.

Graphique 4



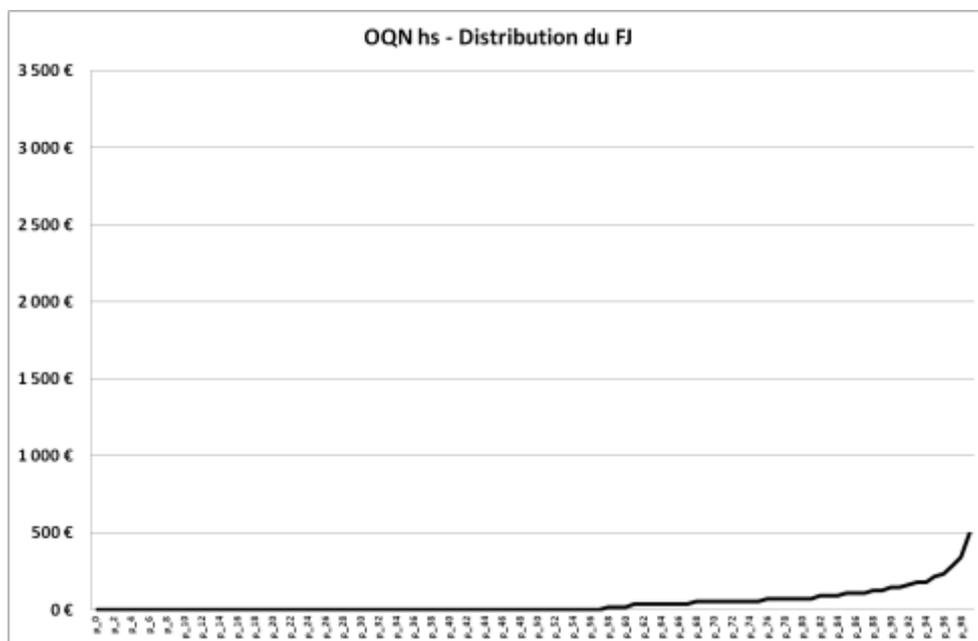
Le TM présente une dispersion très modérée : 94% des patients en sont exemptés et seul 1 % en paie davantage que 360€.

Graphique 5



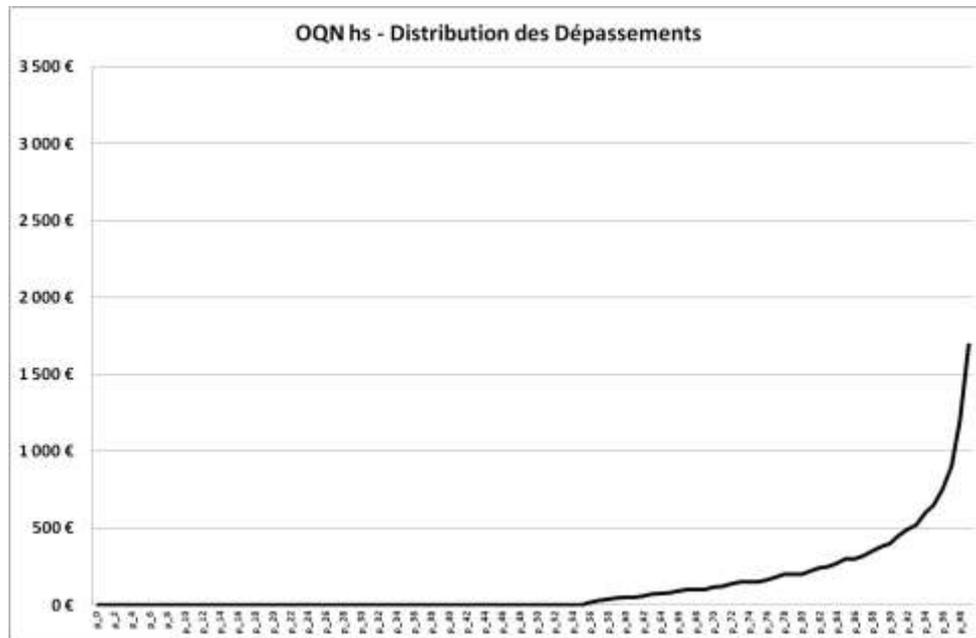
Le forfait journalier est acquitté par 42% des patients et 1% en paie plus de 500€.

Graphique 6



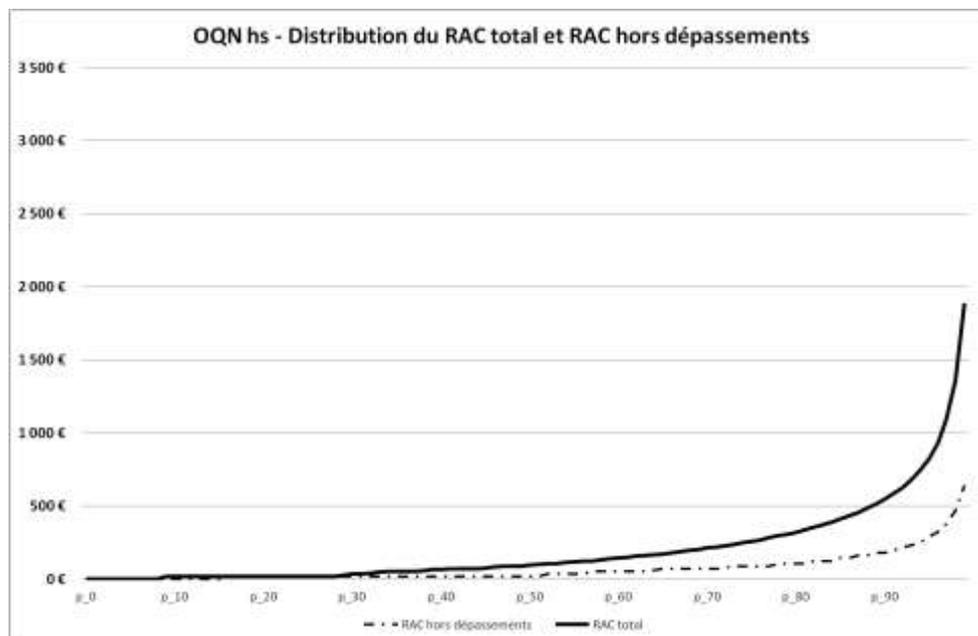
Les dépassements présentent en revanche un profil très dispersé : si 56% des patients ne sont pas concernés, il reste que 10% paient un montant supérieur à 400€, et 1% une somme dépassant les 1 700€.

Graphique 7



La comparaison entre le RAC total et le RAC hors dépassements fait apparaître l'ampleur des dépassements dans le RAC total. Le RAC hors dépassements est nul pour 15% des patients. Pour 36% des patients, il se monte à 18€ et pour 10% des patients, il dépasse 180€. Sa dispersion est nettement plus faible que celle du RAC total.

Graphique 8



Il apparaît que la moitié des patients paie un RAC moyen de 34€. En revanche, 10% des patients sont confrontés à un RAC moyen de près de 1 100€.

Au total, le RAC est dispersé aussi dans le secteur privé et les montants potentiellement élevés des dépassements conduisent à l'existence de RAC très élevés pour une frange non négligeable des patients.

2/ LES PATIENTS PRIS EN CHARGE À 80% SONT EPARGNÉS PAR LES DÉPASSEMENTS

Près des deux tiers des patients des hôpitaux à but lucratif sont des personnes ayant eu un ou plusieurs séjours relevant uniquement du régime de la PF18. Ensuite, on trouve 9% de patients dont les séjours sont liés à une ALD et 18% de personnes dont les séjours sont exonérés de TM pour un autre motif. Et enfin, les patients acquittant le TM ne sont que 5%.

Au total, les patients en statut unique composent 95% de la population fréquentant le secteur privé lucratif tandis que les cas « mixtes » ne constituent que 5% de la population. En conséquence, la suite de l'analyse sera consacrée aux 4 cas « purs ».

Tableau 3 : Répartition et caractéristiques des patients du secteur privé lucratif

Régime de TM	Effectifs 2010 (ex-OQN)	Age moyen	Durée cumulée d'hospitalisation complète (jours)
1. ALD	432 880 9 %	68	7,0
2. 80 %	209 036 5 %	47	2,8
3. PF18	2 900 226 63 %	49	1,8
4. Exo	802 996 18 %	49	5,0
ENSEMBLE	4 575 418 100 %	51	3,4

Note : Ce tableau ne fait pas apparaître les cas « mixtes » correspondant à des personnes qui auraient des séjours pris en charge différemment, par exemple un séjour lié à leur ALD et un séjour non lié à leur ALD et pris en charge à 80 %.

Les 4 catégories de patients présentent environ le même RAC total moyen mais la distribution varie selon les catégories. Les personnes en ALD, exonérées de TM ou bénéficiant de la PF18 sont davantage exposées à un RAC élevé que les patients pris en charge à 80%. En effet, ceux-ci ne sont pas concernés par les RAC supérieurs à 1 000€ alors que pour les autres catégories, 1 % des personnes ont un RAC supérieur à 1 800 ou 1 900 €.

Tableau 4 : Récapitulatif de la distribution du RAC TOTAL par catégorie de patients

	RAC moyen	RAC nul (% patients)	RAC > 500 € (% patients)	RAC > 1 000 € (% patients)	RAC du dernier centile de patients
1. ALD	220 €	22 %	10 %	3 %	> 1 900 €
2. 80 %	211 €	0 %	7 %	0 %	> 900 €
3. PF18	206 €	0 %	9 %	3 %	> 1 800 €
4. Exo	206 €	39 %	12 %	3 %	> 1 800 €
ENSEMBLE	224 €	9 %	11 %	3 %	> 1 900 €

Note : Ce tableau ne fait pas apparaître les cas « mixtes » correspondant à des personnes qui auraient des séjours pris en charge différemment, par exemple un séjour lié à leur ALD et un séjour non lié à leur ALD et pris en charge à 80 %.

Cette différence provient essentiellement des dépassements.

Les personnes prises en charge à 80% paient en moyenne de faibles dépassements (12€) mais, surtout, elles sont 89% à ne pas à être concernées (contre 56% en moyenne), ce qui est lié à la structure même de la rémunération des médecins libéraux exerçant en clinique (pas de facturation d'actes en médecine et donc de possibilités de dépassements). Le RAC hors dépassement de cette catégorie paraît plus limité dans le secteur privé que dans le secteur public mais la comparaison est délicate : d'une part le *case-mix* diffère entre les deux secteurs (la durée cumulée de séjour est moins longue avec 2,8 jours contre 4,1), et d'autre part les modalités de calcul du TM ne sont pas les mêmes.

Les patients des autres groupes sont diversement touchés par les dépassements mais ceux-ci peuvent atteindre des montants très élevés pour toutes ces catégories (plus de 1 500€ pour 1% des personnes en ALD par exemple, ou plus de 1 700€ pour 1% des patients exonérés ou bénéficiant de la PF18).

Tableau 5 : Récapitulatif de la distribution du RAC HORS DEPASSEMENTS par catégorie de patients

	RAC hors dépass. moyen	RAC hors dépass. nul (% patients)	RAC hors dépass. > 500 € (% patients)	RAC hors dépass. > 1 000 € (% patients)	RAC hors dépass. du dernier centile de patients
1. ALD	126 €	30 %	4 %	0 %	> 900 €
2. 80 %	199 €	0 %	6 %	0 %	> 900 €
3. PF18	53 €	0 %	0 %	0 %	> 250 €
4. Exo	43 €	73 %	0 %	0 %	> 450 €
ENSEMBLE	77 €	16 %	1 %	0 %	> 650 €

Précision : s'agissant de distribution, les deux tableaux avec le RAC total et le RAC hors dépassements ne sont pas directement comparables. Une personne du dernier centile de RAC total peut avoir un RAC hors dépassements nul (par exemple : dépassement très élevé pour un séjour en maternité).

Tableau 6 : Récapitulatif de la distribution des dépassements par catégorie de patients

	DEPASS moyen	% des patients non concernés par un dépassement	DEPASS > 500 € (% patients)	DEPASS > 1 000 € (% patients)	DEPASS du dernier centile de patients
1. ALD	94 €	75 %	4 %	2 %	> 1 500 €
2. 80 %	12 €	89 %	0 %	0 %	> 200 €
3. PF18	154 €	52 %	7 %	2 %	> 1 700 €
4. Exo	164 €	55 %	9 %	2 %	> 1 700 €
ENSEMBLE	147 €	56 %	7 %	2 %	> 1 700 €

La diffusion et le montant parfois élevé des dépassements conduisent à ce que chaque patient, indépendamment de son statut, peut se retrouver dans n'importe quel décile de RAC dans le secteur privé lucratif. Par exemple, on retrouve 9% de patients ALD dans le décile le plus élevé, sachant qu'ils représentent 9% de la population.

*

* *

En résumé, il apparaît que les reste à charge les plus élevés n'ont pas la même origine dans le secteur public et dans le secteur privé. Dans le secteur public, il s'agit du ticket modérateur de 20% tandis que dans le secteur privé, ce sont les dépassements qui en sont à l'origine. L'analyse présentée montre aussi que, quand un patient acquitte le TM de 20 %, son reste à charge est contenu dans le secteur privé, d'une part parce le TM lui-même est relativement limité et d'autre part parce que peu de dépassements lui sont appliqués. L'écart concernant le TM provient de la différence de spécialisation des deux secteurs mais aussi de la base sur laquelle ce TM est calculé (GHS vs TJP).

S'agissant de la population particulière des personnes en ALD, leur RAC peut être très important, dans le secteur public, en raison de la durée cumulée de leur séjour qui conduit à une somme importante de forfaits journaliers et dans le secteur privé, du fait des dépassements qui leur sont appliqués comme à d'autres patients.

IV. LES QUESTIONS POSÉES PAR CES CONSTATS

Les constats précédents posent un certain nombre de questions d'ordre différent.

1/ FAUT-IL ENVISAGER UNE RÉFORME DE LA PARTICIPATION DES PATIENTS HOSPITALISÉS ?

Les constats précédents montrent que les patients font face à des restes à charge très inégaux quand ils vont à l'hôpital. Insoutenables pour une faible minorité d'entre eux, ces RAC mettent en évidence l'existence de failles dans le système de solidarité entre bien-portants et malades.

L'objet de cette partie n'est pas de revenir sur les dépassements, traités par ailleurs dans le cadre du contrat d'accès aux soins de la médecine de ville et des contrats responsables. Seule la question d'une éventuelle réforme du reste à charge hors dépassement sera abordée ici.

Dans le secteur public et privé sans but lucratif, le ticket modérateur a dépassé 3 300 € en 2010 pour près de 70 000 personnes (1 % des patients hospitalisés dans ce secteur) ; 20 % des patients hospitalisés dans ce secteur paient 95 % de la somme des tickets modérateurs (1,4 Md €).

Cette situation soulève d'abord une question de principe sur l'égalité d'accès aux soins. Le respect du principe constitutionnel selon lequel « la Nation garantit à tous (...) la protection de la santé » est garanti par l'assurance maladie obligatoire qui met en œuvre une solidarité entre bien portants et malades, qui ne prend en considération que la maladie et son coût et non pas une solidarité en fonction du revenu. C'est de cette façon que l'accessibilité des soins est en principe assurée par l'AMO pour tous les malades. La situation constatée actuellement s'écarte manifestement de ce principe.

Certes, l'assurance maladie complémentaire, quasiment généralisée actuellement, prend toujours en charge le ticket modérateur à l'hôpital et en fin de compte, le patient ne paie pas directement ces sommes potentiellement très importantes. Il reste que les assurés financent les prestations qu'ils reçoivent par leurs cotisations et que si les restes à charge laissés par l'AMO ne sont pas maîtrisés, les cotisations des OC seront nécessairement relevées. Par ailleurs, dans certains contrats, le nombre de forfaits journaliers pris en charge est borné. En outre, on peut observer que ce n'est pas à l'assurance maladie complémentaire de pallier les incohérences de la participation laissée au patient par l'AMO sur ses soins hospitaliers.

Par ailleurs, outre les problèmes de principe qu'elle pose, la réglementation de la participation du patient à l'hôpital apparaît excessivement complexe pour au moins 4 raisons :

- l'articulation entre les participations dues au titre des soins et de l'hébergement,
- une référence au coût des soins qui n'est pas tenable sans la mise en place de nombreuses règles d'atténuation,
- des règles d'atténuation qui forment un ensemble composite, se référant au statut du patient ou à la nature des soins ou parfois à leur coût,
- les disparités de montant de TM pour un même acte entre les établissements du secteur privé et ceux du secteur public ou assimilé (ces derniers affichant des TM plus élevés) mais aussi entre les établissements publics qui ont la possibilité de définir le montant du TM, sous certaines conditions et avec l'autorisation de l'ARS.

Au demeurant, cette excessive complexité n'est pas parvenue à éliminer l'existence de reste à charge insoutenables. En fait les règles de participation des patients à l'hôpital, s'apparentant à une « loterie » sont mal adaptées : selon le type de soins nécessaires, impliquant un acte coûteux, diagnostique ou thérapeutique, ou non, la participation du patient sera plafonnée à 18 € pour l'ensemble de son séjour ou correspondra à 20 % du coût des soins, c'est-à-dire un montant toujours beaucoup élevé. Cette incohérence était du reste relevée

par le HCAAM dans son avis du 27 octobre 2005 sur le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base. De plus, même si les données présentées dans cette note ne le montrent pas, les acteurs du domaine estiment que les tarifs journaliers de prestations ont tendance à augmenter significativement, et sont très variables selon l'établissement de santé, bien que leur comparaison soit malaisée²³.

La quasi-totalité des patients est exposée ainsi au risque d'un reste à charge hors dépassement très élevé, à un titre ou à un autre : les personnes en ALD et celles pour qui le TM est plafonné à 18 € (PF18) du fait du coût de l'hébergement si leur durée de séjour cumulée est longue, les personnes prises en charge à 80 % en raison de leur participation au coût des soins (TM de 20 %). Le RAC hors dépassement n'est nul que pour les personnes exonérées des participations aux coûts des soins et à l'hébergement (maternité, AT/MP, pensionnés militaires).

Les règles de la participation des assurés à l'hôpital apparaissent ainsi inadaptées et leur réforme souhaitable.

2/ FAUT-IL SUPPRIMER LES RESTE À CHARGE HORS DEPASSEMENT À L'HÔPITAL ?

En théorie, les co-paiements servent à responsabiliser le patient pour éviter une consommation excessive de soins par rapport à son état de santé. Dans le cas des séjours à l'hôpital, il est peu probable que les patients induisent une surconsommation et sous cet angle, le reste à charge à l'hôpital pourrait être supprimé. La somme des RAC hors dépassement s'élevait en 2010 à environ 2,5 Mds € (2,2 Mds dans le secteur public et un peu moins de 0,4 Md € dans le secteur privé).

Ce constat ne conduit pas à lui seul à écarter une participation des patients car l'assurance maladie n'a jamais fait le choix que les soins soient gratuits, mais ils doivent être accessibles financièrement à tous compte tenu de l'existence de la CMU-C et de l'ACS pour les plus démunis.

En outre, l'instauration d'une gratuité spécifique aux soins hospitaliers apparaît contradictoire avec l'effort de liaison et de cohérence entre la médecine de ville et l'hôpital que le HCAAM appelle de ses vœux, notamment à travers la médecine de parcours.

Si la considération du maintien d'une participation du patient à l'hôpital l'emporte, il faut se demander à quelle référence la rattacher.

3/ SINON, SUR QUELLES BASES ASSEOIR LA PARTICIPATION DES PATIENTS AUX SOINS HOSPITALIERS ?

La question de la référence de la participation du patient se subdivise en plusieurs questions.

a) Faut-il garder deux dispositifs de participation, l'un aux frais de soins, l'autre à ceux d'hébergement ?

Actuellement, comme cela a été noté plus haut, il existe deux dispositifs distincts de participation, chacun s'appliquant à différentes catégories de patients. Si l'on souhaite simplifier le système et mieux le maîtriser, il pourrait être judicieux de supprimer cette distinction et de faire masse de la participation aux soins et à l'hébergement.

Toute réforme devra également tenir compte de la facturation des chambres particulières. S'il s'agit juridiquement d'une prestation facultative, la généralisation de cette prestation et sa prise en compte dans la plupart des contrats d'assurance complémentaire, le cas échéant associée à une négociation tarifaire entre l'OC et certains établissements, incitent à l'inclure dans la réflexion sur la réforme globale de la participation financière du patient à l'hôpital.

b) Faut-il lier la participation du malade au coût des soins ?

²³ L'analyse des factures d'un groupe d'organismes complémentaires montre que les TJP ont augmenté en moyenne d'environ 3 % en 2010 et 2011. En 2012, les tarifs en médecine se situaient entre 550 € et 1 400 €, ceux de chirurgie entre 600 et 1 750 €.

Une participation liée au coût des soins, même si le taux de participation était abaissé laisserait de fortes inégalités en raison de la variabilité de ce coût et ne permettrait donc pas une solidarité satisfaisante entre bien portants et malades. Si cette référence était conservée, il serait nécessaire d'introduire un plafonnement des restes à charge. Mais la mise en place d'un plafonnement rompt le lien entre la participation du patient et le coût des soins, ce qui rend cette solution intrinsèquement contradictoire.

c) Faut-il lier la participation du malade au coût de l'hébergement ?

Le statut des frais d'hébergement est actuellement ambigu car ils peuvent être imputés sur le ticket modérateur de 20 % quand celui-ci est dû. Par ailleurs, si cette solution était adoptée, il serait aussi nécessaire d'introduire un plafond et le raisonnement mené ci-dessus s'appliquerait encore.

d) Faut-il instaurer un forfait ?

On pourrait fixer la participation à un certain montant, sans référence à une grandeur quelconque. Cette solution d'un forfait hospitalier uniforme aurait la particularité de rendre pour le patient la « petite intervention » (ongle incarné par exemple) aussi chère qu'une lourde intervention. Si cette solution apparaissait trop radicale, plusieurs atténuations pourraient être apportées :

- Le forfait pourrait être différent en ambulatoire et en hospitalisation complète.
- Il pourrait être en partie lié à la durée de séjour avec un « coût d'entrée » pour le premier jour et un coût journalier inférieur pour les jours suivants. Ce coût serait sans lien avec le coût de l'hébergement. Dans ce cas, un plafonnement serait nécessaire.

Deux types de plafonnement sont envisageables : par séjour ou par bénéficiaire.

La première solution (plafonnement par séjour) est facile à mettre en place. Mais les personnes les plus malades, faisant plusieurs séjours à l'hôpital dans l'année pourraient encore être exposées à des RAC hors dépassement très élevés. Il serait alors nécessaire de continuer à exonérer les ALD et les invalides.

La deuxième solution (plafonnement par bénéficiaire) serait préférable mais plus délicate à mettre en place car elle nécessiterait de connaître le parcours hospitalier du patient au moment de sa prise en charge. De plus, si la personne est hospitalisée la deuxième fois dans un hôpital différent, des mesures de compensation entre hôpitaux seraient probablement nécessaires. Il faut noter que l'Allemagne a choisi ce type de plafonnement.

Si cette solution était retenue, il pourrait être envisageable de supprimer les exonérations des personnes les plus malades car tous les patients seraient à l'abri de RAC excessifs.

L'hypothèse d'un plafonnement en fonction du revenu n'a pas été retenue.

Dans le cadre d'une réflexion générale, les exonérations liées à la maternité et aux AT/MP doivent être considérées.

Faute de données, la présente analyse ne traite pas du reste à charge des patients issu de la facturation des chambres individuelles. Or, il s'agit de montants non négligeables (selon l'ATIH près de 400M € en 2011 dans le secteur public et assimilé et 1 à 1,5 Md € dans le secteur privé à but lucratif selon la FHP). Pour fonder la réflexion il serait nécessaire de disposer d'une étude sur la dispersion du RAC cumulé des patients pour les chambres individuelles et pour chacun des secteurs

4/ QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES ENVISAGEABLES ?

Les conséquences d'une telle réforme, outre son impact sur l'ensemble des patients, sont de trois ordres : sur les finances publiques, sur les établissements de santé et dans une moindre mesure sur les organismes complémentaires.

a) Comment financer cette réforme ?

De façon à ne pas alourdir le déficit de l'assurance maladie, il est nécessaire que cette réforme soit « gagée ». Deux solutions sont envisageables : faut-il réaménager la participation du patient de telle sorte que la somme des participations futures soit égale à la somme reçue actuellement par les hôpitaux (publics et privés) ? ou bien peut-on envisager que cette réforme se fasse à coût constant au sein de l'AMO, ce qui signifie mieux rembourser les soins hospitaliers en moyenne et moins bien rembourser certains soins de ville ?

b) Quelles seraient les conséquences sur le financement des établissements de santé ?

La modification des règles de participation du patient aux soins hospitaliers ne changera pas les recettes des hôpitaux du secteur privé puisque, si on met à part les dépassements qui sont directement versés aux médecins, les cliniques perçoivent le GHS quelle que soit la participation du patient. Seule la répartition de ce montant entre l'assurance maladie obligatoire et le patient (avant prise en charge par l'assurance complémentaire) serait modifiée : en effet, le patient paie le RAC et l'AMO rembourse le montant du GHS diminué de ce RAC.

En revanche, une évolution de ces règles toucherait les ressources des hôpitaux publics et privés sans but lucratif. La réforme pourrait être paramétrée de telle sorte que globalement le secteur perçoive après la réforme le même montant qu'avant la réforme. Mais on assisterait nécessairement à une redistribution des ressources entre les hôpitaux de ce secteur : ceux dont les ressources proviennent actuellement plus du TM verraient leurs ressources diminuer au profit des structures moins financées par les patients. La réforme consisterait certes à corriger une anomalie (pourquoi certains établissements seraient-ils davantage financés par les patients que d'autres, sans que la prise en charge par l'AMO soit modifiée en conséquence ?) mais une période de transition serait nécessaire pour s'adapter au nouveau système. Pour l'avenir, la suppression de la référence au TJP conduirait à maîtriser la source de financement que constitue le RAC des patients pour certains hôpitaux, qui disposent ainsi d'un levier de financement spécifique.

c) Quelles sont les conséquences sur les organismes complémentaires ?

Une telle réforme de la participation des patients aux soins hospitaliers aurait enfin des conséquences sur l'activité des organismes complémentaires. Actuellement le risque est très variable : il dépend de la probabilité que l'assuré soit hospitalisé et de celle d'avoir un reste à charge très élevé.

Une réforme qui réduirait la variabilité du risque, même à risque global inchangé (la somme des RAC hospitaliers sur l'ensemble des assurés pourrait être identique mais répartie de façon plus homogène) pourrait diminuer l'incitation des patients potentiels à souscrire une assurance. De plus, l'évolution de ce risque serait vraisemblablement maîtrisée par une réforme qui supprimerait la référence aux TJP.

DEUXIEME PARTIE :

Les logiques de solidarité des assurances maladie

DEUXIEME PARTIE

Les principes de solidarité de l'assurance maladie

Note du HCAAM

Le HCAAM a engagé dès 2004 une réflexion sur les principes de solidarité de l'assurance maladie (en matière de prestations en nature), qu'il a poursuivie jusqu'à cette année 2012. Ces travaux se sont traduits récemment dans l'avis de janvier 2011 sur « *L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ?* », le rapport annuel de la même année et l'avis du 22 mars 2012 « *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM* ».

La présente note est essentiellement une reprise de ces publications, complétées par les deux avis de 2005 (février et octobre) sur la protection sociale complémentaire et par les observations des rapports annuels de 2006 et 2008. Elle est illustrée en outre par des données factuelles.

Les principes de solidarité relatifs aux prestations en espèces de l'assurance maladie ainsi qu'à l'invalidité ne seront pas analysés ici. Ces thèmes ont fait l'objet de travaux du HCAAM en février et en juillet 2008. En soulignant l'inégalité de la protection selon les situations professionnelles, le Haut conseil a mis l'accent sur la nécessité de travaux complémentaires pour approfondir l'analyse des situations et émettre des préconisations documentées.

Cette note, consacrée aux principes de solidarité, ne traite pas de l'architecture du système actuel caractérisée par la coexistence de financements provenant des assurances obligatoire et complémentaire ainsi que des ménages. Elle n'aborde pas non plus sa complexité, ses coûts, les voies d'amélioration et notamment la recherche d'une meilleure cohérence, sur lesquels le HCAAM s'est déjà exprimé et sur lesquels il reviendra.

*
* *

Du principe constitutionnel de la protection de la santé à sa mise en œuvre : l'égal accès aux soins pour tous

Comme le note le HCAAM dans son rapport de janvier 2011 (pp. 67 et suivantes), le droit à la protection de la santé est un objectif constitutionnel reconnu de longue date par le Conseil constitutionnel, qui se fonde sur le 11^{ème} alinéa du préambule de la Constitution de 1946 : « *La Nation garantit à tous, et notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ».

Il s'agit d'une garantie de la protection de la santé pour tous, c'est-à-dire quelles que soient les caractéristiques des personnes, leur âge, leur niveau de revenu ou d'éducation, leur lieu de résidence sur le territoire.

Cette garantie de la protection de la santé implique un égal accès aux soins qui nécessite à son tour que les soins soient accessibles financièrement : afin de suivre l'atteinte de cet objectif essentiel, dans lequel les procédures de remboursement (tiers-payant) jouent également un rôle, le HCAAM a adopté en 2011 des indicateurs d'accessibilité financière du système de soins.

Mais l'accessibilité des soins n'est à l'évidence pas une question uniquement financière. Le HCAAM a insisté sur l'importance d'un recours efficient au système de soins par l'organisation :

- d'une répartition adaptée des soins sur l'ensemble du territoire, évitant des délais d'attente excessifs,
- d'un parcours adéquat pour les malades, en particulier les personnes âgées,
- d'un haut niveau de qualité.

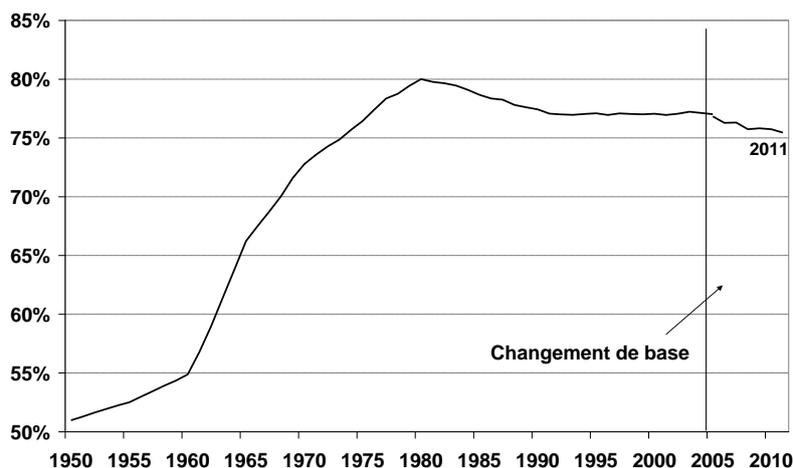
En outre, l'égal accès aux soins n'est pas à lui seul suffisant pour garantir la protection de la santé. Cette dernière comporte également une dimension de santé publique qui peut servir de fondement à des obligations (dépistage, vaccinations par exemple). Elle dépend aussi d'autres politiques publiques susceptibles tout à la fois d'améliorer l'état de santé de la population mais aussi de lever les difficultés pratiques, culturelles ou sociologiques d'accès aux soins : il en est ainsi de l'éducation, du logement, des conditions de travail, de l'environnement etc.

La présente note évoquera le seul accès financier aux soins.

Le système de couverture maladie, chargé d'assurer l'accès financier aux soins, est organisé en deux niveaux, aux principes de solidarité différents : d'une part celui des régimes de base, obligatoire et le plus puissant en termes de prise en charge, d'autre part celui des régimes complémentaires, largement diffusé à défaut d'être obligatoire. Des dispositifs ont progressivement été mis en place, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS), pour élargir la couverture complémentaire aux personnes ayant de bas revenus.

Après une période de montée en charge depuis la création de la Sécurité sociale jusqu'au début des années 1980, la part des dépenses prises en charge par les régimes de base s'est légèrement réduite. En contrepartie, la part des régimes complémentaires et celle des ménages se sont accrues.

Financement par la Sécurité Sociale de la CSBM



Source : DREES, comptes de la santé 2011

En 2011, les régimes de base financent 75,5 % des dépenses de soins (CSBM : consommation de soins et biens médicaux), la CMU-C et l'ACS 1% environ, les organismes complémentaires (hors CMU-C et ACS) 13,7 % : les ménages prennent en charge directement le solde, soit 9,6 %.

Structure de financement de la CSBM (en %)

	2005	2010	2011
Sécurité sociale	76,8%	75,8 %	75,5 %
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,2%	1,2 %	1,2 %
Organismes complémentaires	13,0%	13,5 %	13,7 %
Ménages	9,0%	9,6 %	9,6 %

Source : DREES, comptes de la santé 2011

I Dans les régimes de base, l'accessibilité financière doit être atteinte par un mécanisme de solidarité entre bien portants et malades

Comme l'indiquait le HCAAM dès son premier rapport (2004) et depuis lors à plusieurs reprises, « *le principe sur lequel repose, en France, l'assurance maladie, consiste à garantir l'égalité d'accessibilité financière des soins par le moyen prioritaire d'une solidarité entre bien portants et malades* » (avis du 27 janvier 2011 « sur l'accessibilité financière des soins : comment la mesurer »).

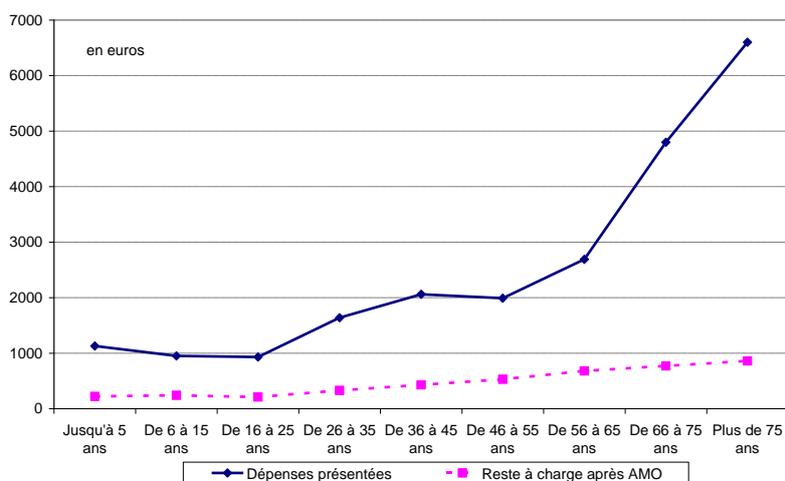
Le principe de solidarité entre bien portants et malades est mis en œuvre par une accessibilité financière des prestations en nature, financées elles mêmes par des recettes obligatoires.

- **Des prestations versées exclusivement en fonction du coût du traitement de la maladie, indépendamment du niveau de revenu de l'assuré.** Il s'agit d'aider les malades parce qu'ils sont malades et pour couvrir leurs frais de soins et non d'aider ceux des malades qui ne parviennent pas à couvrir leurs frais.
 - Des prestations universelles ...

Ces prestations en nature sont **universelles** en cela qu'elles couvrent l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie et sont versées en fonction des frais entraînés par la maladie, indépendamment du revenu de la personne. Elles mettent en jeu une solidarité « horizontale » entre les assurés.

Le graphique suivant met en évidence cette solidarité entre bien portants et malades. Les personnes âgées, qui sont plus malades que les autres, ont des dépenses présentées à l'assurance maladie obligatoire beaucoup plus importantes que les personnes plus jeunes. Après remboursement de la part de l'assurance maladie obligatoire, ce qui reste à leur charge, même s'il reste supérieur au reste à charge (RAC) des autres tranches d'âge, est très fortement réduit.

Dépense présentée au remboursement et RAC après AMO des ménages par tranches d'âge 2008



Source : DREES, Comptes de la santé, 2010, microsimulation
Rapport annuel du HCAAM de 2011

Si les remboursements de soins ne sont pas par principe liés aux revenus des assurés, ils sont de fait légèrement plus élevés pour les ménages modestes, principalement parce que leur état de santé est plus dégradé²⁴ ainsi que le montrent les rapports annuels du HCAAM pour 2011 et 2012.

L'extension du champ des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire a été progressive pour couvrir, après les salariés, l'ensemble des catégories professionnelles (exploitants agricoles -1961-, travailleurs indépendants non agricoles -1966-) ou des situations familiales ou professionnelles (ayants droits notamment en cas de divorce, chômeurs). Après l'assurance personnelle (1978), la couverture maladie universelle (1999) a enfin visé une protection universelle contre le risque maladie pour les résidents français et les étrangers en situation régulière. Fin 2011, elle concernait 2,2 millions de personnes.

○ Mais qui ne couvrent pas toute la dépense de soins.

Dire que la solidarité entre les biens portants et les malades porte sur les frais occasionnés par la maladie pourrait laisser penser que les soins doivent être gratuits. Or ce n'est pas le cas et cela ne l'a jamais été.

Ce point est fondamental : la solidarité de l'assurance maladie obligatoire entre bien portants et malades est une solidarité face aux frais de la maladie pour que ceux-ci ne soient pas un obstacle à se soigner. Elle peut donc s'accompagner d'un certain niveau de frais tant qu'ils ne sont pas à l'origine d'un renoncement à des soins nécessaires (avis de janvier 2011). Le reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire ne doit pas être trop élevé pour certaines personnes, notamment celles ayant de bas revenus.

²⁴ Les hommes ouvriers ont 3,3 fois plus de risque de déclarer une santé altérée que les hommes cadres. Ce risque relatif est 4,4 pour les femmes (InVS-BEH du 8 mars 2011).

C'est pourquoi le système de solidarité entre bien portants et malades est complété, depuis l'origine, par une mutualisation assurantielle, dont les règles sont distinctes. Des systèmes de prise en charge en faveur des bas revenus, financés par les prélèvements obligatoires, ont cherché à lever les difficultés d'accès à cette couverture complémentaire (cf. infra II).

- **Des prélèvements obligatoires recouverts indépendamment de l'état de santé des assurés.**

Il s'agit d'une exigence « négative » puisqu'elle indique (uniquement) ce qu'il faut éviter. Elle entraîne que des personnes à faible risque financent des soins prodigués à des personnes à fort risque. C'est pourquoi l'assurance maladie de base, fondée sur la solidarité entre bien portants et malades, doit être obligatoire.

En vertu du principe général du financement des politiques publiques, qui découle de la règle constitutionnelle de l'égalité devant les charges publiques (article 13 de la déclaration de 1789, chacun doit contribuer aux charges publiques en fonction de ses « facultés »), les ressources du système sont globalement modulées en fonction du revenu. Ce système instaure une solidarité « verticale » entre les assurés disposant de hauts revenus et ceux ayant de faibles revenus.

L'extension du champ des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire et la croissance des dépenses ont conduit à élargir progressivement son mode de financement.

Les prélèvements obligatoires opérés au bénéfice de l'assurance maladie obligatoire, établis primitivement sur des cotisations sociales plafonnées dans la logique de régimes professionnels, ont été étendus (déplafonnement des cotisations sociales patronales achevé en 1984) et diversifiés : affectation d'une partie de la CSG²⁵ et de recettes fiscales (impôts et taxes²⁶).

Taux effectifs en % du salaire brut dans les entreprises de plus de 20 salariés

	1980	2012
Cotisations sociales patronales ·plafonnées	8,95	-
·déplafonnées	4,50	12,80
Cotisations sociales salariées Déplafonnées	5,50	0,75
CSG	-	7,37
CRDS	-	0,49

Source : DSS pour le HCFiPS

²⁵ La CSG a une assiette est plus large que celle des cotisations sociales et se substitue en 1998 à la majeure partie des cotisations sociales salariés.

²⁶ Notamment, droits de consommation sur les tabacs et alcools, contribution sur les publicités pharmaceutiques en 1982-1983, taxe spécifique sur les jeux en 1997, contribution sur le chiffre d'affaires de certains laboratoires créée en 1999 et élargie en 2004, contribution additionnelle à la C3S en 2004, diverses affectations de la TVA (sur les grossistes en produits pharmaceutiques, les fournisseurs de tabac en 2006-2007, les producteurs d'alcool et les producteurs de biens médicaux...), contribution sociale sur les bénéfiques, fraction de la taxe sur les véhicules de société en 2008.

- Aujourd'hui, les ressources des régimes de base sont essentiellement de trois types²⁷ :
- les cotisations sociales (79 Mds € soit 46% en 2011),
 - la contribution sociale généralisée (61 Mds € soit 35 % y compris CRDS),
 - les impôts et taxes (24 Mds € soit 14 %).

Compte tenu des allègements de charge sur les bas salaires et des taux de CSG différenciés selon la nature du revenu, le financement de l'assurance maladie obligatoire est progressif : son poids dans le revenu disponible des ménages augmente avec leur niveau de vie.

Au total, le mécanisme de solidarité des régimes obligatoires d'assurance maladie a pour **objet** d'installer entre les assurés une solidarité horizontale entre bien portants et malades qui va avoir, par le jeu des prélèvements assis sur les revenus, des **effets** de solidarité verticale, entre hauts et bas revenus. Selon la DREES²⁸, l'assurance maladie obligatoire permet de diminuer les inégalités de niveau de vie de près de 19 % (quatre cinquièmes proviennent du mode de financement et un cinquième des prestations). Ce double effet de redistribution peut être résumé par l'expression « *De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins* ».

Cependant, les ressources de l'assurance maladie ne suffisent pas à financer l'ensemble des prestations : la branche maladie est en déficit depuis la fin des années 1980. La dette ainsi accumulée correspond à un report sur les générations futures. Le HCAAM s'est toujours prononcé pour une gestion à l'équilibre des recettes et des dépenses de l'assurance maladie. Il considère que « *c'est une question de bonne gestion, mais aussi une question de sens de notre projet commun de solidarité : ce sont les bien portants d'aujourd'hui qui doivent être solidaires des malades d'aujourd'hui* » (avis du 22 mars 2012).

II L'assurance maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) introduisent de façon subsidiaire un mécanisme de solidarité publique entre hauts et bas revenus

La solidarité publique entre hauts et bas revenus est assurée par plusieurs dispositifs : au-delà de l'action sanitaire et sociale des branches maladie des différents régimes et de l'aide médicale de l'Etat, la CMU-C et l'ACS, créées plus récemment, sont les plus importants. Le « *progrès caractérisé* » représenté par l'accès à une couverture complémentaire pour les plus modestes a été souligné par le HCAAM (avis du 24 janvier 2005).

La CMU-C, créée en 1999, est une assurance maladie complémentaire fournie gratuitement aux personnes ayant de très faibles revenus. Ces revenus, qui ne prennent pas en compte pas les aides au logement, sont sensiblement inférieurs au seuil de pauvreté (pour une personne seule, le plafond de revenu de la CMU-C était en 2010 de 634 € pour un seuil de pauvreté à la même date de 964 €).

La couverture complémentaire offerte par la CMU-C prend en charge le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier ainsi que des forfaits de dépassement pour les lunettes, les prothèses dentaires, les dispositifs médicaux et les audioprothèses. Les bénéficiaires de la CMU-C sont exonérés de la participation forfaitaire et des franchises médicales.

²⁷ PLFSS pour 2013.

²⁸ Etudes et résultats, DREES, n° 815, octobre 2012. Ce chiffre est à prendre avec précaution, car il découle des choix méthodologiques retenus. Des travaux sont en cours à la DREES, pour évaluer dans quelle mesure d'autres méthodes pourraient conduire à des résultats légèrement différents.

De plus, les professionnels de santé ont l'obligation de prendre en charge les bénéficiaires de la CMU-C au tarif opposable. En conséquence, leurs dépenses de soins peuvent être prises en charge à 100%, y compris pour l'optique et les prothèses dentaires et auditives.

L'aide à la complémentaire santé (ACS), mise en place en 2005, consiste en une aide financière, pour les personnes dont les revenus sont inférieurs au seuil de la CMU-C augmenté de 35 % (874 € pour une personne seule), au paiement de l'assurance complémentaire qu'ils choisissent. Les contrats doivent néanmoins respecter les règles des contrats « responsables »²⁹.

Ces prestations complémentaires sont financées pour l'essentiel par une taxe³⁰ à laquelle sont assujettis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé (6,27 % du montant des primes ou cotisations hors taxe). La loi de finances et la LFSS pour 2013 réaffectent au profit du fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire une fraction du produit des droits de consommation sur les tabacs et du produit de la taxe sur les boissons à sucre ajouté ou contenant des édulcorants.

Ainsi, la protection complémentaire santé des personnes les plus pauvres est financée par ceux qui souscrivent une assurance complémentaire, individuelle ou collective dont les bénéficiaires de l'ACS.

Fin 2011, on comptait 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU-C (contre 3,8 millions en janvier 2001). Actuellement, près de 800 000 personnes bénéficient de l'ACS, ce qui est inférieur au potentiel de bénéficiaires estimé.

En 2011, le coût de la CMU-C et de l'ACS est d'environ 2 Mds € contre environ 1 Md € en 2000.

²⁹ Les contrats responsables, mis en place par la réforme de l'assurance maladie de 2004, ne doivent pas rembourser les différentes franchises médicales ainsi que les majorations de ticket modérateur et dépassements appliqués pour cause de non respect du parcours de soin. Ils prennent en charge le ticket modérateur pour les soins du médecin traitant ou correspondant et une fraction du ticket modérateur pour les médicaments remboursés à 65 % et les actes de biologie. Les contrats responsables supportent une taxe de 7 % contre 9 % pour les autres contrats.

³⁰ La taxe a succédé en 2011 à une contribution mise en place en 1999 assise sur le chiffre d'affaires santé dont le taux a été relevé à plusieurs reprises.

III L'assurance maladie complémentaire assure une mutualisation partielle du risque

Près de 95 % de la population est couvert par une assurance complémentaire (y compris CMU-C et ACS). Cette part a beaucoup progressé au cours des trente dernières années : elle n'était en effet que de 69 % en 1980. La CMU-C a permis un élargissement sensible de la couverture complémentaire au début des années 2000.

	1980	1990	2000	2010
Part de la population couverte par une assurance complémentaire	69 %	83 %	90,7 %	94,7 %
dont CMU-C	-	-	5,0 %	5,2 %
dont autres couvertures	69 %	83 %	85,7 %	89,5 %

Source IRDES, enquête SPS

Comme l'indique le HCAAM, dans son rapport de janvier 2011, la mutualisation assurancielle, qui introduit une forme de solidarité entre souscripteurs, se fonde sur des règles différentes de celles de l'AMO :

- les prélèvements sont assis sur le risque que présente l'assuré, ainsi que sur le niveau de garantie qu'il souhaite souscrire ;
- les prestations sont fonction du coût du « sinistre », donc du coût objectif de la maladie, et du niveau de garantie souscrit ;
- il existe une liberté de s'assurer, soit au niveau individuel pour l'assurance individuelle, soit au niveau de l'entreprise pour la souscription d'un contrat collectif.

En théorie, sur un marché concurrentiel, la logique de tarification au risque est difficilement contournable. Or elle se distingue radicalement de celle de l'assurance maladie obligatoire. Elle met en place des cotisations forfaitaires ne variant pas avec le revenu (alors que la cotisation des régimes de base est fonction des revenus). Elle prend le plus souvent en compte l'âge (à la différence des régimes de base). Elle varie avec le nombre de personnes protégées (alors que la cotisation des régimes de base en est indépendante).

La réalité est plus complexe. D'une part, la loi intervient pour réguler le marché des assurances complémentaires. D'autre part, certains contrats de mutuelles, notamment dans la fonction publique (et certains contrats collectifs) tiennent compte du revenu.

Le type de mutualisation le plus fréquent aboutit, tout comme pour l'AMO, à ce que les personnes en bonne santé paient pour les personnes malades (les « non sinistrés » paient pour ceux qui connaissent le « sinistre » de la maladie). Mais, ce mécanisme de « solidarité entre bien portants et malades » ne s'exerce qu'au sein d'une même classe de risque. Le système mutualise *l'aléa dans la survenance* de la maladie, mais n'assure pas de solidarité face à *l'inégalité devant le risque* de maladie. Les assurances complémentaires mettent donc en œuvre une forme de solidarité entre souscripteurs, à niveau de risques donné.

En théorie chacun souscrit en fonction du niveau de risque qu'il perçoit pour lui-même, l'assurance n'étant pas obligatoire : un assuré qui aurait la conviction qu'il paie davantage de

primes que son risque devrait en principe (sélection adverse) résilier son contrat ou le négocier à la baisse ; réciproquement, une personne qui estimerait son risque plus élevé que le montant de la prime devrait s'assurer. Cependant, dans les faits, si la demande de complémentaire santé peut s'expliquer par un arbitrage rationnel, c'est avant tout un choix fortement contraint par le revenu.

Trois types d'opérateurs se partagent le marché de la complémentaire santé : les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance (IP). Les contrats complémentaires peuvent être souscrits à titre individuel, ou dans le cadre d'accords d'entreprise, voire de branche.

Les mutuelles couvrent un peu plus de la moitié des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire santé. Elles sont davantage présentes sur le marché de l'individuel que sur celui du collectif. Les sociétés d'assurance couvrent le quart des bénéficiaires d'une complémentaire santé. Elles sont le deuxième acteur sur le marché de l'individuel et le troisième sur celui du collectif. Les institutions de prévoyance, enfin, couvrent 21 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé. Quasi-absentes du marché de l'individuel, elles sont le premier acteur sur le marché du collectif.

Tous types d'opérateurs confondus, 56 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire font l'objet d'une garantie individuelle et 44 % d'une garantie collective.

TABLEAU 1

Répartition des personnes couvertes par type d'organisme

	Individuel	Collectif	Total
Mutuelles	69,8	38,5	55,9
Institutions de prévoyance	3,9	41,4	20,5
Assurances	26,3	20,2	23,6
Total	100,0	100,0	100,0

Lecture • 69,8 % des bénéficiaires d'un contrat individuel sont couverts par une mutuelle.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé, année 2009.

Au sein des contrats complémentaires, les contrats collectifs assurent un degré élevé de mutualisation au sein de l'entreprise privée ou de la branche³¹. La signature récente de l'accord national interprofessionnel vise à généraliser à l'ensemble des salariés la couverture complémentaire santé : il conviendra d'en évaluer les effets.

La puissance publique intervient pour favoriser l'accès à ces contrats par le biais d'aides fiscales et sociales, comme l'a noté le HCAAM dans ses deux avis de 2005 sur la protection sociale complémentaire (avis de février 2005 puis avis d'octobre 2005). Le coût total estimé de ces aides se situe dans une fourchette allant de près d'un milliard d'euros à environ trois Mds €³² selon le périmètre des prélèvements exemptés et les méthodes d'évaluation utilisées.

³¹ Parmi les assurés des contrats collectifs, figurent des salariés modestes qui à défaut bénéficieraient de l'ACS.

³² Estimations de la DSS pour la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 et de la Cour des Comptes, rapport annuel sur la Sécurité sociale 2011.

De plus, le niveau des cotisations et primes est, toutes choses égales par ailleurs, plus bas que sur le marché des couvertures individuelles pour plusieurs raisons :

- comme les personnes d'âge actif sont globalement en meilleure santé que l'ensemble de la population, la mutualisation au sein des contrats collectifs s'opère au sein d'une population présentant un niveau de risque globalement plus faible que la moyenne.
- l'obligation d'adhésion évite le risque d'anti-sélection.
- le pouvoir de négocier des entreprises (ou de leurs comités d'entreprise) permet de s'assurer pour un coût plus faible.

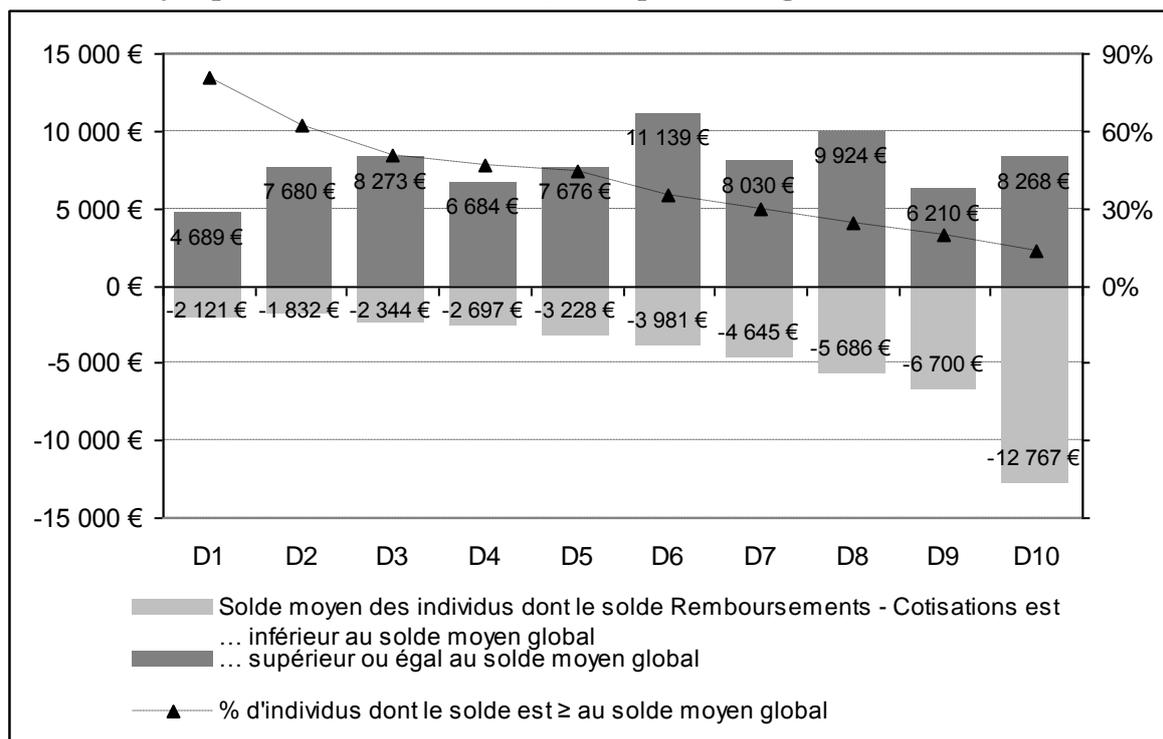
De ce fait, des salariés et leurs familles peuvent accéder à des garanties relativement élevées à un coût relativement modéré.

Dans son avis d'octobre 2005 sur la protection sociale complémentaire, le HCAAM notait que les conditions d'acquisition et la logique des couvertures complémentaires conduisent à des différences sensibles dans le taux d'effort que les ménages doivent assumer pour acquérir une couverture maladie complémentaire. Les ménages non couverts par des accords collectifs de prévoyance (inactifs, fonctionnaires, salariés non couverts, notamment des petites entreprises, et professions indépendantes) supportent des taux d'effort nettement plus élevés. Notamment, le statut au regard de l'emploi devient un déterminant majeur de la couverture maladie.

*
* *

Au total, par les effets combinés de la redistribution de l'AMO et de l'AMC, les ménages les plus pauvres (premier décile de niveau de vie) perçoivent des prestations des assurances obligatoires et complémentaires supérieures à leurs versements. C'est l'inverse pour les ménages les plus aisés (dernier décile de niveau de vie) : leurs versements aux assurances obligatoires et complémentaires sont en moyenne supérieurs aux prestations qu'ils reçoivent. Toutefois, ce constat recouvre des situations variables : environ 20 % des ménages les plus pauvres ont des versements aux assurances obligatoires et complémentaires supérieurs aux prestations qu'ils reçoivent car ils sont peu malades ; 15 % des ménages les plus riches perçoivent davantage de prestations qu'ils ne paient de prélèvements, en raison du coût de leur maladie. Ces cas illustrent l'application du principe de solidarité entre bien-portants et malades.

Solde moyen par décile de niveau de vie, selon que le ménage est « bénéficiaire » ou non



Source : Drees, microsimulation Ines-Omar, 2008, Rapport annuel du HCAAM 2011

Champ : ménages ordinaires, France métropolitaine.

Note de lecture : le solde présenté ici est la différence entre les remboursements AMO et AMC et les cotisations AMO et AMC. Le solde moyen global calculé sur l'ensemble des ménages vaut -326€. Nous appelons « bénéficiaires » les ménages dont le solde est supérieur à ce solde moyen. Ainsi, 81% des ménages du 1^{er} décile de niveau de vie perçoivent des prestations AMO et AMC supérieures à leurs cotisations AMO et AMC (ou au moins inférieures de moins de 326€ à leurs cotisations) : leur solde moyen est de 4689€. Seuls 20% des ménages de ce même décile versent des cotisations annuelles supérieures aux prestations qu'ils reçoivent de plus de 326€ : leur solde moyen s'établit à -2121€.

Note sur le barème des déciles de niveau de vie des ménages (UC Insee) : D1 ≤ 10754€, D2 ≤ 13262€, D3 ≤ 15248€, D4 ≤ 17061€, D5 ≤ 19168€, D6 ≤ 21530€, D7 ≤ 24402€, D8 ≤ 28515€, D9 ≤ 35985€ et D10 > 35985€.

L'assurance maladie obligatoire joue un rôle redistributif important entre les hauts et les bas revenus, du fait essentiellement de son mode de financement. L'assurance maladie complémentaire, qui contribue à l'accès aux soins, a très peu d'impact sur la réduction des inégalités de niveau de vie selon l'étude déjà citée de la DREES et ces effets transitent uniquement par la CMU-C et l'ACS.

DEUXIEME PARTIE

La généralisation de la couverture complémentaire en santé

Avis du HCAAM

L'assurance complémentaire en santé couvre une partie de la dépense de soins et de biens médicaux non remboursée par l'assurance maladie obligatoire (AMO) qui finance, quant à elle, les trois quarts des dépenses de santé : elle permet donc de réduire les restes à charge (RAC) des assurés. En effet, la solidarité entre les bien-portants et les malades, organisée par l'AMO, ne s'est jamais traduite par la gratuité des soins. La mise en œuvre de cette solidarité n'est donc pas incompatible avec un certain niveau de frais, tant que ce RAC n'est pas à l'origine d'un renoncement à des soins nécessaires.

C'est pourquoi le système de solidarité entre bien-portants et malades, qui assure une même protection pour tous, est complété, depuis l'origine, par une mutualisation assurantielle aux règles de financement et de prise en charge distinctes.

Par ses principes de fonctionnement et les effets qu'elle produit, cette assurance ne peut jouer le même rôle que le socle obligatoire. Fondée sur la liberté contractuelle, l'assurance est souscrite individuellement ou collectivement (contrats collectifs d'entreprise) et est variable dans ses garanties selon les besoins ou les contraintes financières de chacun. Toutefois, son financement par une cotisation (ou prime) des ménages peut être pris en charge totalement ou partiellement par les employeurs et/ou des aides publiques, sociales et fiscales.

Dans le cadre de son programme de travail et sur saisine ministérielle, le HCAAM a examiné les enjeux de la généralisation de la complémentaire en santé à l'horizon 2017, qui constitue un objectif présidentiel et l'un des trois piliers de la stratégie nationale de santé.

Tout d'abord le Haut conseil relève que la question de la généralisation se pose en raison des montants fortement accrus pris en charge par les complémentaires (CMU-C prise en charge par les régimes de base non comprise) : 24,6 Mds € en 2011 (13,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux - CSBM), au lieu de 14,2 Mds € en 2000 (12,4 %). Ce taux recouvre un engagement plus important sur certains segments de soins de ville (optique, prothèses dentaires, audioprothèses), où l'AMC devient même majoritaire. Ces segments concernent une large partie de la population.

Ce poids croissant s'explique principalement par la large diffusion de la couverture complémentaire dans la population : le pourcentage de la population couverte est passé d'environ 84 % dans les années 1990 à 96 % en 2010, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), pour les plus modestes, ayant à partir de 1999 participé pour 5 points à ce mouvement.

Cette augmentation de la part de l'AMC résulte par ailleurs de trois facteurs qui sont, en miroir, à l'origine d'un recul modéré de la part de l'AMO sur la période :

- la liberté tarifaire pour des produits ou prestations dont les prix ne sont pas encadrés par les tarifs opposables de l'AMO (dépassements d'honoraires, optique, prothèses dentaires, audioprothèses),
- le déplacement de la structure de la consommation des ménages vers des biens et services médicaux moins bien remboursés par les régimes obligatoires (optique, prothèses dentaires, audioprothèses),

- les différentes mesures qui ont, depuis 10 ans, entraîné une baisse des taux de remboursement des régimes de base (hausse des forfaits journaliers hospitaliers et du ticket modérateur, en particulier les tarifs journaliers de prestations dans les hôpitaux publics et privés sans but lucratif participant au service public hospitalier).

Un recul plus marqué de la prise en charge de l'AMO est en partie masqué par l'augmentation des dépenses des personnes en ALD, plus nombreuses et mieux remboursées.

Le HCAAM estime que cette évolution ne remet pas en cause jusqu'ici les fondements de la protection sociale obligatoire de solidarité des bien-portants envers les malades mais doit cependant être observée avec vigilance. En particulier, certaines situations « extrêmes » de restes à charge, analysées dans plusieurs rapports récents du HCAAM, sont susceptibles de porter atteinte au principe de solidarité envers les plus malades et les plus démunis. En outre, si des transferts de dépenses plus massifs de l'AMO vers l'AMC étaient décidés à l'avenir, ils pourraient affecter la protection sociale obligatoire dans ses fondements, en créant des inégalités d'accès aux soins que les pouvoirs publics s'efforceraient ensuite de corriger ; par ailleurs, ils ne résoudraient pas non plus le problème de la soutenabilité à long terme de l'AMO. C'est pourquoi le Haut conseil affirme à nouveau que le maintien d'une protection sociale maladie obligatoire de qualité, fondée sur la solidarité, est primordial. Il implique notamment, comme le HCAAM l'a rappelé dans son avis de mars 2012, la mobilisation des nombreux gisements d'efficience du système.

Dans le système actuel, la généralisation de la complémentaire en santé apparaît comme un élément important de l'accès aux soins, notamment pour les ménages les plus modestes et sur des segments moins bien remboursés par l'AMO.

Le HCAAM a inscrit ses réflexions dans le cadre existant, où les pouvoirs publics incitent mais n'obligent pas à se couvrir par une assurance complémentaire. En outre, il a tenu compte du contexte économique difficile pour les ménages et les entreprises, de la nécessaire maîtrise des finances publiques et du déficit de l'assurance maladie obligatoire.

Pour le HCAAM, la généralisation de la complémentaire santé pose cinq questions majeures.

- Quelle population doit-on couvrir encore ?
- Quelle couverture doit-on généraliser ? Faut-il un panier de soins uniforme pour l'ensemble de la population ?
- Qui l'État doit-il aider prioritairement ?
- Faut-il renforcer les principes de solidarité de tous les contrats complémentaires ?
- Quel rôle faut-il donner aux complémentaires dans la régulation des dépenses de santé ? Les complémentaires peuvent-elles limiter plus efficacement les RAC dans les secteurs de soins à liberté tarifaire ?

1. Quelle population doit-on couvrir encore ?

Le HCAAM relève que seule une petite frange de la population (4 % soit à peu près 2,5 millions de personnes) ne dispose pas de complémentaire santé. Un peu plus d'un million de personnes, soit près de la moitié, déclare ne pas avoir les moyens d'en souscrire. Les autres, par exemple certains jeunes adultes ou des personnes exonérées de ticket modérateur, ne souhaitent pas être couvertes, estimant ne pas en avoir besoin.

Au total, le Haut conseil considère que la protection complémentaire est généralisée à l'exception d'une faible partie de la population (environ 2 % soit un peu plus d'un million de

personnes) qui n'y souscrit pas pour des raisons financières. Il note cependant que cette situation favorable pourrait ne pas perdurer si dans l'avenir les primes devaient croître fortement. C'est prioritairement à l'inclusion des personnes plus modestes que devra aboutir la généralisation complète.

Une partie d'entre elles devrait bénéficier de la généralisation de la couverture collective professionnelle prévue par l'ANI du 11 janvier 2013 et la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Pour le HCAAM, l'obligation de couverture complémentaire en santé de l'ensemble des entreprises constitue un progrès : 4,4 millions de salariés supplémentaires devraient être concernés, dont 400 000 ne disposent d'aucune couverture individuelle. Ce dispositif (qui ne concerne pas les fonctionnaires) permettra une plus large mutualisation, un financement facilité par l'aide des employeurs et l'accès, au total, à des garanties mieux négociées avec les assureurs. De plus, il organise une portabilité effective de 12 mois pour les chômeurs.

Le Haut conseil observe que la généralisation va concerner notamment les salariés des plus petites entreprises, qui, jusqu'à présent, proposent moins souvent de couverture complémentaire collective. Selon certains, la censure des clauses de désignation par le Conseil constitutionnel crée néanmoins une incertitude sur la mise en œuvre de la généralisation : son coût, l'étendue de la mutualisation solidaire et le pilotage des régimes. Il serait nécessaire que les opérateurs recommandés par les branches, ou choisis par les entreprises dans les branches qui ont conclu un accord, puissent rendre compte au niveau de la branche de la mise en œuvre du régime créé (un membre du HCAAM soutient que la recommandation et le compte-rendu pourraient aussi relever, en deçà de la branche, d'un niveau pertinent et habilité de regroupement). D'autres membres du Haut conseil estiment, pour leur part, que les entreprises et les salariés trouveront, par le jeu de la concurrence, des offres adaptées, tout particulièrement dans le domaine de la santé.

Au-delà de la généralisation par la voie professionnelle, le HCAAM souligne la nécessité de favoriser parallèlement un accès individuel à la couverture complémentaire en santé pour répondre à plusieurs types de situations appelant une vigilance particulière :

- celle des salariés les moins insérés dans l'emploi (titulaires d'un CDD, travailleurs à temps très partiel). En effet, si les négociations dans les branches et les entreprises, relatives à la complémentaire santé, échouaient à les couvrir, notamment par une mutualisation en faveur des salariés ayant simultanément plusieurs employeurs, il apparaîtrait souhaitable de prendre acte de cette difficulté et d'envisager une couverture individuelle de bonne qualité via la CMU-C et l'ACS ;
- celle des chômeurs qui ne bénéficient plus de la portabilité de la couverture professionnelle et sont par ailleurs faiblement indemnisés par l'assurance chômage ou ont épuisé leurs droits à ce régime ;
- celle des personnes handicapées, notamment titulaires de l'AAH ;
- celle des retraités les plus pauvres. Certains d'entre eux, en tant qu'anciens salariés, bénéficient normalement, aux termes de la loi Évin du 31 décembre 1989, au moment de la retraite, du maintien des garanties du contrat collectif à un prix plafonné à 150% du tarif global des actifs. En l'absence de bilan de la loi, ces dispositions, mal connues, sont dans les faits d'application complexe ou inégale. Au-delà d'une diffusion effective des dispositions de la loi Évin, le HCAAM recommande d'ouvrir des réflexions sur un assouplissement du dispositif qui ne dégraderait pas le taux d'effort des retraités et n'alourdirait pas la charge des actifs dont la situation n'est pas toujours plus favorable. En tout état de cause, il convient d'être attentif aux taux d'effort pour

l'acquisition d'une complémentaire des retraités très âgés et aux revenus modestes quels que soient leur statuts d'activité antérieurs.

Pour ces catégories très modestes, l'amélioration de l'accès aux dispositifs de couverture individuelle de la CMU-C et de l'ACS doit être poursuivie avec vigueur.

Dans cette perspective, le HCAAM se réjouit de la revalorisation de 8,3% au 1er juillet 2013 des plafonds de la CMU-C et de l'ACS qui portera ce dernier plafond à 95% du seuil de pauvreté, contre 89% auparavant. Cette mesure fera entrer 750 000 nouveaux bénéficiaires dans ces deux dispositifs.

Il propose en outre deux pistes d'évolution pour l'avenir.

- D'une part, si un relèvement du montant de l'ACS était envisagé, il devrait concerner notamment les bénéficiaires les plus âgés dont les primes, fréquemment fixées en fonction de l'âge, sont les plus élevées.
- D'autre part, afin de favoriser l'accès aux couvertures collectives des salariés pauvres, il pourrait être envisagé, sous réserve d'expertise, de permettre l'utilisation de l'ACS pour le paiement des cotisations à la complémentaire collective, ce qui n'est actuellement pas possible.

Par ailleurs, le HCAAM met l'accent sur la nécessité d'efforts renouvelés et constants en matière d'information pour rendre effectif le recours à ces dispositifs. Pour être efficace, cette information doit être donnée de façon personnalisée, par exemple à l'occasion d'autres démarches (RSA, AAH, demandes d'emploi, centres de santé, permanences d'accès aux soins – PASS-, travailleurs sociaux). D'autre part, une simplification des règles d'accès, notamment en ce qui concerne les renouvellements de droit, doit être impérativement mise en place.

En tout état de cause, le HCAAM recommande des pistes de réforme substantielle visant à améliorer l'accès à la complémentaire pour les ménages éligibles à l'ACS.

2. Quelle couverture doit-on généraliser ? Faut-il un panier de soins uniforme pour l'ensemble de la population ?

Le HCAAM relève que les observations de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales témoignent de la diversité des gammes de garanties des contrats d'assurance complémentaire santé. Elles sont globalement bien plus élevées dans les contrats collectifs qu'individuels. Parmi ceux-ci, les contrats souscrits par les plus modestes, bénéficiaires de l'ACS, sont globalement les moins protecteurs, sans être pour autant les moins coûteux.

Pour le Haut conseil, les logiques de couverture de l'AMC sont en effet profondément différentes de celles de l'AMO qui a pour objectif une solidarité entre bien portants et malades et couvre toute la population avec les mêmes prestations grâce à un financement obligatoire et proportionnel aux revenus. Dans un cadre non obligatoire, les paniers remboursés par les complémentaires sont par construction inégaux, tant dans la nature des soins pris en charge que dans leurs montants : ils dépendent en effet des choix mais aussi des contraintes financières du souscripteur.

Du côté des assurés, ce choix fait intervenir l'estimation de dépenses de santé anticipées, la capacité financière à y faire face sans assurance et le coût des primes. Ainsi, certains jugeront préférable de s'auto assurer compte tenu de faibles dépenses estimées, d'une aversion au risque peu élevée ou d'une forte préférence pour le présent.

Du côté des assureurs, les primes sont calculées, non pas en fonction des revenus (hormis pour certaines mutuelles et certains contrats collectifs en application du principe de solidarité), mais selon le principe de la neutralité actuarielle, en fonction des risques de santé observables, le plus souvent liés à l'âge, et de l'importance de la couverture choisie.

L'application de ces principes peut conduire à pénaliser certaines populations aux risques élevés et à faible capacité financière. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont, d'une part, encouragé les couvertures complémentaires collectives qui mutualisent les risques entre des salariés et, de l'autre, mis en place une couverture complémentaire publique pour les plus démunis qui risquent d'être évincés du marché de la couverture individuelle. Au final, ces politiques peuvent ainsi contribuer à la diversité des paniers de couverture complémentaire en santé.

Certains membres du HCAAM font valoir qu'une protection complémentaire obligatoire offrirait un socle identique pour tous. La perspective d'une assurance complémentaire obligatoire constituerait un changement structurel qui n'a pas été expertisé par le HCAAM, mais reste selon certains une piste à explorer. D'autres soulignent qu'une telle généralisation, imposant une augmentation des cotisations sociales, n'est pas envisageable dans un contexte de déficit de l'assurance maladie et d'une situation de l'emploi peu favorable. D'autre part, un tel dispositif ne dispenserait pas de la souscription d'une surcomplémentaire intervenant dans les secteurs de liberté tarifaire.

Le Haut conseil observe cependant que, dans un cadre d'adhésion volontaire et par le biais du régime fiscal et social des contrats solidaires et responsables en 2004, les pouvoirs publics ont légitimement introduit l'obligation de proposer un panier de soins minimal, susceptible de protéger une communauté suffisamment large. La définition des contrats solidaires et responsables doit être aujourd'hui reconsidérée. En effet, l'ANI 2013 et la loi sur la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 ouvrent pour les contrats collectifs un champ de garanties minimales (hospitalisation, médicaments, ticket modérateur sur les soins de ville, dentaire, prise en charge de certains dispositifs médicaux comme l'optique et l'audioprothèse), plus importantes que celles résultant des obligations définies actuellement pour les contrats solidaires et responsables.

Le Haut conseil souligne que ce nouveau panier constitue une bonne référence « socle » pour l'ensemble des contrats solidaires et responsables, qu'ils soient individuels ou collectifs. Cependant, il pourrait conduire d'une part, à accroître le niveau des garanties de certains contrats individuels et, d'autre part, à harmoniser les offres de contrats individuels de façon peut-être excessive. Cette évolution pourrait conduire ainsi à une augmentation des primes des contrats individuels, qui sont déjà supérieures, à garanties égales, à celles des contrats collectifs.

Afin de concilier solidarité et souplesse, certains membres du Haut conseil proposent que le niveau de prise en charge du panier de base de l'ANI constitue la couverture minimale des contrats responsables, tout en restant optionnelle en ce qui concerne la couverture de l'optique, du dentaire et des dispositifs médicaux à usage individuel en sus des tarifs de responsabilité. Autrement dit, tous les contrats individuels responsables ne devraient pas forcément inclure des garanties dans ces domaines, mais lorsqu'ils les prévoient, devraient le faire au moins au niveau de prise en charge du panier « ANI ».

En tout état de cause, le HCAAM affirme avec force que ce panier de soins solidaire et responsable et son évolution éventuelle doivent s'inscrire dans la logique des parcours de soins préconisés par le Haut conseil et qui devront être affirmés par la future stratégie nationale de santé.

Au-delà de cette approche qui ménage les équilibres entre la liberté contractuelle des complémentaires et l'intérêt d'une mutualisation, le Haut conseil constate que la situation des personnes aux revenus les plus modestes, lorsqu'elles ne sont pas couvertes par une

complémentaire collective, doit retenir l'attention. En effet, ces ménages, faute d'une complémentaire suffisamment protectrice, peuvent être conduits à renoncer à certains soins coûteux (optique, dentisterie, audioprothèse), étant par ailleurs incapables d'assumer financièrement des RAC importants. La définition et le financement d'un « bon » panier de soins complémentaire devient, dans ces cas particuliers, un impératif.

C'est pourquoi le dispositif de la CMU-C prévoit le financement public d'un panier de soins gratuit et très complet pour des personnes situés en-deçà d'un seuil de revenu. Reste le sujet des personnes situées entre ce plafond de revenu et le seuil de pauvreté. Pour des revenus inférieurs à un montant équivalent à 95% de ce seuil depuis le mois de juillet 2013, les personnes sont éligibles à une aide publique, l'ACS, qui prend en charge une partie du coût de la complémentaire. Les caisses d'assurance maladie peuvent, sur leurs aides extra-légales, apporter un appui financier supplémentaire. L'observation montre cependant qu'elles sont couvertes par des contrats de qualité très inégale.

L'intérêt de définir pour ces populations une couverture plus protectrice a conduit le HCAAM à examiner deux pistes d'évolution du dispositif, qui exigent l'une et l'autre un passage par la loi.

- La première consiste à mettre en place, à l'initiative de la puissance publique, des contrats spécifiques, réservés aux seuls bénéficiaires de l'ACS, sur la base d'un cahier des charges de référence. Une exonération de la taxe CMU (taxe de solidarité additionnelle de 6,27%) permettrait de diminuer les charges fiscales pesant sur ces contrats, en contrepartie d'engagements portant notamment sur l'étendue du panier, la limitation des RAC et des écarts tarifaires liés à l'âge, la lisibilité du contrat, la proposition d'un contrat de sortie ainsi que les efforts consentis en matière de frais de gestion et d'évolution des primes dans le temps.
- A l'inverse de cette solution, a été évoquée l'hypothèse d'une extension de la CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS mais sous condition du paiement d'une cotisation qui serait fonction de la situation familiale. La gestion en serait assurée par les CPAM mais aussi par les OC, gestionnaires de la CMU-C. Les avantages sont ici le bon niveau des garanties offertes et la simplicité d'accès qui permettrait d'augmenter le taux de recours de la population cible, actuellement de l'ordre d'un tiers de la population éligible. Certains des membres du Haut conseil, défavorables à cette solution, soulignent que cette option « publique » comporte cependant des inconvénients de lourdeur et de coût, un impact financier potentiellement important pour certains professionnels de santé et un risque de confusion entre AMO et AMC.

3. Qui l'État doit-il aider prioritairement ?

Le HCAAM constate que les pouvoirs publics ont depuis longtemps encouragé l'acquisition des assurances complémentaires, par le biais d'aides publiques, pour un montant estimé aujourd'hui à environ 5,6 milliards d'euros.

Certains membres soulignent en préalable que ces aides ne sont dirigées que vers une partie de la population. Les contrats collectifs bénéficient d'exonérations sociales et fiscales cumulatives, dont le total représente plus de la moitié des soutiens publics : depuis 1979, les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance sont exclues de l'assiette des cotisations sociales dans la limite d'un plafond ; depuis 1985, les cotisations prévoyance payées par l'employeur et par le salarié sont déduites du revenu imposable de ce dernier, également dans la limite d'un plafond.

Dans le même objectif, les travailleurs indépendants non agricoles disposent depuis 1994 d'avantages similaires, obtenus alors que leurs droits en matière d'assurance maladie étaient moins bons que les salariés du régime général (ce qui n'est plus le cas depuis 2001).

Au total, à titre d'exemple, un salarié dont le revenu imposable par part est compris entre 70 830 et 150 000 €, protégé par un contrat collectif dont la cotisation est cofinancée par l'employeur et exonérée de l'impôt sur le revenu, est davantage aidé qu'un travailleur pauvre, couvert individuellement par l'ACS.

C'est pourquoi, dans un contexte de maîtrise des finances publiques, le HCAAM s'est interrogé sur l'opportunité de maintenir certaines de ces exemptions, à tout le moins d'en prioriser l'affectation. Il constate que, d'une part, le coût pour les finances publiques de la généralisation inscrite dans l'ANI, toutes choses étant égales par ailleurs, est estimé à 2 milliards d'euros et que, d'autre part, l'augmentation des plafonds de la CMU-C et de l'ACS conduira à une augmentation de la prise en charge publique.

S'agissant d'un réexamen des exemptions sociales dont bénéficient les employeurs, le HCAAM incite à la plus grande prudence. Il souligne que, dans l'hypothèse d'une remise en cause des conditions actuelles, l'article 1 de l'ANI contient une clause de revoyure. Au-delà, la suppression totale ou partielle de ces avantages pourrait conduire les entreprises à abaisser le niveau des garanties souscrites, dans certains cas, jusqu'au niveau minimal, aboutissant en fin de compte à une couverture de moindre qualité après généralisation.

En ce qui concerne les aides fiscales dont bénéficient les ménages, le HCAAM indique que l'objectif d'équité ainsi que les contraintes pesant actuellement sur les finances publiques rendent nécessaire une orientation prioritaire vers les ménages les plus modestes. Certains soulignent que toute réduction de ces avantages est susceptible de peser sur le pouvoir d'achat des bénéficiaires.

4. Faut-il renforcer les principes de solidarité de tous les contrats complémentaires?

Comme il a déjà été dit, la couverture complémentaire en santé, parce qu'elle est offerte par des opérateurs en concurrence, obéit à des logiques d'assurance différentes de celles de la couverture maladie obligatoire : la tarification, le plus souvent au risque, approché par l'âge, limite la mutualisation entre malades et bien portants qui s'effectue alors au sein d'un même niveau de risque.

Le HCAAM rappelle que les pouvoirs publics sont déjà intervenus pour infléchir ces principes dans le sens d'une plus grande solidarité. La loi Évin du 31 décembre 1989 met en place dans les contrats individuels et collectifs facultatifs une garantie viagère pour tous les assurés : ces contrats ne peuvent être dénoncés ou modifiés par l'assureur même dans le cas d'apparition de « mauvais risques » après souscription. En outre, les augmentations de tarif doivent être uniformes pour les mêmes contrats, protégeant les assurés de hausses individuelles qui pourraient être dues à leur consommation de soins.

Dans le cas des couvertures collectives, la mutualisation au sein d'une communauté de travail limite par nature la sélection des risques. En outre, la loi Évin interdit l'application de surprimes individuelles et l'exclusion de certaines pathologies ou des pathologies survenues avant la souscription du contrat.

En ce qui concerne les couvertures individuelles référencées ou labellisées pour la fonction publique, des dispositifs particuliers de solidarité sont prévus, notamment un rapport maximum d'un à trois, à charge de famille, catégorie statutaire et niveau de garantie comparables, entre les cotisations les moins et les plus élevées.

De fait, le principe d'origine mutualiste selon lequel les complémentaires santé ne peuvent recueillir d'informations médicales auprès de leurs assurés ni fixer de cotisations en fonction de l'état de santé, s'est quasi-généralisé aux contrats individuels par le biais d'une fiscalité plus favorable mise en place dès 2001 (exonération jusqu'en 2011 de la taxe sur les contrats d'assurance, TSCA) pour les contrats dits solidaires ne comportant aucune sélection médicale. Pour maintenir l'intérêt d'une adhésion à ces principes de solidarité, le HCAAM ne serait pas hostile au renforcement d'un différentiel discriminant de taux de TSCA entre les contrats responsables et non responsables, l'écart de taxation s'étant réduit progressivement (7% pour les premiers, 9% pour les seconds). Les contrats non responsables pourraient par exemple être imposés à un taux majoré de 14 %. Certains suggèrent toutefois que les contrats couvrant uniquement l'hospitalisation puissent faire l'objet d'un traitement fiscal différencié.

Certains membres du HCAAM, en outre, considèrent qu'à l'avenir la solidarité de la couverture complémentaire doit être fortement encouragée par le biais des aides fiscales et sociales, en matière de garanties et de principes de financement. Ceux-ci pourraient être similaires à ceux de l'AMO et fondés sur une tarification proportionnelle aux revenus, déjà pratiquée par certains contrats collectifs et certaines mutuelles. Toutefois, d'autres sont opposés, par principe, à une telle orientation, en rappelant les règles de financement, de prises en charge et de fonctionnement de l'assurance maladie complémentaire fondées sur la liberté contractuelle. Ils ont souligné les difficultés d'une telle proposition pour les contrats collectifs en raison de différents éléments : pratiques (l'entreprise connaît les salaires mais pas les revenus des ménages), politiques (on imposerait aux partenaires sociaux des contraintes accrues), ou économiques (pour les salaires élevés, une telle cotisation réduirait l'attractivité d'un régime de prévoyance collective et risquerait à terme de tirer les couvertures collectives vers le bas). Pour la couverture individuelle, certains ont mis en avant les obstacles qui tiennent au contexte concurrentiel.

5. Quel rôle faut-il donner aux complémentaires dans la régulation des dépenses de santé ? Les complémentaires peuvent-elles limiter plus efficacement les RAC dans les secteurs de soins à liberté tarifaire ?

Tout en mettant l'accent sur l'effet positif des assurances complémentaires qui facilitent l'accès aux soins et réduisent les restes à charge, le HCAAM a observé qu'elles pouvaient avoir des conséquences inflationnistes sur les dépenses de santé. Il a noté, conformément à son avis de 2005, qu'elles ont pu favoriser une augmentation des prix des biens et services médicaux dans les secteurs de liberté tarifaire. En effet, dans une conjoncture favorable et parce que certains contrats collectifs, fortement soutenus par les aides publiques, ont pu offrir des remboursements élevés, la concurrence entre les complémentaires a pu s'établir, non pas sur la maîtrise du prix des contrats, mais sur l'amélioration des garanties. Aucune pression n'étant exercée par le patient du fait de RAC limités après AMO et AMC, les tarifs des professionnels ont pu s'ajuster à ces prises en charge favorables. L'augmentation des prix a pu conduire à celle des primes.

Dans une période récente, toutefois, les assureurs ont cherché à limiter cette augmentation et à maîtriser l'évolution des primes par une politique de gestion du risque, tournée tant vers les assurés que vers les prestataires. Ainsi, dans le contexte actuel, se pose la question de la participation des complémentaires à une meilleure gestion du risque santé, en encourageant la juste

dépense dans les domaines non régulés par l'AMO (optique, prothèses dentaires, audioprothèses) où elles sont le financeur principal.

Certains membres ont mis en doute la capacité des complémentaires à maîtriser les prix de ces biens et évoqué l'hypothèse d'une régulation par l'État des prix de vente des dispositifs d'optique et d'audioprothèse, sans préjudice de la compétence des autorités chargées de la concurrence en matière de contrôle des pratiques anti-concurrentielles. Pour ces deux secteurs, l'instauration de prix-limite de vente dans le cadre de la liste des prestations et des produits remboursables (LPP) a été débattue. Cette solution est apparue complexe techniquement et porteuse d'effets négatifs : elle conduirait à interdire sans nécessité des offres pouvant correspondre à des exigences particulières des patients et constituerait une modification radicale du système, affectant distributeurs et fabricants.

L'hypothèse d'une « reconquête » par l'AMO des secteurs des prothèses dentaires, de l'optique ou des audioprothèses et la mise en place de tarifs opposables a également été examinée, sans faire l'objet d'un accord unanime. Elle se heurte, dans un contexte de déficit persistant de l'assurance maladie, à la nécessité de trouver sur d'autres secteurs, immédiatement mais aussi dans l'avenir, des marges de financement, d'une ampleur diverse selon le champ « reconquis ». Conformément à ses positions antérieures, le HCAAM n'a pas suivi ces pistes.

Le Haut conseil a évoqué trois scénarios de nature différente dans l'objectif d'une meilleure maîtrise par l'AMC de la dépense des biens et services qu'elle finance majoritairement.

Encourager le développement des réseaux afin de mieux gérer certains risques

Les réseaux de professionnels de santé, créés à l'initiative des complémentaires, couvrent potentiellement aujourd'hui près de la moitié des assurés et se sont déployés prioritairement dans les secteurs de la liberté tarifaire (optique, audioprothèses, voire prothèses dentaires). Ils deviennent aujourd'hui un élément de la différenciation de l'offre des OC, parallèlement aux garanties proposées. Ils permettent un accompagnement des assurés et une réduction de leur reste à charge.

Les réseaux consistent en un conventionnement avec des professionnels de santé, sous réserve du respect des conditions définies par un cahier des charges : tarifs maxima, engagement de qualité des prestations, remboursement en tiers payant. Quelles que soient les caractéristiques du réseau, le patient reste libre de choisir le professionnel avec lequel il souhaite s'engager. Cette contractualisation a pour objectif, sans détériorer la qualité des produits et des prestations, de contenir les hausses de prix dans les secteurs concernés et en conséquence, les augmentations de primes.

Le Haut conseil reconnaît l'intérêt des réseaux pour modérer les tarifs dans les secteurs de la liberté tarifaire tout en respectant la qualité des soins, mais relève que des interrogations portent encore sur leur efficacité. Il observe que le recours à ces réseaux est encore faible et que leur effet sur la maîtrise des prix sera d'autant plus important que leur utilisation sera généralisée. Le HCAAM considère comme souhaitable de reconnaître par la loi aux mutuelles le droit de gérer des réseaux afin de les placer dans une situation équitable avec les autres familles de complémentaires. L'extension des réseaux devrait s'accompagner d'une évaluation de leurs effets, non seulement au plan tarifaire, mais également de la qualité des prestations et du libre choix du praticien.

Le HCAAM a abordé, d'autre part, la question des réseaux incluant des praticiens, médecins ou dentistes, notamment ceux qui pratiquent la liberté tarifaire. Le Haut conseil a exprimé la position selon laquelle les réseaux de professionnels de santé ne doivent pas porter atteinte à l'accessibilité et à la qualité des soins. Certains membres ont exprimé le souhait de négociations au niveau national entre les OC et les organisations syndicales représentatives des professionnels afin de décider des conditions contractuelles, sans préjudice de leurs négociations avec l'AMO.

Encadrer les remboursements des complémentaires dans les contrats solidaires et responsables

Le Haut conseil a ensuite exploré la possibilité de plafonner, par le biais des incitations fiscales aux contrats solidaires et responsables, le remboursement par les complémentaires de certains biens pour lesquels des marges de réduction des prix peuvent paraître importantes (optique, audioprothèses). Le bon niveau de plafonnement resterait à définir : placé trop haut, il conduirait à inciter les professionnels à saturer les garanties et aurait un effet inflationniste ; placé trop bas, il risquerait de rendre non assurable une partie de la dépense et désavantagerait les petits revenus qui auraient alors un reste à charge après AMC trop important. En outre, cet encadrement devrait entrer dans un niveau de détail assez grand pour permettre d'adapter les niveaux de remboursement à des besoins médicaux divers. La solution exige la mise en place d'un processus combinant observation des marchés, concertation et suivi avec les OC et les professionnels.

En ce qui concerne les dépassements d'honoraires des médecins, qui relèvent de causes distinctes et suscitent des risques de nature différente pour l'accès aux soins, certains considèrent avec intérêt l'option d'une reconquête tarifaire par l'AMO. En tout état de cause, le HCAAM souligne qu'il serait possible de limiter ces dépassements en s'appuyant sur la régulation récemment opérée par l'AMO en concertation avec les professionnels de santé : l'avenant 8 du 25 octobre 2012 à la convention médicale prévoit en effet un mécanisme de modération des honoraires des médecins en secteur 2 dans le cas d'une adhésion à un contrat d'accès aux soins. Il serait envisageable de privilégier, dans les contrats solidaires et responsables qui prennent en charge les dépassements d'honoraires, ceux des médecins qui ont signé les contrats d'accès aux soins. La question d'un moindre remboursement pour les soins dispensés par les praticiens qui n'ont pas souscrit ce contrat pourrait se poser. Le HCAAM envisage, à l'exception de certains membres, la possibilité d'ajouter à cette condition un plafonnement à l'acte de la prise en charge des dépassements d'honoraires par l'AMC, à hauteur de 100 % de la base de remboursement.

Mieux cibler les aides publiques aux contrats collectifs, solidaires et responsables

A l'appui de ces deux solutions, le HCAAM a examiné l'opportunité d'un plafonnement plus ciblé des exonérations fiscales et sociales applicables aux contrats collectifs.

Ces dernières sont aujourd'hui soumises à un plafond commun à l'ensemble de la prévoyance complémentaire. Créer un sous-plafond spécifique, plus limité, pour les aides à la complémentaire santé limiterait l'inflation des garanties, et améliorerait donc la légitimité de ces aides. Ce plafond devrait toutefois être fixé à un niveau suffisamment élevé pour éviter de niveler par le bas les garanties des contrats collectifs. Cette mesure risque de dégrader une souplesse de gestion entre le niveau des garanties en santé et en prévoyance hors santé, adaptée à la diversité des situations dans les entreprises. En outre, elle peut induire une complexité supplémentaire pour les entreprises.

*

* *

Cet avis du Haut conseil s'inscrit dans la continuité de ceux qu'il a rendus en 2005 et en mars 2012. Dans ce dernier texte, le HCAAM proposait de définir un cadre commun d'action autour d'un socle partagé de valeurs auquel pourraient adhérer des financeurs publics et privés et les partenaires sociaux.

La généralisation de l'assurance complémentaire en santé constitue une opportunité pour traduire cette intention en termes opérationnels. Le présent avis propose ainsi une nouvelle définition des contrats responsables, une clarification de la participation des complémentaires à la gestion du risque et une meilleure articulation avec l'AMO, qui pourrait notamment conduire à un développement de la prévention dans un cadre collectif ou individuel.

Mais cette nouvelle donne est porteuse de nouvelles exigences.

La première est que les contrats soient plus lisibles afin que les assurés puissent faire un choix éclairé. Sur ce point, le Haut conseil se félicite des amendements au projet de loi relatif à la consommation, qui devraient permettre une expression homogène des termes des garanties les plus fréquentes, afin d'en permettre la comparabilité par l'assuré.

La seconde est que les organismes complémentaires puissent disposer des données de santé nécessaires à une gestion du risque dans les domaines où un rôle leur serait reconnu, c'est-à-dire l'optique, le dentaire et l'audioprothèse, et pour lesquels des informations détaillées ne sont pas communiquées par l'AMO. Cette transmission doit s'effectuer dans le strict respect de la loi : en cas de transmission de données nominatives par les professionnels de santé, le consentement exprès de l'assuré devra être recueilli, de façon claire et homogène.

La dernière porte sur l'intérêt de définir pour l'avenir la place de l'AMC dans la logique de parcours de soins qui devrait être développée par la future stratégie de santé et que le HCAAM a appelée de ses vœux, notamment par ses rapports ou avis de novembre 2004, juillet 2006, avril 2010, juin 2011 et mars 2012. Ce rôle et les outils qui devront l'accompagner ne peuvent être définis que par l'État. Les spécificités de l'AMO et de l'AMC devront être prises en compte dans un objectif d'intérêt général, permettant d'échapper à un face à face entre les régimes obligatoires et complémentaires qui n'est ni fécond et ni légitime sur tous les sujets.

DEUXIEME PARTIE

La généralisation de la couverture complémentaire en santé

Rapport du HCAAM

INTRODUCTION	123
PARTIE 1 - LE RÔLE DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET LES LOGIQUES DU SYSTÈME.....	125
1.1. LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, UN RÔLE DÉTERMINANT DANS L'ACCÈS AUX SOINS	125
1.1.1. Les complémentaires participent à la réduction des restes à charge	125
1.1.1.1. La couverture complémentaire est prise en compte dans l'appréciation du respect du principe constitutionnel de protection de la santé.....	125
1.1.1.2. Les couvertures maladies obligatoire et complémentaire réduisent considérablement les restes à charge pour l'ensemble des revenus	126
1.1.2. Les lacunes de la couverture complémentaire induisent des renoncements aux soins pour raisons financières	131
1.2. LES LOGIQUES ET LES CONTRAINTES DES COMPLÉMENTAIRES	132
1.2.1. Les logiques de fonctionnement des complémentaires	132
1.2.2. L'encadrement de l'assurance complémentaire en santé.....	133
1.2.2.1. La garantie viagère pour tous les assurés	133
1.2.2.2. La quasi-disparition des questionnaires médicaux	134
1.2.2.3. Les modes indirects de sélection des risques	134
1.3. UNE ÉCONOMIE DES OPÉRATEURS EN ÉVOLUTION RAPIDE	135
1.3.1. Des acteurs historiques mais d'autres récents	135
1.3.1.1. Des histoires, un statut juridique et des logiques économiques différentes	135
1.3.1.2. Une concentration rapide et des logiques d'alliance.....	139
1.3.1.3. Les facteurs de convergence : législation européenne et fiscalité	142
1.3.2. Une activité en croissance et concurrentielle.....	144
1.3.2.1. L'augmentation des chiffres d'affaires a bénéficié à toutes les catégories d'assureur santé	144
1.3.2.2. Des activités encore différenciées	144
1.3.2.3. Des résultats contrastés et des différences de charges.....	146
1.4. LA RATIONALITÉ DES ASSURÉS ET LE CHOIX DE COMPLÉMENTAIRES.....	149
1.4.1. Un choix des assurés en information incomplète.....	149
1.4.1.1. La complémentaire individuelle	149
1.4.1.2. La complémentaire collective	152
1.4.2. Une mobilité relativement élevée des assurés entre les opérateurs	152
PARTIE 2 - LES VOIES ET MOYENS DE LA GÉNÉRALISATION	155
2.1. UNE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE PRESQUE GÉNÉRALISÉE.....	155
2.2. UNE DIVERSITÉ DES FORMES DE COUVERTURE	156
2.2.1. Les contrats individuels	156
2.2.2. Les contrats collectifs	156
2.2.2.1. Contrats collectifs obligatoires et contrats collectifs facultatifs.....	157
2.2.2.2. Les inégalités de l'accès aux contrats collectifs	157
2.2.2.3. Les modalités de mise en place des contrats collectifs	158
2.2.2.4. Le financement du contrat.....	160
2.2.3. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS).....	160

2.2.3.1. La CMU-C.....	161
2.2.3.2. L'ACS.....	163
2.3. DES INÉGALITÉS DE GARANTIES SELON LES TYPES DE CONTRATS	166
2.3.1. Les contrats collectifs sont plus protecteurs que les contrats individuels	166
2.3.2. L'écart s'est creusé à l'issue de la montée en gamme des contrats collectifs	166
2.3.3. La comparaison avec la CMU-C est délicate	167
2.3.4. Les contrats souscrits dans le cadre de l'ACS offrent les plus faibles garanties ..	168
2.3.5. Les tarifs dépendent des garanties et des caractéristiques des assurés	168
2.4. LES AIDES PUBLIQUES AUX COMPLÉMENTAIRES SANTÉ	172
2.4.1. Les aides sociales et fiscales aux contrats collectifs	172
2.4.2. Les aides aux contrats solidaires et responsables.....	174
2.4.2.1. La TSCA	174
2.4.2.2. La C3S	175
2.4.3. Les aides aux contrats individuels	176
2.4.3.1. Les contrats de prévoyance Madelin	176
2.4.3.2. La couverture complémentaire des fonctionnaires.....	176
2.4.4. La couverture complémentaire des plus défavorisés (CMU-C et ACS).....	178
2.4.5. La comparaison des aides publiques aux différents contrats	179
2.5. LA GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ PAR L'EXTENSION DES COUVERTURES COLLECTIVES ET INDIVIDUELLES	180
2.5.1. La généralisation de la couverture collective à tous les salariés	180
2.5.1.1. La nouvelle donne de l'accord national interprofessionnel (ANI) et de la loi relative à la sécurisation de l'emploi.....	180
2.5.1.2. Les bénéficiaires potentiels de la généralisation de la couverture collective	183
2.5.2. L'amélioration de la couverture complémentaire individuelle pour les plus modestes	186
2.5.2.1. La revalorisation des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS.....	186
2.5.2.2. Une meilleure information et une simplification des formalités administratives pour toucher les publics cibles de la CMU-C et de l'ACS	187
2.5.2.3. Le montant de l'ACS	188
2.5.2.4. L'amélioration des garanties des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS	188
2.6. COÛT ET ÉQUITÉ DES AIDES PUBLIQUES DANS L'OBJECTIF DE GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	193
2.6.1. Le coût de la généralisation de la couverture collective.....	193
2.6.2. Le coût de l'amélioration de la couverture individuelle des plus démunis	193
2.6.3. Les questions posées par les aides sociales et fiscales aux contrats collectifs	194
 PARTIE 3 - L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE, LE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ ET LA GESTION DU RISQUE	 199
3.1. UNE PRISE EN CHARGE CROISSANTE DEPUIS 10 ANS LARGEMENT IMPUTABLE À L'EXTENSION DE LA COUVERTURE DE LA POPULATION	 199
3.1.1. La réduction de la prise en charge par l'AMO entre 2000 et 2010 résulte pour moitié du fait que les dépenses des ménages se sont davantage portées sur des soins un peu moins bien remboursés.....	200
3.1.2. ...Et pour l'autre moitié de la baisse du taux de prise en charge par l'AMO de différents soins... ..	201

3.1.3. Mais un recul plus marqué de la prise en charge de l'AMO est en partie masqué par l'augmentation des dépenses des personnes en ALD.	202
3.1.4. Les ménages n'ont pas directement subi le recul de la prise en charge par l'AMO car ils ont été de plus en plus nombreux à se couvrir par une complémentaire santé. 205	
3.1.5. Les organismes complémentaires financent un panier de soins différent de l'AMO	206
3.2. UNE MAÎTRISE DES DÉPENSES ET UNE GESTION DU RISQUE À MIEUX ARTICULER.....	208
3.2.1. Les interactions de l'AMO et de l'AMC	208
3.2.1.1. L'influence déterminante de l'AMO sur l'AMC	208
3.2.1.2. Les effets de l'AMC sur les dépenses et les prix des biens et services médicaux	209
3.2.2. Une articulation des actions de maîtrise des dépenses entre l'AMO et l'AMC à développer	210
3.2.2.1. L'association des OC aux négociations conventionnelles	212
3.2.2.2. La gestion du risque concertée avec l'AMO.....	213
3.2.3. La gestion du risque par les OC	214
3.2.3.1. Les actions sur les assurés.....	215
3.2.3.2. Les actions sur l'offre de soins	216
3.3. FAUT-IL UN CHANGEMENT DE PARADIGME DANS L'ARTICULATION ENTRE L'AMO ET L'AMC ?	223
3.3.1. La restructuration des barèmes de remboursement de l'AMO	223
3.3.1.1. La complémentaire obligatoire : l'exemple du régime d'Alsace- Moselle ...	223
3.3.1.2. La gestion dynamique du panier de soins et la reconquête de certains secteurs par l'AMO.....	224
3.3.2. Les voies d'un nouveau partage entre AMO et AMC.....	225
3.3.2.1. Le partage vertical par secteurs	225
3.3.2.2. La séparation du gros et du petit risque	226
3.3.2.3. Le bouclier sanitaire	226
3.4. POUR UNE MEILLEURE ARTICULATION ET COORDINATION DE LA GESTION DU RISQUE DE L'AMO ET DE L'AMC.....	227
3.4.1. Refonder la régulation des complémentaires par une nouvelle définition des contrats responsables	227
3.4.1.1. Pour de nouveaux critères de responsabilité ?.....	228
3.4.1.2. Pour de nouveaux critères de solidarité ?	230
3.4.1.3. L'évolution du régime de TSCA des contrats solidaires et responsables.....	231
3.4.2. Confier à l'AMC la gestion du risque pour l'optique, le dentaire et les audioprothèses sans modifier l'intervention actuelle de l'AMO	232

Ont contribué à la rédaction de ce rapport :

Secrétariat général du HCAAM :

Mme Marie Reynaud

M. Laurent Butor

M. David Foucaud

Mme Pascale Bonnevide

Rapporteur

Mme Cécile Waquet

L'assurance complémentaire en santé couvre une partie de la dépense de soins et de biens médicaux non remboursée par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et permet donc de réduire les restes à charge (RAC) des assurés. En effet, la solidarité entre les bien-portants et les malades, organisée par l'AMO, ne s'est jamais traduite par la gratuité des soins. La mise en œuvre de cette solidarité n'est donc pas incompatible avec un certain niveau de frais, tant que ce RAC n'est pas à l'origine d'un renoncement à des soins nécessaires.

C'est pourquoi le système de solidarité entre bien-portants et malades qui assure une même protection pour tous est complété, depuis l'origine, par une mutualisation assurantielle aux règles de financement et de prise en charge distinctes.

Par ses principes de fonctionnement et les effets qu'elle produit, cette assurance ne peut jouer le même rôle que le socle obligatoire. Fondée sur la liberté contractuelle, l'assurance est souscrite individuellement ou collectivement (contrats collectifs d'entreprise) auprès d'organismes complémentaires (OC) et est variable dans ses garanties selon les besoins ou les contraintes financières de chacun. Toutefois, son financement par une cotisation (ou prime) des ménages peut être pris en charge totalement ou partiellement par les employeurs et/ou des aides publiques, sociales et fiscales.

La part de la dépense de santé prise en charge par les OC représente (hors CMU-C prise en charge par les régimes de base) en 2011 13,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), soit 24,6 Mds € : elle était de 12,4 % en 2000 soit 14,2 Mds €. Ce taux recouvre un engagement plus important sur certains segments de soins de ville (optique, prothèses dentaires, audioprothèses), où l'AMC devient même majoritaire par rapport à l'AMO. Ces segments concernent une large partie de la population.

La couverture complémentaire en santé apparaît aujourd'hui comme un élément important de l'accès aux soins, notamment pour les ménages les plus modestes et sur des types de dépenses moins bien remboursées par l'AMO.

Sa généralisation à l'horizon 2017 constitue l'un des trois piliers de la stratégie nationale de santé. Elle repose sur une extension à tous les salariés de la complémentaire d'entreprise par le biais de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et de la loi sur la sécurisation de l'emploi mais aussi sur l'accès individuel des personnes, en particulier les plus modestes, qui ne ressortiront pas de ce dispositif.

Après avoir abordé le sujet de l'assurance maladie complémentaire dans ses rapports de 2005 à 2009 et dans son avis de mars 2012 sur l'avenir de l'assurance maladie, le HCAAM est saisi des voies et moyens de la généralisation par lettre du 18 mars 2013 des ministres des affaires sociales et de la santé et de l'économie et des finances (cf. annexe 1).

Le HCAAM a inscrit ses réflexions dans le cadre du système actuel, où les pouvoirs publics incitent mais n'obligent pas à se couvrir par une assurance complémentaire. La perspective d'une assurance complémentaire obligatoire constituerait un changement structurel que le HCAAM n'a jamais appelé de ses vœux.

En outre, le Haut conseil a également tenu compte du contexte économique difficile pour les ménages et les entreprises, de la nécessaire maîtrise des finances publiques et du déficit de l'assurance maladie obligatoire.

Cinq questions majeures sont posées par cette généralisation.

- Quelle population doit-on couvrir encore ?
- Quelle couverture doit-on généraliser ? Faut-il un panier de soins uniforme pour l'ensemble de la population ?
- Qui l'État doit-il aider prioritairement ?
- Faut-il renforcer les principes de solidarité de tous les contrats complémentaires ?
- Quel rôle faut-il donner aux complémentaires dans la régulation des dépenses de santé ? Les complémentaires peuvent-elles limiter plus efficacement les RAC dans les secteurs de soins à liberté tarifaire ?

Afin de dessiner les réponses du HCAAM à ces questions, le projet de rapport éclaire :

- le rôle des complémentaire dans l'accès aux soins et les logiques actuelles du système assurantiel (partie I) ;
- les voies et moyens de la généralisation de la complémentaire santé qui recouvre une meilleure et plus complète couverture de la population : les effets notamment en termes d'équité des aides fiscales et sociales destinées à en favoriser l'accès sont examinés dans ce cadre (II) ;
- l'influence des complémentaires sur les dépenses de santé, leur rôle dans la gestion du risque et les outils de la régulation publique (III).

PARTIE 1 - LE RÔLE DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET LES LOGIQUES DU SYSTÈME

1.1. LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, UN RÔLE DÉTERMINANT DANS L'ACCÈS AUX SOINS

Si la généralisation de la complémentaire santé doit permettre une meilleure protection du risque santé pour tous, les logiques et les effets de cette couverture ne permettent pas une égalité d'accès aux soins comparable à celle de l'AMO.

1.1.1. Les complémentaires participent à la réduction des restes à charge

1.1.1.1. La couverture complémentaire est prise en compte dans l'appréciation du respect du principe constitutionnel de protection de la santé

La jurisprudence constitutionnelle et administrative a fait progressivement émerger un droit à une couverture suffisante des dépenses de soins qui garantit à chacun l'accès effectif à des soins de qualité.

Le Conseil constitutionnel et le Conseil d'État ont pris position sur la portée du principe constitutionnel de protection de la santé, notamment à l'occasion de contentieux sur le durcissement de certaines règles de prise en charge, suite à la loi de 2004.

Le Conseil constitutionnel a reconnu de longue date comme ayant valeur constitutionnelle le principe de protection de la santé (11^{ème} alinéa du préambule de la Constitution de 1946). Mais c'est par une décision (n°2004-504 DC) du 12 août 2004, rendue à propos de ce qui allait devenir la loi du 13 août 2004 qu'il en a précisé les éléments constitutifs : il a estimé à cette occasion qu'une situation de reste à charge trop élevé pouvait constituer une violation de la Constitution, sans indiquer pour autant le niveau au-delà duquel il pourrait y avoir méconnaissance du principe constitutionnel. En effet la loi d'août 2004 a posé la règle générale de pénalité « hors parcours de soins » d'une part, et de participations forfaitaires d'autre part, sans en fixer le niveau, renvoyant aux textes d'application (décret et convention médicale). C'était donc à ces textes et au juge de ces textes, le Conseil d'État, qu'il revenait de préciser l'étendue de ce qui était possible et la manière de l'apprécier.

A l'occasion de la décision « Association FNATH et autres » du 6 mai 2009³³, le Conseil d'État a apporté trois précisions quant à la manière d'apprécier si une baisse de remboursement est susceptible de porter atteinte au principe constitutionnel de protection de la santé.

- L'appréciation à porter sur un mécanisme nouveau doit être effectuée en tenant compte de l'ensemble des sommes déjà laissées à la charge des assurés sociaux.
- Cette appréciation ne doit pas être conduite seulement par rapport à des restes à charge moyens mais porter sur des personnes ou des groupes de personnes qui garderaient à leur charge des sommes particulièrement importantes, notamment au regard de leurs revenus.

³³ Confirmée par la décision du 26 juillet 2011, n° 337065.

- Le Conseil d'État a clairement inclus le coût de la souscription d'une complémentaire santé dans le calcul des charges à prendre en compte pour apprécier la constitutionnalité du dispositif.

Ces décisions laissent encore en suspens la question du niveau du reste à charge au regard du revenu qui serait considéré comme anticonstitutionnel.

Compte tenu de ces décisions, il a paru intéressant d'observer les effets de la prise en charge des dépenses de santé par l'AMO et l'AMC sur les restes à charge (RAC) des assurés et leur niveau d'effort (RAC après AMO et AMC + primes) selon leur niveau de vie³⁴.

1.1.1.2. Les couvertures maladies obligatoire et complémentaire réduisent considérablement les restes à charge pour l'ensemble des revenus

Pour apprécier le caractère suffisant de la couverture des soins, il convient de prendre en compte toutes les dépenses des assurés.

Les données relatives à la prise en charge des dépenses de santé par les assurances complémentaires selon le niveau de vie et le type de ménage ne sont pas disponibles en données directement observées. Toutefois, la DREES en a fourni une estimation à partir de son modèle de microsimulation INES-OMAR³⁵ pour l'année 2008.

Les dépenses de santé selon les niveaux de vie

Les dépenses de santé varient relativement peu en fonction du revenu : elles dépendent avant tout de l'état de santé des assurés. Il apparaît néanmoins que les ménages des six premiers déciles de niveau de vie³⁶, pris globalement, ont des dépenses de santé un peu plus élevées que ceux des quatre derniers déciles (près de 900 € de plus par an). Cet écart provient notamment d'un état de santé en moyenne plus dégradé.

³⁴ Le même exercice n'a pu être reproduit pour les RAC évalués par tranche d'âge, faute de données sur les primes par âge. L'annexe 2 met cependant en évidence la réduction importante des RAC après AMO et AMC pour les plus âgés dont les dépenses sont aussi les plus lourdes.

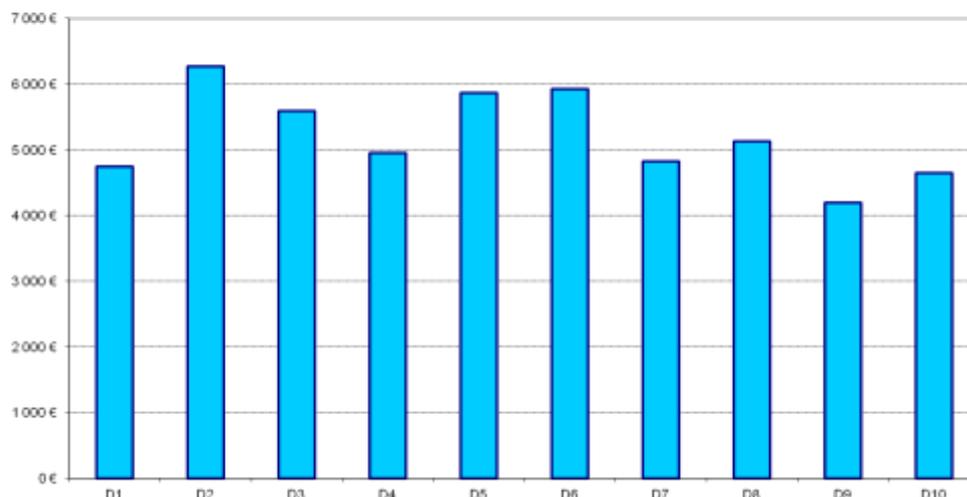
³⁵ « La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie », J. Duval R. Lardellier, DREES, Comptes de la santé 2011.

³⁶ Bornes supérieures des déciles de niveau de vie mensuel (revenu par unité de consommation) exprimées en €.

D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9
896	1 105	1 271	1 422	1 597	1 794	2 034	2 376	2 999

Graphique 9

Dépenses de santé présentées au remboursement
par décile de niveau de vie



Source : DREES, microsimulation INES-OMAR, 2008

Champ : Ménages ordinaires de métropole. Dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie

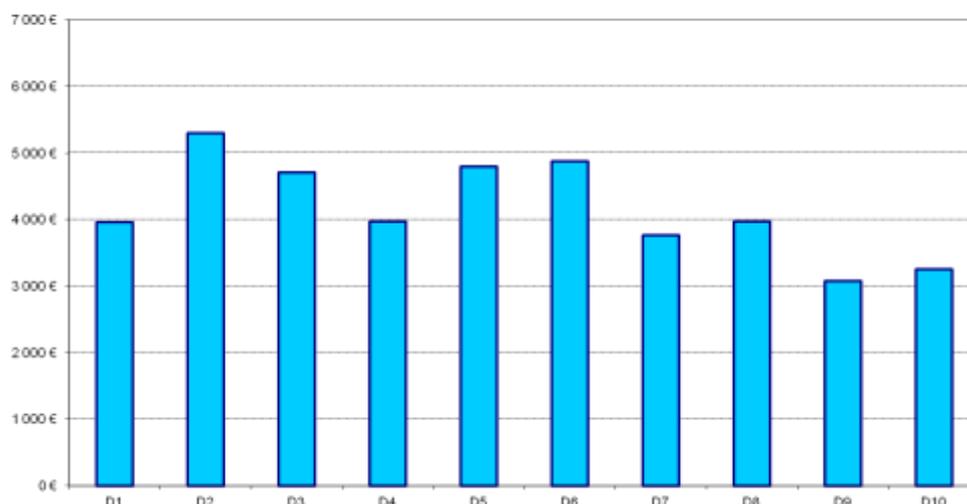
Il convient de noter que les ménages classés par décile de niveau de vie diffèrent selon leur âge et leur composition. En particulier, les ménages jeunes sont surreprésentés dans le premier décile de niveau de vie, ce qui explique que le niveau de leurs dépenses soit plus faible que celui des déciles D2 à D6.

Les restes à charge après assurance maladie obligatoire

La prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est décroissante avec le niveau de vie : elle est en moyenne de 83 % pour les ménages du premier décile et de 70 % pour ceux du dernier décile. En effet, les ménages à revenus modestes recourent davantage à des soins mieux remboursés (soins hospitaliers, dont recours aux urgences) tandis que les ménages les plus aisés vont davantage consulter des spécialistes qui pratiquent des dépassements et ont des dépenses de soins dentaires et d'optique plus importantes.

Graphique 10

Remboursements de la sécurité sociale
par décile de niveau de vie



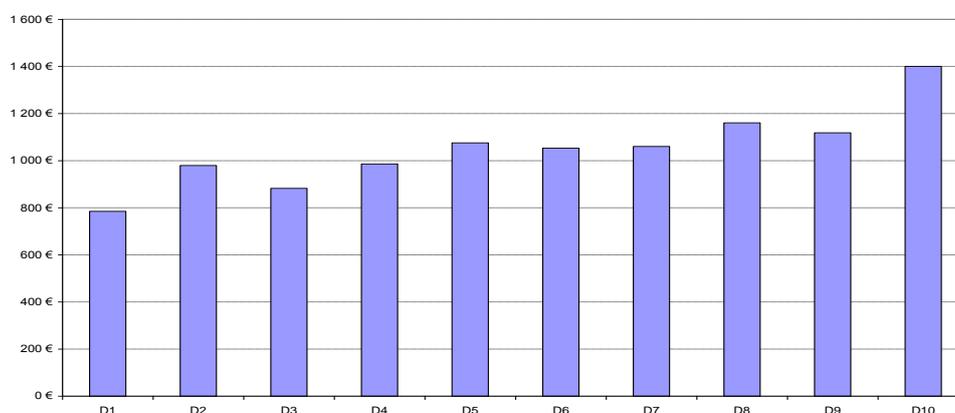
Source : DREES, microsimulation INES-OMAR,2008

Champ : Ménages ordinaires de métropole. Dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie

Comme les dépenses moyennes varient peu en fonction du niveau de vie, le reste à charge après assurance maladie obligatoire (RAC après AMO) est plus faible pour les ménages les plus pauvres (environ 800 € contre 1 400 € pour ceux du dernier décile).

Graphique 11

RAC après AMO par décile de niveau de vie



Source : DREES, microsimulation INES-OMAR,2008

Champ : Ménages ordinaires de métropole. Dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie

Ainsi, les assurances complémentaires ont-elles à assurer des montants croissants avec le niveau de vie.

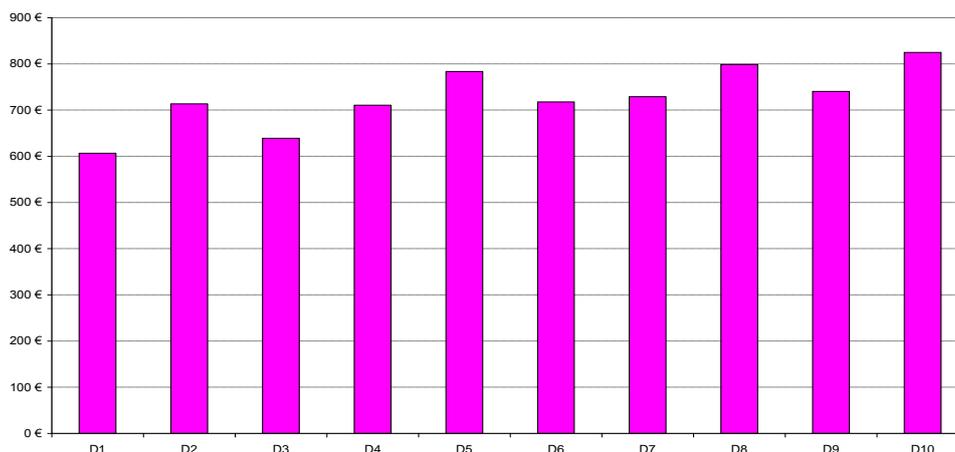
Les restes à charge après assurance maladie obligatoire et complémentaire

Les remboursements des assurances complémentaires sont, à l'inverse de ceux de l'AMO, légèrement croissants avec le niveau de vie tant en montant (de 600 € pour les ménages du premier décile à 800 € pour ceux du dernier décile) qu'en part de la dépense présentée.

Ce profil provient de la différence des niveaux de garantie souscrits : les ménages aisés sont couverts par de meilleurs contrats, soit qu'ils bénéficient de contrats collectifs (dont les garanties sont en moyenne supérieures aux contrats individuels) ou qu'ils souscrivent des contrats individuels de meilleure qualité.

Graphique 12

Remboursements des complémentaires par décile de niveau de vie



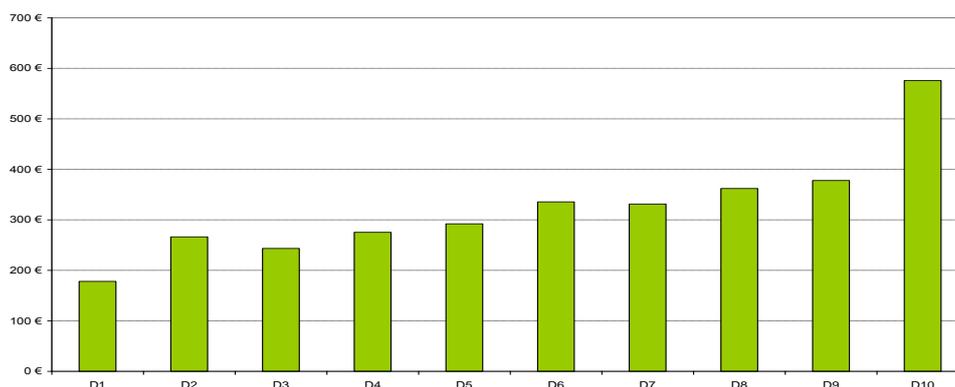
Source : DREES, microsimulation INES-OMAR, 2008

Champ : Ménages ordinaires de métropole. Dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie

Au total, l'effet de remboursements complémentaires plus élevés pour les hauts revenus ne compensant pas les RAC après AMO plus élevés pour ces mêmes revenus, le reste à charge après AMO et AMC reste croissant avec le niveau de vie. Le décrochage est marqué pour les ménages du dernier décile du fait du profil du RAC après AMO pour lequel le même décrochage est observé.

Graphique 13

RAC après AMO et AMC par décile de niveau de vie



Source : DREES, microsimulation INES-OMAR, 2008

Champ : Ménages ordinaires de métropole. Dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie

Globalement pour l'ensemble des ménages, plus du tiers des restes à charge après remboursements AMO et AMC est constitué de produits pharmaceutiques. Viennent ensuite les soins dentaires, les dépenses relatives aux autres biens médicaux (optique notamment) et les dépenses hospitalières (15 % pour chaque poste)³⁷. Les consultations médicales³⁸ représentent 12 % environ du reste à charge des ménages.

³⁷ Source : comptes de la santé, 2011 (cf. infra).

³⁸ Ticket modérateur + forfaits + dépassements.

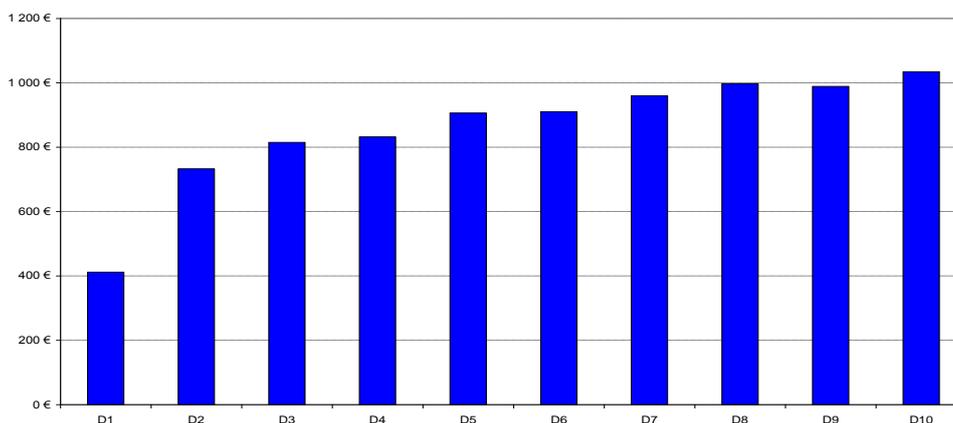
Le niveau d'effort des ménages (RAC+primes)

Pour apprécier les niveaux d'effort des ménages, il convient de considérer les primes versées aux complémentaires qui devront s'additionner aux RAC.

Outre le niveau des garanties souscrites, l'augmentation des primes avec le niveau de vie s'explique par la modulation des primes en fonction du revenu dans certains contrats d'assurance complémentaire.

Graphique 14

Primes AMC (diminuées de l'ACS le cas échéant) par décile de niveau de vie



Source : DREES, microsimulation INES-OMAR,2008

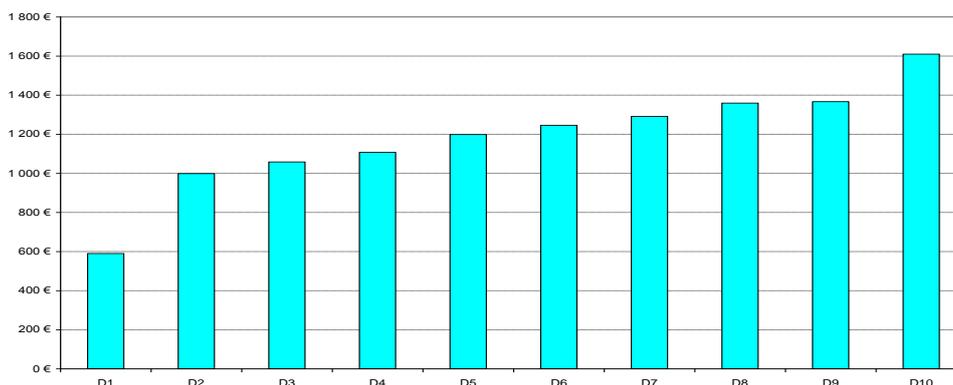
Champ : Ménages ordinaires de métropole. Dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie

Le rôle de la CMU-C et de l'ACS se traduit par un plus faible niveau moyen de primes des ménages du premier décile (400 € en moyenne contre près de 750 € pour ceux du deuxième décile) qui cependant va au-delà des seuils de ressources de la CMU-C et de l'ACS³⁹.

Au total le niveau d'effort des ménages, composé de la somme du RAC après AMO et AMC et des primes versées aux organismes complémentaires, augmente sensiblement avec le niveau de vie. Il atteint 600 € pour les ménages les plus pauvres et 1 600 € pour les plus riches (rapport de 1 à moins de 3).

Graphique 15

RAC après AMO et AMC + Primes AMC par décile de niveau de vie



Source : DREES, microsimulation INES-OMAR,2008

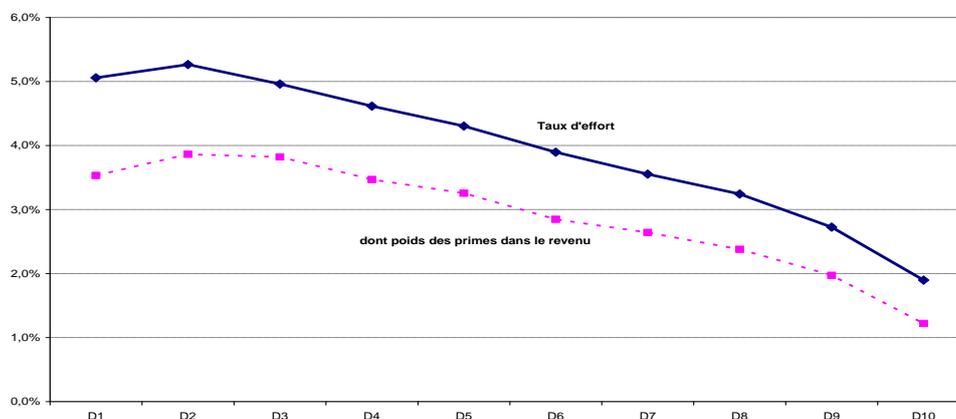
Champ : Ménages ordinaires de métropole. Dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie

³⁹ Le revenu par unité de consommation pris en compte dans la simulation de la DREES n'est pas directement comparable aux seuils de la CMU-C et de l'ACS (en raison des revenus inclus ou non dans le calcul de ceux-ci). La borne supérieure du premier décile de niveau de vie était en 2008 de 896 € par mois pour des seuils de CMU-C et d'ACS à cette date de 621 € et 745 €.

Pour autant, du fait de l'écart bien supérieur entre revenus (1 à 8 entre le premier et le dernier décile), le taux d'effort des ménages⁴⁰, qui rapporte le niveau d'effort des ménages à leurs revenus⁴¹, décroît avec le niveau de vie. Il correspond à environ 5 % du revenu des ménages pour les trois premiers déciles et diminue jusqu'à 2 % pour le dernier décile.

Graphique 16

Taux d'effort des ménages par décile de niveau de vie



Source : DREES, microsimulation INES-OMAR, 2008

Champ : Ménages ordinaires de métropole. Dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie

L'écart de taux d'effort entre le premier et le dernier décile provient essentiellement de la différence du poids des primes dans le revenu des ménages de ces déciles. Ces primes représentent 3,5 % du revenu du premier décile et un peu plus de 1 % pour ceux du dernier décile, en dépit des aides que reçoivent de nombreux ménages du premier décile, ce qui laisse penser que les ménages modestes non aidés financent des primes qui représentent de fortes proportions de leur revenu.

Les primes versées par les ménages du deuxième et du troisième décile représentent 4 % de leur revenu. Cette augmentation par rapport aux ménages du premier décile correspond à un effet de seuil de sortie des aides à la complémentaire santé.

En conclusion, l'AMO, et dans une moindre mesure l'AMC, réduisent substantiellement les RAC des ménages sur les dépenses de santé quel que soit leur niveau de vie. Les remboursements de l'AMC sont, à l'inverse de ceux de l'AMO, croissants avec les niveaux de revenus compte tenu des meilleures garanties souscrites par les ménages les plus aisés. Au total, du fait à la fois des primes et des RAC après AMO et AMC, les **niveaux d'effort** sont croissants avec le revenu mais les **taux d'effort** des ménages représentent une part décroissante du revenu. La CMU-C et l'ACS permettent de limiter le taux d'effort des ménages du premier décile, qui reste malgré tout parmi les plus élevés avec ceux des deuxième et troisième déciles.

1.1.2. Les lacunes de la couverture complémentaire induisent des renoncements aux soins pour raisons financières

L'assurance complémentaire santé améliore l'accessibilité aux soins en participant à la réduction des restes à charge des ménages. Ne pas en disposer pour des raisons financières augmente le renoncement aux soins⁴².

⁴⁰ Le taux d'effort retenu ici est l'un des taux d'effort préconisés par le HCAAM dans son rapport « L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ? », janvier 2011. Il fait figurer au numérateur un montant consolidé des RAC après AMO et AMC et des primes versées aux OC et au dénominateur un revenu net des versements à l'AMO.

⁴¹ Desquels sont déduits les prélèvements obligatoires pour la santé.

⁴² Enquête SPS 2010 de l'IRDES qui apprécie le renoncement aux soins par le biais d'un questionnaire auprès des ménages.

- Les personnes les plus pauvres bénéficient moins souvent d'une complémentaire santé malgré l'existence de la CMU-C (en 2010, 91,5 % pour les personnes appartenant au premier quintile de niveau de vie contre 98 % pour celles du dernier quintile de niveau de vie ont une complémentaire santé) et renoncent davantage aux soins (25 % contre 7 %).
- Il en est de même des chômeurs (87,6 % ont une couverture complémentaire contre 96,1 % pour les actifs occupés ; 28 % d'entre eux renoncent à des soins contre 14 % pour les actifs occupés).
- A contrario, les jeunes adultes s'assurent moins auprès d'un OC pour des raisons qui ne sont pas financières, certains d'entre eux estimant qu'ils n'en ont pas besoin et ils ne renoncent pas aux soins davantage que les adultes plus âgés (15 % contre 18 %).

1.2. LES LOGIQUES ET LES CONTRAINTES DES COMPLÉMENTAIRES

1.2.1. Les logiques de fonctionnement des complémentaires

Si la détention d'une complémentaire est déterminante pour l'accès aux soins, notamment des plus modestes qui ne peuvent supporter des restes à charges élevés, cette couverture obéit à des logiques d'assurance⁴³ différentes de celles de l'assurance maladie obligatoire.

Les deux systèmes ne s'insèrent pas dans le même cadre institutionnel et économique.

Les complémentaires en santé qui, par commodité, seront désignées dans cette partie par le terme d' « assureur » quels que soient leur statut, leur mode de fonctionnement ou de gestion, exercent leur activité dans un cadre concurrentiel, soumis à la surveillance des autorités chargées de la concurrence et de l'ACP qui demande une tarification au coût du risque. Le consommateur choisit de s'assurer (à l'exception des contrats obligatoires d'entreprise et à l'inverse des régimes de base pour lesquels l'assuré n'a pas le choix), décide de son assureur et peut en changer s'il n'est pas satisfait : il est l' « aiguillon du système »⁴⁴, la concurrence mettant les assureurs « sous pression » dans un marché ouvert. Il détermine également sa « couverture » par le niveau de garantie auquel il souscrit, à l'inverse encore de la couverture obligatoire qui couvre uniformément tous les assurés : l'assurance complémentaire peut ainsi s'adapter à des besoins de couverture diversifiés, mais au détriment de la mutualisation.

Dans ce contexte, plusieurs différences profondes avec l'assurance maladie obligatoire peuvent être soulignées⁴⁵ :

- L'assureur doit prendre en compte le phénomène de sélection adverse (ou antisélection⁴⁶). Les personnes jeunes et en bonne santé peuvent préférer ne pas s'assurer estimant que le rapport cotisations/prestations est en leur défaveur alors que les assurés aux risques élevés y auront intérêt pour des raisons inverses, ce qui augmente au total la probabilité de survenue du risque et peut mettre en péril l'équilibre économique du système. L'assurance maladie obligatoire ne rencontre pas cette difficulté puisqu'elle couvre toute

⁴³ Pourtant les deux systèmes répondent bien aux mêmes objectifs. L'assurance, entendue dans un sens « fonctionnel », a pour objectif de protéger les individus contre les risques, auxquels ils sont exposés en finançant une réparation du dommage ou en indemnisant la perte de revenu. Dans le cas de la maladie, elle permet d'accéder à des soins adéquats en cas d'accident de santé dont le coût serait, sans elle, hors de portée y compris pour des revenus élevés. P.Y.Geoffard. Concurrence en santé. Marché des soins, marché de l'assurance. In Regards croisés sur l'économie. 2009/1 n°5.

⁴⁴ P.Y.Geoffard. Concurrence en santé. Marché des soins, marché de l'assurance. In Regards croisés sur l'économie. 2009/1 n°5.

⁴⁵ L'assurance santé compte toutefois parmi les activités assurantielles qui sont gérées en répartition (et non en capitalisation) et qui appliquent le principe indemnitaire (le remboursement ne peut dépasser le préjudice réel subi par l'assuré), à contrario du principe forfaitaire.

⁴⁶ M. Rothschild et J. Stiglitz. "Equilibrium in competitive insurance markets; an essay on the economics of imperfect information". The Quarterly Journal of Economics. Vol.90 n°4. Nov. 1976. P629-649.

la population. Dans une moindre mesure, les contrats collectifs obligatoires souscrits au niveau d'une branche ou d'une entreprise limitent cet effet d'antisélection puisque l'ensemble des salariés d'une communauté de travail est tenu d'y adhérer et que la loi Évin interdit la sélection individuelle.

- La prime due par l'assuré est calculée, non pas en fonction des revenus (hormis pour certaines mutuelles en application du principe de solidarité et certains contrats collectifs), mais en fonction des risques observables, du niveau de risque perçu et choisi par l'assuré et du « coût de production » de l'assurance : c'est le principe de la neutralité actuarielle. Si celle-ci n'était pas réalisée, si notamment les primes étaient trop élevées, l'assureur pourrait s'exposer à un risque d' « écrémage » de ses assurés à bas risques par ses concurrents. A l'inverse, le financement à perte pour une catégorie d'assurés pourrait entraîner une hausse des primes pour les autres assurés et la fuite des clients à bas risques vers d'autres entreprises. L'assurance complémentaire peut ainsi s'assimiler à un acte de redistribution *ex post*, entre des individus qui ont souscrit le même niveau de risque, ce risque s'étant ou non réalisé. Dans le cadre de contrats collectifs, la redistribution s'effectue entre les personnels de la communauté de travail (branche, entreprise ou établissement) couverts par les mêmes garanties. L'assurance maladie obligatoire, quant à elle, mutualise les risques à l'échelle de la nation grâce à un financement qui ne leur est pas lié.
- Le risque assurantiel est couvert après paiement de la prime (il peut en outre exister des délais de carence, entre le paiement de la prime et le bénéfice de l'assurance). Celle-ci est calculée avant la production du service, selon le principe de la neutralité actuarielle. L'assurance maladie obligatoire, quant à elle, protège sans prépaiement.

L'assureur, qu'il soit d'ailleurs public ou privé, est confronté à deux sortes « d'aléa moral » potentiellement déséquilibrants pour lui : le premier correspond à la modification de comportement de l'assuré, qui augmenterait sa consommation de soins une fois le risque couvert, le second renvoie à celle du professionnel de santé, qui de façon opportuniste, pourrait induire une consommation de soins non nécessaires médicalement. L'assureur agit donc pour limiter ces deux risques : on parle alors de « gestion du risque ».

1.2.2. L'encadrement de l'assurance complémentaire en santé

La sélection du « risque » est donc un élément incontournable du fonctionnement de l'assurance.

En raison du caractère particulier du « bien » couvert⁴⁷, la santé, identifié dès 1951 par Kenneth Arrow⁴⁸, des interventions publiques ont tenté de limiter la sélection des assurés sur la base de l'état de santé.

1.2.2.1. La garantie viagère pour tous les assurés

La loi Évin du 31 décembre 1989 pose le principe d'une garantie viagère pour tous les assurés : les contrats individuels comme collectifs ne peuvent être dénoncés ou modifiés par l'assureur même dans le cas d'apparition de « mauvais risques » après souscription. En outre, les augmentations de tarif doivent être uniformes pour les mêmes contrats, protégeant les assurés de hausses individuelles

⁴⁷ Bien supérieur affecté d'une valeur morale, aversion générale au risque, externalités positives pour l'économie et la société, aspiration à une égalité d'accès, caractère imprévisible de la maladie et de son coût.

⁴⁸ Pour Kenneth Arrow (« Choix social et valeurs individuelles »-1951 ; « Uncertainty and the welfare economics of medical care »- 1963 . American economic review.Vol 5), les deux caractéristiques des services de santé – incertitude et asymétrie d'information – interdisent que l'allocation des ressources au sein des systèmes de soins soit assurée par un marché privé concurrentiel classique.

qui pourraient être dues à leur consommation de soins. Dans le cas des couvertures collectives, la même loi impose aux assureurs une garantie identique, au sein d'une même catégorie, pour tous les assurés couverts et interdit l'application de surprimes individuelles. Enfin, il ne peut y avoir d'exclusion de certaines pathologies, ni des pathologies survenues avant la souscription du contrat.

Dans d'autres pays dans lesquels la gestion du risque maladie obligatoire et complémentaire a été confiée à des assureurs privés, en concurrence ou non avec des caisses publiques (Pays Bas, Suisse par exemple) des systèmes de compensation ou de péréquation des risques entre les assureurs ont été mis en place par la puissance publique pour éviter les pertes financières supportées par les sociétés d'assurance prenant en charge les assurés présentant des risques élevés.

1.2.2.2. La quasi-disparition des questionnaires médicaux

En matière de santé, comme dans d'autres branches, l'assureur peut apprécier le risque par le biais des questionnaires auxquels l'assuré est tenu de répondre à la souscription du contrat. L'évolution du secteur, stimulée par les incitations financières publiques, est venue limiter sans l'interdire la sélection des risques par le biais du questionnaire médical. Le principe mutualiste (L.112-1 du code de la mutualité) selon lequel les « complémentaires santé » ne peuvent recueillir d'informations médicales auprès de leurs assurés ni fixer de cotisations en fonction de l'état de santé s'est quasi-généralisé, des contrats collectifs d'entreprise⁴⁹ aux contrats individuels, par le biais de l'incitation fiscale aux contrats solidaires⁵⁰, mise en place en 2001 et reprise en 2004 par la loi créant les contrats responsables.

1.2.2.3. Les modes indirects de sélection des risques

Si la sélection des risques par le biais de questionnaire a pratiquement disparu de l'accès aux complémentaires santé et si la directive européenne 2004/113/CE du 13 décembre 2004 posant le principe d'égalité de traitement entre les femmes et les hommes dans l'accès à des biens et services interdit toute discrimination fondée sur le sexe⁵¹, d'autres modes de gestion du portefeuille des risques par les assureurs sont mis en œuvre, lorsqu'il s'agit de contrats individuels, notamment par une prise en compte, dans le calcul de la prime, le plus souvent de l'âge et de la taille de la famille mais aussi du lieu de résidence ou de la profession comme marqueurs de dépenses de santé. Certaines mutuelles et certains contrats collectifs appliquent une tarification selon les revenus.

Par ailleurs, l'offre peut être construite à partir du prix que le client est disposé à payer (*reverse pricing*) et être très individualisée. Le choix de l'assuré « révèle » ainsi son risque. La personnalisation du contrat réduit la mutualisation et aboutit à une prime plus importante.

⁴⁹ Art 2 et 10 de la loi Évin.

⁵⁰ La LFR 2001 a défini les contrats « solidaires » (art. 995 du code général des impôts - CGI : « 15° Les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré ; 16° Les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré »).

⁵¹ Applicable en janvier 2013 à l'issue d'une phase de transition s'achevant le 20 décembre 2012. CJUE, 1er mars 2011, Association belge des Consommateurs Test-Achats ASBL, affaire C-236/09.

1.3. UNE ÉCONOMIE DES OPÉRATEURS EN ÉVOLUTION RAPIDE

1.3.1. Des acteurs historiques mais d'autres récents

Les contrats d'assurance maladie complémentaire sont proposés par trois catégories d'acteurs actifs de longue date, à l'histoire et aux principes différents ; plus récemment se sont en outre développés des acteurs nouveaux, d'abord d'origine bancaire puis d'origine assurances mutuelles de dommages.

1.3.1.1. Des histoires, un statut juridique et des logiques économiques différentes

Les organismes complémentaires maladie obéissent à trois codes différents : le code de la mutualité, celui de la sécurité sociale et celui des assurances.

Les mutuelles santé

Statut

Les mutuelles sont des sociétés de personnes sans but lucratif, administrées par des représentants élus par les adhérents. Elles sont fondées sur l'égalité de traitement des adhérents et l'absence de sélection des risques⁵².

Elles n'ont pas pour objectif de maximiser la rémunération de leurs actionnaires. Elles doivent équilibrer leurs comptes techniques et versent à leurs sociétaires un intérêt statutaire, après avoir utilisé les éventuels excédents dégagés pour réduire le montant des primes des clients l'année suivante ou les avoir mis en réserve.

Histoire

Les mutuelles sont héritières des sociétés de secours mutuels qui se créèrent à partir des années 1760 et furent encadrées par la loi du 15 juillet 1850 puis la loi du 1^{er} avril 1898, dite aussi « Charte de la mutualité ».

La création de la sécurité sociale en octobre 1945 entraîne une modification de leur rôle et organise leur action en coopération avec les assurances sociales devenues obligatoires pour une partie de la population (d'où le nom de « mutuelles 45 »). Certaines mutuelles obtiennent toutefois de gérer le régime obligatoire préexistant, tel celui des fonctionnaires (loi Morice du 9 avril 1947 pour les fonctionnaires), ou créé ultérieurement (régime des étudiants en 1948)⁵³.

La transposition des directives européennes sur l'assurance conduit les mutuelles à devoir séparer leurs activités d'assurance et leurs œuvres sanitaires et sociales (activités dites du livre III), et à renforcer les exigences prudentielles. Le nouveau code de la mutualité, adopté en avril 2001, est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

Représentation institutionnelle

Les mutuelles sont représentées par deux fédérations différentes, de taille inégale : la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), créée en 1902, à laquelle adhèrent

⁵² Ce dernier point les différencie des sociétés d'assurance mutuelle (SAM) qui ont certes la même gouvernance démocratique et la même non-lucrativité, mais ne sont pas tenues à l'absence de sélection des risques.

⁵³ Elles sont alors rémunérées par des remises de gestion du régime obligatoire.

notamment des fédérations (FMF⁵⁴, FNMI⁵⁵ et MFP), et la Fédération nationale indépendante de mutuelles (FNIM), créée en 1989 par deux unions de mutuelles.

Les institutions de prévoyance

Statut

Les institutions de prévoyance (IP) sont des personnes morales de droit privé sans but lucratif, administrées par les partenaires sociaux et régies par le code de la sécurité sociale. Celui-ci définit trois catégories d'IP : les institutions de prévoyance d'entreprise, les institutions professionnelles, qui se créent par accord d'entreprise ou de branche, et les institutions de prévoyance interprofessionnelles, qui se créent par la délibération concordante des représentants de leurs salariés.

Leur mode de gouvernance est paritaire, (d'où l'utilisation souvent indifférenciée des termes « institution de prévoyance » et « institution paritaire ») : leur conseil d'administration est composé de personnes physiques représentant, en nombre égal, les entreprises adhérentes et les salariés.

Les éventuels excédents sont affectés à l'amélioration des prestations et services, au développement de nouvelles garanties, au renforcement de la solidité financière ou à l'action sociale.

Histoire

Postérieurement à la création des premières mutuelles, le patronat s'est impliqué dans la protection sociale des salariés, par un processus qui permet aussi de répondre aux besoins de main-d'œuvre : les œuvres sociales patronales sont d'abord créées dans des grandes entreprises, (mines de charbon puis sociétés de chemins de fer).

Avec la création de la sécurité sociale en 1945, les IP voient leur activité modifiée à l'instar des mutuelles mais n'obtiennent pas de gérer le RO. Elles gèrent en outre les régimes de retraite complémentaire qui sont mis en place. Plusieurs lois ont progressivement imposé une séparation des activités puis des institutions de retraite et de prévoyance. La loi du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire attribue une réelle personnalité juridique aux institutions de prévoyance et adapte la législation qui leur est appliquée aux directives européennes sur l'assurance de 1992. Trois grands types d'institutions paritaires sont identifiés : les institutions de retraite complémentaire (qui gèrent les régimes complémentaire de retraite complémentaire obligatoire par répartition et ne réalisent pas d'activité d'assurance), les institutions de retraite supplémentaire (IRS), qui gèrent des régimes collectifs de retraite par capitalisation et deviennent des entreprises d'assurance, et les institutions de prévoyance qui gèrent les autres risques liés à la personne humaine.

La plupart des IP font aujourd'hui partie de « groupes de protection sociale » (GPS), qui gèrent aussi par délégation les régimes obligatoires de retraite complémentaire (AGIRC-ARRCO).

Représentation institutionnelle

Les IP et leurs unions adhèrent au Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), créé en 1986, dont le conseil d'administration est paritaire ; sa présidence alterne tous les deux ans entre le collège des employeurs et le collège des salariés (il est présidé par le MEDEF depuis janvier 2013).

⁵⁴ La Fédération des mutuelles de France (FMF) est issue de la Fédération mutuelle ouvrière créée en 1960 et a rejoint la FNMF en 2002.

⁵⁵ Fédération nationale de la mutualité interprofessionnelle

Chacune des organisations syndicales représentatives de salariés (CFDT, CFTC, CFE-CGC, CGT, CGT-FO) dispose de 5 administrateurs, le collège employeurs étant quant à lui composé du MEDEF (10 administrateurs), de la CGPME (3) et d'un administrateur de la FNSEA, de l'UNAPL et de l'UPA.

Les sociétés d'assurance

Les sociétés d'assurance sont fréquemment des sociétés anonymes, à but lucratif. Elles peuvent cependant être mutualistes, à objet non commercial, et sont alors des sociétés d'assurance mutuelle (SAM⁵⁶).

Le premier texte définissant les conditions de constitution d'une société anonyme d'assurance est le décret du 22 janvier 1868, qui a permis la création des sociétés d'assurance « non-vie ». Une loi du 17 mars 1905 a mis en place une réglementation et un contrôle des sociétés d'assurance vie en vue de protéger les assurés.

L'organisation de l'activité santé au sein des sociétés est encadrée par les directives européennes sur l'assurance, qui prévoient qu'un assureur effectuant des opérations dépendant de la durée de la vie humaine (assurance vie) ne peut pratiquer simultanément d'autres opérations d'assurance (assurance non-vie). Toutefois, un assureur vie peut demander un agrément pour couvrir des risques de dommages corporels⁵⁷ (santé, incapacité-invalidité, dépendance....) et est alors appelé assureur mixte. Au total, les contrats santé sont proposés par des sociétés d'assurance qui peuvent être soit qualifiées de « non vie », soit, pour un nombre plus réduit, de « mixte ».

Représentation institutionnelle

Les sociétés d'assurances sont fédérées par la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), créée en 1937 sous forme d'un syndicat professionnel qui regroupe 240 entreprises, sociétés anonymes ou SAM⁵⁸, et le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA) créé en 1964 qui regroupe des mutuelles sans intermédiaires.

Ces sociétés ne sont pas intégrées par la DREES dans les comptes de la protection sociale, mais les prestations qu'elles versent le sont dans les comptes de la santé.

L'assurance santé dans le monde agricole et les professions indépendantes non agricoles

La coexistence entre assurance complémentaire et régime obligatoire ne s'est organisée dans le monde agricole et pour les professions indépendantes non agricoles ni selon les mêmes dispositifs ni avec le même calendrier que pour les salariés du régime général.

Les professions agricoles

Les codes des assurances, de la sécurité sociale ou de la mutualité sont ici à combiner avec le code rural. Les premières mutuelles agricoles ont été mises en place à partir de 1880 puis ont été reconnues par la loi du 4 juillet 1900. La mise en place de l'assurance maladie obligatoire des exploitants, en 1961, donne lieu à une concurrence entre la Mutualité sociale agricole (MSA) et les

⁵⁶ Parmi les 195 SAM, certaines sont anciennes et disposent de réseaux d'agents, elles adhèrent alors, sauf exception, à la FFSA, d'autres sont plus récentes et ne disposent pas d'intermédiaires commissionnés, d'où leur nom de « mutuelles sans intermédiaires » (MSI). Elles adhèrent au Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA). C'est le décret-loi du 14 juin 1938 qui a reconnu les sociétés mutuelles d'assurance sans intermédiaires à but non lucratif et les sociétés d'assurance à forme mutuelle ayant un but lucratif et rémunératrices d'intermédiaires (l'ensemble formant alors les « mutuelles 1938 »).

⁵⁷ La maladie, qui est une des 26 branches de l'assurance, relève de l'assurance de dommages corporels, qui elle-même compte parmi les assurances de personnes (par opposition aux assurances de biens et de responsabilité).

⁵⁸ Au total, ces sociétés représentent 90 % du marché français de l'assurance.

assureurs (groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles – GAMEX)⁵⁹. Pour l'assurance maladie complémentaire, la MSA gère certaines activités par délégation des assureurs.

Les indépendants

L'organisation du régime d'assurance maladie des professions non salariées – non agricoles est encore différente. La loi du 12 juillet 1966 qui a créé le régime d'assurance maladie des travailleurs indépendants a mis en place la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants (CANAM, intégrée depuis dans le RSI) mais a prévu la délégation de gestion du service public à des organismes conventionnés de droit privé. Ces derniers sont soit des mutuelles soit des sociétés d'assurance.

Le nombre des opérateurs conventionnés par le régime a été divisé par trois depuis 5 ans, (de 63 en 2008 à 21 en 2013) par concentration des organismes mutualistes, les assureurs ayant quant à eux délégué la gestion du RO à un seul organisme. En effet, l'article R 611-83-II-2°, du code de la sécurité sociale prévoit que si « pendant une durée de deux années consécutives, indépendamment de l'éventuel renouvellement de la convention, l'organisme n'a pas atteint un effectif de 23 000 bénéficiaires des prestations d'assurance maladie ou un effectif de 15 000 cotisants à l'assurance maladie des professions libérales », la convention peut être résiliée.

De nouveaux acteurs : bancassureurs et mutuelles d'assurance

Les opérateurs d'assurance santé se sont encore diversifiés, avec l'offre de couvertures santé par des assureurs d'origine bancaire et par des mutuelles sans intermédiaire (MSI). Une autre évolution, issue de la technologie⁶⁰, est le développement de l'assurance sur Internet, via des comparateurs courtiers.

Les « bancassureurs »

Après avoir développé une activité d'assurance vie, les banquiers ont créé des filiales d'assurance proposant des contrats dommages puis des contrats santé. Ainsi, entre 1996 et 2011, sur l'ensemble du marché des assurances de personnes, la diffusion des produits par le réseau des bancassureurs a progressé de 2 points, celle par les courtiers de 5 points, quand celle par les réseaux traditionnels (agents généraux) a perdu 4 points de part de marché⁶¹.

La FFSA note que les cotisations relatives aux assurances de dommages corporels (maladie et accidents corporels) ont augmenté en 2011 de 6 % pour les réseaux de bancassurance alors que pour les réseaux d'assurance elles sont restées quasi-identiques à celles de 2010.

Les mutuelles d'assurance sans intermédiaires (MSI)

Sur les 22 groupes adhérant au groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA), qui n'étaient pas présents en santé jusque récemment, 14 ont en 2012 une activité en santé, directement ou indirectement⁶².

⁵⁹ La répartition actuelle des assurés est de 91 % MSA – 9 % GAMEX.

⁶⁰ La diffusion par la grande distribution est aussi une tendance récente. Au total, pour l'ensemble des branches d'assurance, le nombre des courtiers augmente année après année, à l'inverse de celui des agents généraux.

⁶¹ Source Eurostaf 2012.

⁶² 5 entreprises ont noué des partenariats avec des mutuelles 45 et 9 adhérents du GEMA ont directement une activité, via une filiale ayant une forme juridique relevant du code des assurances ou du code de la mutualité.

1.3.1.2. Une concentration rapide et des logiques d'alliance

Les assureurs santé restent très nombreux même si la concentration du secteur a été engagée

Le nombre de complémentaires en santé demeure très important en dépit d'une concentration de l'activité.

La tendance à la concentration vaut pour l'ensemble du secteur de l'assurance. Au total, le nombre d'organismes d'assurance a diminué de 34 % entre fin 2006 et fin 2011, avec une baisse de 42 % pour les seules mutuelles.

Tableau 7 - Nombre d'organismes d'assurance contrôlés par l'ACP (ou ACAM⁶³)

	<i>fin 2006</i>	<i>fin 2007</i>	<i>fin 2008</i>	<i>fin 2009</i>	<i>fin 2010</i>	<i>fin 2011</i>
Code des assurances	407	389	386	368	357	351
<i>sociétés d'assurance vie et mixte</i>	<i>115</i>	<i>109</i>	<i>106</i>	<i>103</i>	<i>102</i>	<i>103</i>
<i>sociétés d'assurance non-vie</i>	<i>263</i>	<i>252</i>	<i>252</i>	<i>244</i>	<i>235</i>	<i>229</i>
IP (Code de la sécurité sociale)	66	63	61	56	53	51
Mutuelles livre II	1158	1070	973	844	719	672
<i>dont mutuelles substituées</i>	<i>484</i>	<i>424</i>	<i>388</i>	<i>318</i>	<i>233</i>	<i>219</i>
Total	1631	1522	1420	1268	1129	1074

Source : Rapports DREES, La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2011 et 2012

La concentration s'est exercée particulièrement en matière d'assurance santé depuis le milieu des années 1990, touchant en premier lieu les mutuelles.

Tableau 8- Nombre d'organismes exerçant une activité de complémentaire santé, finançant le Fonds CMU⁶⁴

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sociétés d'assurance	117	122	115	109	107	99	93	93	93	94	96	96
IP	57	51	50	50	48	46	38	36	35	34	29	29
Mutuelles	1528	1371	1069	1015	919	849	811	751	657	589	560	512
Total	1702	1544	1234	1174	1074	994	942	880	784	717	685	637

Source : Fonds CMU, données 2012 provisoires

Enfin, au sein de l'activité d'assurance complémentaire santé, la concentration est renforcée par les rapprochements entre acteurs, y compris de familles différentes.

⁶³ Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles.

⁶⁴ Ces données diffèrent de celles de l'ACP, contrairement à ces dernières, elles incluent les organismes étrangers qui versent la taxe CMU, ne sont pas contrôlés par l'ACP mais par l'autorité de contrôle de leur État d'implantation ; à l'inverse elles excluent les organismes qui ont une activité d'assurance complémentaire santé qui n'entre pas dans le champ du financement de la CMU (surcomplémentaire, par exemple les contrats d'accident de conducteur).

Les différents modes de rapprochement entre opérateurs

Outre les fusions, adossements ou regroupements propres à chaque type d'opérateurs, la composition et la concentration du secteur relèvent d'outils variés :

L'union d'économie sociale (UES, 1983) permet aux associations, coopératives et mutuelles de monter des projets communs ou des partenariats avec les collectivités locales, dans lesquels elles ont vocation à rester majoritaires.

L'union de groupe mutualiste (UGM, ordonnance de 2001) réunit mutuelles, unions régies par le code de la mutualité, sociétés d'assurances mutuelles et institutions de prévoyance pour partager des moyens de fonctionnement. Elle ne peut pas faire d'opération d'assurance et ne peut pas accueillir de société anonyme.

La société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM, même ordonnance de 2001) réunit sociétés d'assurances mutuelles, institutions de prévoyance, mutuelles ; elle permet la distribution des produits, tout en maintenant la spécificité des modes de fonctionnement et l'identité des adhérents. Elle n'établit pas de liens capitalistiques mais autorise des liens de solidarité financière importants et durables entre les membres.

Le groupement paritaire de prévoyance (GPP, ordonnance de 2006) est créé par des institutions paritaires, membres fondateurs, d'autres organismes assureurs peuvent ensuite y adhérer.

L'union mutualiste de groupe (UMG, loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie) est un dispositif calqué sur les SGAM, avec un objet plus large que les UGM et une ouverture aux sociétés anonymes. Les mutuelles et unions du code de la mutualité disposent cependant d'au moins la moitié des sièges à l'AG et au CA.

D'après les informations recoupées par le Fonds CMU, les sept principaux groupes consolidés, qui dépassent le milliard d'euros d'assiette déclarée, représentaient en 2011 36 % du marché de la complémentaire santé.

Tableau 9 - 7 groupes consolidés les plus importants

Nom du groupe	Nature	Assiette 2011 (M€)
Istya	Mutuelles	2 542
Harmonie	Mutuelles	1 780
Groupama-Gan	Assurances	1 702
AXA	Assurances	1 405
Malakoff-Médéric	IP + Mutuelles	1 254
AG2R-La Mondiale	IP + Mutuelles	1 135
Pro-BTP	IP	1 046

Source : Ces données sont reconstituées par le Fonds CMU à partir d'informations recensées dans la presse.

Les mutuelles se regroupent sous des formes diverses

Les mutuelles demeurent les plus nombreux des organismes complémentaires, mais ce sont aussi ceux dont le nombre diminue le plus fortement, le mouvement de restructuration étant par ailleurs ancien pour ces institutions⁶⁵.

La transposition des directives européennes relatives aux assurances a posé les principes de spécialité et d'harmonisation des règles prudentielles, impliquant un regroupement particulièrement marqué pour les mutuelles ayant une origine locale ou professionnelle.

Le regroupement s'est amplifié tout au long des différents relèvements des exigences prudentielles : seuil de calcul de l'exigence de capital et seuil du fonds minimum de garantie

⁶⁵ Leur nombre s'était déjà réduit d'un tiers entre 1973 et 1997 : de plus de 8600 à moins de 5800, dont 4500 protégeaient à l'époque moins de 3500 personnes, selon le rapport d'information de la Commission des finances du Sénat sur la situation et les perspectives du secteur des assurances de 1998.

obligatoire⁶⁶ (en 2007 et 2008, 2010 et 2012). Il a pris plusieurs formes permettant de pallier l'impossibilité d'acquisition, à l'instar des sociétés anonymes, depuis le transfert de portefeuilles de contrats jusqu'à la convention de substitution⁶⁷. Les mutuelles ont obtenu en outre l'autorisation de nouvelles formes de rapprochement laissant substituer l'identité de chaque mutuelle, avec progressivement un élargissement du périmètre.

Ces institutions sont ainsi passées d'environ 6 000 à la fin des années 1990, toutes activités confondues, à moins de 1 200 fin 2006 et moins de 700 fin 2011, compte non tenu des mutuelles du Livre III, mais en incluant les mutuelles substituées.

Un rapport d'initiative parlementaire en faveur de la création d'un statut de mutuelle européenne a été adopté par le Parlement européen en mars 2013 pour demander officiellement à la Commission européenne de prendre l'initiative d'une proposition législative en la matière. Ce statut aurait pour objectif de faciliter l'extension du modèle mutualiste dans l'UE dans le contexte de la crise, la réalisation d'économies d'échelle, le développement de services transfrontaliers et l'amélioration du cadre juridique de l'activité des mutuelles à l'échelle européenne.

Malgré les regroupements, le secteur des mutuelles reste très morcelé : plus de la moitié des mutuelles non substituées avait un chiffre d'affaires global (donc au-delà de la seule santé) inférieur à 10 M€ en 2011. Ce n'est le cas que de 7 % des IP (soit 2 d'entre elles) et 10 % des sociétés d'assurance présentes en santé (soit 10 de ces dernières). De même, 129 mutuelles⁶⁸ enregistraient en 2011 un chiffre d'affaires « frais de soins » inférieur à 5 M€ - ce qui était le cas d'une seule IP, de quatre SA mixtes et de 18 SA non-vie. Les mutuelles représentent 84 % des organismes ayant un chiffre d'affaires en santé inférieur à 25 M€, alors que les IP représentent 2 % et les SA 14 %.

On peut relever les effets de la concentration : les 100 premières mutuelles en termes de chiffre d'affaires « santé » représentaient 87 % de l'assiette du Fonds CMU, contre 83 % en 2010 et 79 % en 2008, alors que les 421 autres représentent moins de 15 % du chiffre d'affaires total⁶⁹.

Les IP s'allient au sein de groupes de protection sociale

La tendance à la concentration marque aussi les IP, dont le nombre a diminué de moitié entre 2001 et 2011. Les IP se sont ainsi regroupées, notamment à l'initiative des fédérations AGIRC et ARRCO, qui ont engagé au début des années 2000 un processus de rationalisation. Les regroupements ont toutefois veillé à maintenir l'identité des institutions préexistantes.

Au lieu de 87 IP fin 1996, on compte 13 groupes de protection sociale en 2013. Le CTIP comptabilisait en 2012 20 institutions de prévoyance professionnelles, 19 institutions interprofessionnelles, 7 institutions d'entreprise et 2 unions d'institutions de prévoyance. Sur l'ensemble de ces entités, 29 sont actives en santé.

La majorité des IP fait désormais partie de groupes de protection sociale (GPS), qui rassemblent des institutions de retraite complémentaire, des institutions de prévoyance, mais également des mutuelles, voire des sociétés d'assurance ou de gestion d'épargne salariale. Ces groupes assurent des couvertures de protection sociale complémentaire dans le cadre de contrats collectifs ou dans le cadre de contrats individuels.

⁶⁶ Ce seuil reste inférieur à celui exigé pour les mutuelles pratiquant l'assurance vie. En outre, les mutuelles 45 ne sont pas tenues au respect du minimum de fonds de garantie dès lors que leurs statuts prévoient la possibilité de rappels de cotisations.

⁶⁷ Convention de substitution prévue à l'article R.211-21 du code de la mutualité : une mutuelle substituée est, au regard des obligations prudentielles, une mutuelle pour laquelle le risque financier est porté par un autre assureur.

⁶⁸ Hors mutuelles substituées.

⁶⁹ Rapport 2012 sur la situation financière des OC assurant une couverture santé, DREES, avril 2013.

La concentration touche moins les sociétés d'assurance

S'agissant des sociétés d'assurance actives en santé, leur nombre paraît stable depuis 2007, ce qui résulte d'une concentration compensée par l'arrivée de nouveaux acteurs. Les assureurs présents en santé ont constaté l'intérêt d'une taille critique dans un contexte de concurrence et de moindre fidélité des assurés, outre le renforcement des règles prudentielles.

1.3.1.3. Les facteurs de convergence : législation européenne et fiscalité

La législation prudentielle européenne a été étendue à l'ensemble des assureurs, quel que soit leur statut

Des règles de **prudence** dans la gestion des fonds sont indispensables à une activité assurantielle qui voit la prestation du service n'intervenir que postérieurement à l'encaissement des primes, à la différence de la plupart des autres activités commerciales : elles doivent garantir que les engagements d'indemnisation des sinistres seront effectivement honorés. L'assurance santé, risque court, est toutefois moins concernée que d'autres branches par les règles prudentielles et les obligations de constitution de provisions.

Les sociétés d'assurance ont été les premières assujetties aux règles européennes, à partir de 1973⁷⁰, suivies par les IP soumises aux mêmes règles techniques, financières et prudentielles par la loi du 8 août 1994. La question a été plus délicate pour les mutuelles. Ce n'est qu'en 2001 que le code de la Mutualité a été réformé. Dans la mesure où les directives européennes imposaient l'exclusivité de l'activité d'assurance, les mutuelles ont dû séparer ces activités, isolées dans les mutuelles du Livre II, de leurs œuvres sanitaires ou sociales, confiées à des mutuelles dites du Livre III⁷¹. Par ailleurs, le renforcement des règles prudentielles a conduit les mutuelles à développer la réassurance de leur activité.

Le **contrôle** a été renforcé et harmonisé entre opérateurs, par la fusion en 2003⁷² de la CCMIP⁷³ et de la Commission de contrôle des assurances au sein de la CCAMIP⁷⁴, autorité administrative indépendante devenue en 2005 l'ACAM, elle-même fusionnée en 2010 avec la Commission bancaire pour donner naissance à l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP).

Dans la même perspective, certaines règles de **gouvernance** des mutuelles ont été modifiées, telles que le renforcement des sanctions contre les administrateurs en cas de non respect du code, ou la mise en place de systèmes fédéraux de garantie, et, en 2011, d'un Fonds national de garantie, à l'instar des sociétés d'assurance et des IP.

Pour l'avenir, la directive Solvabilité II, adoptée par le Parlement européen en 2009⁷⁵, vise à améliorer et harmoniser le dispositif de protection des assurés en Europe, à moderniser la supervision des organismes assureurs et à renforcer leur compétitivité. Elle porte à la fois sur les exigences quantitatives de solvabilité, l'évolution de la gestion des risques, le développement du

⁷⁰ Concernant l'assurance non-vie : directives 73/239/CEE (liberté d'établissement), 88/357/CEE (libre prestation de service) et surtout 92/49/CEE, « troisième directive », entrée en vigueur en 1994.

⁷¹ « Mutuelles et unions pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales » : centres d'optique, centres dentaires, services pour personnes âgées ou de petite enfance, établissements pour handicapés, cliniques, pharmacies.

⁷² Loi n°2003-706 du 1er août 2003.

⁷³ Commission de Contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance.

⁷⁴ Commission de contrôle de l'assurance, des mutuelles et des institutions de prévoyance.

⁷⁵ La transposition de cette directive, dont l'échéance devait intervenir avant le 30 juin 2013, a été reportée.

contrôle interne et la communication d'informations aux superviseurs et au public. Les exigences prudentielles devraient être relevées⁷⁶ et la gouvernance des organismes devrait être renforcée.

Des spécificités de l'activité des mutuelles subsistent toutefois, notamment l'aménagement du principe de spécialité à travers la notion d'activités accessoires⁷⁷, la possibilité de créer une mutuelle sœur⁷⁸, de confier aux fédérations une responsabilité opérationnelle en matière de réassurance et de conclure des conventions de substitution.

De même, concernant les IP, le code de la sécurité sociale comporte des dispositions qui ne sont pas reprises dans les codes de la mutualité ou des assurances, même pour les contrats collectifs⁷⁹.

La fiscalité en matière d'impôts commerciaux est en cours d'harmonisation

La forme juridique de l'assureur n'est plus un fondement de régime fiscal distinct, les règles étant désormais identiques, et les écarts reposant sur des différences dans les contrats⁸⁰.

Le régime de la taxe sur les conventions d'assurance a été harmonisé depuis 2002 entre assurances, mutuelles et IP

L'exonération de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) liée au statut de l'assureur a été remplacée⁸¹ en 2002 par une exonération pour les contrats responsables, ne pratiquant pas de sélection médicale et respectant des critères de solidarité et de couverture des assurés les plus fragiles.

Les différences de régime fiscal en matière d'impôt sur les sociétés et de contribution économique territoriale sont en voie d'extinction

La Commission européenne avait fait savoir en 2001 que la fiscalité dérogatoire en faveur des mutuelles et des IP⁸² constituait une distorsion de concurrence au détriment des sociétés d'assurances, assujetties notamment à l'impôt sur les sociétés et à la taxe professionnelle devenue contribution économique territoriale (CET). Pour autant, le nouveau code de la mutualité d'avril 2001 ne comportait aucune disposition relative à la fiscalité des mutuelles.

Après plusieurs projets de réforme, c'est la loi de finances rectificative n° 2011-1978 du 28 décembre 2011 qui a prévu l'entrée progressive des mutuelles et des IP dans le nouveau régime pour les exercices ouverts à compter du 1er janvier 2012.

Les IP et les mutuelles sont donc désormais redevables de l'IS et de la CET, mais aussi de la taxe sur les excédents de provision, de la taxe d'apprentissage ainsi que de la taxe sur les salaires.

⁷⁶ La directive devrait cependant avoir des effets essentiellement pour la couverture des risques longs (retraite, rentes, épargne, responsabilité civile) et non sur la santé.

⁷⁷ Possibilité ouverte aux mutuelles exerçant une activité d'assurance de « mettre en œuvre une action sociale » ou de « gérer des réalisations sanitaires et sociales » non seulement aux adhérents de ladite mutuelle, mais également aux souscripteurs d'un contrat proposé par une compagnie d'assurance, une institution de prévoyance, ou une autre mutuelle d'assurance, dès lors qu'une convention a été signée avec ces organismes et si « les prestations délivrées découlent directement du contrat passé avec ces souscripteurs ».

⁷⁸ Qui permet des transferts financiers, sans toutefois remettre en cause les exigences de solvabilité.

⁷⁹ Il en est ainsi, par exemple, de l'absence de nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle, de la subsistance des garanties en cas de procédure de sauvegarde ou de liquidation judiciaire de l'entreprise, de la garantie de paiement par privilège ou de la comptabilité distincte des opérations relatives aux régimes conventionnels de branche.

⁸⁰ Cette harmonisation n'a au demeurant pas toujours été seulement favorable aux sociétés d'assurance. C'est ainsi que la LFI pour 2003 (art. 16) a étendu aux IP l'exonération des contrats collectifs couvrant l'incapacité de travail et d'invalidité prévue à l'art. 998 du CGI au bénéfice initialement des seules sociétés d'assurance régies par le code des assurances.

⁸¹ Jusqu'à la LFR n° 2001-1276 du 28 décembre 2001, les contrats des mutuelles et des IP étaient exonérés.

⁸² Les SAM étaient quant à elles soumises à l'IS dans les conditions de droit commun depuis 1993.

1.3.2. Une activité en croissance et concurrentielle

1.3.2.1. L'augmentation des chiffres d'affaires a bénéficié à toutes les catégories d'assureur santé

L'activité d'assurance complémentaire maladie, telle que retracée par l'assiette du Fonds CMU, a augmenté de 79 % entre 2001 et 2010, soit un taux de croissance de 6,6 % en moyenne par an. Le chiffre d'affaires a augmenté chaque année pour toutes les familles d'acteurs.

Le repli marqué en 2011 (-2,3 %) est seulement apparent, car lié à la transformation de la contribution au Fonds CMU (au taux de 5,9 %) en taxe⁸³ (au taux de 6,27 %, modification financièrement neutre pour le Fonds⁸⁴). Hors contribution/taxe, l'évolution du marché, telle que recalculée par la DREES⁸⁵ reste positive en 2011 : + 4,6 % pour les sociétés d'assurance et les IP, + 1,1 % pour les mutuelles.

Les mutuelles restent majoritaires sur le marché de l'assurance complémentaire en santé, mais leur part se réduit de 4 points entre 2001 et 2011, de 60 à 56 %, tout comme celles des IP, de 21 à 17 % au profit des sociétés d'assurance, qui passent de 19 à 27 % de part de marché sur la période.

Tableau 10 - Assiette brute du Fonds CMU (en M€)

	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Assurances	3 279	5 788	6 344	6 736	7 561	7 961	8 479	8 274	8 808
IP	3 692	4 225	4 379	4 695	5 126	5 225	5 261	5 167	5 746
Mutuelles	10 596	14 452	15 319	15 952	16 435	16 931	17 666	17 219	17 589
Total	17 567	24 465	26 042	27 383	29 122	30 117	31 406	30 660	32 142

Source : Fonds CMU. Données brutes (hors transformation de la contribution CMU-C en taxe), données 2011 et 2012 provisoires

Il serait souhaitable de pouvoir décomposer cette évolution du chiffre d'affaires, en distinguant l'évolution de l'effectif et de la structure de la population couverte, celle des garanties et celle des prix (toutes choses égales par ailleurs). L'appareil statistique ne le permet pas actuellement.

1.3.2.2. Des activités encore différenciées

La santé occupe une part très différente de l'activité totale selon le type d'opérateur

L'activité d'assurance complémentaire santé n'a pas la même place pour chaque type d'opérateur. Elle est très prédominante pour les mutuelles (88 % du chiffre d'affaires global), représente à peu près la moitié de l'activité pour les IP (47 %) et est très minoritaire pour les sociétés d'assurance (13 % pour les sociétés d'assurance non-vie et 7 % pour les sociétés d'assurance mixte).

⁸³ Taxe de solidarité additionnelle (TSA).

⁸⁴ Le taux de la contribution de 5,9 %, jusqu'en 2011, s'appliquait à une assiette incluant la contribution. A partir de 2011, la taxe qui la remplace s'applique à une assiette de primes hors taxes, ce qui implique, à rendement constant, que son taux ait été augmenté à 6,27 %.

⁸⁵ DREES, La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2012.

Tableau 11 - Répartition de l'activité des organismes d'assurance contribuant au Fonds CMU (en 2011)

	SA mixte	SA non-vie	Mutuelles	IP	Total
Non-vie	18 %	100 %	96 %	79 %	65 %
- dont Dommages corporels	12 %	22 %	93 %	69 %	34 %
- dont Santé	7 %	13 %	88 %	47 %	26 %
Vie	82 %	0 %	4 %	21 %	35 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : Rapport DREES, La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2012

Par ailleurs, d'après les données statistiques collectées par l'Association française de l'assurance⁸⁶, au sein de l'activité de prévoyance, la place de la santé est très majoritaire pour les mutuelles, mais elle est à peu près égale à celle de la prévoyance « lourde » (incapacité, invalidité, décès) pour les sociétés d'assurance comme pour les IP.

Tableau 12 - Part des cotisations santé au sein de la prévoyance (en 2010)

Assurances	IP	Mutuelles
48 %	52 %	89 %

Source : Les chiffres clés santé et prévoyance AFA - (données CTIP, FFSA-GEMA et FNMF), 2012

Cette différence dans le poids de l'activité santé limite la comparaison des résultats économiques sur ce seul domaine, dans la mesure où un rééquilibrage financier est possible au niveau des organismes d'assurance complémentaire, pour les IP avec le reste de la prévoyance et pour les sociétés d'assurance avec les autres branches d'activité assurantielle.

Les familles d'opérateurs sont positionnées différemment entre contrats individuels et collectifs

D'après les données statistiques du secteur, la répartition des portefeuilles entre contrats individuels et collectifs est assez stable dans les dernières années. Les mutuelles sont surtout positionnées sur l'individuel, tandis que les IP sont spécialisées dans le collectif. Les sociétés d'assurances interviennent quant à elles sur les deux segments.

Tableau 13 – Part des cotisations des contrats collectifs sur l'ensemble des cotisations santé (en 2010)

Assurances	IP	Mutuelles
42 %	84 %	27 %

Source : Les chiffres clés santé et prévoyance AFA (données CTIP, FFSA-GEMA et FNMF), 2012

En conséquence, les poids respectifs des différentes familles d'opérateurs diffèrent selon le type de contrat. Dans l'individuel, les mutuelles sont très majoritaires : ainsi, en 2010, 68 % des cotisations des contrats individuels reviennent aux mutuelles, 27% aux sociétés d'assurance, et seulement 5% aux IP. Dans le collectif, les trois familles d'opérateurs ont des places plus égales : 38% des cotisations pour les mutuelles, 34 % pour les IP et 28 % pour les sociétés d'assurance.

Les structures de dépenses sont légèrement différentes selon les opérateurs

D'un point de vue global, les évolutions dans la structure des dépenses des OC par poste ne traduisent pas de divergence flagrante selon les familles d'opérateurs. L'examen des comptes nationaux de la santé de la DREES montre qu'en dix ans certaines différences se sont réduites, mais d'autres se sont maintenues.

La part des dépenses hospitalières du secteur public était équivalente, en 2000, entre les catégories d'opérateurs (8 à 9 % des dépenses de soins). Or, elle n'est restée stable que pour les IP

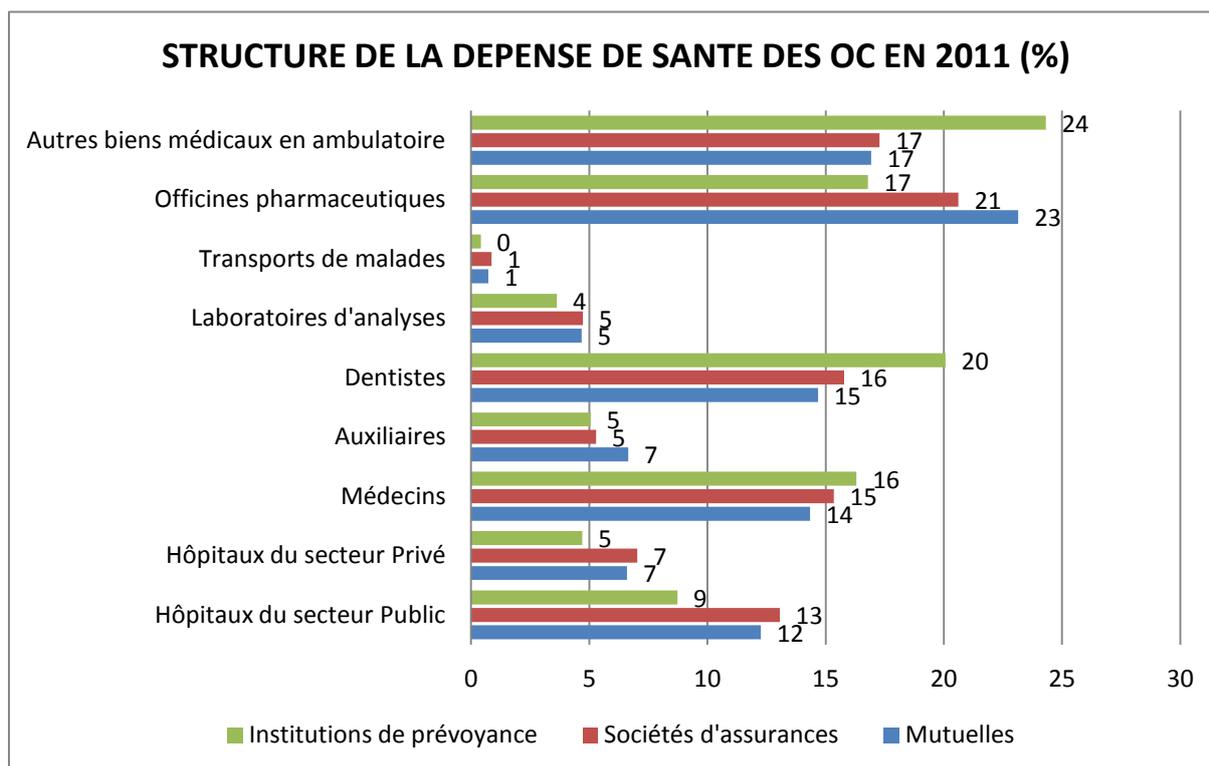
⁸⁶ AFA, regroupant la FFSA et le GEMA.

alors qu'elle a progressé de 3 à 4 points en 11 ans pour les mutuelles et les sociétés d'assurance. On note une évolution similaire, quoique moins marquée, pour les dépenses en hospitalisation privée.

En 2000 comme en 2011, les soins dentaires et les « autres biens médicaux », dont l'optique et les audioprothèses, représentent une part des dépenses plus importante de soins et de biens médicaux pour les IP que pour les mutuelles et les sociétés d'assurance (44 % en 2011 contre 32 et 33 % pour les mutuelles et les SA).

L'interprétation de ces divergences et de leur évolution est délicate.

Graphique 17



Source : HCAAM à partir des comptes nationaux de la santé de la DREES

1.3.2.3. Des résultats contrastés et des différences de charges

Si le chiffre d'affaires des complémentaires augmente d'année en année, la comparaison des résultats des différentes catégories d'assureurs met en évidence des différences très notables, entre ces catégories mais aussi selon les années.

Le rapport annuel de la DREES sur « la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », publié depuis la LFSS pour 2009 s'appuie, outre sur les données du Fonds CMU et de l'ACP, sur des états statistiques collectés par l'ACP pour le compte de la DREES, qui ont été étendus progressivement⁸⁷. Un nouvel état statistique porte ainsi sur le « résultat technique » en frais de soins. Cette étude met en évidence l'effet de plusieurs facteurs : poids respectifs des contrats individuels et des contrats collectifs, poids des charges de gestion, taille des organismes.

⁸⁷ L'article 11 de la LFSS 2012 prévoit en outre : « Avant le 31 août 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport analysant comparativement les coûts de gestion et le niveau des prestations servies comparées aux cotisations versées des organismes de sécurité sociale, d'une part, des mutuelles et des organismes privés d'assurance complémentaire, d'autre part ».

L'ensemble des catégories enregistre un résultat net positif, mais celui-ci est contrasté, notamment plus important pour les sociétés d'assurance, légèrement positif pour les mutuelles et les IP : pour ces derniers, les produits financiers du résultat non-technique compensent un résultat technique négatif.

Tableau 14 - Compte de résultat (extraits) des organismes finançant le Fonds CMU et contrôlés par l'ACP (2011, en M€)

	SA mixte	SA non-vie	Mutuelles	IP
Primes	49 354	45 350	19 631	11 500
Prestations	49 056	31 399	16 709	11 111
Produits financiers	7 622	2 131	25	562
Frais d'administration	7 102	11 031	2 674	981
Résultat technique	710	2 670	222	-130
Produits financiers du résultat non-technique	464	557	223	243
Résultat net	910	1 945	336	65

Source : Rapport DREES, La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2012

Une variation du résultat de l'activité santé selon les années

En 2011, les OC ont encaissé pour l'activité santé 32,2 Mds € de cotisations et versé 27,5 Mds € de prestations⁸⁸.

La DREES constate une dégradation en 2011 des résultats techniques en « frais de soins » pour les SA et les IP, et à l'inverse une amélioration de la situation des mutuelles. Au total, le résultat technique rapporté aux primes diminue et passe de 1,2 % en 2010 à 0,5 % en 2011.

Le résultat technique est ainsi négatif pour les SA « mixte » (-2,5 % des primes) et pour les IP (-4,0 %). Il est en revanche positif pour les SA non-vie et pour les mutuelles.

L'année 2010 avait vu une amélioration du résultat pour les SA et les mutuelles, et une détérioration pour les IP. Entre 2009 et 2011, les comptes des mutuelles s'améliorent donc tant en 2010 qu'en 2011, alors que les comptes des IP se dégradent.

Tableau 15 - Résultat technique en santé (en % des primes émises hors taxe et contribution CMU)

	2010	2011
SA	3,7	0,7
<i>dont SA mixte</i>	2,3	-2,5
<i>dont SA non-vie</i>	4,5	2,7
IP	-3,4	-4,0
Mutuelles	1,2	1,8
Total	1,2	0,5

Source : Rapport DREES, La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2012

⁸⁸ Rapport DREES, La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2012.

Des résultats de contrats collectifs moins bons que ceux des contrats individuels

Les différences de résultats selon la catégorie d'assureur s'expliquent en partie par l'écart de poids des contrats collectifs.

Quel que soit le statut de l'assureur (SA, IP ou mutuelle), les résultats techniques en santé des contrats collectifs sont systématiquement inférieurs à ceux des contrats individuels. C'est le cas en 2011 comme les deux années précédentes. Ils sont déficitaires en 2011 pour trois des quatre catégories (l'exception étant les SA « non vie ») : en 2009, toutes les catégories d'assureurs l'étaient et en 2010, seulement les IP et les mutuelles.

Tableau 16 - Résultat technique de l'activité santé en 2011 (hors taxe et contribution CMU) en M€

	Individuel	Collectif	Total
SA	185	-117	68
dont SA mixte	28	-118	-90
dont SA non-vie	156	2	158
IP	29	-245	-216
Mutuelles	524	-210	314

Source : Rapport DREES, La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2012

Ainsi, le ratio prestations / primes des contrats collectifs dépasse toujours celui des contrats individuels, en 2010 comme en 2011, pour toutes les catégories d'assureur.

Tableau 17 - Ratio Charges de prestations / Primes (hors taxe et contribution CMU)

	2010		2011	
	Individuel	Collectif	Individuel	Collectif
SA	74%	88%	74%	91%
IP	93%	95%	90%	97%
Mutuelles	84%	93%	82%	91%

Les charges de prestations incluent les frais de gestion de ces prestations

Source : Rapport DREES, La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2012

Des différences de charges entre catégories d'assureurs

L'évolution du résultat technique des OC d'une année sur l'autre s'explique par l'écart entre l'évolution des charges et celle des primes. Ainsi, en 2011, les mutuelles ont augmenté leurs primes (+1,3 %) en même temps qu'elles ont diminué leurs charges de prestations (-0,8 %). A l'inverse, les SA et les IP ont connu une augmentation des charges de prestations supérieure à celle des primes. En 2010, c'était déjà le cas pour les IP.

Sous les réserves liées à la qualité des états statistiques dont sont tirées les données collectées par l'ACP et exploitées par la DREES, les charges de gestion, y compris frais d'acquisition et frais d'administration représentent au total 6 Mds € en 2011, soit 24,6 % de leurs primes pour les SA « non vie », 21,0 % pour les SA mixte, 17,5 % pour les mutuelles, et 14,4 % pour les IP. Ces pourcentages qui apparaissent élevés ne seront pas analysés ici, en termes de performance de gestion, une inspection conjointe IGF-IGAS étant diligentée sur cet enjeu, dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP). Ne sera pas non plus ici commentée l'efficacité globale d'un système qui cumule les frais de gestion AMO et AMC et qui nécessite une articulation complexe de leurs systèmes d'information dans des cadres variés⁸⁹.

⁸⁹ AMC gérant le régime de base (modèle RSI et une partie des exploitants agricoles) ou le régime des fonctionnaires, ou encore celui des étudiants ; AMO gérant certaines activités pour le compte de l'AMC (modèle MSA).

Les écarts entre catégories d'assureurs n'apparaissent pas significatifs pour les frais de gestion sur prestations payées ; en revanche les frais d'acquisition, qui correspondent aux dépenses de marketing et de communication, sont plus importants dans les SA (l'écart est particulièrement fort pour les contrats individuels) et les frais d'administration sont plus importants chez les mutuelles.

Tableau 18 - Ratio Frais d'acquisition / Primes en 2011 (hors taxe contribution)

	Individuel	Collectif
SA	16%	8%
IP	4%	5%
Mutuelles	5%	5%

Source : Rapport DREES, La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2012

Tableau 19 - Ratio Frais d'administration / Primes en 2011 (hors taxe contribution)

	Individuel	Collectif
SA	6%	5%
IP	4%	4%
Mutuelles	8%	8%

Source : Rapport DREES, La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2012

1.4. LA RATIONALITÉ DES ASSURÉS ET LE CHOIX DE COMPLÉMENTAIRES

1.4.1. Un choix des assurés en information incomplète

1.4.1.1. La complémentaire individuelle

En théorie, la souscription d'une complémentaire résulte de choix rationnels⁹⁰ aux termes d'une comparaison entre des dépenses de santé anticipées et celles attachées au coût des primes. Certains assurés jugeront préférable de «s'auto-assurer» compte tenu de leurs faibles dépenses estimées, de leur faible aversion au risque ou de leur forte préférence pour le présent.

En pratique, en France, les résultats des analyses économétriques et des études⁹¹ sont convergents pour mettre l'accent sur l'importance des déterminants économiques dans le choix et les niveaux de l'assurance :

- le revenu est une variable clé pour expliquer la détention ou non d'une complémentaire. La complémentaire n'étant pas considérée comme un bien de première nécessité, les arbitrages des ménages à revenus faibles ne s'effectuent pas prioritairement en sa faveur. A l'inverse, la probabilité d'être couvert individuellement croît continuellement avec le niveau de revenu⁹².
- En revanche, le lien entre état de santé et probabilité de détenir une complémentaire n'est pas avéré mais il conviendrait de prendre en compte la corrélation entre cet état de santé et la probabilité d'être couvert par une ALD.

⁹⁰ Keeler E.B, Morrow D.T, Newhouse J.P. "The demand for supplementary Health Insurance or do deductibles Matter. Journal of political Economy. N°85.1977.

⁹¹ L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de famille 2006. F.Jusot, C.Perraudin et J.Wittwer. Économie et statistique ; N°450.

Saliba B.Ventelou B, 2007. 3 Complementary health insurance in France : Who pays, Why? Who will suffer from public disengagement? Health policy, 81; Grignon M., Kambia-Chopin B. (2009). "Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France". IRDES, Document de travail n° 24, avril.

⁹² D'autres éléments interviennent (situation familiale, âge) mais aussi lieu d'habitation (les complémentaires sont moins souscrites par des ménages habitant une grande ville, notamment Paris).

Le choix du « consommateur », s'il dispose de revenus suffisants, dépendra de deux facteurs :

- une connaissance de l'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, et notamment des restes à charge sur les biens et services remboursés par le système public : sur ce point, les enquêtes disponibles⁹³ montrent que les Français sous-estiment la part de remboursement de l'AMO, surestiment celles des AMC et méconnaissent des notions comme celle du ticket modérateur ;
- une capacité à arbitrer entre les coûts des contrats et les garanties offertes. Selon différentes enquêtes⁹⁴, la moitié des assurés s'est renseignée au préalable sur les taux de remboursements dont 2/3 auprès de plusieurs opérateurs. Les autres choix sont liés à des informations recueillies auprès de l'entourage professionnel, par du bouche à oreille ou après un démarchage des complémentaires elles-mêmes : peu d'assurés utiliseraient les comparateurs disponibles sur Internet ou mis en place à l'initiative des opérateurs (2 % selon une enquête de la SOFRES 2009).

En fait, différents éléments limitent la rationalité des choix des assurés soumis à une importante pression commerciale : complexité du remboursement opéré par l'assurance maladie selon les segments de soins et à l'intérieur des soins considérés (consultations généralistes, spécialistes, médicaments, dentaire, optique, hospitalisation) ; formulation différente des offres des complémentaires (taux de remboursement de l'assurance complémentaire ou montant) qui rend difficiles les comparaisons ; diversification des offres.

Dans un marché concurrentiel, les complémentaires santé inscrivent leurs offres individuelles dans une logique de diversification afin de « coller » le plus possible aux besoins et aux profils de consommation de leurs assurés, ce qui conduit les assurés à « révéler » leurs risques. C'est dans cet esprit que se développe une modularisation (ou segmentation) des offres : offres modulaires en niveaux par types de soins, d'entrée en gamme pour des garanties essentielles (hospitalisation seule, ou hospitalisation/médecins/médicaments) ou accessoires (actes ou biens non remboursés par l'AMO), offres combinatoires sur des garanties choisies par les assurés. D'autres ciblage peuvent concerner des groupes de clients spécifiques selon les âges (jeunes, adultes sans enfants, familles ou seniors) ou la situation professionnelle (offres « affinitaires » pour certaines professions - artisans, commerçants), les garanties étant renforcées sur les soins les plus demandés avec des modulations selon le niveau souhaité. Les services associés (conseils, devis, réseaux) interviennent également dans les stratégies de différenciation des opérateurs.

Dans ce contexte foisonnant, les comparateurs sur internet se développent à l'initiative des opérateurs.

Afin de pallier ces difficultés, les membres de l'UNOCAM ont signé une « *Déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties* » en octobre 2010, après concertation avec les associations de malades, d'usagers du système de santé et de consommateurs. Le texte formule des recommandations sur l'expression des conditions des garanties (délai d'attente éventuel avant que la garantie ne joue, personnes couvertes, éléments couverts, existence ou non de réseaux) mais aussi sur les termes employés (forfaits ou plafonds exprimés en euros ; abandon de termes peu compréhensibles comme les références exprimées en plafond de la sécurité sociale au profit de garanties exprimées en euros au-delà de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale). Les remboursements des dépassements d'honoraires, bien que très complexes, ne font cependant pas l'objet de recommandations particulières. La déclaration est accompagnée d'un

⁹³ IFOP, 2007, pré cité ; TNS Sofres. Baromètre prévoyance. Vague santé 2008.

⁹⁴ TNS Sofres. Baromètre prévoyance. Vague santé 2011 ; TNS Sofres Baromètre prévoyance.2008. TNS Sofres.2009 déjà cité ; La maison du fonctionnaire. 2006.

glossaire, définissant les termes de référence de l'assurance maladie obligatoires et complémentaires en même temps que d'un guide méthodologique, intitulé « Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé ».

L'UNOCAM a procédé fin 2011 à un bilan de la mise en place de ces recommandations. La diffusion du glossaire et du guide a été effective ; les engagements de bonne pratique ont concerné les nouvelles offres des complémentaires (44 %) mais aussi les contrats individuels et collectifs en cours avec une augmentation de leur adoption sur la période.

Cette asymétrie de l'information entre l'assureur et l'assuré est à mettre en regard des initiatives prises dans certains pays (Irlande, Suisse, Pays-Bas) où les pouvoirs publics mais aussi des associations indépendantes ont créé des outils d'aide à la décision du consommateur (identification des besoins, comparateurs de prix et des garanties entre les assureurs, enquêtes de satisfaction, ou aide au changement d'assureurs). Il faut toutefois reconnaître les effets mitigés de cette information sur la mobilité des assurés⁹⁵, notamment pour les plus malades d'entre eux qui craignent des modifications de tarification au moment du changement.

Le renforcement de l'information des assurés sur la lisibilité des contrats est cependant nécessaire dans un contexte de généralisation des complémentaires et de différenciation croissante des offres, la difficulté de repères étant d'autant plus grande pour les assurés les moins favorisés. C'est dans ce sens qu'a plaidé la conférence des citoyens réunie à l'initiative de l'Institut Montaigne en décembre 2012 pour « qu'il soit fait en sorte de clarifier et mieux comprendre les contrats des complémentaires santé de façon à pouvoir les comparer entre elles et les mettre en concurrence »⁹⁶.

La lisibilité des garanties telle que définie par l'UNOCAM, améliorée sur certains points (dépassements d'honoraires), devrait faire l'objet d'une normalisation générale des expressions dans les garanties et le vocabulaire. Elle pourrait être complétée, comme le suggère l'UFC-Que Choisir⁹⁷, par l'obligation d'exprimer simplement les montants de remboursement des dix actes les plus fréquents. Pour être uniformément mises en œuvre, ces normes pourraient faire l'objet de dispositions d'ordre public ou être une condition de la définition renouvelée des contrats responsables.

Ces mesures s'inscriraient dans la continuité des mesures de transparence prises par la LFSS pour 2012 modifiée, qui impose aux OC de communiquer annuellement à leurs assurés, à partir de 2014, le montant et la composition des frais de gestion, en pourcentage des cotisations. Cette information communiquée *ex post* pourrait figurer, en outre, dans les contrats d'assurance à leur souscription.

Cette réflexion devrait aller au-delà de l'initiative du comité consultatif du secteur financier (CCSF) qui s'est attaché à définir les conditions de déploiement des comparateurs de complémentaires⁹⁸.

Le HCAAM s'est déjà exprimé sur cette nécessité ainsi que sur celle d'une comparabilité des contrats complémentaires⁹⁹.

⁹⁵ The influence of supplementary health insurance on switching behaviour: evidence from Swiss data. Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard, Karine Lamiraud. Septembre 2008; L'assurance maladie aux mains du marché *Le cas des Pays—Bas*. Pascale Turquet. Les notes de l'institut européen de salariat. Décembre 2011.

⁹⁶ La difficulté à comprendre les contrats y compris celui souscrit ressort de l'enquête Opinionway déjà citée (59 % des sondés déclarent connaître approximativement ou pas du tout les maximums de prise en charge de leurs garanties notamment ceux relatifs aux médicaments et aux consultations médicales).

⁹⁷ Coût de la santé pour les ménages : vers la démutualisation des populations les plus fragiles. UFC-Que Choisir. Septembre 2011.

⁹⁸ Avis du CCSF pour renforcer la transparence et la qualité des comparateurs d'assurances complémentaires sur Internet, 26 mars 2013.

⁹⁹ Repris dans son avis du 22 mars 2012.

1.4.1.2. La complémentaire collective

Pour les entreprises, le processus de choix de la complémentaire relève en majorité d'une comparaison des prix et des garanties proposées par différents opérateurs avec mise en concurrence dans 31 % des cas. Ces analyses s'effectuent soit par l'intermédiaire d'un courtier soit par contact direct avec un OC. Les accords de branche et les conventions collectives expliquent le choix de la complémentaire pour 16 % des établissements interrogés par l'enquête l'IRDES¹⁰⁰ ; pour 15 % d'entre eux, le choix se porte sur le même organisme que celui qui couvre la prévoyance.

Tableau 20 - Les raisons du choix du contrat de complémentaire d'entreprise

T 25 Les raisons du choix du contrat de complémentaire santé d'entreprise, par taille d'entreprise, d'établissement et par secteur d'activité

	Pour son rapport qualité/prix		Pour l'étendue des garanties proposées		Car il a été proposé par l'organisme qui gère la prévoyance		Car il est imposé par un accord de branche ou convention collective		Autre		Ne sait pas		Motifs différents selon le contrat		Total Effectif
	Eff.	pond	Eff.	pond	Eff.	pond	Eff.	pond	Eff.	pond	Eff.	pond	Eff.	pond	
Effectifs de l'entreprise, en 4 classes															
De 1 à 9 salariés	75	30,8	26	11,9	33	12,1	62	22,5	21	10,0	19	9,0	7	3,8	243
De 10 à 49 salariés	63	33,7	23	13,7	18	10,1	31	15,7	13	7,9	22	12,4	15	6,6	185
De 50 à 249 salariés	76	34,9	22	18,6	16	10,7	14	7,3	13	8,8	23	14,8	14	4,8	178
250 salariés et plus	59	26,1	19	4,1	20	26,3	8	3,7	28	18,8	24	6,5	10	14,5	168
Effectifs de l'établissement, en 4 classes															
De 1 à 9 salariés	100	30,4	36	11,5	41	12,3	73	18,5	28	12,2	30	8,5	12	6,7	320
De 10 à 49 salariés	63	28,2	22	10,4	22	22,4	25	11,5	15	9,4	22	11,5	15	6,7	184
De 50 à 249 salariés	82	42,5	21	8,9	21	12,7	14	5,6	18	10,3	28	13,0	17	7,0	201
250 salariés et plus	28	41,3	11	14,9	3	4,8	3	3,7	14	17,5	8	12,7	2	5,0	69
Secteur d'activité de l'établissement															
Construction	42	30,7	24	15,7	32	24,8	18	9,1	12	8,4	19	7,2	11	4,0	158
Industrie	71	32,1	17	8,8	13	9,8	43	26,8	20	7,7	24	10,8	10	4,0	198
Services	160	30,4	49	10,6	42	13,8	54	15,3	43	12,6	45	9,8	25	7,6	418
Ensemble	273	30,6	90	11,1	87	14,8	115	15,8	75	11,4	88	9,6	46	6,7	774

Source : Irdes - Enquête PSCE 2009
 Champ : Établissements ayant participé à l'enquête et proposant une complémentaire santé à leurs salariés (N=774).

Source : Enquête PSCE 2009.IRDES Juillet 2012

1.4.2. Une mobilité relativement élevée des assurés entre les opérateurs

La durée moyenne de souscription des contrats collectifs et individuels serait :

- de 10 ans¹⁰¹ pour les premiers : cette durée recouvre cependant des processus de renégociation annuelle des contrats (un établissement sur trois, soit 31 %), proportion qui augmente très sensiblement avec la taille de l'entreprise ;
- de 7 ans pour les seconds¹⁰², selon certaines sources.

Le changement d'organisme complémentaire concernerait tous les ans entre 9 et 15 % des assurés, le taux d'attrition étant plus important pour les complémentaires santé individuelles¹⁰³.

Selon une analyse d'Arcane Research¹⁰⁴, le phénomène serait en forte progression en 2010 et concernerait 9,5 % du marché en valeur, soit un chiffre d'affaires de 2,35 milliards d'euros. La partie

¹⁰⁰ Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

¹⁰¹ Enquête protection sociale complémentaire d'entreprise 2009. IRDES. 2012.

¹⁰² Le marketing des complémentaires santé. Dominique Crié. Les tribunes en santé. 2011/2.

¹⁰³ La Tribune 12 avril 2011.

¹⁰⁴ Arcane Research. Complémentaire santé : l'observatoire 2010 du switching sur le marché français. La même étude compare ce phénomène à celui du changement de contrat chez un même opérateur qui représenterait moins de 900 millions d'euros).

volontaire de ce turn-over serait majoritaire (61 % des cas). « *Le chiffre d'affaires ainsi généré s'élève à 1,6 milliard d'euros contre 750 millions pour le switching forcé (résiliation par l'employeur, nouvelle complémentaire obligatoire, départ de l'entreprise ou départ en retraite). Il se répartit entre les différentes catégories d'assureurs de la manière suivante : 840 millions d'euros (52,3 %) pour les sociétés d'assurance, 668 millions d'euros (41,8 %) pour les mutuelles et 94 millions d'euros (5,9 %) pour les institutions de prévoyance* ».

Depuis la loi Chatel du 28 janvier 2005, la procédure de résiliation des contrats tacitement reconductibles, comme le sont les contrats d'assurance complémentaire santé, est facilitée¹⁰⁵, mais les assurés apparaissent peu informés et désireux de disposer de plus d'information et d'accompagnement dans leurs démarches.

D'après une analyse assez ancienne réalisée par l'IRDES¹⁰⁶, le changement de complémentaire serait lié à des choix collectifs (changement de complémentaires d'entreprise) mais aussi à des modifications de la situation individuelle des assurés (facteurs exogènes tels que le départ à la retraite) ou à des choix individuels (facteurs endogènes tels que mécontentement, hausse des cotisations ou opportunités), le rôle respectif de ces facteurs étant comparable dans les mobilités observées. Le changement est plus fréquent chez les assurés les plus aisés et les plus jeunes et diminue avec l'âge. L'état de santé n'aurait pas d'impact significatif sur cette mobilité.

Les mobilités observées entre les opérateurs peuvent apparaître contradictoires avec le bon niveau de satisfaction des assurés, rapporté par les enquêtes d'opinion¹⁰⁷. L'ACP et la DGCCRF¹⁰⁸, ainsi que les rapports des médiateurs des OC, mettent cependant en exergue différents problèmes dus à des pratiques commerciales indécrites, à des cas de doublons de couverture ou à des difficultés de résilier une adhésion¹⁰⁹.

¹⁰⁵ Tout assureur doit rappeler la date limite de résiliation du contrat lors de l'envoi de l'avis d'échéance à ses assurés. Si ces dispositions ne sont pas respectées, l'assuré peut mettre un terme au contrat sans pénalité. La loi Chatel permet ainsi d'éviter la tacite reconduction d'un contrat sans que l'adhérent n'ait été préalablement informé des éventuelles augmentations tarifaires.

¹⁰⁶ Qui change de complémentaire maladie et pourquoi. Une étude longitudinale réalisée à partir de l'enquête ESPS 1988-1998. M.Grignon, R.Sitta. QES n°64. Février 2004.

¹⁰⁷ TNS Sofres. Baromètre Prévoyance. Vague santé 2011 ; Enquête TNS Sofres pour le CAS mars 2009 déjà citée; TNS Sofres. Baromètre Prévoyance Vague santé avril 2008 ; TNS Sofres – la maison du fonctionnaire.2006.

¹⁰⁸ Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

¹⁰⁹ Réception d'avis d'échéance tardif qui ne permet plus d'exercer le droit de résiliation ; adhésion ou souscription d'un contrat en cours d'année civile pour une date de prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, sans information que le montant de la prime à payer à compter du 1^{er} janvier suivant sera différent ; adhésion à un contrat collectif obligatoire de nouveaux embauchés qui ne peuvent résilier, au moment de la prise d'effet du contrat employeur, leur contrat personnel santé ; démarchages en assurance santé qui aboutissent à des abus au détriment des assurés. Le projet de loi Consommation en cours de discussion prévoit de faciliter la résiliation des contrats d'assurance mais ne concerne pas l'assurance complémentaire en santé.

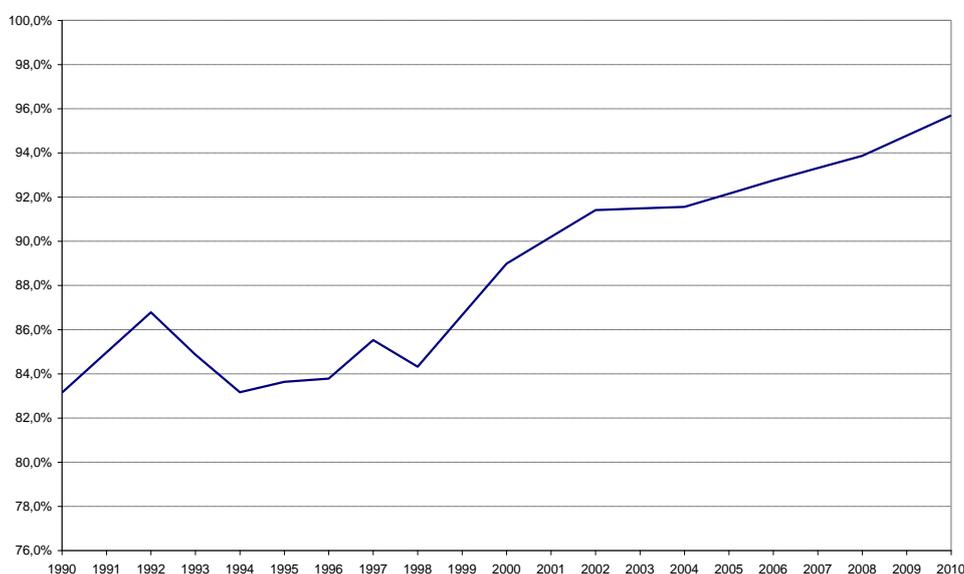
PARTIE 2 - LES VOIES ET MOYENS DE LA GÉNÉRALISATION

La couverture complémentaire est aujourd’hui quasi-généralisée mais elle recouvre des modes d’accès très divers, des garanties inégales qui traduisent des choix (chacun s’assure selon l’estimation de son risque) et/ou des contraintes (on s’assure selon ses possibilités financières). Le paysage, complexe, laisse apparaître des déséquilibres entre les assurés et dans les aides publiques destinées à favoriser l’acquisition cette couverture.

2.1. UNE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE PRESQUE GÉNÉRALISÉE

La couverture complémentaire santé s’est fortement diffusée dans la population au cours des trente dernières années. Au début des années 1980, 69 % des personnes bénéficiaient d’une assurance complémentaire. Alors que, selon l’enquête sur la santé et la protection sociale (SPS) de l’IRDES, durant les années 1990, la part de la population couverte oscillait autour de 84 %, la mise en place de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) a permis une progression de 5 points entre 1998 et 2000. Par la suite, la part de la couverture privée hors CMU-C a continué d’augmenter, la part de la population couverte par la CMU-C restant stable à 5 %¹¹⁰. En 2010, 96 % de la population serait couverte¹¹¹. La situation actuelle correspond donc à une quasi-généralisation.

Graphique 18 - Part de la population couverte par une assurance maladie complémentaire



Source : IRDES, enquêtes SPS Santé-Protection sociale (SPS)

Il reste ainsi une frange de la population (4 % soit à peu près 2,5 millions de personnes) qui n’a pas de complémentaire santé.

D’après l’enquête SPS de 2010, près de la moitié de cette population, soit un peu plus d’un million de personnes, déclare ne pas avoir les moyens d’accéder à une complémentaire santé ; les

¹¹⁰ Le dénombrement des bénéficiaires de la CMU-C du Fonds CMU (4,0 millions de personnes au 31 décembre 2012 en France métropolitaine) rapporté à la population de l’INSEE estimée au 1^{er} janvier 2013 aboutit à une part un peu plus élevée : elle serait de 6,2 % pour la France métropolitaine.

¹¹¹ Proportion calculée en excluant les personnes répondant « ne sait pas ».

autres ne souhaitent pas être couvertes estimant ne pas en avoir besoin ou n’y pensant pas. Comme cela a été dit plus haut, le choix de s’assurer ou non peut effectivement résulter d’une décision rationnelle. Ainsi, certains jeunes adultes (en bonne santé) et des personnes exonérées de ticket modérateur déclarent ne pas s’assurer pour des raisons qui ne sont pas financières.

Au total, on peut considérer que la couverture complémentaire est généralisée à l’exception, d’une part, d’une faible frange de la population (environ 2 % soit un peu plus d’un million de personnes) qui souhaiterait être couverte mais ne l’est pas pour des raisons financières et, d’autre part, d’un ensemble de personnes estimant ne pas en avoir besoin. La généralisation complète devrait permettre d’inclure les personnes non couvertes pour raisons financières, sachant qu’il y aura toujours des personnes, en nombre limité, ne souhaitant pas être couvertes.

2.2. UNE DIVERSITÉ DES FORMES DE COUVERTURE

La couverture complémentaire en santé résulte de l’adhésion, en contrepartie d’une cotisation, à un contrat précisant la nature et la hauteur des dépenses de santé prises en charge ainsi que les personnes couvertes.

Il existe plusieurs types de contrats : les contrats individuels, les contrats collectifs proposés par les entreprises et les dispositifs individuels aidés à destination des personnes modestes, la CMU-C et l’ACS.

2.2.1. Les contrats individuels

Ce sont les plus nombreux aujourd’hui : ils sont directement souscrits par les ménages. D’après l’enquête de la DREES sur les contrats modaux¹¹², en 2010 57 % des personnes couvertes par une assurance complémentaire hors CMU-C le sont par un contrat individuel. Ce type de contrat concerne toutes les catégories professionnelles (fonctionnaires, professions indépendantes, salariés non couverts par un accord collectif par exemple ceux des particuliers employeurs), les inactifs, les étudiants, les retraités et les chômeurs, non « portés » par les contrats collectifs¹¹³.

2.2.2. Les contrats collectifs

Ils couvrent 43 % des personnes couvertes par une assurance complémentaire hors CMU-C. Cette part n’a pas significativement évolué au cours des dernières années.

Selon l’enquête Protection sociale complémentaire d’entreprise (PSCE) de l’IRDES menée en 2009, 44 % des établissements (hors administration et entreprises agricoles) déclarent proposer une complémentaire santé à tout ou partie de leurs salariés, qui couvrirait dans ce cas 76 % des salariés des établissements enquêtés, ce qui représenterait environ 13,2 millions de salariés en France. En 2003, il semble que la part des contrats complémentaires était à peine moins importante : 40 % des établissements et 72 % des salariés étaient dans ce cas.

¹¹² Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010. Études et résultats. N°837. Avril 2013. Cette série d’enquêtes porte sur les trois contrats individuels et les deux contrats collectifs les plus souscrits auprès des OC. Ces contrats représentent 60 % des personnes couvertes en individuel et 22 % en collectif.

¹¹³ La part des chômeurs portés pendant 9 mois par un contrat collectif après la mise en place de l’ANI de 2008 n’est pas connue.

2.2.2.1. Contrats collectifs obligatoires et contrats collectifs facultatifs

Il convient de différencier les contrats collectifs facultatifs et les contrats collectifs obligatoires.

La couverture collective facultative se rapproche de la couverture individuelle dans la mesure où elle dépend du choix individuel du salarié. La différence réside dans l'aide conférée par l'employeur, directement (participation au financement) ou indirectement (accès à une offre de couverture à des conditions plus avantageuses qu'en individuel).

La couverture collective obligatoire est d'une nature juridique différente de la couverture individuelle ou collective à adhésion facultative : elle constitue un élément du statut collectif du personnel d'une entreprise, peut être considérée comme un élément de la rémunération indirecte, et engage la responsabilité de l'employeur, notamment en cas de défaut de l'assureur. Elle permet une homogénéisation de l'assurance complémentaire santé puisqu'un seul type de contrat est généralement proposé¹¹⁴ (85 % des établissements proposent un seul contrat) et que dans la plupart des cas (89 %), ce contrat est étendu aux ayants droit¹¹⁵.

En 2009, la couverture complémentaire était obligatoire pour près des quatre cinquièmes (78 %) des établissements proposant une complémentaire santé. Ce n'était le cas que dans la moitié des établissements en 2003. Cette progression résulte du conditionnement des exonérations de charges sociales et fiscales au caractère collectif et obligatoire des contrats, opéré par la loi Fillon de 2003 et entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009. La part des contrats obligatoires au sein des contrats collectifs a probablement encore progressé depuis 2009, compte tenu du délai nécessaire pour s'adapter aux critères d'exonération.

2.2.2.2. Les inégalités de l'accès aux contrats collectifs

Aujourd'hui, l'accès à une couverture complémentaire collective est inégal : il dépend en effet des caractéristiques des entreprises et du statut au regard de l'emploi des salariés¹¹⁶.

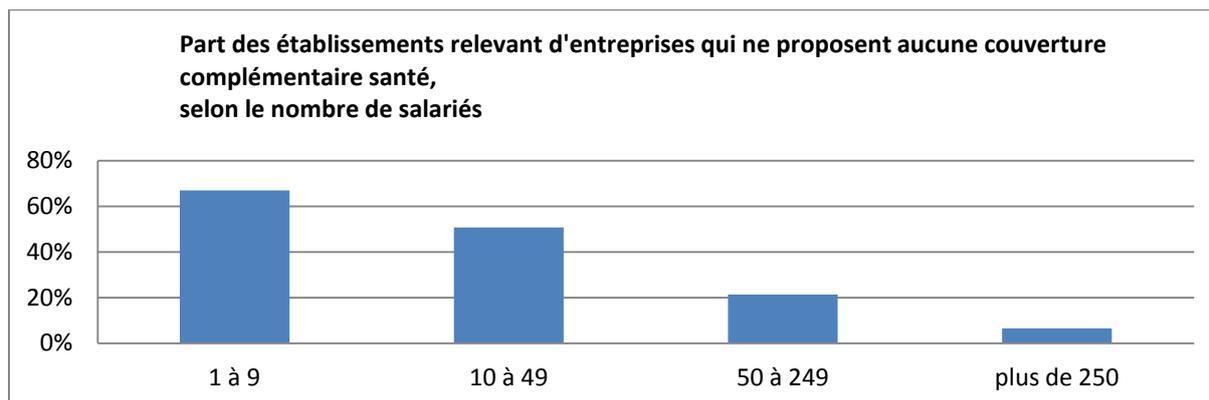
Plus l'entreprise est de grande taille, plus forte est la probabilité qu'elle propose une complémentaire santé collective. En 2009, c'est le cas pour la quasi-totalité des établissements de 250 salariés et plus contre 38 % des établissements de 1 à 9 salariés. Il est possible que les petites entreprises soient dans un mouvement de rattrapage puisqu'en 2003, seulement 29 % des petits établissements proposaient une telle assurance complémentaire.

¹¹⁴ Un régime de protection sociale complémentaire différencié en fonction de catégories objectives de salariés est toutefois possible sans porter atteinte à son caractère collectif et obligatoire ; les critères de définition des catégories de salariés sont précisés dans le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012. Par ailleurs, la Cour de cassation, notamment dans ses arrêts du 13 mars 2013, reconnaît la légitimité d'une différence de traitement, dans les régimes de prévoyance, liée à la catégorie professionnelle.

¹¹⁵ Enquête protection sociale complémentaire d'entreprise 2009. IRDES. 2012.

¹¹⁶ Idem.

Graphique 19



Source : Enquête IRDES 2009

Compte tenu notamment de la plus grande taille des entreprises dans l'industrie, c'est dans ce secteur que les salariés ont le plus de chance de bénéficier d'une couverture santé collective.

Les salariés non cadres et ceux qui sont en CDD ont un risque plus fort d'être exclus de la couverture santé : une complémentaire santé collective a été proposée à 80 % des cadres contre 73 % pour les non cadres. L'écart est encore plus important entre les salariés en CDI (78 %) et ceux en CDD (44 %). Les salariés à temps partiel sont eux aussi désavantagés, surtout quand ils sont à temps très partiel (respectivement 70 % et 33 % déclarent bénéficier d'une complémentaire collective contre 80 % des salariés à temps complet). Ces écarts au profit des salariés les mieux insérés dans l'emploi résultent des caractéristiques des entreprises offrant une couverture collective santé et, dans une moindre mesure, du fait qu'une partie (16 %) des établissements qui proposent une complémentaire excluent certaines catégories de salariés (les non cadres et les CDD). La couverture des personnes en situation particulière (congés parentaux, formation, longue maladie) n'est pas connue.

De ce fait, les salariés ayant de faibles revenus ont une probabilité plus faible de se voir proposer une complémentaire santé collective : 41 % des personnes recevant moins de 700 € par mois contre 95 % de celles dont le revenu mensuel est supérieur à 2 763 € déclarent avoir accès à une complémentaire santé d'entreprise.

2.2.2.3. Les modalités de mise en place des contrats collectifs

La mise en place d'un régime de prévoyance collectif au sein d'une entreprise peut résulter de trois modalités différentes¹¹⁷ :

- une convention collective ou un accord collectif de travail¹¹⁸, qui peut, le cas échéant, faire l'objet d'un arrêté d'extension ou d'élargissement¹¹⁹ ;
- un accord proposé par le chef d'entreprise, ratifié à la majorité des intéressés ;
- une décision unilatérale du chef d'entreprise (dans cette hypothèse, le nouveau régime ne peut s'imposer aux contrats de travail conclus antérieurement).

¹¹⁷ Article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

¹¹⁸ Au niveau national interprofessionnel, au niveau professionnel ou interprofessionnel de la branche, au niveau national, régional, local ou enfin au niveau de l'entreprise.

¹¹⁹ L'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale prévoit la saisine de la Commission des accords de retraite et de prévoyance (COMAREP) pour les accords portant sur la prévoyance.

Les accords passés au niveau de la branche peuvent prévoir des degrés de mutualisation différents :

- *a minima* la définition d'un panier de garanties ;
- la recommandation de certains contrats, auprès d'un ou plusieurs organismes spécifiques, et d'un régime de participation de l'employeur ;
- l'encadrement des garanties, du régime de participation de l'employeur et, jusqu'à la censure du Conseil constitutionnel par la décision n° 2013-672 DC, le choix du ou des organismes d'assurance complémentaire par désignation dans l'accord.

Selon l'IRDES, l'accord de branche ou la convention collective restent globalement un mode secondaire de mise en place des contrats : en 2009, près des ¾ des établissements proposant une couverture collective déclaraient qu'elle était issue d'un accord au niveau de l'établissement ou de l'entreprise. Cette proportion augmente avec la taille de l'établissement (70 % pour les établissements de moins de 10 salariés, contre 92 % pour ceux de 250 salariés et plus), ce qui montre que les accords de branche couvrent davantage les petites entreprises.

La couverture maladie complémentaire arrive loin derrière la prévoyance lourde dans la couverture par branche. Fin 2011, selon la Direction générale du travail (DGT), 49 branches sur 187 disposent d'un régime de frais de santé¹²⁰. Ce constat est confirmé par les analyses de la direction de la sécurité sociale (DSS) réalisées sur la base des travaux de la Commission des accords de retraite et de prévoyance (COMAREP).

Les accords de branche sont pour autant de plus en plus nombreux. Le CTIP indique que le nombre de ces régimes santé a plus que doublé depuis 2007 (de 27 à 64 en 2012).

La mutualisation des risques au niveau de la branche permet aux entreprises de plus petite taille mais aussi à celles dont les salariés présenteraient un profil de risque atypique d'accéder à de meilleures conditions tarifaires¹²¹. En outre, l'effet de taille résultant d'une mutualisation au niveau de la branche apparaît adapté à la mise en œuvre concrète de la portabilité des droits en cas de sortie de contrat collectif, pour les retraités comme les chômeurs.

Toutefois, comme l'a rappelé l'Autorité de la concurrence¹²², l'augmentation du nombre d'assurés par la conclusion d'un accord au niveau de la branche ne réduit pas en elle-même significativement la volatilité du risque santé, contrairement aux risques couverts par la prévoyance lourde. La mutualisation n'a donc pas, sur ce point, d'effet déterminant de réduction du coût de l'assurance complémentaire santé.

Les clauses de désignation peuvent constituer des entraves à la concurrence dont la licéité a toutefois été admise par la jurisprudence, interne comme européenne¹²³, au regard et en proportion de l'objectif final de solidarité des régimes ainsi mis en place. Le Conseil constitutionnel toutefois, saisi de la loi relative à la sécurisation de l'emploi, a censuré les dispositions de la loi déferée et du code de la sécurité sociale (article L.912-1) relatives aux clauses de désignation au motif de leur atteinte disproportionnée, au regard de l'objectif de mutualisation des risques, à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle.

¹²⁰ DGT, La négociation collective en 2011, bilans et rapports, mai 2012.

¹²¹ Selon Klésia, dans le secteur du transport, pour un échantillon d'environ 4000 personnes assurées au travers de 10 contrats obligatoires, le tarif d'entreprise montre un écart de 7 % supérieur au tarif de la convention collective nationale.

¹²² Avis n°13-A-11 du 29 mars 2013 relatif aux effets sur la concurrence de la généralisation de la couverture complémentaire collective des salariés en matière de prévoyance.

¹²³ Notamment, en droit interne, les arrêts de la chambre sociale de la Cour de cassation du 5 décembre 2012, et, en droit européen en l'arrêt Albany de la CJCE du 21 septembre 1999, C67/96 et l'arrêt AG2R du 3 mars 2011 de la CJUE, C437/09.

L'effet de cette censure est immédiat mais ne s'impose pas aux contrats collectifs en cours, passés en application d'une telle clause. Par ailleurs, si cette décision modifie les conditions de sélection par les entreprises de leur prestataire d'assurance complémentaire santé, qui ne peut qu'être recommandé au niveau de la branche, elle ne retire pas pour autant toute pertinence à la négociation et la mise en place de régimes de complémentaire santé au niveau de la branche (sans possibilité d'imposer un prestataire particulier aux entreprises de la branche en question).

En revanche, certains soulignent que cette censure pourrait fragiliser les plus petites entreprises et leurs salariés en les privant de la réduction des tarifs de la couverture complémentaire collective, qui était attendue d'une négociation au niveau de la branche avec un assureur unique.

2.2.2.4. Le financement du contrat

Pour bénéficier des exonérations de cotisations, l'employeur a l'obligation de participer au financement d'un contrat à caractère obligatoire. Tous les établissements proposant des contrats obligatoires participent à leur financement. Ce n'est pas le cas pour les contrats facultatifs¹²⁴. Compte tenu du fait que les contrats obligatoires constituent l'essentiel des contrats proposés, seuls 6 % des établissements déclarent ne pas participer au financement des contrats de complémentaires santé.

D'après l'IRDES, près de 17 % des établissements financent la totalité de la cotisation. C'est surtout le cas dans les petits établissements (25 % des établissements de 1 à 9 salariés le font). En moyenne, les employeurs qui participent au financement de la prime la prennent en charge à hauteur de 60 %, que ce soit pour les contrats obligatoires ou facultatifs.

Dans les établissements où les salariés participent au financement de la complémentaire santé collective, 80 % mettent en œuvre une participation forfaitaire et 13 % une participation proportionnelle au salaire, qui fait intervenir une solidarité verticale entre les hauts et les bas revenus. Cette solidarité est plus répandue dans le secteur de la construction (34 % des établissements, contre 10 % dans les services et 6 % dans l'industrie). Elle est également plus fréquente dans les accords de branche. Ainsi, dans la plupart des cas, quand il y a une participation du salarié (83 % des établissements), le mode de financement ne s'écarte pas de celui des couvertures individuelles les plus fréquentes.

2.2.3. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS)

La faiblesse des revenus peut compromettre l'accès aux soins. En effet, les restes à charge après AMO peuvent être trop importants pour être directement assumés par les ménages qui préféreront affecter leurs ressources à des besoins « primaires ». Dans ce cas, la détention d'une complémentaire est la « clé » indispensable de l'accès à l'AMO. Mais, la souscription directe d'une complémentaire peut s'avérer également trop lourde pour ces ménages.

C'est pourquoi deux dispositifs ont été créés successivement pour permettre aux personnes ayant de faibles revenus d'accéder à une assurance complémentaire santé, la CMU-C en 1999 et l'ACS en 2004.

¹²⁴ 37 % des établissements ne participent pas au financement de ce type de couverture.

2.2.3.1. La CMU-C

En créant la couverture maladie universelle (CMU), la loi du 17 juillet 1999 a parachevé le mouvement d'universalisation de l'assurance maladie à l'ensemble des personnes résidant régulièrement en France, même sans exercer d'activité professionnelle. Cette loi a également mis en place une couverture maladie universelle complémentaire pour les personnes résidant de manière stable et régulière (depuis au moins trois mois de manière ininterrompue) en France et dont les ressources sont inférieures à un certain montant défini par décret (au 1^{er} juillet 2012 : 661 € par mois pour une personne seule en métropole).

Pour le calcul du droit à la CMU-C, l'ensemble des ressources du foyer, imposables ou non, perçues au cours des douze mois précédant la demande, est pris en compte, y compris certaines prestations familiales, revenus de capitaux placés et allocations diverses, à l'exception de certaines ressources telles que le RSA (revenu de solidarité active), la prime d'accueil du jeune enfant (PAJE), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, ou l'allocation de rentrée scolaire¹²⁵. Les avantages procurés par un logement (aide au logement, propriété, logement à titre gratuit) sont intégrés de façon forfaitaire (inclusion d'un forfait logement dans les ressources).

Enfin, un abattement de 30 % est appliqué sur les revenus perçus durant la période de référence lorsqu'au moment de la demande, l'intéressé est en situation d'interruption de travail supérieure à six mois pour longue maladie, de chômage (indemnisation par le régime d'assurance chômage ou couverture par l'allocation de solidarité spécifique) ou encore est sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle.

La CMU-C apporte trois nouveautés dans le droit de l'assurance maladie.

Tout d'abord, l'accès à cette couverture est gratuit. Accordé pour un an par la caisse primaire d'assurance maladie, la CMU-C est renouvelable. Le renouvellement doit être demandé chaque année, deux mois avant la date d'échéance du droit.

Ensuite, cette couverture ouvre droit à un important panier de soins totalement gratuit.

La prise en charge des dépenses de santé par la CMU-C

La CMU-C prend en charge l'intégralité du ticket modérateur sur la base des tarifs opposables pour tous les soins remboursables par l'assurance maladie (consultations, médicaments, hospitalisations...).

Il est interdit aux médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires à l'égard de bénéficiaires de la CMU-C.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont dispensés de l'avance des frais (non seulement pour les hospitalisations mais aussi pour les consultations en ville).

Pour les dispositifs d'optique médicale, de prothèse auditive, pour certains autres dispositifs médicaux et pour les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, la prise en charge par la CMU-C est plus avantageuse que les remboursements qui résulteraient des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie, grâce à la fixation par arrêté de prix-limite.

La CMU-C prend en charge une paire de lunettes par an, voire plus pour les enfants de moins de six ans et dans le cas de certaines pathologies (aphakie, évolution rapide et importante de la pathologie, intolérance aux verres progressifs). Les opticiens sont tenus de proposer des lunettes n'excédant pas

¹²⁵ R 861-2 et -10 du code de la sécurité sociale.

les limites fixées pour la CMU-C. Les frais supplémentaires liés à des accessoires (verres antireflets, incassables, monture hors forfait...) sont en revanche à la charge du bénéficiaire.

Les prothèses dentaires sont remboursées dans la limite de tarifs fixés par arrêté que le professionnel est tenu d'appliquer (sauf exigences particulières du patient) après remise d'un devis. Il en est de même pour les traitements d'orthopédie dento-faciale ayant commencé avant l'âge de 16 ans.

En matière d'audioprothèses, est prévue la prise en charge de l'appareil, du premier embout, de la ou les premières piles, de l'adaptation et du suivi sur une période de deux ans à compter de la date d'ouverture du droit à la CMU-C. Les prises en charge sont plus élevées pour les personnes souffrant simultanément d'un trouble de l'audition et de cécité, et pour les personnes de moins de 20 ans. Dans tous les cas, les professionnels sont tenus de respecter les tarifs CMU-C, sauf exigences particulières du patient, et d'établir un devis.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont par ailleurs exonérés de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales et, en l'absence de dispositions réglementaires, les majorations pour non respect de parcours de soins sont à la charge des organismes gestionnaires.

Enfin, la gestion de la CMU-C est originale, puisque les assurés peuvent opter pour leur caisse d'assurance maladie (84 % des bénéficiaires ont fait ce choix en 2011) ou un organisme complémentaire agréé (16 % des bénéficiaires) inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la CMU-C.

Lorsqu'il est géré par un organisme complémentaire, ce dispositif permet d'accéder, quand le bénéficiaire ne peut plus être couvert par la CMU-C, à un contrat de complémentaire santé à tarif avantageux (370 € par an en 2013 pour une personne seule) durant un an, le « contrat de sortie CMU-C ». Celui-ci offre un niveau de garantie identique à celui de la CMU-C, à l'exception de la prise en charge des participations forfaitaires, des franchises et des majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins, et n'entraîne pas d'interdiction de la pratique de dépassements d'honoraires. Ce contrat de sortie est cumulable avec l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé).

Le plafond de ressources de la CMU-C a décroché du seuil de pauvreté

Au moment de sa création, le plafond de ressources, variable selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charges, était de 534 € par mois pour une personne seule ; il était ainsi inférieur au seuil de pauvreté défini comme 60 % du niveau de vie médian, alors estimé à 728 € (il correspondait à 73 % du seuil de pauvreté¹²⁶). Revalorisé chaque année en fonction de l'évolution des prix, il correspondrait aujourd'hui à 66 % du seuil de pauvreté¹²⁷. Cette dégradation s'explique par l'écart d'évolution des prix (revalorisation du plafond) et du revenu médian (seuil de pauvreté).

Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'outre mer.

Les bénéficiaires de la CMU-C

La CMU-C a connu une rapide montée en charge lors de sa première année de mise en œuvre pour se stabiliser jusqu'en 2004 à environ 4,5 millions de bénéficiaires. De 2005 à 2009, il a diminué à 4,2 millions de bénéficiaires avant d'augmenter au cours des trois années suivantes en raison de la crise économique. Il a atteint de nouveau 4,5 millions fin 2012 soit 6,9 % de personnes pour la France entière (6,2 % pour la France métropolitaine et 30,0 % pour les DOM).

¹²⁶ Il correspondait à 88 % du seuil de pauvreté défini comme 50 % du revenu médian. Actuellement, le seuil de 60 % du revenu médian est davantage utilisé que celui de 50 %, à la suite des pratiques des organisations internationales.

¹²⁷ Le seuil de pauvreté n'est calculé actuellement par l'INSEE que jusqu'à 2010. Il est fait l'hypothèse dans ce calcul que le seuil de pauvreté a évolué en 2011 et 2012 comme les prix (c'était le cas au cours des années 2008-2010). Il est ainsi estimé à 1 004 €. Cette hypothèse est fragile, compte tenu des évolutions de pouvoir d'achat depuis 2008.

Selon la DREES, le taux de recours à la CMU-C est élevé, compris en 2011 entre 76 % et 90 % des bénéficiaires éligibles estimés (fourchette allant de 4,3 à 5,1 millions de personnes à cette date).

Il peut donc être considéré comme globalement satisfaisant mais pourrait être encore amélioré. La CNAF estime en effet probable que les bénéficiaires du RSA socle, qui peuvent accéder de plein droit à la CMU-C, aient un faible taux de recours à la CMU-C. Une évaluation du recours de cette population particulièrement précaire doit être réalisée par la CNAF et la CNAMTS en 2013.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont plus jeunes et plus souvent des femmes que le reste de la population. Ils se déclarent en moins bonne santé à caractéristiques d'âge et de sexe identiques et leur exposition aux facteurs de risque (notamment obésité et tabac) est plus élevée¹²⁸.

2.2.3.2. L'ACS

Un dispositif qui peine à s'établir

Pour pallier l'effet de seuil de la CMU-C, la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a créé l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Destinée aux ménages résidant en France de manière stable et régulière et dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU-C et un plafond majoré à l'époque de 20 %, l'ACS assure le financement d'une partie du prix d'une complémentaire santé dont le contrat doit être responsable : la « subvention » est fonction de l'âge et de la composition familiale. Les ressources des bénéficiaires sont appréciées dans les mêmes conditions que pour la CMU-C.

Concrètement, la demande d'ACS est examinée par la caisse primaire d'assurance maladie. En cas d'accord, celle-ci remet une attestation – chèque au demandeur. Sur présentation de cette attestation auprès de l'organisme complémentaire de son choix, l'intéressé bénéficie d'une réduction égale au montant du chèque sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer. L'aide est plafonnée au montant de la cotisation ou de la prime due. Elle est accordée pour une année et renouvelable dans les mêmes conditions que la demande initiale, entre deux et quatre mois avant l'expiration du droit.

Certains contrats ne sont pas éligibles à l'ACS. C'est le cas des contrats collectifs à adhésion obligatoire, pour lesquels une participation de l'employeur intervient.

Ce dispositif a fait l'objet de nombreuses réformes depuis sa création :

- La dispense d'avance de frais et l'accès aux tarifs opposables

Jusqu'en 2006, l'ACS n'était pas assortie d'une dispense d'avance des frais. Elle l'est depuis le 1^{er} janvier 2006, sur la base d'un accord signé entre l'assurance maladie et les représentants des médecins libéraux dans le cadre du parcours de soins, y compris pour les ayants droits. En pratique, qu'ils aient ou non souscrit une complémentaire santé, les bénéficiaires de l'ACS ont droit au tiers payant sur la part obligatoire des soins pendant 18 mois à compter de la remise de l'attestation de droit à l'ACS. Constatant que ce dispositif n'était pas systématiquement appliqué, il a été réaffirmé dans la convention médicale du 26 juillet 2011 et étendu, pour les médecins traitants, aux patients en situation de difficultés financières non couverts par l'ACS.

Par ailleurs, l'avenant 8 à la convention médicale, signé le 25 octobre 2012, garantit l'accès aux soins au tarif opposable aux patients disposant de l'attestation de droit à l'ACS, quel que soit le secteur d'exercice du médecin, comme c'est le cas des bénéficiaires de la CMU-C.

- La revalorisation des aides

¹²⁸ Études et Résultats n°793, DREES.

Le montant de l'aide a été revalorisé en 2006, 2009 et 2010. Il est aujourd'hui de 100 € pour les moins de 16 ans, de 200 € pour les 16-49 ans, de 350 € pour les 50-59 ans, et de 500 € pour les 60 ans et plus. Cette aide finance en moyenne 54 % de la prime en 2011 : d'après le Fonds CMU, le prix d'un contrat était à cette date de 510 € en moyenne par personne et l'aide de 273 €.

Ces aides sont complétées par celles extra-légales des CPAM qui visent à les augmenter pour certaines situations ou à atténuer l'effet de seuil en sortie de l'ACS (coût 18 M€).

- La revalorisation des plafonds de ressources

Le plafond de ressources a été revalorisé en 2007, 2011 et 2012. Depuis le 1^{er} janvier 2012, il est égal au plafond de ressources de la CMU-C majoré de 35%, soit 893 €. Ce montant correspond à 89 % du seuil de pauvreté (défini comme 60 % du revenu médian).

Sont concernées des personnes dont la situation est très diverse, ce qui rend particulièrement difficile l'information dans leur direction : salariés pauvres (CDD, CDI à temps partiel) sans couverture collective, chômeurs de longue durée couverts par l'allocation de solidarité spécifique (ASS) ou bénéficiaires du régime d'assurance chômage (temps partiel), titulaires isolés de l'allocation adulte handicapé (AAH), ou « petits » pensionnés (notamment titulaires de l'ASPA¹²⁹).

Les bénéficiaires de l'ACS sont plus âgés et souvent seuls, ce qui les différencie des bénéficiaires de la CMU-C : selon le rapport du Fonds CMU sur le contenu des contrats ACS, l'âge moyen d'un bénéficiaire de l'ACS est de 55 ans : les plus de 60 ans représentent 30,2 % des détenteurs de contrats (15,3 % pour les 70 ans et plus), 72 % des contrats ne couvrent qu'une personne seule.

L'articulation de la prestation avec d'autres minima sociaux est complexe, comme le montrent les exemples suivants.

Ainsi, les titulaires de l'ASS qui n'ont pas de ressources en dehors de cette allocation relèvent de la CMU-C : le montant de l'ASS est en effet inférieur au plafond de ressources de la CMU-C pour une personne seule (477 € contre 661 €). Si les deux personnes du couple touchent l'ASS, ils pourraient aussi bénéficier de la CMU-C. C'est le cas également d'un chômeur en ASS dont les ressources en plus de l'ASS sont inférieures à 185 € par mois¹³⁰. Au-delà de ce montant, il pourra avoir droit à l'ACS.

Un titulaire de l'AAH reçoit 777 € par mois, 881 € avec la majoration pour vie autonome et 956 € s'il dispose d'un complément de ressources. Il peut bénéficier de l'ACS dans les deux premiers cas de figure¹³¹ mais en aucun cas de la CMU-C.

¹²⁹ Allocation de solidarité aux personnes âgées, 786,27 € par mois pour une personne seule sans ressources.

¹³⁰ Les plafonds de ressources ne sont pas définis de la même façon pour la CMU-C et l'ASS. En particulier, un forfait logement est ajouté aux ressources des bénéficiaires de la CMU-C propriétaires ou hébergés à titre gratuit ou recevant une aide au logement, forfait qui n'entre pas dans les déclarations de revenus à l'administration fiscale.

¹³¹ En 2000, au moment de la création de la CMU-C, le montant de l'AAH se situait juste au-dessus du plafond de ressources de la CMU-C (545 € contre 534 €).

Tableau 21 - Tableau récapitulatif des revalorisations du plafond de ressources et des montants d'aide de l'ACS depuis sa création

	2005	LFSS 2006	LFSS 2007	LHPST 2009	LFI 2010	LFSS 2011	LFSS 2012
Plafond Ressources (au-delà de CMU-C)	+15%	+15%	+20%	+20 %	+20 % 761 € /mois	2011 +26% 816 €	+35% 893 €
Niveau de l'aide selon l'âge :							
< 16 ans	75 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
16-25 ans					200 €	200 €	200 €
25-49	150 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €
50-59				350 €	350 €	350 €	350 €
60 et +	250 €	400 €	400 €	500 €	500 €	500 €	500 €

Source : SG du HCAAM

Un accès toujours problématique au dispositif

Selon la DREES, l'effectif de la population éligible pour la France métropolitaine serait compris entre 1,8 et 2,6 millions de personnes en 2011 (seuil de ressources égal à celui de la CMU-C + 26 %). Compte tenu du relèvement du plafond de ressources au 1^{er} janvier 2012 (CMU-C + 35 %), entre 2,6 et 3,7 millions de personnes (France métropolitaine), y seraient éligibles.

Le nombre de bénéficiaires d'attestation d'ACS a augmenté de 400 000 personnes en 2005 à 763 000 fin 2011 et à un million fin 2012, en raison notamment des relèvements successifs des seuils de ressources. Le taux de recours, c'est-à-dire le rapport du nombre de bénéficiaires de l'attestation à la population éligible, se situerait entre 33 et 47 % en 2011. Il est donc relativement faible et aurait eu tendance à diminuer depuis 2009.

Une partie seulement des bénéficiaires de l'attestation l'utilise : en novembre 2012, 768 000 personnes contre 620 000 l'année précédente. Le taux d'utilisation de l'attestation est donc élevé, même s'il reste inférieur aux niveaux atteints en 2009, 2010 et 2011 (près de 80 % fin 2012 contre autour de 90 % les trois années précédentes).

Au total, une faible part de la population éligible est couverte par une complémentaire grâce à l'ACS (entre 26 et 38 %).

L'attestation n'est pas actuellement utilisable pour financer une couverture dans le cadre d'un contrat collectif. En conséquence, les bénéficiaires de l'ACS peuvent être dispensés de l'obligation d'adhésion à un contrat collectif obligatoire. On peut donc ainsi expliquer une partie de la faiblesse du taux de recours à l'ACS par le choix de certains salariés, qui privilégient la couverture par l'entreprise¹³².

Quoiqu'il en soit, plusieurs actions ont été entreprises depuis 2007 pour simplifier et dynamiser ce dispositif : création d'un chèque envoyé avec l'attestation de droits ; envois de courriers ciblés aux populations potentiellement concernées parmi les bénéficiaires du minimum vieillesse et des prestations familiales (automatisés depuis 2009 via des échanges de fichiers de bénéficiaires potentiels entre les branches vieillesse, famille et maladie) ; campagnes de communication et d'information en direction des publics et des partenaires. Il est possible que le bénéfice des tarifs sociaux du gaz et de l'électricité attaché à l'attestation ACS depuis décembre 2012 ait stimulé les démarches ACS.

Ce recours insuffisant est souvent expliqué par la faiblesse de l'aide versée, laissant à la charge du bénéficiaire un montant de prime trop élevé, une information mal adaptée, la complexité des démarches et l'étroitesse de la population ciblée.

¹³² Cf. étude du cabinet JALMA pour le CTIP, 2013.

D'après une étude du LEDa-LEGOS¹³³, la majoration de la prime améliorerait le taux de recours à l'ACS de façon modeste. Le coût des démarches, dû à leur complexité, conjugué à l'incertitude des personnes quant à leur éligibilité, serait une raison essentielle de l'importance du non recours à cette prestation.

2.3. DES INÉGALITÉS DE GARANTIES SELON LES TYPES DE CONTRATS

Selon l'enquête de la DREES déjà citée, les contrats collectifs offrent à la plupart de leurs bénéficiaires des garanties parmi les plus élevées alors que les contrats individuels se situent plutôt en milieu de gamme. La DREES indique que l'écart s'est creusé entre 2006 et 2010 en raison de la montée en gamme des contrats collectifs.

2.3.1. Les contrats collectifs sont plus protecteurs que les contrats individuels

Pour synthétiser les informations sur les contrats complémentaires, par nature assez disparates, la DREES a constitué en 2008 une typologie en 4, puis 5 classes de contrats. La classe A offre la meilleure garantie, la classe E la moins bonne.

D'après cette récente analyse, les bénéficiaires d'un contrat individuel sont pour 2/3 d'entre eux couverts pour des garanties « standards » de classe C ou D. Un dixième d'entre eux ont un contrat aux garanties supérieures (classe B) et 3 % ont un contrat aux garanties les plus protectrices (classe A). A l'opposé, 18 % ont un contrat d'entrée de gamme (classe E).

Plus des ¾ des bénéficiaires d'un contrat collectif sont couverts par des contrats offrant les garanties les plus élevées, de classe A (48 %) ou B (29 %). Les contrats standards C et D couvrent chacun un dixième des bénéficiaires de contrats collectifs. La part des personnes couvertes par un contrat d'entrée de gamme est négligeable.

Tableau 22 - Répartition des contrats au sein des cinq groupes de la typologie DREES

	Contrats modaux		Personnes couvertes* (en %)		
	Nombre	Part (en %)	Individuel	Collectif	Ensemble
Classe A	136	13	3	48	22
Classe B	195	19	11	29	18
Classe C	253	24	34	10	24
Classe D	267	25	35	10	24
Classe E	197	19	18	3	11
Ensemble	1 048	100	100	100	100

* Ces taux sont calculés avec pondérations, c'est-à-dire redressement du taux de sondage, du taux de non-réponse et correction des différences de représentativité par strate de sondage. Lecture : La classe A regroupe 136 contrats modaux ; elle représente 2 % des personnes couvertes par un contrat modal individuel et 48 % des personnes couvertes par un contrat modal collectif.

Sources : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2010.

2.3.2. L'écart s'est creusé à l'issue de la montée en gamme des contrats collectifs

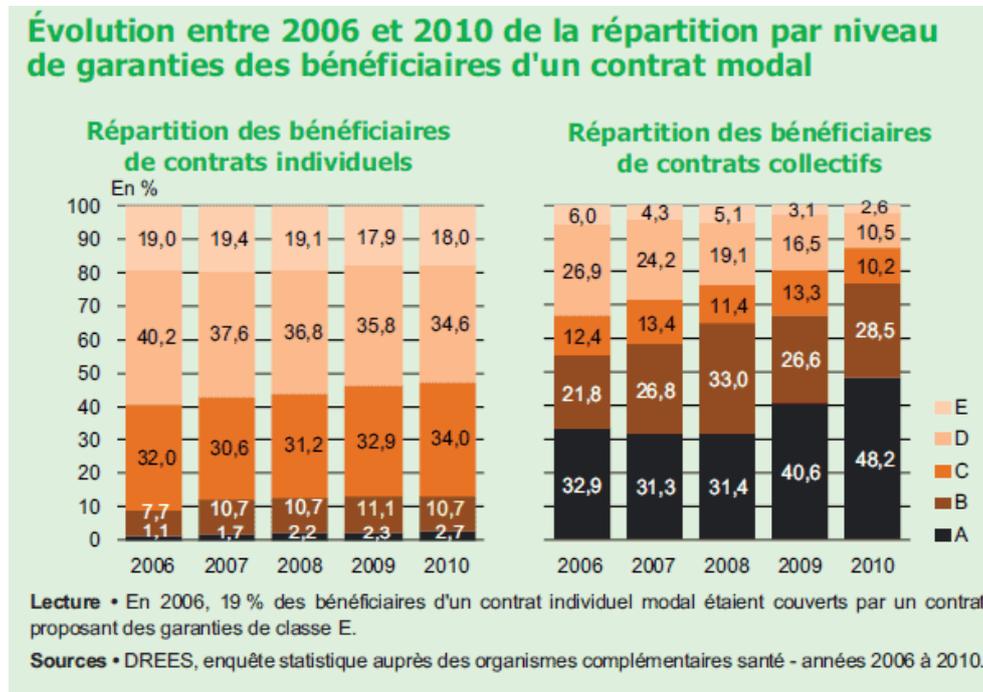
Au cours des années 2006 à 2010, les contrats collectifs modaux sont montés en gamme : la part des personnes couvertes par les meilleures garanties (A ou B) est passée de 55 % en 2006 à 77 %

¹³³ Économie et statistique n°455-456, 2012.

en 2010 tandis que la part de celles couvertes par un contrat de catégorie D ou E a diminué d'un tiers à 13 %.

Le niveau des garanties a beaucoup moins évolué pour les contrats individuels. La part des contrats D et E s'est légèrement contractée, passant de 59 % des bénéficiaires en 2006 à 53 % en 2010 au profit de chacune des trois autres catégories de contrat dont la part a légèrement augmenté.

Graphique 20



2.3.3. La comparaison avec la CMU-C est délicate

La comparaison des garanties avec la prise en charge dans le cadre de la CMU-C est limitée par la spécificité de l'encadrement tarifaire dans ce dispositif.

La CMU-C offre des garanties, supérieures aux obligations des contrats responsables, qui excèdent la couverture offerte par les contrats d'entrée de gamme. En particulier, le ticket modérateur est toujours pris en charge intégralement, notamment pour les médicaments à vignette bleue et même orange, le forfait journalier hospitalier l'est sans limite de durée, un forfait pour une paire de lunettes est autorisé chaque année.

Toutefois, selon une étude de la CNAMTS¹³⁴, certains bénéficiaires de la CMU-C subissent des restes à charge élevés par rapport à leur revenu, en optique¹³⁵ et prothèses auditives. Le traitement des verres, non compris dans le panier de soins remboursés de la CMU-C, serait l'une des principales causes de ce reste à charge. L'amincissement, indispensable pour les très fortes corrections, est particulièrement coûteux.

S'agissant des prothèses auditives, le reste à charge des bénéficiaires de la CMU-C provient très probablement du fait que seule une oreille est prise en charge tous les deux ans.

¹³⁴ Point de repère n°35 « Les restes à charge des bénéficiaires de la CMU-C en 2010 », septembre 2011. CNAMTS.

¹³⁵ Par exemple, pour 5 % des consommateurs d'optique bénéficiaires de la CMU-C, le reste à charge annuel en optique est supérieur à 300 €.

2.3.4. Les contrats souscrits dans le cadre de l'ACS offrent les plus faibles garanties

Le Fonds CMU rend compte annuellement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide à la complémentaire santé. L'analyse des contrats ACS est rapportée aux classes définies par la DREES, afin de déterminer leur positionnement par rapport à l'ensemble des contrats individuels.

Tableau 23 - Comparaison des niveaux de contrats de l'ACS et des contrats individuels selon la typologie de la DREES

	Contrats ACS 2010	Contrats individuels (DREES 2009)	Contrats ACS 2011	Contrats individuels (DREES 2010)
Classe A	0,8%	2,3%	0,7%	2,7%
Classe B	10,1%	11,1%	9%	10,7%
Classe C		32,9%		34,0%
Classe D	49,3%	35,8%	43,6%	34,6%
Classe E	39,9%	17,9%	46,7%	18,0%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : Fonds CMU, Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS en 2011, avril 2012, DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2010, comparaison SG du HCAAM

Neuf contrats ACS sur dix sont des contrats de classe D ou E, soit une proportion très supérieure à celle de l'ensemble des contrats individuels (53 %). Les ressources des bénéficiaires de cette aide ne leur permettent que très rarement de souscrire à des contrats plus protecteurs.

Le montant de la cotisation pour un contrat individuel ou collectif dépend principalement de l'âge, de la population couverte et du niveau de garantie choisi. Dans certaines mutuelles de la fonction publique et dans un faible pourcentage des contrats collectifs, les cotisations peuvent aussi être fonction du revenu.

2.3.5. Les tarifs dépendent des garanties et des caractéristiques des assurés

La DREES¹³⁶ a estimé l'influence de chacun des facteurs indépendamment les uns des autres pour évaluer les montants moyens de prime par âge et par catégorie de contrat :

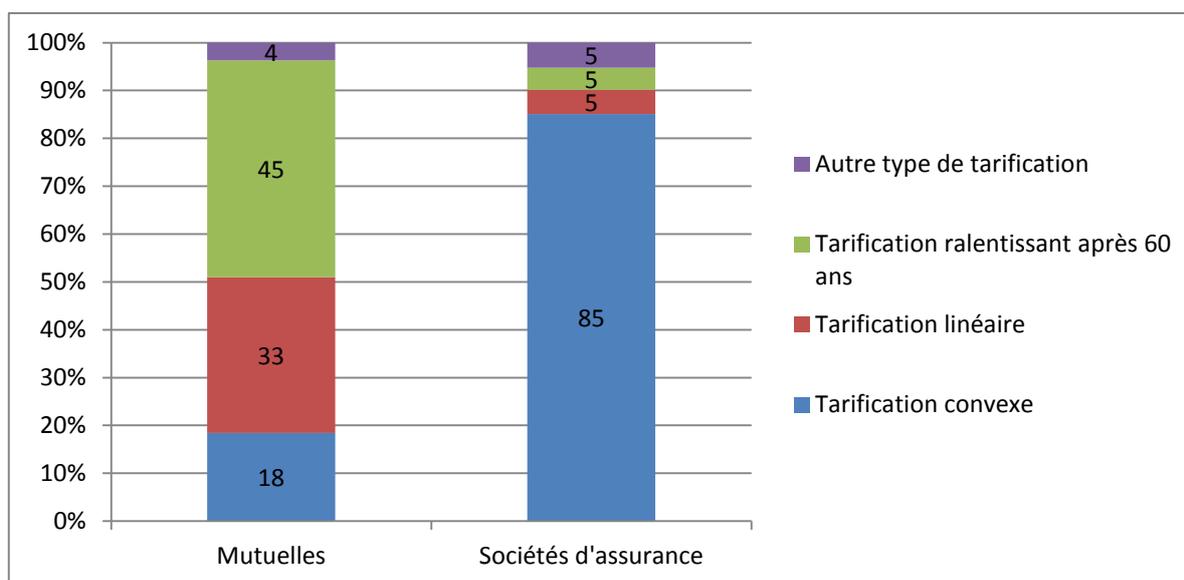
- par rapport à un contrat de catégorie D (la moins bonne dans le classement à l'époque), la prime mensuelle d'un contrat de catégorie A est 20 € plus élevée (Catégorie B : + 17 € ; catégorie C : +11 €) ;
- un contrat qui concerne une majorité de seniors est plus cher de 20 à 50 € par mois relativement à un contrat qui concerne moins de 20 % de seniors ;
- si la part des jeunes est inférieure à 10 %, il faut encore ajouter 6 € ;
- les niveaux de primes diffèrent selon l'organisme mais de façon modérée (par rapport aux mutuelles les primes des sociétés d'assurance seraient 4 € plus élevées et celles des institutions de prévoyance 5 € plus faibles) ;
- si le contrat est souscrit dans un cadre collectif, la prime est inférieure de 6 € à ce qu'elle est pour les contrats individuels (toutes choses égales par ailleurs).

¹³⁶ « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009 », DREES, Études et Résultats, n° 789, février 2012.

Les contrats collectifs sont donc moins chers que les contrats individuels toutes choses égales par ailleurs, en particulier à garanties identiques. Cet avantage permet sans doute aux contrats collectifs d'offrir de meilleures garanties.

Par ailleurs, sur la base des enquêtes réalisées auprès des OC, la DREES mène actuellement des travaux concernant les modalités de fixation des tarifs qui font ressortir l'importance de l'âge dans la détermination du montant des primes des contrats individuels (pour la quasi-totalité des contrats des sociétés d'assurance, plus de 90% des contrats des mutuelles). A contrat identique, l'augmentation tarifaire peut être constante en fonction de l'âge (tarification linéaire), ralentie pour les séniors ou, au contraire, plus rapide pour ceux-ci (tarification convexe, la plus proche de la tarification actuarielle). Le graphique ci-dessous résume ces différences d'approches, dans les contrats individuels, entre les mutuelles et sociétés d'assurance.

Graphique 21 - Les types de tarification à l'âge selon le type d'organisme (en pourcentage des bénéficiaires)



Champ : contrats individuels dont le tarif dépend de l'âge, hors institutions de prévoyance

Source : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2011

Note : Les contrats individuels gérés par les institutions de prévoyance sont trop peu nombreux, ils sont donc exclus de l'analyse.

Les remboursements des organismes complémentaires par soins selon les types de contrat¹³⁷

Les organismes complémentaires remboursent 24,6 Mds € en 2011. Les médicaments, l'hôpital, les soins dentaires et les consultations médicales correspondent pour chacun de ces postes à 4 à 5 Mds €.

Tableau – Répartition de la dépense des organismes complémentaires

Médicament	5,2 Mds €	21%
Hôpital	4,5 Mds €	18%
Dentistes	3,9 Mds €	16%
Médecins	3,7 Mds €	15%
Autres biens médicaux (dont optique)	4,5 Mds €	18%
Autres soins	2,8 Mds €	11%
Total	24,6 Mds €	100%

Source : Comptes de la santé 2011 de la DREES

Médicaments

Le premier poste de dépenses des complémentaires est constitué des médicaments qui représentent 21 % de leurs remboursements.

Les médicaments à vignette blanche (taux de remboursement de 65 %) sont pris en charge obligatoirement à minima à 30 % dans le cadre des contrats responsables. Ils le sont à 35 % dans la plupart des contrats.

Pour les médicaments à vignette bleue (taux de remboursement de 35 % puis 30 % depuis 2011), la totalité du ticket modérateur est généralement prise en charge, sauf dans 1 contrat individuel sur 4 pour les mutuelles qui assurent un remboursement partiel.

Pour les médicaments à vignette orange (taux de remboursement de 15 %), les mutuelles sont en pointe sur l'exclusion de leur garantie (3 contrats sur 4 en 2007).

Hospitalisation

Le régime obligatoire laisse à la charge des patients :

- un ticket modérateur, éventuellement plafonné à une participation forfaitaire de 18 € qui est prise en charge par la quasi-totalité des contrats complémentaires,
- d'éventuels dépassements d'honoraires médicaux,
- un forfait journalier (FJH, 18 € par jour en court séjour, depuis 2010, et 13,5 € en psychiatrie),
- des dépenses supplémentaires dont les frais de chambre particulière.

S'agissant du forfait journalier hospitalier :

- les garanties couvrent largement ce forfait, mais pour des durées variables selon le type de séjour. Par ailleurs, la durée moyenne des séjours varie selon l'activité : elle est en 2009 de 5 jours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, 30 en psychiatrie et 32 en soins de suite et de réadaptation¹³⁸;
- en médecine la couverture s'étend sur plus d'un an dans 90 % des contrats. En soins de suite et de réadaptation, elle se limite à 6 mois dans 1 contrat individuel sur 4, en psychiatrie à 6 mois pour 1 contrat individuel sur 2 et pour 3 sur 10 en contrat collectif.

Pour les chambres particulières :

- la couverture de ces frais est très répandue (90 % des personnes couvertes en 2007) ;
- la durée en est le plus souvent illimitée, sauf pour les mutuelles (durée illimitée pour 60 % des bénéficiaires) ;

¹³⁷ Les développements qui suivent sont basés sur les enquêtes de la DREES sur les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé portant sur les années 2005 à 2010. Le champ d'analyse n'est pas toujours identique, ce qui explique les références à des années différentes.

¹³⁸ DREES, dossier Solidarité et santé n°25, 2012.

- en collectif comme en individuel, les contrats des assureurs offrent en moyenne une garantie supérieure à celle des mutuelles et des IP ;
- globalement, le montant moyen est quasiment une fois et demi plus élevé en collectif.

Dentaire

La garantie analysée dans l'enquête de la DREES correspond à une prothèse céramo-métallique sur dent visible, prise en charge 75,25 € par l'assurance maladie obligatoire à 70 % d'un tarif de responsabilité de 107,5 €. La quasi-totalité des contrats modaux rembourse au-delà du ticket modérateur, le niveau de la garantie est exprimé en € dans l'analyse.

- Le remboursement médian a progressé entre 2005 et 2009, le remboursement moyen a progressé à un rythme identique entre contrats individuels et collectifs.
- En 2009, la moitié des contrats couvre jusqu'à 220 € en individuel et 323 € en collectif, ces montants sont proches des remboursements moyens.

Consultation d'un spécialiste de secteur 2

La base de remboursement de la sécurité sociale, le tarif conventionnel, est de 23 €, pris en charge à 70 % par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre du parcours de soins, diminué de la participation forfaitaire de 1 €. En application des obligations prévues pour les contrats responsables, les complémentaires santé remboursent a minima le ticket modérateur de 30 %, soit 6,90 €.

Pour les contrats individuels, les garanties sont en progression modérée :

- entre 2005 et 2009, la moitié des contrats se limite à la seule prise en charge du ticket modérateur, sans distinction entre les familles d'organismes ;
- en 2010, le remboursement moyen est de 12 €, soit une prise en charge des dépassements à hauteur de 22 % de la base de remboursement ;
- ce remboursement moyen augmente en moyenne de 2 % par an entre 2006 et 2010 ;
- 34 % des bénéficiaires ont un contrat qui couvre au moins partiellement les dépassements, proportion en hausse.

Pour les contrats collectifs, les garanties sont plus importantes qu'en individuel, et l'écart se creuse :

- en 2010, le remboursement moyen est de 30 €, soit une prise en charge des dépassements à hauteur de 100 % de la base de remboursement ;
- ce remboursement moyen augmente en moyenne de 7% par an entre 2006 et 2010 ;
- 78 % des bénéficiaires ont un contrat qui couvre au moins partiellement les dépassements, proportion en hausse ;
- parmi les contrats collectifs, ceux issus des accords de branche plafonnent plus souvent la prise en charge des dépassements d'honoraires ; d'après l'exploitation de l'enquête PSCE 2009 de l'IRDES¹³⁹, 1 contrat collectif sur 2 rembourse au titre des dépassements au-delà de 100 % de la base de remboursement, contre 1 sur 4 pour les contrats collectifs issus d'un accord de branche.

Optique

La garantie analysée dans l'enquête DREES correspond à une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire limitée à 4,45 € pour une paire de lunettes à correction simple et 14,15 € pour une correction complexe, c'est-à-dire 60 % d'une base de remboursement de 2,84 € pour la monture, 2,29 € par verre à correction simple ou 10,37 € par verre à correction complexe. La quasi-totalité des contrats modaux rembourse au-delà du ticket modérateur, le niveau de la garantie est exprimé en € dans l'analyse.

Pour les contrats individuels, les garanties progressent surtout pour l'optique simple :

- en 2009 le remboursement médian est de 142 € pour l'optique simple et 212 € pour l'optique complexe, il est proche du remboursement moyen ;
- entre 2006 et 2010, la couverture a progressé de 3 % par an pour l'optique complexe.

¹³⁹ IRDES, Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009, juillet 2012.

Pour les contrats collectifs, la couverture est meilleure et progresse dans l'optique complexe :

- *en 2009 le remboursement médian est de 190 € pour l'optique simple et 384 € pour l'optique complexe, pour laquelle la dispersion des garanties est large ;*
- *entre 2006 et 2010, la couverture a légèrement progressé pour l'optique simple et très fortement augmenté pour l'optique complexe, de 8 % par an en moyenne.*

2.4. LES AIDES PUBLIQUES AUX COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

L'accès aux complémentaires santé a été encouragé de longue date par les pouvoirs publics. Dans un objectif de maîtrise des dépenses publiques, de qualité des contrats et d'efficacité pour la santé publique ainsi que d'incitation à une mutualisation large, les pouvoirs publics ont apporté de nombreux aménagements à ces aides. Le caractère « responsable » des contrats est ainsi devenu une condition commune à l'ensemble des aides publiques – de même que pour les contrats collectifs leur caractère obligatoire.

2.4.1. Les aides sociales et fiscales aux contrats collectifs

Les contrats collectifs font l'objet de plusieurs aides cumulatives, tant sociales que fiscales, qui ont été modifiées à plusieurs reprises.

En matière sociale, c'est dès 1979¹⁴⁰ qu'a été mise en place une exemption d'assiette des cotisations sociales (part patronale et salariale) pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance¹⁴¹.

Cet avantage a été plafonné à partir de 1985¹⁴², avec la mise en place d'un plafond global retraite et prévoyance et d'un sous-plafond spécifique pour la prévoyance¹⁴³.

En outre, depuis 1985¹⁴⁴, la totalité des cotisations de prévoyance (part versée par le salarié, mais aussi celle de l'employeur) est déductible du revenu imposable du salarié qui y est affilié à titre obligatoire¹⁴⁵, dans la limite d'un plafond global retraite et prévoyance et d'un sous-plafond spécifique pour la prévoyance¹⁴⁶.

La condition du caractère obligatoire du contrat collectif a été étendue par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites (loi « Fillon ») à l'exonération des charges sociales afin d'élargir la mutualisation des risques entre salariés. Cette conditionnalité est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

Pour l'aide fiscale comme pour l'aide sociale, la loi du 13 août 2004 a ajouté la condition du caractère « responsable » des contrats d'assurance complémentaires.

¹⁴⁰ Loi n° 79-1129 du 28 décembre 1979 portant diverses mesures de financement de la sécurité sociale.

¹⁴¹ Article L.242-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁴² Décret n°85-783 du 23 juillet 1985 fixant le montant des contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance exclues de l'assiette des cotisations au régime général de sécurité sociale.

¹⁴³ Respectivement 85 % et 19 % du PASS.

¹⁴⁴ Loi n°85-695 du 11 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier. L'origine de cette exclusion d'assiette remonte, comme le relève Me Jacques Barthélémy, à une instruction fiscale de 1963 portant sur des prestations de retraite complémentaire et fondée sur le principe d'égalité des citoyens devant les charges publiques. Ce principe a conduit à « exclure de l'assiette de l'impôt sur le revenu les sommes versées par une entreprise en vue de la constitution de droits à retraite pour le personnel tant que le montant des pensions et rentes cumulées n'excédait pas ce à quoi peut prétendre un agent de l'État, soit 2 % du dernier salaire multiplié par le nombre d'années d'activité ».

¹⁴⁵ Article 83 du CGI.

¹⁴⁶ Respectivement 19 % et 3 % de 8 PASS, part salariale et part patronale.

Les plafonds ont été révisés suite à la loi Fillon : côté fiscal comme côté social, les plafonds d'aide à la retraite complémentaire et à la prévoyance complémentaire deviennent indépendants, le plafond des aides à la prévoyance est individualisé en fonction du revenu, tout en restant limité par un seuil global¹⁴⁷. Ils diffèrent toutefois entre aide fiscale et aide sociale.

Le tableau ci-dessous résume l'évolution de ces plafonds d'aides sociales et fiscales :

Tableau 24 - Évolution des plafonds de cotisations exclus de l'assiette des cotisations ou déductibles des revenus imposables*

		Avant 1985	1985-2005	Depuis 2005	
Exclusion d'assiette des cotisations sociales	Retraite	exclusion d'assiette sans plafond	85% PASS 31 477 €	limite la plus élevée entre 5% PASS et 5% de la rémunération annuelle brute, limitée à 5 PASS	1 852 € ou 5% du revenu (9 258 € maximum)
	Prévoyance		sous-plafond 19% PASS 7 036 €	6% du PASS + 1,5% de la rémunération annuelle brute, dans la limite de 12% du PASS	2 222 € + 1,5% du revenu, limité à 4 444 €
Déductibilité du revenu imposable	Retraite	pas de déduction	19% de 8 PASS 56 289 €	8% de la rémunération annuelle brute, dans la limite de 8 PASS	8% du revenu, limité à 23 700 €
	Prévoyance		sous-plafond 3% de 8 PASS 8 888 €	7% du PASS + 3% de la rémunération annuelle brute, dans la limite de 3% de 8 PASS	2 592 € + 3% du revenu, limité à 8 888 €
<i>Pour mémoire : Déductibilité contrats Madelin, depuis 1994</i>	Prévoyance			7% du PASS + 3,75% du bénéfice imposable, dans la limite de 3% de 8 PASS	2 592 € + 3,5% du bénéfice imposable limité à 8 888 €

* PASS 2013 : 37 032 €
Source : Calculs SG du HCAAM

Pour autant, certains prélèvements ont été mis en place sur ces aides des employeurs à leurs salariés : CSG puis CRDS et, hormis pour les TPE, taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire¹⁴⁸, remplacée à compter de 2012 par le forfait social maintenu à un taux dérogatoire de 8 % alors que les autres éléments de l'assiette sont taxés à 20%.

Au total, les aides reçues par les contrats collectifs obligatoires (complémentaire santé) s'élèvent selon les estimations du SG du HCAAM¹⁴⁹ à environ 3 Mds € en 2011. Compte tenu du nombre de contrats de ce type estimé par l'IRDES à 13,2 millions¹⁵⁰, l'aide moyenne par contrat serait d'un peu moins de 230 € par an, pour un contrat dont la prime s'établit en moyenne à 800€. Cette estimation, nécessairement entourée d'incertitude, ne vise qu'à donner un ordre de grandeur.

¹⁴⁷ 12 % du PASS pour l'exclusion d'assiette des cotisations employeur, 24 % pour la déductibilité fiscale, qui inclut part salariale et patronale. La santé n'est pas différenciée au sein de la prévoyance.

¹⁴⁸ Taxe créée en 1996 (article L. 137-1 du CSS) au taux de 8 %. Le produit (739 M€ en 2011) est affecté à la CNAMTS.

¹⁴⁹ Les chiffres figurant à l'annexe 5 du PLFSS portent sur les exonérations d'assiette pour l'ensemble de la prévoyance et n'ont donc pas été utilisés directement pour le calcul.

¹⁵⁰ Cette estimation repose sur l'hypothèse, fondée sur le dire d'expert, que les contrats collectifs purement facultatifs sont devenus marginaux depuis 2009, en raison de l'entrée en vigueur du conditionnement des aides au caractère obligatoire du contrat.

Modalité d'estimation du coût des aides publiques aux contrats collectifs des complémentaires santé

Selon les données des fédérations, le montant des primes des contrats collectifs des trois types d'opérateurs s'est établi en 2010 à 13,3 Mds €. Le HCAAM a fait l'hypothèse que 80 % des cotisations des contrats collectifs correspondaient à des garanties obligatoires.

Le montant des primes des contrats collectifs obligatoires et responsables s'établirait ainsi à 10,6 Mds €.

D'après l'enquête PSCE de l'IRDES les entreprises participent toujours au financement des primes des contrats obligatoires, leur participation s'établissant en moyenne à 60 % de la prime. En conséquence, l'assiette exemptée pour l'employeur serait de 6,4 Mds €.

Si cette assiette était soumise aux cotisations sociales de la masse salariale (à la charge de l'employeur et du salarié), les cotisations versées s'élèveraient à 1.9 Mds €, compte tenu d'un taux de cotisations sociales moyen en-dessous et au-dessus du plafond de 30 % (estimation de la Cour des comptes¹⁵¹), desquelles il convient de retrancher le forfait social (8 % soit 0,5 Md €) acquitté à la place des cotisations sociales. Au total, la minoration des cotisations sociales est estimée à 1,4 Md €¹⁵². Ce montant est une estimation basse, dans la mesure où les entreprises de moins de 10 salariés ne sont pas soumises à ce forfait social sur les cotisations de prévoyance complémentaire.

Les salariés bénéficient en outre de la déduction de leurs primes de leur revenu imposable, qu'elles soient prises en charge par l'entreprise ou par eux-mêmes. Le SG du HCAAM a retenu l'hypothèse de la Cour des comptes d'un taux d'imposition moyen sur ces primes de 15 %. La réduction d'IR s'élèverait à 1,6 Md € environ.

2.4.2. Les aides aux contrats solidaires et responsables

Tous les contrats, qu'ils soient individuels ou collectifs, bénéficient d'un régime fiscal favorable, s'ils sont solidaires et responsables. Ce régime concerne la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) et, plus secondairement, la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

2.4.2.1. La TSCA

Avant 2002, les contrats d'assurance maladie des seules entreprises d'assurance étaient soumis à une taxe d'un taux de 7 %, taux réduit par rapport au taux de 9 % de droit commun¹⁵³ pour les contrats d'assurance.

Dans le contexte de l'harmonisation des règles applicables aux différents opérateurs du secteur, sous l'impulsion de la législation européenne et suite à une plainte de la Fédération française des sociétés d'assurance pour distorsion de concurrence déposée auprès de la Commission européenne, la loi de finances rectificative pour 2001¹⁵⁴ a introduit un régime spécifique d'assujettissement à la TSCA réservé aux contrats dits « solidaires », quels qu'en soient les opérateurs (assurances, mutuelles, institutions de prévoyance). Cette dénomination rejoint les principes mutualistes utilisés comme référence dans la loi Évin. Elle est ainsi réservée¹⁵⁵ :

¹⁵¹ RALFSS 2011.

¹⁵² Les contributions sociales AGIRC ARRCO et chômage ne sont pas considérées dans ce calcul car si les salariés n'acquittent pas ces contributions sur leurs primes de complémentaires santé, ils ne se constituent pas non plus de droits à retraite ou chômage sur ces versements. La CSG et la CRDS ne sont pas prises en compte, dans la mesure où la participation de l'employeur, comme la masse salariale à laquelle elle est comparée, y sont toutes deux assujetties.

¹⁵³ En application de l'article 1001 du CGI, le taux de 9% concerne les activités d'assurance qui ne sont pas visées par un taux spécial, qui peut lui être inférieur ou supérieur (par exemple 18% pour les véhicules terrestres à moteur). Le taux de droit commun s'applique ainsi, par exemple, à l'assurance habitation.

¹⁵⁴ Article 63 de la loi n° 2001-1276 du 28 décembre 2001 de finances rectificative pour 2001.

¹⁵⁵ Article 1001 du CGI.

- aux contrats d'assurance maladie facultatifs souscrits de manière individuelle ou collective à une double condition que l'organisme assureur ne recueille pas d'informations médicales auprès du souscripteur et que les cotisations ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré ;

- aux contrats d'assurance maladie obligatoires souscrits de manière collective à la seule condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

La taxation a connu ultérieurement de nombreuses évolutions.

Les modifications du régime de la TSCA

2002 : exonération de la taxe de 7 % pour les contrats d'assurance maladie solidaires, quelle que soit la famille juridique de l'opérateur auprès duquel ils sont souscrits.

2004 (loi du 13 août) : limitation de cette exonération aux contrats solidaires et responsables¹⁵⁶, le contrat responsable étant défini par des garanties minimum mais aussi une interdiction de prise en charge de certaines franchises ou forfaits. Le 31 décembre 2009 était la date limite de régularisation des contrats en cours.

2011 (LFI) : fin de l'exonération à compter du 1^{er} janvier 2011, et taxation à 3,5 % (produit affecté à la CNAF).

2011 (LFR) : passage du taux de 3,5 à 7 % à compter du 1^{er} octobre 2011 (produit affecté à parts égales à la CNAF et à la CNAMTS). Par ailleurs, le taux applicable aux contrats non solidaires et responsables a été augmenté de 7 à 9 % (produit affecté aux départements).

Dans le champ spécifique de l'assurance complémentaire agricole, les contrats solidaires et responsables restent exonérés de TSCA¹⁵⁷, ce qui représente un manque à gagner estimé à 20 M€ par rapport à un taux de 7%.

Le montant de l'aide du régime de TSCA des contrats solidaires et responsables peut être estimé par différence entre l'application du taux réduit de 7 % et celui de 9 %, qui s'applique aux autres contrats de complémentaire santé et, par défaut, aux autres contrats d'assurance¹⁵⁸. En appliquant en 2012 un taux de 9 %, le surcroît de recettes de TSCA des contrats d'assurance complémentaire santé solidaires et responsables aurait été de l'ordre de 573 M€.

2.4.2.2. La C3S

La C3S¹⁵⁹ est acquittée par les sociétés dont le chiffre d'affaires annuel est supérieur à 760 000 €. L'assiette en est le chiffre d'affaires des sociétés redevables, et le taux de 0,16 %.

Depuis 2005, en application de la loi de réforme de l'assurance maladie, les primes et cotisations provenant des contrats d'assurance complémentaire santé solidaires et responsables sont exclues de l'assiette de la C3S. En 2012, la réduction de C3S due à cette exclusion d'assiette est estimée à environ 50 M€.

¹⁵⁶ Au sens de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁵⁷ Contrats couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture, leurs salariés et ayants droit lorsqu'ils vivent également sur l'exploitation.

¹⁵⁸ A l'exception de ceux qui sont affectés d'un taux spécifique, comme par exemple, 18 % pour les assurances contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur.

¹⁵⁹ Articles L. 651-5 et suivants du code de la sécurité sociale.

2.4.3. Les aides aux contrats individuels

Plusieurs catégories de personnes bénéficient d'aides publiques pour leur accès à une assurance complémentaire santé dans un cadre individuel : les non salariés, les fonctionnaires et les personnes défavorisées.

2.4.3.1. Les contrats de prévoyance Madelin

La loi du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite loi Madelin, a mis en place un régime fiscal qui favorise la constitution, par les travailleurs indépendants, non salariés non agricoles, de compléments de retraite par capitalisation ainsi que la souscription de garanties de prévoyance et de complémentaire santé¹⁶⁰.

Ce régime concerne les travailleurs non salariés relevant de la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux (artisans, commerçants, industriels) et des bénéficiaires non commerciaux (professions libérales), dirigeants de sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés, soit une population d'environ 2,7 millions de personnes, affiliées au RSI, ainsi que leurs conjoints collaborateurs.

Dans un contexte où les droits des indépendants en matière d'assurance maladie étaient moins bons, l'objectif du législateur était de leur offrir un régime proche de celui des salariés bénéficiant d'exonérations sociales et fiscales dans le cadre des contrats collectifs et de favoriser ainsi l'accès à une meilleure couverture, via des contrats d'assurance collectifs à adhésion volontaire, en matière de retraite supplémentaire, de prévoyance et de perte d'emploi subie.

En ce qui concerne la prévoyance, les cotisations au contrat de prévoyance sont déductibles du bénéfice imposable, dans la limite de 7 % du PASS (2 592€ en 2013) + 3,75 % du bénéfice imposable, le tout plafonné à 3 % de 8 PASS (8 888 €, plafond global identique à celui de la déductibilité fiscale pour les salariés¹⁶¹).

Dans le champ des seules sociétés d'assurance, qui couvre la quasi-totalité des contrats de prévoyance, les contrats Madelin de complémentaire santé représentent en 2011 environ 20 % des cotisations des contrats de retraite et prévoyance complémentaire. Cette part est rapportée au montant global de l'aide liée à la déduction du revenu imposable¹⁶². L'aide aux contrats Madelin de complémentaire santé peut donc être estimée autour de **215 M€, soit environ 260 € par contrat** en 2011¹⁶³.

2.4.3.2. La couverture complémentaire des fonctionnaires

L'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire en santé pour les fonctionnaires était régie avant 2007 par un dispositif du code de la mutualité¹⁶⁴ et l'arrêté Chazelle du 19 septembre 1962, qui ouvrait la possibilité d'une subvention au profit de la mutuelle couvrant chaque ministère.

Ce dispositif d'aide, qui avait été étendu à la fonction publique territoriale, a été invalidé par le Conseil d'État le 26 septembre 2005 et remis en question par la Commission européenne au regard du régime applicable aux aides d'État. La réforme du dispositif, à partir de 2007¹⁶⁵, a impliqué que

¹⁶⁰ Art. 154bis du CGI.

¹⁶¹ Pour les travailleurs salariés couverts par un régime collectif et obligatoire de prévoyance, la déductibilité fiscale est plafonnée à 7 % du PASS + 3 % de la rémunération annuelle brute du salarié, le tout plafonné à 3 % de 8 PASS ; l'exemption d'assiette de cotisations sociales, pour l'employeur, est en revanche globalement plafonnée à 12 % du PASS.

¹⁶² Montant estimé dans les annexes des lois de finances à 1 050 en 2011, 1 150 M€ en 2012 et 2013.

¹⁶³ Compte tenu d'un nombre de contrats d'environ 815 000.

¹⁶⁴ Ancien article R. 523-2.

¹⁶⁵ Loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique, décrets n°2007-1373 du 19 septembre 2007 pour la fonction publique d'État et n°2011-1474 du 8 novembre 2011 pour la fonction publique territoriale.

cette participation, qualifiée d'aide d'État, ait un objectif social et soit octroyée au consommateur individuel, sans discrimination quant à l'origine du produit.

Dans la **fonction publique d'État**, une procédure de référencement a été mise en place, permettant la sélection par chaque ministère d'un ou plusieurs opérateurs parmi tous les intervenants du secteur de l'assurance complémentaire santé, sur la base d'un cahier des charges énonçant certains principes de solidarité.

En particulier, le décret du 19 septembre 2007 prévoit :

- un rapport maximum d'un à trois entre les cotisations les moins élevées (pour des assurés de plus de trente ans) et les plus élevées, à charge de famille, catégorie statutaire et niveau de garantie comparables ;
- un plafonnement des cotisations à partir de trois enfants ;
- une interdiction de sélection médicale et de tarification en fonction de l'état de santé ;
- le respect des obligations et interdictions des contrats responsables ;
- une solidarité financière, qui ne concerne que la prévoyance hors frais de santé, pour laquelle les cotisations sont établies en fonction du revenu.

Le régime complémentaire est donc solidaire et responsable, mais reste facultatif.

L'aide de l'État employeur est versée directement à l'opérateur référencé, en fonction du nombre de souscripteurs et du montant des « transferts effectifs de solidarité », intergénérationnels et familiaux.

Dans son analyse en 2012 des effets du référencement, la Cour des comptes relève en particulier que :

- les garanties spécifiées dans les cahiers des charges sont hétérogènes, faisant perdurer des disparités marquantes de couverture selon les ministères ;
- les subventions de l'État employeur, d'un niveau globalement faible, demeurent très variables selon les ministères, reflets des situations et contraintes budgétaires historiques propres à chaque ministère ;
- en dépit d'une mise en concurrence, les opérateurs historiques ont le plus souvent été référencés : seuls deux ministères ont référencé deux opérateurs.

Le montant global annuel des aides, pour les fonctionnaires d'État, s'élevait avant la réforme à environ 80 M€ ; il est estimé autour de 50 M€ aujourd'hui, soit un montant d'aide d'environ **15 € par an par agent couvert** (actifs et retraités).

Dans la **fonction publique territoriale**, le nombre d'employeurs est très élevé et la protection sociale complémentaire reflète cet éclatement. La révision du dispositif, par le décret du 8 novembre 2011, est plus récente.

Les caractéristiques solidaires des régimes de protection sociale complémentaire sont les mêmes que pour la fonction publique d'État, en revanche les modalités de sélection sont différentes :

- une convention de participation peut être conclue par la collectivité, pour une durée de 6 ans ; il ne s'agit pas à proprement parler d'un marché public, mais d'une procédure *ad hoc* après mise en concurrence publique, selon les principes réglementaires de solidarité ;

- une procédure de labellisation, qui repose sur l'habilitation par l'ACP de prestataires¹⁶⁶ qui délivrent, au regard des principes réglementaires de solidarité, un label aux contrats de protection sociale complémentaire, pour une durée de 3 ans.

La participation de l'employeur est versée directement à la personne, en déduction de la cotisation, ou via l'organisme.

Il n'existe pas encore de bilan de ce dispositif, entré en vigueur fin août 2012. On recense, au 2 mai 2013, 257 contrats labellisés, dont 226 portent sur le risque santé. Le choix de la labellisation semble pour l'instant majoritaire en santé.

La mise en place de régimes à caractéristiques solidaires, permettant ainsi une participation de l'employeur, mais à adhésion facultative parmi un panel très large de contrats, pourrait conduire à une segmentation susceptible de mettre en question la soutenabilité financière de ce dispositif.

Le dispositif des soins gratuits¹⁶⁷, dans la **fonction publique hospitalière**, place celle-ci dans une position particulière vis-à-vis de l'assurance complémentaire santé. La réforme mise en place depuis 2007 dans les deux autres fonctions publiques n'y est pour l'instant pas mise en œuvre.

2.4.4. La couverture complémentaire des plus défavorisés (CMU-C et ACS)

La **CMU-C et l'ACS** sont financées par le Fonds CMU. De 2009 à 2012, ses recettes provenaient exclusivement d'une contribution versée par les organismes complémentaires, dont le taux est passé de 2,5 % à 5,9 % de leur chiffre d'affaires. La LFSS pour 2011 a transformé cette contribution en taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA) à hauteur de 6,27 %, sans conséquence financière pour le Fonds CMU ni pour les complémentaires. Cette taxation n'est pas sans paradoxe puisqu'elle pèse également sur les contrats ACS que l'on subventionne par ailleurs et qui en renchérit le coût. La LFSS pour 2013 a affecté au Fonds CMU une fraction du produit des droits sur le tabac.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont gérés par un régime de base (84 % en 2011) ou par un organisme complémentaire. Depuis 2004, le Fonds verse aux organismes gestionnaires un montant forfaitaire annuel, **370 €** depuis 2009, par bénéficiaire de la CMU-C dont ils gèrent le contrat. Ce reversement devrait être prochainement réalisé aux frais réels, dans la limite d'un plafond de 400 €, indexé sur l'inflation.

En 2011, le dispositif CMU-C compte 4,4 millions de bénéficiaires, le montant de la dépense atteint **1,6 Md €**¹⁶⁸. Pour l'avenir, dans l'hypothèse de versements aux frais réels qui satureraient un plafond de 400 €, le surcroît de dépense serait de l'ordre de 130 M€, à effectifs constants.

Cette dépense ne tient pas compte du coût directement assumé par la CNAMTS qui résulte de l'écart entre les dépenses réelles des bénéficiaires qu'elle gère et le montant du forfait, soit un peu plus de 280 M€ pour 2011.

S'agissant de l'ACS, le nombre d'utilisateurs d'attestations s'établit à environ 576 000 en moyenne en 2011. Sur l'année 2011, le coût du dispositif est de **157 M€**, soit un montant moyen de subvention d'environ **273 €**.

¹⁶⁶ 6 cabinets d'actuariat conseil ont été habilités pour une durée de 3 ans.

¹⁶⁷ Article 44 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ; la gratuité concerne pour l'essentiel les soins dans l'établissement hospitalier d'origine et ne fait pas disparaître l'intérêt d'une couverture complémentaire en santé.

¹⁶⁸ Ce financement prend la forme de versements du fonds CMU aux régimes de base ou de déductions de leurs contributions pour les organismes complémentaires.

*

* *

Au total, l'ensemble des aides publiques à l'acquisition des complémentaires représente 5,6 Mds € dont 1,8 Md € sont supportés par les contrats d'assurance. Il peut être résumé par le tableau suivant.

Tableau 25 - Les aides à l'acquisition d'une complémentaire santé en 2011 en €

	Collectif	Individuel
TSCA	573 millions	
C3S	46 millions	
Aides		
- sociales (entreprises)	1,4 milliard	
- fiscales (salariés)	1,6 milliard	
Madelin (indépendants)		215 millions
Fonction publique		50 millions
Aides aux plus défavorisés (CMU-C et ACS)	1,8 milliard	
TOTAL	5.6 milliards	

Source : Calculs SG du HCAAM

Ce circuit de financement est complexe dans la mesure où des contrats (les contrats collectifs et l'ACS) font l'objet à la fois d'une aide et d'une taxation. Comme cela a déjà été noté, le cas de l'ACS est particulièrement paradoxal.

2.4.5. La comparaison des aides publiques aux différents contrats

Les modalités de soutien aux contrats complémentaires sont ainsi très variables, notamment parce qu'elles poursuivent des buts différents mais aussi parce qu'elles se sont constituées au cours du temps.

Les évaluations des montants d'aide publique par personne ou par contrat aidé présentées ci-dessus ne correspondent pas aux économies qui seraient faites si les aides étaient supprimées, leur évaluation nécessitant de faire des hypothèses sur les changements de comportement induits par la suppression de l'aide. Elles visent uniquement à comparer les montants d'aide par type de contrat, relativement aux caractéristiques des populations aidées.

La réduction de la TSCA et l'exemption de la C3S dont bénéficient les contrats solidaires et responsables n'est pas prise en compte ici car ces caractéristiques ne différencient pas les contrats aidés entre eux.

Le tableau suivant met en regard les aides reçues pour tous les types de contrats aidés.

Tableau 26 - Comparatif des aides annuelles en fonction du contrat

	Contrat collectif obligatoire	Contrat Madelin	Fonctionnaires d'État	CMU-C	ACS	Total
Aides globales (M€)	2 990	215	50	1 632	157	5 044
Aides par contrat (€)	226	260	15		450	
Aide par personne (€)				370	270	

Source : Calculs SG du HCAAM

Les personnes les plus défavorisées sont les plus aidées (370 € par personne pour les plus pauvres à la CMU-C, 270 € pour ceux qui bénéficient de l'ACS).

Les salariés bénéficiant d'un contrat collectif, quant à eux, sont aidés à hauteur de 230 € environ par contrat, ce qui représente une aide moyenne par personne d'un montant inférieur, difficile à chiffrer¹⁶⁹. Toutefois, cette moyenne recouvre de fortes disparités en fonction des revenus, du fait la progressivité de l'imposition sur le revenu. A titre d'illustration, pour un salarié non imposable, l'aide se résume à l'exonération sociale pour la participation de l'employeur, soit un montant annuel d'environ 110 €. Pour un salarié dont le revenu imposable par part est compris entre 70 830 et 150 000 €¹⁷⁰, s'y ajoute une aide fiscale d'environ 330 €, soit au total une aide publique annuelle de 440 €.

2.5. LA GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ PAR L'EXTENSION DES COUVERTURES COLLECTIVES ET INDIVIDUELLES

2.5.1. La généralisation de la couverture collective à tous les salariés

2.5.1.1. La nouvelle donne de l'accord national interprofessionnel (ANI) et de la loi relative à la sécurisation de l'emploi

L'ANI du 11 janvier 2013 prévoit, dans son article premier, une généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé, et dans son article 2 une amélioration des dispositifs de portabilité en matière de couverture prévoyance et santé. L'article 1 de la loi relative à la sécurisation de l'emploi transpose ces articles. Ces textes s'inscrivent dans un « chemin » de généralisation qui a débuté par l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989 et s'est poursuivi par l'ANI du 11 janvier 2008 modifié par l'avenant du 18 mai 2009.

La loi Évin et l'ANI 2008 modifié par l'avenant du 18 mai 2009

L'article 4 de la loi Évin

Il organise le maintien de la couverture complémentaire santé pour les anciens salariés de l'entreprise (chômeurs et retraités), auparavant couverts par une assurance collective, qui peuvent conserver auprès de l'assureur de leur ancienne entreprise, à titre individuel, une couverture complémentaire santé à tarif encadré. Le tarif de cette couverture individuelle est plafonné à 150 % du tarif global des actifs incluant la participation de l'employeur.

L'ancien salarié dispose d'un délai de six mois à compter de la rupture de son contrat de travail pour demander le bénéfice de cette disposition.

La Cour de cassation a fait valoir en 2008 une interprétation stricte de l'identité des garanties maintenues¹⁷¹. Selon la Cour, il s'agit de la même garantie que celle dont bénéficiait l'intéressé, qui ne prend pas en compte les éventuelles modifications ultérieures des contrats collectifs, à l'exception des modifications légales et réglementaires.

L'ANI du 11 janvier 2008 modifié par l'avenant n°3 du 18 mai 2009

Il prévoit un dispositif de portabilité pour les personnes ayant quitté leur entreprise¹⁷² et prises en charge par l'assurance chômage. Les garanties des complémentaires prévoyance et santé sont maintenues pour la période

¹⁶⁹ Sous l'hypothèse très fragile d'un nombre de personnes par ménage couvert par un contrat de 2,3 (moyenne nationale INSEE), l'aide par personne peut être évaluée à environ 100€ annuels.

¹⁷⁰ Taux marginal d'imposition de 41%.

¹⁷¹ Jurisprudence Azoulay (Cour de cassation, 7 février 2008 et Cour d'appel de Lyon, 13 janvier 2009).

¹⁷² Sauf si le départ est consécutif à une faute lourde.

de chômage dans les limites de la durée du dernier contrat de travail ou de neuf mois¹⁷³ à la condition que des droits à une couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

Il organise le financement de la mesure par deux voies :

1. soit par un financement conjoint dans les mêmes conditions que pour les actifs,
2. soit par mutualisation c'est-à-dire que les garanties sont financées par les salariés en activité et l'employeur, l'ancien salarié ne versant aucune cotisation après son départ de l'entreprise.

Ce dispositif ne s'applique pas dans les entreprises hors du champ de l'accord¹⁷⁴ car il n'a pas été élargi.

S'ajoutant à la loi Évin, il est plus large en ce qui concerne les garanties car il inclut la prévoyance mais ne concerne que les chômeurs. La portabilité est limitée dans le temps (9 mois), ce qui n'est pas le cas dans la loi Évin. Dans les deux cas, les garanties sont identiques à celles que l'intéressé avait en tant que salarié mais l'ANI est plus favorable en ce qui concerne le financement garanti soit dans les mêmes proportions que pour les salariés soit en totalité par mutualisation.

Selon le bilan du CTIP dressé fin mars 2013, 105 conventions collectives nationales (CCN) ayant mis en place une couverture prévoyance et/ou santé avaient signé un avenant pour transposer ce dispositif (soit 41 % des 255 CCN en prévoyance). 87 de ces 105 conventions ont mis en place une mutualisation du financement de la portabilité¹⁷⁵.

L'ANI du 11 janvier 2013

L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 relatif à la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés comporte dans ses articles 1 et 2 quatre dispositions essentielles.

- Une généralisation au niveau de la branche ou, à défaut, de l'entreprise qui doit être effective au 1^{er} janvier 2016

La négociation se tient prioritairement au niveau des branches professionnelles, à compter du 1^{er} avril 2013. La liberté de choix de l'organisme assureur en est le principe, une recommandation¹⁷⁶ au niveau de la branche est toutefois possible, dans des conditions de mise en concurrence à préciser dans le cadre d'un groupe de travail paritaire. A défaut d'accord de branche signé avant le 1^{er} juillet 2014, les négociations doivent s'ouvrir dans les entreprises. A défaut d'un accord d'entreprise, les entreprises devront faire bénéficier leurs salariés d'une couverture collective minimale.

- Une couverture complémentaire santé minimale définie à défaut d'accord

L'ANI précise un panier de soins minimal¹⁷⁷ couvrant le salarié ainsi qu'une participation de l'employeur à hauteur de 50 % de son financement.

- La condition de solidarité et de responsabilité des contrats collectifs et obligatoires

Les partenaires sociaux s'accordent sur une généralisation respectant ces définitions légales et réglementaires. Ils souhaitent être consultés préalablement sur tout projet d'évolution des

¹⁷³ La borne inférieure était retenue.

¹⁷⁴ L'extension de l'accord a eu pour effet de rendre ses dispositions applicables dans les branches au sein desquelles il existe une plusieurs organisations patronales représentatives adhérentes à l'une des trois fédérations signataires (MEDEF, UPA et CGPME).

¹⁷⁵ Par ailleurs, 14 CCN ont prévu un financement conjoint entre l'employeur et l'ancien salarié, et 4 ont laissé le financement au choix de l'entreprise.

¹⁷⁶ Les clauses de désignation ont été censurées par la décision n° 2013-762 DC du 13 juin 2013 du Conseil constitutionnel.

¹⁷⁷ 100 % de la base de remboursement pour les consultations, actes techniques et pharmacie en ville et à l'hôpital, le forfait journalier hospitalier, 125 % de la base de remboursement des prothèses dentaires et un forfait optique de 100 € par an, sur la base des conditions de prise en charge de l'AMO à la date de signature de l'ANI.

conditions d'exonérations sociales attachées au financement des prestations de prévoyance. En cas de modification, les dispositions de l'article 1 de l'ANI seraient réexaminées.

- *L'amélioration et la généralisation de la portabilité de la couverture santé et prévoyance des demandeurs d'emploi par recours à la mutualisation (article 2)*

Le deuxième article de l'ANI prévoit une amélioration du dispositif de portabilité de l'ANI du 11 janvier 2008 modifié par l'avenant n°3 du 18 mai 2009. La durée maximale de portabilité est portée de 9 à 12 mois. La généralisation, au niveau des branches professionnelles et des entreprises, s'opère par le système de mutualisation du financement, ouvert par l'avenant du 18 mai 2009. Les branches et les entreprises ont un délai d'un an pour mettre en place ce système de mutualisation.

La loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

La loi est nécessaire pour mettre en œuvre, par le dialogue social, la généralisation de la couverture collective santé à l'ensemble des salariés ainsi que celle de la portabilité de la couverture santé pour les chômeurs relevant des secteurs exclus du champ de l'accord.

L'article 1 de la loi relative à la sécurisation de l'emploi traduit les articles 1 et 2 de l'ANI du 11 janvier 2013. Il prévoit que la couverture complémentaire collective sera généralisée par la négociation, tient compte des dispositions minimum appliquées en cas d'échec de la négociation et arrête un calendrier. Il comporte enfin des dispositions relatives à la portabilité des couvertures santé et prévoyance pour les demandeurs d'emploi ainsi que des mesures d'adaptation pour les ayants-droit potentiels des bénéficiaires d'un contrat collectif¹⁷⁸ et pour les salariés du régime d'Alsace-Moselle.

Le régime d'Alsace-Moselle

Le régime d'Alsace-Moselle (cf. annexe 3) est un régime complémentaire obligatoire qui offre aux salariés, chômeurs et retraités (sous certaines conditions) des départements du Haut Rhin, du Bas Rhin et de la Moselle des prestations qui complètent la prise en charge par le régime obligatoire, en contrepartie d'une cotisation salariale complémentaire.

Les prestations prises en charge par ce régime ont pour effet en général de compléter le remboursement du RO dans la limite du tarif de remboursement de la sécurité sociale. Ce régime ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires ni les prix libres notamment en optique et dentaire. En conséquence, 81 % des assurés concernés souscrivent une couverture complémentaire facultative à des conditions tarifaires adaptées.

La généralisation de la complémentaire santé intéresse le régime d'Alsace-Moselle à plusieurs titres :

- *ce régime complémentaire est financé par les seuls salariés, alors que la couverture collective obligatoire inclut une participation de l'employeur qui dépasse en moyenne 50 %,*
- *le niveau de garanties du régime d'Alsace-Moselle est globalement inférieur à celui du panier minimal de l'ANI, puisqu'il ne prévoit aucune prise en charge au-delà de la base de remboursement (mis à part le forfait journalier hospitalier).*

Ces points, relevés lors des débats parlementaires de la loi relative à la sécurisation de l'emploi, ont fait l'objet d'amendement pour prendre en compte ces spécificités. En particulier, la possibilité d'une adaptation du niveau de garanties à celui du panier minimal de l'ANI est ouverte et renvoyée au décret qui définit ce panier.

- Le calendrier

Les branches professionnelles non couvertes doivent entamer des négociations avant le 1^{er} juin 2013. A défaut d'un accord de branche signé avant le 1^{er} juillet 2014, c'est au tour des entreprises de négocier. En tout état de cause, au 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises devront

¹⁷⁸ Les ayants droit potentiels des bénéficiaires d'un contrat collectif peuvent être dans des situations très diverses, ce qui incite à leur laisser le choix de leur couverture complémentaire.

permettre à leurs salariés de bénéficier d'une couverture santé collective dont les garanties doivent être au moins égales à un socle minimal.

- La généralisation de la couverture collective par la négociation

La négociation porte au moins sur :

- le contenu et le niveau des garanties,
- la répartition de la charge des cotisations entre salariés et employeur,
- les modalités de choix de l'assureur,
- les modalités de financement, le cas échéant, d'un objectif de solidarité (action sociale, droits non contributifs),
- les dispenses d'affiliation pour certains salariés (notamment ayants droit de bénéficiaires d'une couverture collective),
- l'adaptation possible pour tenir compte des spécificités du régime local d'Alsace-Moselle.

La censure des clauses de désignation par le Conseil constitutionnel créé néanmoins une incertitude sur le déroulement de la généralisation et son coût, en particulier pour les petites entreprises.

La loi définit les modalités de la couverture minimale en cas d'absence d'accord :

- prise en charge totale ou partielle du ticket modérateur, du forfait journalier et du remboursement de frais supérieurs aux tarifs de responsabilité pour les soins prothétiques et orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel. Le niveau de prise en charge ainsi que la liste des dispositifs médicaux seront définis par décret ;
- financement par l'employeur au minimum de la moitié de la cotisation ;
- définition des catégories de salariés pouvant être dispensés, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation en raison de la nature ou des caractéristiques de leur contrat de travail ou du fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire à fixer par décret ;
- mesures d'adaptation de la couverture des salariés relevant du régime d'Alsace-Moselle à prévoir par décret.

- La portabilité de la couverture santé et prévoyance pour les demandeurs d'emploi

La loi introduit dans le code de la sécurité sociale les dispositions de l'ANI du 11 janvier 2013 relatives à la portabilité des couvertures santé et prévoyance pour les salariés devenant demandeurs d'emploi et les met en cohérence avec la loi Évin. En effet, pour ces derniers, le délai de six mois figurant dans la loi Évin s'articule difficilement avec le bénéfice de la portabilité de la nouvelle loi qui leur garantit une couverture par leur ancienne entreprise sans délai et sans s'acquitter de cotisations pendant douze mois. C'est pourquoi la loi précise que le délai de six mois débute soit au départ de l'entreprise soit, si cette option est plus favorable, à l'expiration de la période de portabilité.

2.5.1.2. Les bénéficiaires potentiels de la généralisation de la couverture collective

Les enjeux « populationnels » de la généralisation de la couverture complémentaire santé par la voie professionnelle sont triples :

- extension de la couverture collective à des salariés dont les branches ou les entreprises en étaient dépourvues ;
- meilleure inclusion dans les accords des salariés les plus précaires ou les plus modestes (CDI à temps partiel, CDD, salariés en situation particulière – congés parentaux, malades de longue durée) ;
- portabilité effective de la complémentaire collective aux chômeurs.

Le problème de la couverture des retraités, prévue par la loi Évin, peut être à nouveau posé.

L'extension de la couverture collective à des salariés dans les entreprises ou les branches qui n'en bénéficiaient pas

L'extension de la couverture collective concerne près d'un quart des salariés :

- environ 400 000 salariés actuellement non couverts,
- près de 4 millions de salariés couverts en individuel (ou comme ayant droit de leur conjoint fonctionnaire).

Toutefois, le nombre de salariés qui seront effectivement inclus dans une couverture collective dépendra des conditions réglementaires (CMU-C et ACS) et des dispenses d'affiliation qui seront négociées.

L'extension concerne aussi près de 2 millions de salariés, aujourd'hui protégés par un contrat collectif en tant qu'ayant droit de leur conjoint. Une part bénéficiera d'une couverture collective par sa propre entreprise selon l'issue des négociations à venir, consécutives à la transposition de l'ANI. Ce mouvement est neutre pour le nombre d'assurés couverts par un contrat collectif.

Enfin, des non salariés, ayants droit de leur conjoint salarié, seront affectés dans une proportion pour l'instant inconnue.

Compte tenu du caractère obligatoire de la couverture collective, à terme la couverture individuelle, qu'elle soit aidée (CMU-C ou ACS) ou non, concernera les indépendants, les fonctionnaires, les étudiants, les salariés précaires, les chômeurs de longue durée ou non affiliés à l'assurance chômage, certains inactifs et les retraités qui ne relèvent pas de la loi Évin. Il s'agit d'une population présentant de « bons » risques (les indépendants, les fonctionnaires et les étudiants) et de « moins bons » (les chômeurs de longue durée et les retraités dont les dépenses de santé sont plus élevées et les moyens financiers plus faibles pour la première catégorie).

La meilleure inclusion dans les accords des salariés les plus précaires ou les plus modestes (CDI à temps partiel, CDD, salariés en situation particulière – congés parentaux, malades de longue durée)

C'est un enjeu majeur de l'accord et de la loi qui permettra de résoudre les inégalités de couverture collective et de mieux couvrir les salariés qui ne l'étaient pas en raison de leur situation particulière, souvent caractérisée par la précarité. La négociation définira les personnes dispensées du bénéfice de l'accord d'entreprise. D'ores et déjà, il semble particulièrement complexe, même avec des logiques de mutualisation de branche, d'inclure les titulaires de contrats très courts¹⁷⁹ qui peuvent d'ailleurs avoir simultanément plusieurs employeurs¹⁸⁰. Si les négociations échouaient à les couvrir par la mutualisation des financements collectifs, il apparaîtrait souhaitable de prendre acte de cette difficulté et d'envisager une couverture individuelle de bonne qualité. Il conviendrait notamment en fonction des ressources des bénéficiaires de faciliter l'adhésion à la CMU-C ou à l'ACS dans des conditions renouvelées (cf. 2.5.2.).

L'importance des nouveaux dispositifs mutualisés de portabilité pour les chômeurs

Troisième axe central d'amélioration des nouvelles dispositions : le dispositif de portabilité de la couverture collective aux chômeurs qui prévoit une mutualisation destinée à le rendre opérationnel. Les dispositifs de même nature, prévus par la loi Évin mais aussi par l'ANI de 2008, ont eu par le passé une application limitée en dépit d'exceptions notables.

¹⁷⁹ Plus des 2/3 des déclarations d'embauche concernaient des contrats de moins d'un mois au premier trimestre 2013 (source Acof stat avril 2013 n° 171).

¹⁸⁰ Les particuliers employeurs, en outre, ne sont pas dans le champ de la loi Évin et de la loi de sécurisation de l'emploi.

Une passerelle est prévue pour que le salarié, devenu demandeur d'emploi, bénéficie des dispositions de la loi Évin après avoir été pris en charge par le dispositif de portabilité de la loi relative à la sécurisation de l'emploi. Il n'est pas sûr qu'elle soit beaucoup utilisée dans la mesure où les demandeurs d'emploi semblent peu recourir aux dispositions de la loi Évin. Le CCSF notait en 2009¹⁸¹ « que les organismes assureurs souhaitent trouver des solutions permettant de réconcilier les droits ouverts au profit des chômeurs à l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 et ceux qui procèdent de l'article 4 de la Loi de 1989 ».

Faute d'une évaluation globale de la loi Évin, il est difficile d'indiquer précisément les raisons de ce faible recours : outre des difficultés opérationnelles et techniques mentionnées, liées notamment au copaiement, le manque d'information de la population concernée a pu jouer un rôle important.

L'enjeu de la couverture des retraités modestes

La loi Évin organise pour les retraités ainsi que pour les chômeurs le passage d'une couverture collective à une couverture individuelle privilégiée. Les anciennes garanties sont maintenues et les tarifs sont encadrés. L'ancien salarié bénéficie, pour sa nouvelle couverture, du régime protecteur des contrats collectifs obligatoires (pas de période probatoire ni de sélection médicale) mais surtout d'une garantie sans risque d'exclusion et sans limitation de durée (sauf pour les ayants droit en cas de décès de l'assuré).

Pour autant, ces conditions ne sont pas totalement adaptées¹⁸². D'une part, la cristallisation des garanties, figées au niveau de celles des actifs au moment du départ de l'entreprise soulève la question de leur adéquation à des situations de santé qui se dégradent pour nombre de retraités¹⁸³. D'autre part, la prime versée par l'assuré, même si son niveau est plafonné à 150 % de celle des actifs, progresse fortement en raison de la disparition de sa prise en charge par l'entreprise. Les entreprises assurant en moyenne 56 % du financement, les assurés versent 44 % de la prime quand ils sont dans l'entreprise. Après leur départ, la prime est multipliée, en moyenne, par plus de 3. Ce nouveau tarif est calculé par référence à un tarif global moyen des actifs (total des primes/effectif des actifs), ce qui peut conduire à un différentiel individuel au moment du bénéfice de la portabilité supérieur ou inférieur selon la situation de l'ancien salarié.

De fait, au moment du départ à la retraite, 51 % des assurés à des contrats collectifs obligatoires, 29 % des titulaires d'un contrat collectif facultatif et 23 % des titulaires d'un contrat individuel changent de contrat.

Enfin, la probabilité de changer de contrat à la retraite serait plus faible chez les travailleurs indépendants et les assurés du régime agricole que chez les assurés du régime général¹⁸⁴.

Alors qu'ils sont chers pour les assurés, les organismes complémentaires jugent les contrats « Évin » financièrement déséquilibrés car, selon plusieurs d'entre eux, dès lors que l'âge moyen du portefeuille des retraités dépasse 70 ans, la limitation de la prime à 150 % de l'ancienne prime apparaît problématique, du point de vue de la neutralité actuarielle, en l'absence de mécanisme de solidarité.

¹⁸¹ Avis du CCSF relatif à l'assurance complémentaire santé de groupe.

¹⁸² Changer de couverture complémentaire santé à la retraite. QES n°126.Octobre 2007.

¹⁸³ A l'inverse certaines garanties peuvent être trop élevées.

¹⁸⁴ L'étude de l'IRDES a été effectuée sur un échantillon d'assurés partis à la retraite de 1994 à 2004 et n'a pu prendre en compte les modifications intervenues en 2002 qui ont conduit à aligner le ticket modérateur des indépendants. Cette moindre couverture au moment de l'activité expliquerait que ces professions accordent une importance plus grande à la complémentaire au moment de l'activité et n'en changeraient pas à la retraite.

Le CCSF, dans son avis du 8 avril 2009 relatif à l'assurance complémentaire santé de groupe, dresse de l'application de la loi Évin un constat positif, tout en soulignant les difficultés. « *L'objectif initial visant à accroître le nombre des personnes bénéficiant d'une couverture en frais de soins de santé dans les entreprises, puis lorsqu'elles ne sont plus en activité, est atteint. Le CCSF note que la gestion de générations de contrats individuels prolongeant des contrats collectifs, eux-mêmes évolutifs, constitue une difficulté pour les organismes assureurs comme pour les assurés, qui n'en contrôlent pas l'évolution. De même, une application viagère de l'augmentation tarifaire plafonnée à 50 % apparaît délicate du point de vue prudentiel, compte tenu du vieillissement démographique et de l'évolution du périmètre de l'assurance maladie obligatoire* ».

Le CCSF recommande en outre de soutenir l'information des salariés sur ces dispositions. L'enquête IRDES sur la protection sociale complémentaire d'entreprise¹⁸⁵ montre que seuls 53 % des salariés interrogés par l'étude connaissent la disposition. Ce sont les plus âgés et les mieux rémunérés qui sont les mieux informés. Sur ce point, la loi relative à la sécurisation de l'emploi prévoit désormais une obligation, à la charge de l'organisme assureur de l'entreprise, d'adresser aux anciens salariés concernés une proposition de couverture complémentaire santé dans un délai de deux mois.

Quoiqu'il en soit, compte tenu d'une tarification généralement fondée sur l'âge, les primes des seniors sont plus élevées. Si certaines études ponctuelles, sur des échantillons limités¹⁸⁶, témoignent de l'importance des primes par rapport au revenu, notamment les plus modestes, il n'est pas cependant possible d'observer de façon exhaustive les niveaux d'efforts (primes + RAC) des assurés les plus âgés¹⁸⁷.

Les solutions pour remédier à cette situation ne sont pas simples. L'accroissement de la mutualisation entre actifs et retraités aurait pour inconvénient d'alourdir la charge des actifs. En tout état de cause, le HCAAM a toujours exprimé le souci de ne pas accroître cette charge et orienté ses réflexions vers une amélioration ciblée au profit des plus modestes via l'ACS.

Une possibilité pourrait être d'accepter une évolution des garanties, tout en l'encadrant, et de repousser le plafond de la prime au-delà de 150 %. Dans cette perspective, un dispositif d'épargne spécifique pourrait être envisagé, côté salariés, pour garantir la capacité de paiement des retraités¹⁸⁸.

2.5.2. L'amélioration de la couverture complémentaire individuelle pour les plus modestes

Quatre éléments, qui font système, sont à prendre en compte dans l'objectif d'améliorer l'accès des personnes les plus modestes à la CMU-C et à l'ACS :

- le périmètre (donc les bénéficiaires potentiels) des aides publiques (CMU-C et ACS), déterminé par les plafonds de ressources,
- les formalités administratives et leur complexité pour accéder aux prestations,
- pour l'ACS, le montant des aides pour l'acquisition d'une complémentaire,
- les garanties des couvertures de la CMU-C ou des contrats ACS qui doivent limiter les RAC.

2.5.2.1. La revalorisation des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS

¹⁸⁵ Opinions des salariés sur la complémentaire d'entreprise. QES n°181 Novembre 2012.

¹⁸⁶ Coût de la santé pour les ménages : vers la démutualisation des populations les plus fragiles. UFC-Que Choisir. Septembre 2011.

Enquête réalisée en février 2013 par la fédération des retraités de la CFDT.

¹⁸⁷ Cf. annexe 2 ; les primes sont payées au niveau du ménage (assuré + ayants droit), ce qui empêche de les associer à l'âge d'un individu.

¹⁸⁸ Voir ce qui a été fait, dans cet esprit, dans la convention collective nationale des branches pharmacie d'officine et industrie pharmaceutique ; une telle piste reste cependant à creuser, compte tenu de sa complexité (souscription du dispositif d'épargne auprès du même assureur ou non, portabilité de cette épargne avant la retraite, etc.).

L'insuffisance des revalorisations des plafonds de la CMU-C a conduit à dégrader progressivement les rapports de la prestation avec le seuil de pauvreté (défini comme 60 % du niveau de vie médian) : de 73 % initialement pour la CMU-C, il ne serait plus que de 66 % en 2012, ce qui signifie que de nombreuses personnes très modestes n'ont plus accès à la prestation.

Décidée à l'issue de la conférence nationale de lutte contre la pauvreté de décembre 2012, une revalorisation de 8,3 % situe le plafond de la CMU-C au 1^{er} juillet 2013 à 716 €. La mesure a mécaniquement une incidence sur le plafond de l'ACS qui est porté à 967 €, soit 95 % du seuil de pauvreté de façon à maintenir un écart de 35 % entre les deux plafonds.

Cette mesure par un effet « périmètre » fait entrer, selon les chiffrages de la DSS et du Fonds CMU :

- 400 000 nouveaux bénéficiaires effectifs pour la CMU-C :
 - o 150 000 anciens bénéficiaires de l'ACS
 - o 250 000 nouveaux bénéficiaires qui ne recouraient pas à l'ACS faute d'attractivité mais recourront à la CMU-C, plus protectrice.
- et 350 000 personnes pour l'ACS.

La question des revalorisations ultérieures des plafonds de ces dispositifs se pose pour que le décrochage observé récemment ne se reproduise pas. Deux solutions sont envisageables : soit une règle est mise en place pour les indexer sur le niveau de vie médian ; soit ces plafonds restent indexés sur les prix avec des revalorisations ponctuelles telles que celles qui viennent d'intervenir. Cette dernière voie est cohérente avec les principes de maintien du pouvoir d'achat de tous les minima sociaux via une indexation sur les prix qui n'exclut pas des mesures de revalorisation.

2.5.2.2. Une meilleure information et une simplification des formalités administratives pour toucher les publics cibles de la CMU-C et de l'ACS

Une meilleure information est primordiale pour améliorer un taux de recours particulièrement faible pour l'ACS. Pour être efficace, elle doit être donnée de façon personnalisée, par exemple à l'occasion d'autres démarches (RSA, AAH, demandes d'emploi, centres de santé, permanences d'accès aux soins – PASS-, travailleurs sociaux). Les chercheurs du LEDa-LEGOS ont montré, dans un cadre expérimental, que les courriers d'information étaient peu efficaces et les réunions d'information contre-productives, annulant même l'effet positif d'une augmentation de la prime.

Trois points de vigilance constituent des pistes d'amélioration pour l'accès aux prestations CMU-C et ACS. Certaines sont envisagées par la DSS. Ces pistes ne seront citées ici que pour mémoire car les évolutions proposées et leurs impacts n'ont pu être instruits au fond par le secrétariat général du HCAAM :

Elles concernent :

- l'amélioration de l'accès :
 - o à la CMU-C des bénéficiaires du RSA socle, par la mise en place de transferts automatisés entre les CAF et les CPAM,
 - o à l'ACS par des échanges de même nature entre les CAF (AAH), les CARSAT (ASPA et ASI¹⁸⁹) et les CPAM,
 - o à la CMU-C ou l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASS ou du régime d'assurance chômage au terme de la portabilité par des transferts analogues entre Pôle Emploi et les CPAM,

¹⁸⁹ Allocation supplémentaire d'invalidité.

- l'opportunité d'une évolution de la base ressources de la CMU-C et de l'ACS, qui prend actuellement en compte les ressources du foyer perçues au cours des douze derniers mois alors qu'il serait plus simple de se baser sur les ressources fiscales de l'année antérieure comme en matière de prestations familiales sous condition de ressources. De façon peut-être plus globale, un réexamen des bases ressources des minima sociaux devrait être entrepris dans un objectif de simplification et de mise en cohérence ;
- la possibilité d'envisager une pluri annualité des renouvellements de droits pour les 16 % de pensionnés à l'ACS dont les situations sont pérennes.

En outre, les salariés en CDD de très courte durée pourraient être informés par les entreprises qui les emploient des démarches à entreprendre pour bénéficier soit de la CMU-C soit de l'ACS, s'ils ne sont pas inclus dans le contrat collectif de l'entreprise.

2.5.2.3. Le montant de l'ACS

Le prix moyen des contrats des bénéficiaires de l'ACS s'établit en 2011 à 841 € par contrat. Il est de 510 € par personne, les contrats couvrant en moyenne 1,65 personne. En regard, l'aide est de 448 € par contrat soit 273 € par personne¹⁹⁰.

L'ACS permet de limiter le taux d'effort par foyer, défini ici comme le rapport entre la prime payée et le revenu. Le Fonds CMU estime ce taux à 4,0 % après aide en 2011. Cela représente près d'un demi-mois de revenu ; sans l'ACS il serait près d'un mois.

Le prix des contrats augmente avec l'âge : 318 € pour les 16-24 ans, 810 € pour les 60-69 ans, 948 € pour les 70-79 ans et 1 005 € pour les 80 ans et plus. La subvention de l'ACS qui croît avec l'âge, permet d'atténuer cet effet mais insuffisamment : le taux d'effort des bénéficiaires de l'ACS est de 1,5 % pour les 16-24 ans, 4,1 % pour les 40-49 ans, 4,7 % pour les 50-59 ans et 6,2 % pour les 80 ans et plus¹⁹¹.

Si une amélioration du montant de l'ACS devait intervenir à terme, la réflexion devrait se porter en priorité sur les aides aux bénéficiaires les plus âgés dont les primes mais aussi les RAC sont les plus lourds.

2.5.2.4. L'amélioration des garanties des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

Au-delà de l'accès à leurs droits des bénéficiaires potentiels de la CMU-C et de l'ACS, les couvertures complémentaires des plus modestes recouvrent pour les titulaires de l'ACS des garanties inégales qui peuvent être à l'origine de RAC plus ou moins importants. Ces derniers, supportables pour des revenus élevés, peuvent conduire à des renoncements à certains soins coûteux (optique, dentisterie, audioprothèse) pour les ménages les plus modestes. Est ainsi posé le problème du niveau des garanties des contrats des bénéficiaires de l'ACS et plus marginalement celui du panier de soins des bénéficiaires de la CMU-C.

¹⁹⁰ Fonds CMU, Rapport sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, 2011.

¹⁹¹ Statistiques établies sur les contrats ne couvrant qu'une seule personne. Source : Fonds CMU, Rapport sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, 2011.

L'amélioration des garanties de la CMU-C

Si la couverture de la CMU-C apparaît protectrice, les bénéficiaires de la CMU-C peuvent subir des restes à charge importants en optique et en prothèse auditive¹⁹², les tarifs limites applicables n'ayant pas été modifiés depuis 2002.

En ce qui concerne l'optique (pour le régime général : 12 % des bénéficiaires de la CMU-C ; 21,5 M€, soit 1,5 % des dépenses de la CMU-C), le reste à charge est dans 38 % des cas de 165 € en moyenne ; il peut être supérieur à 300 € pour 5% des bénéficiaires. D'après la CNAMTS, le traitement des verres, non compris dans le panier de soins, serait l'une des principales causes de ce reste à charge. Le Fonds CMU et la CNAMTS constatent que les traitements visant à limiter les rayures et les reflets, et à amincir les verres en cas de très forte correction, sont les plus demandés. Il pourrait donc être proposé, à la suite du Fonds CMU, de revaloriser le panier optique pour permettre la prise en charge des verres amincis en cas de forte correction (majoration de 50% des prix-limite de vente CMU-C pour les seuls verres à forte correction). Le surcoût lié à la mise en place de ce forfait amincissement coûterait, selon la DSS, 745 000 €¹⁹³. Accessoirement, il serait légitime de s'interroger sur l'opportunité d'une prise en charge d'une paire de lunettes par personne tous les ans, sauf cas particulier.

Ce sont les achats d'audioprothèses qui entraînent le reste à charge le plus élevé : 393 € en moyenne pour 31,1 % des « consommateurs » du poste (qui représentent 0,19 % des bénéficiaires de la CMU-C). La question se concentre ici sur les plus de 20 ans, pour lesquels les tarifs de prise en charge sont très inférieurs aux prix de marché, et qui ne peuvent bénéficier de la prise en charge CMU-C que pour une seule oreille tous les deux ans. Les distributeurs ne sont tenus que de proposer une prothèse analogique à contour d'oreille non programmable dont le prix n'excède pas 443,63 €¹⁹⁴. En cas de stéréophonie (deux oreilles concernées), le 2ème appareil est pris en charge à hauteur du tarif de responsabilité, soit 199,71 € mais sans le complément CMU-C de 243,93 €.

La prise en charge par la CMU-C d'un équipement stéréophonique complet tous les quatre ans pourrait être envisagée. Cette réforme se justifierait :

- d'un point de vue médical, comme le note une étude réalisée en 2011 par le cabinet ALCIMED, « la communauté scientifique et les professionnels ont démontré qu'un équipement stéréo est beaucoup plus efficace pour préserver et rétablir le meilleur niveau d'audition possible » ;
- d'un point de vue juridique, la LPP a prévu un équipement stéréophonique depuis l'arrêté du 23 avril 2002 (JO du 4 mai 2002). La proposition permettrait de mettre le panier de soins CMU-C en adéquation avec la LPP en permettant un équipement stéréophonique pour l'ensemble des bénéficiaires.

L'amélioration des garanties des bénéficiaires de l'ACS

Les contrats des bénéficiaires de l'ACS offrent des garanties relativement faibles. Différentes initiatives, publiques et privées, ont été prises pour remédier à ces difficultés mais sans y parvenir (cf. annexe 4).

¹⁹² Point de repère CNAMTS n°35 « les restes à charge des bénéficiaires de la CMU-C en 2010 ».

¹⁹³ Cette mesure concernerait 3 % des bénéficiaires de la CMU-C portant des lunettes. En effet, ne seraient visées que les corrections extrêmement fortes, telles que pour la myopie correspondant à une sphère inférieure à -6,25.

¹⁹⁴ Soit prise en charge RO : 119,83 € + TM 79,88 € et prise en charge CMU-C en sus du tarif de responsabilité : 243,92 €. Ceci permet un équipement de qualité, sans être néanmoins au dernier degré de la technologie (dont les prix, selon l'étude ALCIMED réalisée en 2011 à la demande de la DSS sur l'optique et les audioprothèses, varient, selon le niveau de gamme, de 1 000 à 2 000 € par oreille). Les autres types de prothèses sont pris en charge à même hauteur.

La labellisation de contrats « ACS », prévue par l'article 55 de la LFSS pour 2012, n'a pas franchi l'accord nécessaire de l'UNOCAM qui reprochait à la proposition ministérielle d'être sous une double contrainte garanties/prix (contrats repères) peu compatible avec la liberté des complémentaires.

D'ailleurs, certaines complémentaires ont mis en place de « bons contrats » ciblés sur les bénéficiaires ACS mais les proposent peu : ces contrats sont peu rentables (frais de gestion très tirés et garanties importantes) et susceptibles d'attirer d'autres assurés.

Néanmoins, ces initiatives permettent de dessiner de nouvelles voies et de poser le problème dans les bons termes.

La première interrogation porte sur l'opportunité de réserver des contrats particuliers pour les titulaires de l'ACS, en raison de leurs faibles ressources. Une telle mesure crée un effet de seuil. En outre, si un effort particulier était consenti sur la marge des contrats ACS, il risquerait d'être compensé par une hausse du taux de marge des autres contrats. Un régime fiscal plus favorable pour ces contrats réservés aux bénéficiaires de l'ACS, par exemple une exonération de TSA, permettrait toutefois d'éviter cet écueil.

La deuxième interrogation concerne l'intérêt de contraindre le choix des bénéficiaires aux seuls contrats identifiés ou labellisés ACS. Une telle limitation permettrait d'améliorer l'orientation des bénéficiaires.

Enfin se pose la question du degré de liberté des complémentaires dans la définition des contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS. C'est pourquoi d'autres solutions pourraient être envisagées.

Des contrats de groupe pour les bénéficiaires de l'ACS

Il s'agit de réserver le bénéfice de l'ACS à des contrats de groupe à adhésion individuelle, sélectionnés par le biais d'une procédure d'appel d'offre¹⁹⁵.

Cette solution consiste à favoriser l'émergence de bons contrats pour les bénéficiaires de l'ACS sous la triple contrainte :

- d'éviter l'antisélection pour les complémentaires qui les proposeraient : un contrat à faible coût et bon rapport qualité prix est susceptible d'attirer des personnes qui ne sont pas ciblées par le dispositif. La réservation des contrats destinés aux bénéficiaires de l'ACS, accompagnée d'un régime fiscal plus favorable, répondrait à cette préoccupation ;
- de permettre une certaine mutualisation de ces risques, ce qui implique de ne pas multiplier les contrats sélectionnés : dans cet objectif, l'État pourrait procéder à un appel d'offres qui conduirait à choisir parmi les propositions un nombre relativement limité de contrats destinés aux ménages les plus modestes. La procédure est plus simple et plus claire que celle de la labellisation ;
- de permettre aux CPAM d'informer les titulaires des attestations ACS de ces offres spécifiques des complémentaires santé.

Tant la procédure d'appel d'offre que la capacité de réserver les contrats sélectionnés aux bénéficiaires de l'ACS devraient être autorisées par la loi.

Le cahier des charges de l'appel d'offres ne doit pas conduire à définir un contrat de référence rigide mais devrait définir des objectifs et des obligations :

¹⁹⁵ Cette voie présente des analogies avec l'expérimentation d'ATD Quart-Monde qui a négocié avec des organismes complémentaires santé un contrat collectif de groupe pour les personnes en situation de précarité.

- obligation de proposer une prise en charge complète : risque lourd (hospitalisation), dépenses courantes (généralistes, pharmacie...) mais aussi secteurs à engagement financier important (optique, dentaire, audioprothèse),
- limitation des RAC sur l'optique, le dentaire et l'audioprothèse non seulement par le biais des niveaux de garanties mais aussi de la mise à disposition de réseaux de professionnels ou des services,
- engagement sur la lisibilité du contrat et la limitation des frais de gestion,
- proposition d'un contrat de sortie,
- définition d'un taux d'effort y compris par âge,
- engagement de maîtrise de l'augmentation des primes, etc.

Cependant, une telle hypothèse segmente encore le marché des complémentaires individuelles et n'évite pas un effet de seuil qui pourrait toutefois être corrigé par l'offre d'un contrat de sortie.

En complément, et dans les cas où les salariés seraient éligibles à l'ACS, il serait envisageable de prévoir la possibilité de payer leurs cotisations à la complémentaire collective au moyen de l'ACS.

L'hypothèse d'une CMU-C payante

A l'inverse de cette solution qui ménage les principes de fonctionnement des complémentaires, peut être évoquée l'hypothèse d'une CMU-C payante.

Les principes en sont simples : au-delà du seuil de ressources de la CMU-C et jusqu'au seuil d'exclusion de l'ACS, les personnes bénéficieraient de la CMU-C mais sous condition du paiement d'une cotisation. La cotisation serait fonction de la situation familiale. La gestion en serait assurée par les CPAM mais aussi par les OC, gestionnaires de la CMU-C.

L'équilibre financier du système est autorisé¹⁹⁶ :

- par les subventions du Fonds CMU, identiques à celles actuellement destinées aux bénéficiaires de l'ACS qui seraient versées dans le scénario aux gestionnaires du système (270 € par bénéficiaire),
- par les cotisations des bénéficiaires (entre 230 et 270 € par personne, du même niveau que le coût moyen actuel d'un contrat, après aide, soit 240 €¹⁹⁷).

Cette option offre plusieurs avantages

- Elle apporterait une couverture complémentaire de bon niveau aux personnes de revenus modestes, pour lesquelles il convient de limiter au maximum les restes à charge.
- Elle simplifierait les démarches pour l'assuré. Plus attractive et plus simple, elle permettrait d'augmenter le taux de recours de la population cible.
- Elle autoriserait un lissage des effets de seuil de la CMU-C puisque le contrat proposé serait le même que la CMU-C.

Elle présente toutefois plusieurs difficultés importantes

- Elle conserve un effet de seuil à la sortie du dispositif, cet effet est d'autant plus important que le panier de soins pris en charge est de très bon niveau et meilleur que le panier minimal de l'ANI.

¹⁹⁶ On fait l'hypothèse que le coût moyen des bénéficiaires de l'ACS (524 €) sera supérieur à celui des bénéficiaires de la CMU-C (445 € pour la CNAMTS) compte tenu de leur âge en moyenne plus élevé.

¹⁹⁷ Coût moyen annuel de la couverture par personne de 510 € d'après le Fonds CMU, diminué du montant moyen d'aide individuelle, estimé à 273 €.

- La mesure aura un coût pour le Fonds CMU car il est probable qu'elle conduise à une hausse de la consommation de soins, les bénéficiaires de l'ACS étant plus âgés que ceux de la CMU-C, ce qui pourrait accroître la charge pour les autres assurés des organismes complémentaires.
- L'extension de la CMU-C, même payante, à une nouvelle population importante conduit à accroître l'identification voire la stigmatisation de ménages modestes.
- Elle pourrait laisser penser que l'AMO se spécialise sur la couverture des plus pauvres, risquant ainsi de segmenter la protection sociale.
- L'hypothèse transforme assez profondément le marché des complémentaires sous contrainte de prix administrés pour plus de 2 millions de personnes supplémentaires (si on fait l'hypothèse d'une augmentation significative du taux de recours).
- La question de la réaction des professionnels de santé mérite d'être examinée, mais relativisée en ce qui concerne les médecins. En effet, l'avenant 8 à la convention médicale les oblige déjà à respecter les tarifs opposables de la sécurité sociale pour les bénéficiaires de l'ACS.
- La mesure aurait un impact en gestion pour les caisses d'assurance maladie qu'il conviendra d'évaluer. Elle implique, plus encore, que les URSSAF collectent les cotisations des bénéficiaires de la CMU-C payante s'ils sont gérés par les CPAM, ce qui représente un investissement nouveau et coûteux. Il convient cependant de noter que les URSSAF gèrent actuellement les cotisations trimestrielles des adhérents à la CMU de base payante mais le nombre de bénéficiaires (50 000) de ce régime n'est pas en rapport avec celui de l'ACS.

La sécurisation du dispositif imposerait une notification auprès de la Commission européenne, en justifiant qu'il s'agit d'une aide d'État « à caractère social octroyée aux consommateurs individuels » (elle vise des consommateurs individuels rencontrant des difficultés à accéder à une complémentaire santé). Elle devrait être compatible avec les principes du marché intérieur européen en application de l'article 107, paragraphe 2 du traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne (TFUE), bien qu'elle conduise à retirer aux organismes privés opérant sur le marché de la complémentaire une partie du public de la nouvelle CMU-C.

2.6. COÛT ET ÉQUITÉ DES AIDES PUBLIQUES DANS L'OBJECTIF DE GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

2.6.1. Le coût de la généralisation de la couverture collective

Sur la base d'une appréciation de la population concernée, la généralisation de la couverture collective induirait, selon les pouvoirs publics¹⁹⁸, un coût supplémentaire pour les finances publiques de 1,5 à 2 Mds €, décomposé en :

- des exemptions de cotisations sociales dans le champ de la Sécurité sociale, estimées entre 375 et 540 M€ imputable d'une part à la généralisation de la couverture collective (entre 300 et 430 M€) et d'autre part à la portabilité (entre 75 et 110 M€). S'agissant des exonérations de cotisations et contributions hors du champ de la Sécurité sociale (AGIRC-ARCCO et UNEDIC), le coût est estimé entre 360 M€ et 510 M€. La dépense supplémentaire est calculée à partir du différentiel de cotisations sociales entre la rémunération salariale et le régime social favorable aux contrats collectifs obligatoires et responsables. Elle repose sur des hypothèses de substitution, au-delà du SMIC, entre salaire et assurance complémentaire santé, sur le taux de participation moyen des employeurs et sur le prix des nouveaux contrats ou les effets de la renégociation des contrats en cours. La dépense sera progressive du fait de la période de négociation collective et de l'entrée en vigueur au plus tard au 1^{er} janvier 2016 ;
- une perte de recettes pour l'État (IR et, secondairement, IS) qui se situerait entre 735 M€ et 1 Md €, les salariés qui passent d'un contrat individuel à un contrat collectif pouvant déduire leurs abondements ainsi que ceux de leurs employeurs.

Selon les mêmes sources, le coût brut pour les entreprises serait un peu supérieur (participation aux primes supplémentaires évaluée entre 2 et 3 Mds €, selon la portée de l'extension aux ayants droit).

2.6.2. Le coût de l'amélioration de la couverture individuelle des plus démunis

La DSS estime le coût de l'augmentation des plafonds de la CMU-C et de l'ACS à 250 M€ en année pleine mais il s'agit d'un minorant si l'on considère que le taux de recours aux dispositifs aura tendance à augmenter.

Les contrats ACS pourraient être exonérés de TSA, ce qui représenterait un manque à gagner de l'ordre de 18 M€ pour le Fonds CMU à taux de recours inchangé, 35 M€ si le taux de recours était doublé. Il conviendrait alors trouver un financement adapté à la fois pour le Fonds CMU et pour la CNAMTS.

Enfin, l'amélioration du panier de soins de la CMU-C (optique et audioprothèse), si elle était actée conduirait à une dépense supplémentaire de 3 M€¹⁹⁹.

¹⁹⁸ Étude d'impact du projet de loi relatif à la sécurisation de l'emploi.

¹⁹⁹ Le coût serait de 199,71 € x 2 + 243,93 x 2 soit 887,28 €, au lieu de 643,35 € (199,71 € x 2 + 243,93 €). En prenant l'hypothèse de 65 % d'adultes accédant à la stéréophonie (contre 38 % actuellement) et sur la base d'un montant du forfait CMU-C inchangé (243,92 €), le coût total de la mesure tous régimes serait de 2,3 M€ en 2013 (1,7 M€ au titre du forfait audioprothèse pour le fonds CMU, 0,2 M€ pour la partie du TM prise en charge au titre de la CMU-C dans la limite du tarif de sécurité sociale, 0,4 M€ pour l'assurance maladie de base).

2.6.3. Les questions posées par les aides sociales et fiscales aux contrats collectifs

Les développements précédents ont fait apparaître un paysage contrasté, excessivement complexe, dans lequel nombre de salariés et certains chômeurs indemnisés à l'assurance chômage bénéficient de contrats collectifs aidés dont les garanties sont de bon niveau, les personnes très pauvres sont couvertes gratuitement par une couverture complémentaire de bonne qualité (CMU-C), tandis que d'autres, et notamment des salariés précaires, probablement souvent chômeurs, ne sont pas aidés (s'ils sont au-dessus du seuil de la CMU-C et de l'ACS). Les bénéficiaires de l'ACS ont en général de faibles garanties pour des raisons de coût.

Le Conseil des prélèvements obligatoires²⁰⁰ et la Cour des comptes (notamment dans le cadre du rapport annuel de 2011 sur la sécurité sociale) ont critiqué ces dispositifs en raison de leur coût élevé, de leurs effets d'accroissement des inégalités d'accès aux complémentaires santé, de leur manque d'articulation avec les dispositifs ciblés sur les catégories défavorisées mais aussi de leurs effets inflationnistes sur les dépenses de santé.

Dans son avis de février 2005, le HCAAM indiquait déjà que « *les aides publiques aux contrats de couverture complémentaire doivent servir, plus que maintenant, de levier pour garantir l'équité du système, mais aussi pour mieux articuler base et complémentaire dans un souci d'efficacité. Or, de ce point de vue, on peut penser que certaines couvertures complémentaires contribuent à financer l'offre de soins sans contribuer à son optimisation, en particulier en encourageant les producteurs de soins à tirer les tarifs vers le haut et en favorisant les dépassements d'honoraires. Cette constatation vise certains contrats collectifs aidés ou certaines couvertures individuelles de haut de gamme.* »

Le montant des dépenses nouvelles liées à la généralisation de la couverture collective complémentaire conduit à s'interroger sur la possibilité d'un redéploiement partiel des aides dédiées aux contrats collectifs au profit de la couverture individuelle des ménages, notamment les plus modestes dont les garanties sont aujourd'hui moins bonnes.

Les hypothèses envisagées ici constituent une première évaluation des aides liées au financement de la complémentaire santé. En application de loi relative à la sécurisation de l'emploi, le Gouvernement remettra avant le 15 septembre 2014 un rapport au Parlement « sur les aides directes et indirectes accordées au financement de la complémentaire santé ainsi que sur une refonte de la fiscalité appliquée aux contrats (...). Cette étude de la refonte de la fiscalité est réalisée au regard de l'objectif fixé de généraliser la couverture complémentaire santé à tous les Français, à l'horizon de 2017. »

S'agissant des contrats collectifs, plusieurs solutions sont envisageables pour aller dans le sens d'un rééquilibrage des aides publiques. L'article 1 de l'ANI contient une clause de revoyure dans l'hypothèse d'une remise en cause des conditions actuelles d'exonérations sociales, afin de ne pas dégrader la compétitivité des entreprises. Au-delà, la remise en cause de ces avantages pourrait conduire les entreprises à abaisser le niveau des garanties souscrites, aboutissant en fin de compte à une moins bonne couverture après généralisation qu'avant.

²⁰⁰ Rapport du Conseil des prélèvements obligatoires, Entreprises et « niches » fiscales et sociales, 2010.

La création d'un plafond spécifique pour les exclusions d'assiette relatives à la participation des employeurs à la complémentaire santé

Dans la perspective d'un maintien du régime d'exonération de cotisations sociales pour les contrats collectifs, son ciblage peut toutefois être amélioré, tout d'abord par une adaptation du plafond des exonérations sociales.

Les contributions patronales exonérées de l'assiette des cotisations sociales sont aujourd'hui soumises à un plafond commun à toute la prévoyance, qui recouvre cependant des garanties reposant sur des logiques différentes :

- la prévoyance lourde et les prestations en espèces de type indemnités journalières visent à garantir un niveau de rémunération : il est donc légitime que les garanties, et donc le plafond des exonérations, soient au moins partiellement liés au montant de la rémunération ;
- en matière de complémentaire santé en revanche, le besoin de garanties n'est pas corrélé à la rémunération. L'augmentation de la couverture en fonction du revenu pourrait même avoir un effet négatif pour l'accès en soins, en contribuant à solvabiliser l'augmentation des tarifs de certaines prestations au-delà du remboursement de la sécurité sociale (effet d'entraînement sur les dépassements d'honoraires ou prix de produits dentaires ou optiques).

Il est donc envisageable de séparer les deux plafonds, afin de mieux adapter celui de la complémentaire santé, de manière un peu similaire à l'opération réalisée en 2005 lors de la séparation des plafonds pour les aides aux régimes complémentaires de retraite et de prévoyance.

Aujourd'hui, les exclusions d'assiette des cotisations sociales liées à la participation de l'employeur pour le régime de prévoyance complémentaire sont plafonnées à 6 % du PASS et 1,5 % de la rémunération annuelle brute, dans la limite de 12 % du PASS, soit 2 222 € au minimum et 4 444 € au maximum²⁰¹. Pour un salarié au SMIC²⁰², le plafond correspond à une participation mensuelle de 207 € (196 € pour un mi-temps au SMIC), le plafond est saturé à 8,6 SMIC pour un montant de 370 €.

Un paramétrage fin du niveau des plafonds serait nécessaire. A titre illustratif, dans l'hypothèse d'un plafond santé à 3 % du PASS, qui ne varierait pas en fonction de la rémunération, l'exonération serait limitée à 93 € par mois quel que soit le salaire. Avec un taux de participation moyen de 56 % constaté par l'IRDES en 2009, ce plafond correspondrait à une cotisation (part patronale + part salarié) d'assurance complémentaire santé de 166 € par mois, à mettre en regard du montant moyen de cotisation à 40 € par la DREES²⁰³.

Dans ce cas, le plafond d'exonération pour la participation au financement de la prévoyance complémentaire serait réduit d'autant. Il passerait à 3 % du PASS et 1,5 % de la rémunération annuelle brute, dans la limite de 9 % du PASS, soit une participation mensuelle à hauteur de 114 € au SMIC (103 € pour un mi-temps au SMIC). Le plafond serait toujours saturé à 8,6 SMIC, mais à un niveau ramené à 278 €.

Cette différenciation des plafonds, sous réserve d'une appréciation plus fine de leurs niveaux respectifs, permettrait de limiter l'effet d'entraînement à la hausse vers des garanties très élevées qui alimentent les dérives dans les coûts de santé. A ce titre, cette mesure améliorerait le ciblage et donc la légitimité de la dépense sociale mais elle n'en réduirait pas le niveau dans la mesure où la somme des plafonds serait inchangée par rapport au régime antérieur : il ne s'agit pas d'une mesure d'économie mais d'une meilleure régulation du système.

²⁰¹ PASS 2013 = 37 032 €.

²⁰² SMIC brut annuel 2013 pour 151,67 h, soit 17 563 €.

²⁰³ Cotisation moyenne par personne, contrats individuels et collectifs confondus. Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009. Études et résultats. N°789. Février 2012.

La fixation à un niveau élevé (près de 100 € de participation mensuelle de l'employeur) laisserait une marge de manœuvre aux entreprises pour le choix de la couverture complémentaire de leurs salariés en évitant l'écueil d'un nivèlement par le bas des garanties présentes dans les contrats collectifs.

Toutefois, comme toute mesure de segmentation de ce type, la création d'un plafond spécifique pour les complémentaires santé dégrade la souplesse de gestion qui existe aujourd'hui entre le niveau des garanties en santé et en prévoyance hors santé. Certains estiment, en outre, qu'une telle mesure accroîtrait excessivement la complexité du dispositif d'aide à la complémentaire collective.

Les mesures de plafonnement des avantages sociaux appliqués aux salariés, en particulier, la définition d'un plafond spécifique à l'assurance complémentaire santé, trouvent une correspondance dans le régime d'aide aux contrats Madelin, dont la construction repose sur une logique similaire, ainsi que dans le régime fiscal de déductibilité de l'IR.

La forfaitisation des exclusions d'assiette relatives à la participation des employeurs à la complémentaire santé

Une autre voie pour améliorer le ciblage de l'exclusion d'assiette, évoquée lors des débats parlementaires de la loi relative à la sécurisation de l'emploi, consisterait à la limiter à un montant fixe, correspondant à un niveau socle de garanties, auquel la puissance publique entendrait réserver ce régime social favorable.

La mise en œuvre d'une telle solution soulève un certain nombre de questions. Il faudrait d'abord définir le socle de garanties minimales. En outre, ce système induirait des contraintes sur le financement des primes par les entreprises pour que l'aide forfaitaire ne soit pas supérieure à ce financement. Il conduit, en fait, à une logique profondément renouvelée : par ce biais, l'aide à la participation des employeurs à la complémentaire santé de leurs salariés, désormais généralisée, serait fortement harmonisée. A terme, il pourrait niveler certaines garanties vers le bas, notamment pour les entreprises qui sont déjà couvertes, et contribuer à développer un régime de surcomplémentaire santé, pour lequel l'employeur, faute d'incitation financière, limiterait probablement sa participation. Cette voie ne semble pas devoir être retenue.

L'application d'un forfait social au taux standard de 20 % sur la participation des employeurs à la complémentaire santé

Une autre façon de retrouver des marges de financement serait de relever le taux du forfait social. Au lieu de 8 % actuellement, le forfait social s'appliquant aux cotisations versées par les entreprises pour la complémentaire santé de leurs salariés serait porté à 20 %, qui constitue désormais le taux standard pour les autres rémunérations exonérées de cotisations sociales. L'avantage, actuellement estimé à 1,4 Md € serait abaissé de 0,8 Md € environ. Cette piste n'est pas suivie par le Haut conseil, dans la mesure où elle augmenterait les prélèvements sociaux des entreprises et serait susceptible d'affecter leur compétitivité.

L'évolution des aides fiscales aux salariés couverts par des contrats collectifs

Les salariés couverts par un contrat collectif bénéficient d'un double avantage²⁰⁴ par rapport à ceux qui ont souscrit un contrat individuel : une aide de l'employeur qui diminue les primes qu'ils doivent verser et une aide fiscale qui exonère ces primes (part payée par le salarié mais aussi par l'employeur) de leur impôt sur le revenu. Ce dernier avantage, d'autant plus important que les revenus sont élevés, est donc régressif.

²⁰⁴ Et ils bénéficient en outre de contrats avec de meilleures garanties.

Au minimum, l'inclusion de la participation de l'employeur dans le montant déductible de l'impôt sur le revenu du salarié pourrait être remise en question. Cette inclusion aboutit à aider deux fois la même participation de l'employeur, d'abord au bénéfice de l'entreprise via l'exclusion d'assiette des cotisations sociales puis au bénéfice du salarié par la déduction fiscale de montants qui n'ont pas été effectivement payés par le salarié.

Toutes choses égales par ailleurs et dans une hypothèse de participation moyenne de l'employeur à 56 %, limiter la déductibilité fiscale aux seules cotisations d'assurance complémentaire santé effectivement prises en charge par les salariés génèrerait une recette supplémentaire d'IR de l'ordre de 900 M€ ; celle-ci s'élèverait à 1,6 Md € pour une suppression totale de l'aide fiscale.

Une telle réforme pourrait être transposée aux bénéficiaires des contrats Madelin.

Les marges financières retrouvées contribueraient au rééquilibrage nécessaire des aides entre les contrats individuels et collectifs et participeraient au financement de l'extension de la couverture collective et d'un élargissement de la couverture complémentaire des personnes défavorisées qui n'ont pas accès actuellement à une couverture complémentaire et à des garanties suffisantes.

PARTIE 3 - L'ASSURANCE MALADIE

COMPLÉMENTAIRE, LE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ ET LA GESTION DU RISQUE

La prise en charge des dépenses de santé par les complémentaires a, on l'a vu, des effets sur les assurés différents de ceux de la couverture par l'AMO. Elle induit par là même des inégalités et des problèmes d'accessibilité que les pouvoirs publics tentent de corriger via des aides publiques.

Il importe de savoir dans quelle mesure ce développement s'explique par un transfert des remboursements de l'AMO, et le cas échéant, dans quels segments de soins il est effectif. Ceci permettra d'observer si les fondements de la protection sociale obligatoire sont remis en cause par cette « topologie » des systèmes, selon l'expression de Didier Tabuteau²⁰⁵.

Cette extension, opérée dans un cadre concurrentiel, pose, d'autre part, le problème de la place des opérateurs complémentaires dans la gouvernance du système de santé et la gestion du risque, mais aussi celui de la capacité d'une régulation par les pouvoirs publics.

Enfin, il convient de s'interroger sur l'efficacité globale d'un système dual qui fait coexister AMO et AMC, ainsi que sur la possibilité d'envisager d'autres lignes de partage ou d'autres équilibres entre les deux systèmes.

Ce sera l'objet de cette troisième partie.

3.1. UNE PRISE EN CHARGE CROISSANTE DEPUIS 10 ANS LARGEMENT IMPUTABLE À L'EXTENSION DE LA COUVERTURE DE LA POPULATION

Selon les comptes de la santé de la DREES, la prise en charge des dépenses de santé (Consommation de soins et biens médicaux - CSBM) par l'assurance maladie obligatoire a diminué d'un point de 2000 à 2010, passant de 76,7 % à 75,7 %²⁰⁶. Ce recul a comme contrepartie une augmentation de la part prise en charge par les organismes complémentaires y compris CMU-C versée par les organismes de base²⁰⁷ (13,6 % en 2000 et 14,7 % en 2010), la part des ménages restant quasiment stable (9,7 % en 2000 et 9,6 % en 2010). Cette évolution sur dix ans, globalement faible, relativise la déprise de l'assurance maladie dont il est quelquefois question.

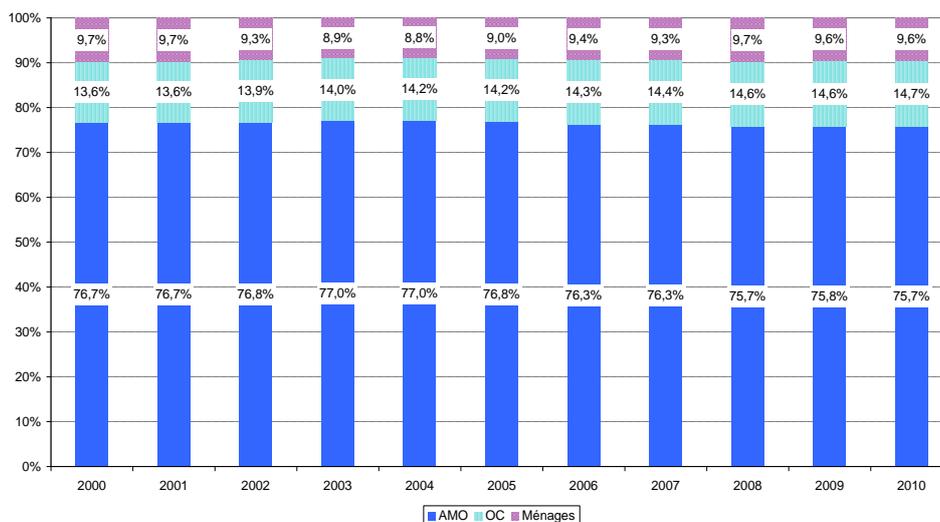
²⁰⁵ La métamorphose silencieuse des assurances maladie. Droit social n°1. Janvier 2010 ; Topologie des politiques sociales. Droit social n°7-8. Juillet-Août 2012.

²⁰⁶ En 2011, le taux de prise en charge par l'AMO des dépenses de santé s'est un peu réduit (75,5 %) au profit des assurances complémentaires. Cette partie porte sur la période se terminant en 2010 pour pouvoir mettre en regard le financement des dépenses de santé et la couverture de la population par l'assurance maladie complémentaire connue grâce à l'enquête de l'IRDES jusqu'à cette date.

²⁰⁷ Ainsi que les remboursements de l'État comptabilisés avec les remboursements de la CMU-C des organismes de base dans les comptes de la santé.

Graphique 22

Prise en charge de la CSBM



Source : DREES, comptes de la santé 2011

Tableau 27 – Variation du taux de prise en charge 2000-2010 (en %)

AMO	OC	Ménages
-1,0	+1,1	-0,1

Source : DREES, comptes de la santé 2011

L'évolution du taux de prise en charge moyen des dépenses de santé dépend :

- de celle du taux de prise en charge de chaque soin composant la dépense totale de santé,
- du déplacement des dépenses vers des soins plus ou moins bien remboursés,
- de l'évolution de la part des dépenses des personnes en ALD, mieux remboursées que celles des autres personnes.

La contribution du premier terme à cette évolution correspond à l'évolution du taux de prise en charge calculé sous l'hypothèse que la structure de la dépense de soins (par type de soins, selon le statut ALD/non ALD) ne varie pas. Les deux derniers facteurs correspondent chacun à un effet de structure. Ils peuvent être importants du fait de taux de prise en charge différents (entre l'optique et les soins hospitaliers, par exemple, ou entre les soins des personnes en ALD et les autres).

3.1.1. La réduction de la prise en charge par l'AMO entre 2000 et 2010 résulte pour moitié du fait que les dépenses des ménages se sont davantage portées sur des soins un peu moins bien remboursés...

Les évolutions de la structure de la dépense de santé, même si elles ne sont pas massives sur la période, jouent un rôle non négligeable dans l'évolution du taux moyen de prise en charge des dépenses de santé.

La part de l'hôpital public s'est un peu réduite entre 2000 et 2010 (passant de 36,7 % à 35,4 %) tandis que celle des autres biens médicaux en ambulatoire a augmenté (de 5,2 % à 6,6 %). Or les dépenses hospitalières sont remboursées à un taux très élevé (93 % en 2000) et les autres biens médicaux à un taux moyen nettement plus faible (34 %). Mécaniquement, ce déplacement de la demande de soins conduit à une diminution du taux de prise en charge moyen.

Les évolutions de structure pour les autres soins ont peu d'impact car leurs taux de prise en charge sont proches de la moyenne.

Cet effet de structure explique près de la moitié (-0,4 point) de la réduction de la prise en charge par l'AMO (- 1 point).

Tableau 28 - Structure de la dépense de services et biens médicaux par poste

Structure de la CSBM par poste	2000	2010	variation 2000-2010
Hôpitaux du secteur public	36,7%	35,4%	-1,3%
Hôpitaux du secteur privé	10,5%	11,0%	0,5%
Médecins	11,6%	10,6%	-1,0%
Auxiliaires médicaux	5,3%	6,4%	1,2%
Dentistes	5,8%	5,7%	-0,1%
Laboratoires d'analyses	2,3%	2,4%	0,1%
Transports de malades	1,7%	2,2%	0,5%
Officines pharmaceutiques	20,9%	19,7%	-1,3%
Autres biens médicaux en ambulatoire (optique, prothèses, orthèses...) ²⁰⁸	5,2%	6,6%	1,4%
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	100,0%	100,0%	0,0%

Source : DREES, comptes de la santé 2011

3.1.2. ...Et pour l'autre moitié de la baisse du taux de prise en charge par l'AMO de différents soins...

Si la structure par soins des dépenses de santé n'avait pas varié, le taux de prise en charge global aurait diminué de -0,6 point de 2000 à 2010. Compte tenu de leur poids dans les dépenses, l'hôpital public, les médecins et les dentistes contribuent ensemble pour -1,1 point à la baisse de -0,6 point, évolution contrebalancée partiellement par l'augmentation pour d'autres soins (les médicaments et autres biens médicaux en ambulatoire ont au contraire une contribution positive de +0,7 point).

Tableau 29 - Taux de prise en charge par l'AMO selon les segments de soins

Taux de prise en charge AMO	2000	2010	Variation du taux de pec 2000-2010	Contribution à la variation de pec (pt)
Hôpitaux du secteur public	93,4%	92,1%	-1,2%	-0,4
Hôpitaux du secteur privé	87,3%	86,9%	-0,4%	0,0
Médecins	72,7%	68,2%	-4,5%	-0,5
Auxiliaires médicaux	78,9%	78,8%	-0,1%	0,0
Dentistes	35,5%	32,9%	-2,7%	-0,2
Laboratoires d'analyses	75,3%	69,6%	-5,6%	-0,1
Transports de malades	94,8%	91,8%	-3,0%	-0,1
Officines pharmaceutiques	64,7%	65,8%	1,1%	0,2
Autres biens médicaux en ambulatoire (optique, prothèses, orthèses...)	34,3%	42,1%	7,8%	0,5
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	76,7%	75,7%	-1,0%	-0,6

Source : DREES, comptes de la santé 2011

Le léger recul du taux de prise en charge des différents soins résulte d'abord de la baisse des taux réglementaires de remboursement.

²⁰⁸ L'ensemble des autres biens médicaux est très hétérogène. Il contient notamment l'optique, les prothèses, orthèses, VHP et les petits matériels et pansements. Les soins prothétiques et les prothèses dentaires sont inclus dans le poste « Dentistes ».

Au cours des années 2000, plusieurs mesures entraînant une baisse du taux de remboursement ont été prises.

Pour l'hôpital, une série de hausses de forfait journalier hospitalier ont été mises en œuvre : en 2004 (+2,33 €), 2006, 2007, 2008 (1 € de plus par an) et 2010 (+2 € en MCO, +1,5 € en psychiatrie) ; le champ d'application du ticket modérateur a été étendu par l'introduction d'une participation forfaitaire de 18 € en 2008 pour les séjours comportant un acte coûteux (91 €, seuil relevé à 120 € en 2011). Par ailleurs, l'augmentation, depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2004, des tarifs journaliers de prestation (TJP) constituant l'assiette du ticket modérateur à l'hôpital public pourrait expliquer le recul un peu plus marqué de son taux de prise en charge hospitalier.

S'agissant de la médecine de ville, des mesures de « responsabilisation » ont été mises en place depuis 2004, en particulier :

- l'instauration en 2004, d'une participation forfaitaire de 1 € sur les consultations ou actes (ainsi que sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale), étendue aux consultations et actes externes à l'hôpital et plafonnée à 4 € par jour à partir de 2007 ;
- l'instauration des franchises médicales en 2008 (auxiliaires médicaux et transports) ;
- les majorations du ticket modérateur hors parcours de soins (de 30 à 40 % en 2006, à 50 % en 2007, à 70 % en 2009).

Pour les dépenses de médicaments et biens médicaux, un ticket modérateur de 35% pour les médicaments à vignette bleue a été appliqué aux patients en ALD en 2008, une franchise médicale instaurée en 2008 et le ticket modérateur augmenté en 2011 sur les médicaments remboursés à 35 % (de 65 à 70 %) et les dispositifs médicaux (de 35 à 40 %).

Ensuite, la liberté tarifaire a pour effet de diminuer le taux de prise en charge de l'assurance maladie obligatoire (quand il est calculé sur la dépense totale et non sur la base de remboursement). Ainsi, le développement des dépassements d'honoraires (plus de 6 % en moyenne par an et par médecin spécialiste de secteur 2 entre 2000 et 2010²⁰⁹) contribue à réduire le taux de prise en charge des consultations médicales. Il en est de même pour les soins dentaires.

3.1.3. Mais un recul plus marqué de la prise en charge de l'AMO est en partie masqué par l'augmentation des dépenses des personnes en ALD.

L'évolution des dépenses de soins des assurés en ALD joue également un rôle important dans l'évolution du taux global de remboursement des dépenses de santé, l'augmentation de la part de leurs dépenses faisant mécaniquement augmenter le taux de prise en charge moyen. Il n'est pas possible dans le cadre des comptes de la santé de la DREES de faire la part des deux effets. L'exercice d'observation a cependant pu être pratiqué sur la période 2008-2010 grâce aux données de la CNAMTS²¹⁰.

Entre 2008 et 2009, le taux de prise en charge de la dépense présentée est passé de 74,4 % à 74,7 % et n'a pas varié entre 2009 et 2010. La hausse observée est consécutive à l'accroissement de la part des bénéficiaires en ALD et à la dynamique de leurs dépenses qui masquent un recul du taux de prise en charge pour les personnes non ALD.

²⁰⁹ Source CNAMTS, Point d'information du 17 mai 2011.

²¹⁰ La CNAMTS a transmis au HCAAM des données portant sur la dépense présentée au remboursement et sur la dépense remboursée au cours des années 2008-2010. Les informations sur une période plus longue qui auraient permis d'évaluer l'effet des mesures prises depuis 2004 ne sont pas disponibles. Ces données de la CNAMTS ne sont pas directement comparables à celles des comptes de la santé de la DREES pour plusieurs raisons : elles ne prennent pas en compte les dépenses non remboursables non présentées au remboursement ; elles ne portent que sur le régime général hors sections locales mutualistes (SLM) ; certains soins sont exclus comme ceux des SSR et des hôpitaux psychiatriques dans le secteur public. Pour autant ces données permettent de fournir une estimation de l'évolution du taux de remboursement et des contributions des différents facteurs à cette évolution.

Entre 2008 et 2010, les personnes en ALD ont vu leur taux de prise en charge s'améliorer (de 87,7 % à 87,9 %) tandis que celui des autres personnes a connu une dégradation (de 61,1 % à 59,5 %). Pour les premiers assurés, l'hôpital est un petit mieux remboursé au cours de la période, comme dans une moindre mesure les soins de ville. Pour les seconds, le taux de prise en charge décroît pour les soins de ville (-1 pt) comme pour l'hôpital (-0,8 pt).

Tableau 30 - Taux de prise en charge selon le statut ALD/non ALD et par type de soin, 2008-2010 (%)

	2008			2009			2010		
	ALD	Non ALD	Total	ALD	Non ALD	Total	ALD	Non ALD	Total
Soins de ville	83,4	52,2	66,3	83,4	51,5	66,3	83,5	51,2	66,6
Soins ambulatoires à l'hôpital	98,1	89,3	95,1	98	88,1	94,8	97,3	87,9	94,3
Hôpital	94,7	89,4	92,6	95,2	89,2	93,1	95,1	88,6	92,9
Activité privée à l'hôpital	78,9	65,8	71,8	81,8	64,9	72,8	80,5	65,9	72,9
TOTAL	87,7	61,1	74,4	88	60,3	74,7	87,9	59,5	74,7

Source : CNAMTS (EGB) – SG du HCAAM.

La dynamique des dépenses des personnes en ALD, due à la part croissante de ces personnes dans la population (15,0 % de l'échantillon en 2010 contre 13,9 % en 2008) et à la hausse de leur dépense moyenne par personne, conjuguée avec des taux de prise en charge pour l'ensemble des soins nettement plus élevé (87,9 % en 2010, contre 59,5 % pour les non ALD), contribue à la hausse du taux moyen global de remboursement. Les personnes en ALD étaient à l'origine de 50% de la dépense totale (remboursée et non remboursée) en 2008, et de 53 % en 2010. Cet effet ALD contribue à l'augmentation du taux de prise en charge global pour 1 point sur la période 2008-2010.

Indépendamment de cet effet, à structure ALD/non ALD constante, le taux de prise en charge reculerait de 0,7 point. Ces deux mouvements en sens contraire expliquent qu'entre 2008 et 2010 le taux de prise en charge progresse de 0,3 point (1-0,7=0,3).

Pour faire abstraction de l'effet du développement des ALD, il est intéressant d'examiner le taux de prise en charge des personnes qui ne sont pas en ALD pour les soins de ville.

Le taux de prise en charge des dépenses totales de santé des personnes qui ne sont pas en ALD diminue au cours des deux années, de 1,6 point entre 2008 et 2010, passant de 61,1 % à 59,5 % : une partie de cette baisse est due à la moindre couverture des soins hospitaliers (-0,8 point) tandis qu'une autre est due au recul dans les soins de ville (-0,9 point). Les soins à l'hôpital non liés à un séjour et le secteur privé à l'hôpital influent peu du fait de leur faible importance.

Tableau 31- Évolution des taux de prise en charge pour les personnes non ALD entre 2008 et 2010

	2008-2010
Soins de ville	-0,94%
Soins ambulatoires à l'hôpital	-1,38%
Hôpital	-0,79%
Activité privée à l'hôpital	0,12%
Total	-1,60%

Source : CNAMTS EGB – SG du HCAAM.

Au sein des soins de ville, le déplacement des soins des personnes qui ne sont pas en ALD vers des soins moins bien remboursés (effet de structure de la dépense de soins de ville) contribue pour -0,3 point au recul de -0,9 point du taux de prise en charge des soins de ville. A structure de la dépense constante, le taux remboursement aurait diminué de -0,6 point seulement.

Les dépenses de médecins, comme celles de médicaments, remboursées au-dessus de la moyenne (58 %), ont vu leur part dans la dépense diminuer, tandis que la part des dépenses en soins des auxiliaires, de l'optique et de la LPP, segments remboursés en moyenne à hauteur de 37 %, a progressé.

Le taux de prise en charge des consultations médicales a diminué de 1,1 point, celui des transports de 2,5 points et celui des auxiliaires de 0,3 point. Les soins prothétiques dentaires sont moins bien pris en charge (-0,8 point) mais les audioprothèses le sont un peu mieux (+0,8 point). Les mesures prises depuis 2008 expliquent le recul de la prise en charge des auxiliaires et des transports ; la liberté tarifaire est probablement à l'origine des évolutions du taux de prise en charge des consultations médicales et des soins prothétiques dentaires.

Tableau 32 - Taux de prise en charge par l'AMO par type de soin de ville des personnes non ALD, 2008-2010 (en % de la dépense présentée au remboursement)

	2008	2009	2010	2008-2010
Médecins	60,2%	59,4%	59,1%	-1,1
<i>dont généralistes</i>	64,7%	63,6%	63,6%	-1,1
<i>dont spécialistes</i>	56,7%	56,1%	55,8%	-0,9
Auxiliaires médicaux	67,4%	67,2%	67,1%	-0,3
Optique	4,2%	4,1%	4,1%	-0,2
Audioprothèse	14,1%	14,2%	14,9%	0,8
Dentistes soins conservateurs	70,2%	70,3%	70,3%	0,1
Dentistes autres soins	35,4%	34,9%	34,5%	-0,8
Pharmacie	58,0%	57,8%	57,7%	-0,3
Transports	80,5%	78,5%	78,0%	-2,5
Laboratoires (analyses)	62,2%	61,9%	61,9%	-0,4
Autres produits LPP	61,4%	60,8%	61,2%	-0,2
Cures thermales	70,8%	71,0%	71,1%	0,3
Total	52,2%	51,5%	51,2%	-0,9

Source : CNAMTS EGB – SG du HCAAM.

Tableau 33 - Structure de la dépense présentée à l'AMO des soins de ville des personnes non ALD, 2008-2010

	2008	2009	2010	2008-2010
Médecins	29,5%	29,3%	28,9%	-0,6
<i>dont généralistes</i>	12,8%	12,8%	12,3%	-0,5
<i>dont spécialistes</i>	16,7%	16,5%	16,6%	-0,1
Auxiliaires médicaux	7,4%	7,6%	7,8%	0,3
Optique	8,8%	9,2%	9,6%	0,8
Audioprothèse	0,8%	0,9%	0,9%	0,0
Dentistes soins conservateurs	0,9%	0,9%	0,9%	0,0
Dentistes autres soins	14,0%	14,0%	14,1%	0,1
Pharmacie	27,4%	26,8%	26,2%	-1,2
Transports	1,1%	1,1%	1,2%	0,0
Laboratoires (analyses)	5,8%	5,8%	5,9%	0,1
Autres produits LPP	3,3%	3,4%	3,6%	0,3
Cures thermales	0,0%	0,0%	0,0%	0,0
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Source : CNAMTS EGB – SG du HCAAM.

Au total, la baisse, somme toute modérée, du taux de prise en charge des dépenses de santé au cours des années 2000-2010 est la résultante de trois phénomènes :

- le transfert des dépenses vers des soins moins bien remboursés,
- le recul du taux de prise en charge de l'AMO, lié aux mesures réglementaires qui ont été prises entre 2004 et 2009 et aux effets croissants de la liberté tarifaire,
- le développement des dépenses des personnes en ALD, qui tend à masquer les effets des évolutions précédentes.

3.1.4. Les ménages n'ont pas directement subi le recul de la prise en charge par l'AMO car ils ont été de plus en plus nombreux à se couvrir par une complémentaire santé.

Le recul de la prise en charge par l'AMO entre 2000 et 2010 évalué par les comptes de la santé de la DREES (-1,0 point) a eu pour contre-partie une hausse de la prise en charge par les organismes complémentaires de 1,1 point. Ce transfert résulte avant tout du fait que davantage de personnes se sont assurées auprès d'un organisme complémentaire.

La proportion de personnes couvertes par une assurance complémentaire a progressé assez fortement entre 2000 et 2010, date de la dernière enquête SPS de l'IRDES qui fournit ces données. En 2000, 90 % de la population avait une couverture complémentaire. En 2010, cette part a atteint 96 %, soit une hausse d'environ 6 points en dix ans, cette progression étant essentiellement due à la mise en place de la CMU-C en 2000 (cf. 2.1.).

Cette extension de la couverture des complémentaires à une population plus large explique 0,8 point de la hausse de la prise en charge des dépenses de santé par les OC, le reste soit 0,3 point provient de la variation de la prise en charge par les OC des dépenses de santé à taux de couverture constant de la population.

En d'autres termes, si la part de la population couverte par une assurance complémentaire était restée au niveau de 2000, le recul de la prise en charge des dépenses par l'AMO (-1 point) se serait répercuté en augmentation de celle des organismes complémentaires à hauteur de +0,3 point et de celle des ménages de +0,7 point.

Ainsi, les ménages en tant qu'agents économiques, en ayant davantage recours à une assurance complémentaire, ont pu réduire la part qui restait directement à leur charge : au lieu d'augmenter leur part dans le financement de 0,7 point entre 2000 et 2010, ils l'ont réduite de -0,1 point. Les mesures de « responsabilisation » qui ont été prises au cours des années 2000, non assurables par les organismes complémentaires, ont été plus que compensées par le développement de la couverture.

Le tableau suivant résume ces décompositions.

Tableau 34 - Décomposition de la variation du taux de prise en charge entre 2000 et 2010

Contribution de :	OC	Ménages	AMO	Somme
- la variation de prise en charge à taux de couverture constant	0,3	0,7	-1,0	0,0
- la variation de taux de couverture	0,8	-0,8	0,0	0,0
Total	1,1	-0,1	-1,0	0,0

Source : SG du HCAAM à partir des comptes de la santé de la DREES

A l'avenir, toute baisse du taux de prise en charge par l'AMO, qu'elle provienne de mesures réglementaires ou d'un transfert de la dépense vers des soins moins bien remboursés, ne pourra pas être compensée par une extension de la couverture complémentaire, le mouvement de généralisation étant presque arrivé à son terme. Elle pourrait l'être en revanche par une augmentation des garanties souscrites, au prix naturellement d'une augmentation des primes.

3.1.5. Les organismes complémentaires financent un panier de soins différent de l'AMO

En 2010, compte tenu des évolutions observées, le remboursement des organismes complémentaires est majoritaire pour les soins dentaires (prenant en charge 4,1 Mds € contre 3,3 Mds € pour l'AMO et 2,6 Mds pour les ménages directement). Il arrive presque à égalité pour les « autres biens médicaux en ambulatoire », c'est-à-dire pour l'optique, les prothèses autres que dentaires etc. (4,3 Mds € contre 4,9 Mds €).

Tableau 35 - Dépenses par nature des soins et remboursement par AMO et AMC (Mds €)

Nature des dépenses	TOTAL		AMO		OC + CMU-C		Ménages	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Hôpitaux du secteur public et du secteur privé	54 085	81 426	49 763	73 994	2 563	4 926	1 759	2 506
Médecins	13 292	18 535	9 659	12 638	2 782	3 836	851	2 062
Auxiliaires médicaux	6 021	11 268	4 748	8 879	834	1 435	439	954
Dentistes	6 693	9 993	2 378	3 283	2 235	4 112	2 079	2 597
Laboratoires d'analyses	2 626	4 260	1 977	2 967	628	1 168	21	125
Transports de malades	1 891	3 787	1 793	3 478	77	209	20	100
Officines pharmaceutiques	23 989	34 518	15 532	22 724	4 834	5 814	3 623	5 980
Autres biens médicaux en ambulatoire (optique, prothèses, orthèses...)	5 976	11 595	2 048	4 880	1 609	4 261	2 320	2 454
Soins et biens médicaux	114 574	175 382	87 898	132 842	15 563	25 761	11 113	16 779

Source : DREES, Comptes de la santé, 2011

La composition des paniers de soins remboursés par l'AMO et l'AMC est ainsi très différente. Pour la première, plus de la moitié de la dépense est constituée de dépenses hospitalières, publiques et privées (55,7 %). Les dépenses pharmaceutiques en représentent 17,1 %.

Pour la seconde, les produits pharmaceutiques sont le premier poste de dépenses (22,6 % des dépenses remboursées) ; viennent ensuite les autres biens médicaux ambulatoires (16,5 %), les soins dentaires (16,0 %) et les consultations médicales (14,9 %). Les remboursements de soins à l'hôpital public

ou privé ne représentent que 19,1 % des remboursements, soit une part bien moindre que pour l'AMO, mais ils sont en augmentation.

Depuis dix ans, la part des produits pharmaceutiques et des consultations médicales a diminué au sein des remboursements de l'AMC tandis que celles des autres soins a augmenté.

Tableau 36 - Structure des dépenses par poste de l'AMO et de l'AMC (OC + CMU-C)

Nature des dépenses	AMO		AMC (OC + CMU-C)	
	2000	2010	2000	2010
Hôpitaux du secteur public et du secteur privé	56,6%	55,7%	16,5%	19,1%
Médecins	11,0%	9,5%	17,9%	14,9%
Auxiliaires	5,4%	6,7%	5,4%	5,6%
Dentistes	2,7%	2,5%	14,4%	16,0%
Laboratoires d'analyses	2,2%	2,2%	4,0%	4,5%
Transports de malades	2,0%	2,6%	0,5%	0,8%
Officines pharmaceutiques	17,7%	17,1%	31,1%	22,6%
Autres biens médicaux en ambulatoire (optique, prothèses, orthèses...)	2,3%	3,7%	10,3%	16,5%
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : DREES, comptes de la santé 2011

*

* *

Au total, l'extension de la couverture complémentaire explique en grande partie l'augmentation de sa part dans les dépenses de santé. Cependant, le recul de la prise en charge de l'AMO, dans les secteurs des soins de ville, masqué par la poussée des dépenses des assurés en ALD, mieux remboursés par le régime obligatoire doit être observé avec attention.

Cette évolution, qui reste modérée, ne remet pas en cause aujourd'hui les principes de solidarité de la protection sociale obligatoire envers les plus malades et les équilibres généraux du système. Mais, comme le HCAAM l'a souligné dans ses rapports précédents, il convient d'être aussi attentif aux situations extrêmes qui pourraient remettre en cause la solidarité envers les plus malades et les plus démunis. La part minoritaire voire marginale désormais occupée par le socle obligatoire dans les domaines de l'optique, des soins dentaires et de certains dispositifs médicaux (audioprothèses) pose la question de l'accès à ces soins via les complémentaires, donc de la régulation de ces dépenses par les OC ou de la « reconquête » de ces secteurs par l'AMO.

3.2. UNE MAÎTRISE DES DÉPENSES ET UNE GESTION DU RISQUE À MIEUX ARTICULER

3.2.1. Les interactions de l'AMO et de l'AMC

3.2.1.1. L'influence déterminante de l'AMO sur l'AMC

Les OC interviennent en complément du régime de base. Leur fonction d'assurance supplémentaire, qui couvre des dépenses de biens et services non remboursées par l'AMO (prestations spécifiques d'hôtellerie à l'hôpital²¹¹, automédication, actes de prévention, médecines douces, sevrage tabagique etc..), reste encore marginale, bien qu'en développement sensible entre 2007 et 2009²¹².

Le périmètre de l'AMO interagit sur celui de l'AMC par trois mécanismes principaux qui peuvent relever de procédures réglementaires ou conventionnelles.

- La définition du panier de soins par le biais de différentes procédures (CCAM, NGAP, liste des médicaments remboursables en ville et à l'hôpital, LPP pour les dispositifs médicaux). Ainsi, la prise en charge de nouvelles prestations par l'AMO ou à l'inverse le déremboursement d'anciennes prestations réduisent ou augmentent l'engagement de l'AMC.
- L'opposabilité des tarifs de responsabilité. Ce mécanisme fondamental pour le régime obligatoire encadre le tarif des actes et des produits qu'il rembourse : le taux de remboursement de l'AMO est calé sur un prix maximum et opposable, contenant ainsi les restes à charge après AMO pour les assurés et donc la prise en charge potentielle par les complémentaires.

Pour limiter l'engagement de l'AMO et les prélèvements obligatoires, certains segments de soins se sont éloignés de cette logique par un écart entre la base de remboursement et les prix pratiqués qui obéissent alors à la « flexibilité » ou à la liberté tarifaire. C'est le cas, depuis 1978 pour les chirurgiens dentistes²¹³ et depuis 1980, en médecine de ville ou pour les consultations en secteur libéral à l'hôpital public, via les différentes conventions médicales. C'est aussi la situation de certains biens et services médicaux (optique et audioprothèse) pour lesquels n'existe pas de prix-limite de vente et/ou dont les tarifs de remboursement, déconnectés des prix réels (LPP, CCAM, NGAP²¹⁴), n'ont pas (ou peu) fait l'objet de revalorisation dans le temps. Dans ce cas, les RAC ne sont pas plafonnés et jusqu'à présent non encadrés par les critères des contrats responsables des complémentaires.

- Les modalités de prise en charge. Il s'agit :
 - o du niveau du ticket modérateur dont le taux peut augmenter (médicaments, dispositifs médicaux, laboratoires d'analyses médicales, majorations de TM en ville pour les soins hors parcours, hôpital), ou diminuer pour certains assurés (ALD) ou certaines catégories professionnelles : il en a été ainsi en 2001²¹⁵ de l'alignement des taux de remboursement des indépendants, jusque-là moins favorables, sur ceux du régime général. Dans le cas de l'hôpital public, le niveau du TM varie en raison des évolutions du TJP, qui sert de base à son calcul.

²¹¹ Chambre particulière, téléphone, télévision.

²¹² Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009. Études et résultats N° 789, février 2012, DREES.

²¹³ Soins prothétiques (cotés SPR) et orthodontiques (cotés TO) dans la convention de 2006, par entente directe avec le patient.

²¹⁴ Ainsi les tarifs des lettres-clé pour les soins prothétiques (SPR) et pour les soins orthodontiques n'ont pas été réévalués depuis 1994. La lettre-clé pour les soins conservateurs a très largement augmenté, pour la dernière fois en 2003.

²¹⁵ La LFSS pour 2001 a aligné les prestations en nature du régime des non-non sur celles du régime général.

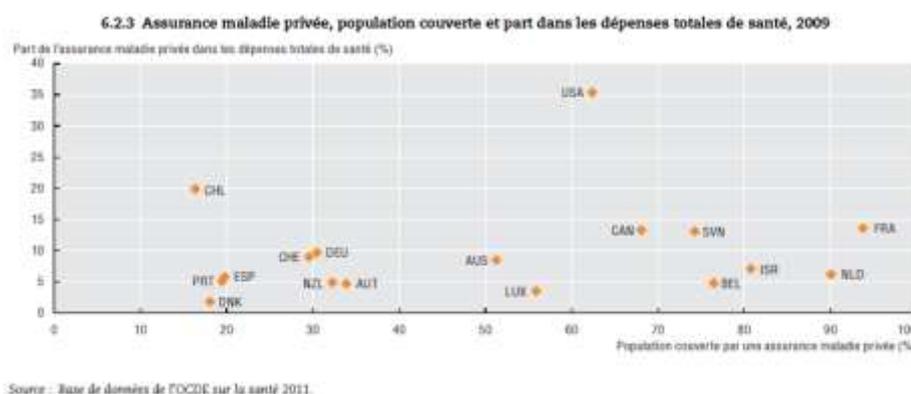
- de la mise en place ou de l'augmentation de forfaits (forfaits journaliers plafonnés à l'hôpital et en ville sur les consultations et les actes de biologie) ou de franchises en général plafonnées (médicaments, actes infirmiers, transports).

A l'inverse des secteurs de non opposabilité, les RAC des assurés sont dans ces deux cas plafonnés, susceptibles d'être couverts ou non par les complémentaires²¹⁶.

- Bien que le copaiement par l'AMC et l'AMO soit la pratique majoritaire, certaines prestations sont totalement prises en charge par le régime de base, notamment certains éléments de la rémunération des professionnels de santé, médecins²¹⁷ mais aussi pharmaciens²¹⁸, des dépenses hospitalières comme les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), ou encore les soins aux personnes âgées et handicapées intégrés dans l'objectif global de dépense (OGD)²¹⁹.

Le caractère complémentaire de la couverture privée par rapport à l'AMO explique la particularité française d'une prise en charge quasi-généralisée de la population et d'une part importante dans les remboursements, le second élément étant lié au premier.

Graphique 23



Dans d'autres pays (cf. annexe 5), les assurances privées sont principales, comme aux États-Unis, substitutives comme en Allemagne (les hauts revenus souscrivent à une assurance privée car ils ne sont pas couverts par le système public) ou duplicatives comme en Italie ou en Grande-Bretagne où les assurés peuvent être couverts par des assurances privées pour les mêmes soins que ceux pris en charge par l'assurance de base mais selon des modalités plus avantageuses (prestations privées au sein du secteur public) ou pour des soins non pris en charge.

3.2.1.2. Les effets de l'AMC sur les dépenses et les prix des biens et services médicaux

Le développement de l'AMC a des effets en retour sur les dépenses de santé et les prix des biens et services de santé, peu pris en compte par les pouvoirs publics, sauf en 2004 via les critères des contrats responsables.

Pour les assurés, il a un effet positif puisqu'il facilite l'accès aux soins en réduisant les restes à charge. A l'inverse, selon les garanties couvertes, l'assurance complémentaire peut neutraliser les mesures de modération des dépenses en « réassurant » les tickets modérateurs, et contribuer à la croissance des

²¹⁶ Les dépassements d'honoraires médicaux. Rapport IGAS avril 2007. P. Aballea, F. Bartoli, L. Eslous, I. Yeni.

²¹⁷ Médecin référent, cotisations sociales en secteur 1 et en secteur 2 sous certaines conditions envisagées par l'avenant 8 à la convention médicale, nouvelles formes de rémunération des professionnels de santé (rémunération des contrats de performance ou forfaits de coordination et d'éducation thérapeutique mises en place dans le cadre d'expériences (Expérimentation des nouveaux modes de rémunération pour les maisons de santé).

²¹⁸ Forfaits de « santé publique » mis en place par la nouvelle convention entre les pharmaciens d'officine et l'assurance maladie approuvée en mai 2012.

²¹⁹ Ces dépenses intégrées dans l'OGD ne seront pas prises en compte dans les calculs des taux de remboursements de l'AMO et de l'AMC qui ne porteront que sur la CSBM, hors prévention et hors OGD.

dépenses de santé²²⁰ : cette neutralisation est renforcée par l'extension du tiers-payant. En outre, plus marginalement, les effets volume peuvent être stimulés par les comportements des assurés qui saturent leur plafond de garantie. Des études à l'étranger²²¹ puis en France²²² (cf. annexe 6) ont mesuré l'écart entre les dépenses des personnes couvertes par une complémentaire et celles des assurés qui ne le sont pas : selon la DREES, il serait de 29 % pour les dépenses ambulatoires (20 % hors dépassements d'honoraires), les dépenses hospitalières étant moins sensibles à l'effet de la couverture. En ce qui concerne les personnes bénéficiaires de la CMU-C, la différence serait de plus de 38% hors dépassements d'honoraires (41 % avec dépassements d'honoraires), en raison de l'augmentation du poste des médicaments et des honoraires des généralistes²²³. Sur ce point, il ne faut pas négliger l'effet de rattrapage de soins des personnes défavorisées dont l'état de santé est en outre moins bon que celui du reste de la population.

Un deuxième effet de l'assurance complémentaire serait de favoriser une augmentation des prix des soins, dès lors que la concurrence entre les complémentaires s'établit « sur l'amélioration des conditions de remboursement des coûts non pris en charge par l'AMO²²⁴ » et que les tarifs des professionnels s'adaptent à la couverture (dentisterie, optique notamment). L'amélioration des niveaux de garanties, obtenue notamment par le biais des contrats collectifs, adossés à un statut fiscal et social avantageux, y contribuerait. Le HCAAM notait ainsi en 2005, « l'absence de pression caractérisée sur les opérateurs pour optimiser le rapport qualité/prix des prestations couvertes ». L'augmentation des prix peut conduire à celle des montants de primes qui écarteraient les ménages les moins solvables.

Ces externalités « négatives » de l'AMC sur l'AMO justifieraient une régulation publique, notamment par le biais des contrats responsables (cf. 3.4.1.).

L'accès aux soins et la maîtrise des dépenses de santé dépendent donc d'une articulation entre l'AMO et l'AMC quand bien même des différences fondamentales les séparent au regard de la logique de solidarité et des modèles économiques qui les sous-tendent. C'est pourquoi les politiques récentes ont visé à associer les OC à la maîtrise des dépenses de santé et à la gestion du risque.

3.2.2. Une articulation des actions de maîtrise des dépenses entre l'AMO et l'AMC à développer

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie instaure une coordination entre les régimes de base²²⁵, fédérés dans l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les complémentaires, regroupées dans l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), pour une meilleure régulation du système de soins²²⁶. L'exposé des motifs de la loi souligne que « l'absence de coordination entre l'assurance de base et les assurances complémentaires conduit souvent à des incohérences dans la gestion de notre système de soins ». Après le constat que cette démarche n'avait eu que des résultats limités²²⁷, la LFSS pour 2008 puis surtout la LFSS pour 2009 ont précisé les conditions d'association de l'UNOCAM.

²²⁰ Pour d'autres économistes, c'est moins la demande qui tire la dépense que l'« offre opportuniste » des prescripteurs, en raison de l'asymétrie de l'information. Pour ceux-ci, la dépense devrait être régulée par un panier de soins rigoureux (traitements utiles), un contrôle étroit des prescripteurs et une bonne information des assurés. Les politiques de régulation des dépenses empruntent aux deux écoles.

²²¹ J.P. Newhouse. « *Free for all? Lessons from the Rand Health Insurance experiment* ». 1993.

²²² Les déterminants individuels des dépenses de santé. Denis Raynaud. Études et résultats. N°182 Juillet 2002, N°378. Février 2005.

²²³ Voir sur ce point. « Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population ». Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008. Caroline Allonier (IRDES), Bénédicte Boisguérin (DREES), Philippe Le Fur (IRDES), M. Païta, P. Ricordeau, L. de Roquefeuil, A. Studer *et al.* (2007) « Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire ». CNAMTS, *Points de repère* n° 8, Août 2008.

²²⁴ Didier Tabuteau. Editorial. Les tribunes de la santé. 2011-2

²²⁵ CNAMTS, MSA et CANAM (devenue RSI).

²²⁶ Est aussi créée l'UNPS (union nationale des professionnels de santé).

²²⁷ Cf. avis de l'UNOCAM sur le PLFSS pour 2008 : « ... depuis sa création par la loi du 13 août 2004, l'UNOCAM note que les conditions d'un réel dialogue avec l'assurance maladie obligatoire et les pouvoirs publics n'ont pas été réunies : les positions de l'UNOCAM dans les négociations avec les professionnels ... n'ont pas été prises en

Composition et missions de l'UNOCAM

L'UNOCAM comprend les représentants des trois familles d'assureurs : 4 membres fondateurs (Fédération nationale de la mutualité française -FNMF, Fédération française des sociétés d'assurance -FFSA et Centre technique des institutions de prévoyance -CTIP ainsi que le régime local d'Alsace-Moselle) et 2 membres ayant adhéré respectivement en 2005 et 2008, le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance -GEMA et la Fédération nationale indépendante de mutuelles -FNIM²²⁸.

Son conseil compte 33 sièges (dont 17 pour la FNMF) et son bureau 2 sièges par famille. Certaines décisions sont conditionnées par un vote unanime ou à la majorité de 60 % (signature des accords en matière optique ou dentaire).

La participation aux négociations conventionnelles

La LFSS pour 2009²²⁹ (L. 162-14-3. du code de la sécurité sociale), précisée par le décret n° 2009-514 et l'arrêté du 05/05/2009, a renforcé le rôle de l'UNOCAM dans les négociations conventionnelles, menées par les régimes de base.

L'UNOCAM examine avec l'UNCAM les programmes annuels de négociations avec les professionnels de santé²³⁰. L'UNOCAM peut être associée à toute négociation conventionnelle de l'UNCAM avec les professions de santé : après la notification par l'UNCAM de son intention d'initier une négociation conventionnelle, l'UNOCAM doit répondre dans les 21 jours pour confirmer ou décliner sa participation. En cas de refus de l'UNOCAM de conclure un accord conventionnel, au terme de négociations, l'UNCAM en informe le ministre à qui revient la décision d'approuver ou non l'accord.

La participation de l'UNOCAM est²³¹ une condition de la validité des accords dans les trois champs où la participation financière de l'assurance maladie complémentaire est majoritaire (chirurgiens dentistes, opticiens, audioprothésistes). Dans ces champs et dans les cas où un accord tripartite ne serait pas trouvé, l'UNCAM doit observer un délai de 6 mois avant de transmettre l'accord aux pouvoirs publics pour approbation, afin de rechercher un compromis.

Les consultations

L'UNOCAM est consultée obligatoirement :

- sur les PLFSS et les projets de loi concernant l'assurance maladie (avis public et motivé)²³²,
- sur la fixation des taux de remboursement de l'AMO²³³ et sur les modifications des règles de prise en charge des actes et prestations de santé, fixées notamment par la nomenclature des actes et prestations remboursées (NGAP, CCAM).

En outre, l'UNOCAM peut demander à être auditionnée par le conseil de l'UNCAM.

L'UNOCAM est également saisie depuis la LFSS pour 2008 par le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie en cas de risque sérieux de dépassement et propose alors des mesures de redressement.

compte ; la consultation de l'UNOCAM sur l'admission des actes et prestations au remboursement a été purement formelle ; le champ d'intervention des OC a été de plus en plus réglementé, servant de variable d'ajustement, sans réelle concertation ».

²²⁸ La FNIM avait attaqué le décret du 27 mai 2005 relatif à l'UNOCAM, qui a été annulé par le Conseil d'État pour vice de forme en 2007.

²²⁹ Postérieurement à la signature d'un protocole d'accord entre la FNMF et le gouvernement en juillet 2008.

²³⁰ L'absence de fixation de calendrier annuel des négociations conventionnelles a conduit l'UNOCAM à proposer un accord de méthode avec l'UNCAM, fondé sur la tenue systématique de réunions entre unions de financeurs avant l'ouverture des négociations conventionnelles.

²³¹ Depuis la LFSS pour 2008.

²³² Article L. 182-3 du CSS (LFSS pour 2006).

²³³ Article L. 322-2 du CSS. La LFSS pour 2008 a prévu que l'UNCAM soumet pour avis à l'UNOCAM avant transmission aux ministres toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs.

La gestion du risque

La loi prévoit que l'UNCAM et l'UNOCAM déterminent annuellement les actions communes en matière de gestion du risque.

Les représentations institutionnelles

L'UNOCAM siège dans différentes instances du système de santé :

- le comité économique des produits de santé (CEPS),
- l'institut des données de santé (IDS), crée par la loi du 13 août 2004 pour favoriser la mise en commun des données de santé,
- les commissions régionales de gestion du risque, mises en place dans les ARS,
- la conférence nationale de santé.

3.2.2.1. L'association des OC aux négociations conventionnelles

Ce n'est que très récemment que les démarches conjointes de l'UNCAM et de l'UNOCAM en matière de négociations conventionnelles ont progressé.

Bilan des négociations conventionnelles dont l'UNOCAM a signé l'accord depuis 2004

- Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signée le 16 mai 2012, publiée au J.O. le 9 janvier 2013.
- Avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux signé le 25 octobre 2012 et publié au J.O. le 7 décembre 2012.
- Avenant n° 1 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine le 10 janvier 2013.
- Avenant n° 9 à la convention nationale des médecins libéraux le 22 mars 2013.
- Avenant à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine actualisant le dispositif de rémunération sur objectifs le 23 mai 2013.

Bilan des négociations conventionnelles dans lesquelles l'UNOCAM est majoritaire depuis 2009

- Avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes du 9 mai 2012.

Pas de négociations sur l'optique et l'audioprothèse.

En dépit de ces avancées, des éléments structurels expliquent les difficultés de la régulation tripartite entre l'UNCAM, l'UNOCAM et les professionnels de santé.

Les premiers tiennent aux positions respectives de l'assurance maladie complémentaire et obligatoire notamment sur les équilibres à tenir entre la revalorisation des tarifs opposables et les autorisations de dépassements d'honoraires, en accord ou non avec certains syndicats de professionnels. La dernière convention médicale (avenant 8) signée en octobre 2012 a trouvé un tel équilibre qui doit encore se concrétiser. La rémunération forfaitaire (5 €) du médecin traitant participant au parcours de soins, en soutien du volet médical de synthèse pour les patients ne bénéficiant pas d'une ALD, pourrait être prise en charge partiellement par les complémentaires²³⁴ mais ses modalités restent à débattre : les complémentaires souhaitant une identification de leur participation pour chacun des assurés couverts par un tel dispositif et non un versement forfaitaire à l'AMO. Ceci impliquerait soit qu'elles puissent rémunérer directement le médecin via un système de tiers payant, soit qu'elles puissent informer l'assuré de cette prise en charge, deux hypothèses qui nécessitent une adaptation dans le contenu des échanges électroniques entre AMO et AMC. Cette demande s'inscrirait dans une logique de copaiement responsable. Resterait tout de même posée la charge de ce forfait pour les assurés non couverts par une complémentaire, que l'on pourrait résoudre par un système de mutualisation.

²³⁴ Ce n'est pas le cas actuellement des forfaits de coordination sur les assurés en ALD.

Les seconds sont liés au modèle concurrentiel de l'assurance maladie complémentaire et le cas échéant aux différences de positionnement vis-à-vis de l'AMO. Les OC (mutuelles, assureurs, IP) n'ont pas toujours une convergence de vues, en raison de différences dans leurs fondements doctrinaux ou dans leur activité. Au regard de l'urgence de certaines négociations, elles pourraient manquer de la réactivité que l'UNCAM estimerait nécessaire. Cette lenteur apparaît consubstantielle pour une fédération d'acteurs privés qui ne peut pas s'engager sans l'accord de ses membres. Cependant, les OC peuvent être confrontés aux mêmes nécessités de prendre en charge les remboursements décidés par l'AMO ou l'État, dans la mesure où leurs assurés pourraient choisir d'autres opérateurs proposant des couvertures plus étendues.

3.2.2.2. La gestion du risque concertée avec l'AMO

La gestion du risque est une préoccupation commune à l'AMO et à l'AMC. En effet, en raison de l'aléa moral, une fois la couverture garantie, l'assuré peut être conduit à augmenter sa consommation et l'offreur de soins à caler sa prestation sur une demande solvabilisée par l'assurance.

La « gestion du risque » a pour objectif de limiter ces comportements déséquilibrants pour l'assureur qu'il soit public et privé. Elle vise à contenir l'augmentation des prélèvements obligatoires tout comme celle des primes d'assurance. Le terme, emprunté à la fin des années 1990 par le gestionnaire public à l'assureur privé, recouvre différentes techniques qui vont de la connaissance des comportements des assurés et des offreurs de soins (système d'information) à des incitations positives ou négatives sur les acteurs ou à des opérations de contrôle classique.

En ce qui concerne l'AMO, le pilotage de la gestion du risque est effectué conjointement par l'assurance maladie obligatoire, l'État et les ARS, adossés à des institutions publiques, comme la Haute autorité de santé (HAS). Les outils sont diversifiés :

- définition du panier de soins pertinent et remboursable au juste prix (actes, biens et services) ;
- définition de parcours adéquats pour les assurés et de bonnes pratiques pour les prescripteurs ;
- actions sur les comportements des assurés (information, conseils, éducation thérapeutique) et des prescripteurs (information, mise à disposition de profils de prescription permettant une auto-évaluation des pratiques...) ;
- leviers financiers positifs ou négatifs sur les assurés (tickets modérateurs, forfaits, franchises, sanctions en cas d'abus) et les producteurs de soins (contrats de performance pour les médecins libéraux, contrats de bon usage des médicaments pour les hôpitaux, contrôles et sanctions financières etc..).

La légitimité de la gestion du risque par l'AMO n'est pas contestée en raison du financement majoritaire du risque maladie par la solidarité qui assure la couverture généralisée de la population. Mais l'association de l'AMC est positive par les relais supplémentaires qu'elle autorise et par l'intérêt de messages convergents aux assurés. Les OC disposent dans ce domaine d'atouts : moyens de prévention en entreprise par le biais des contrats collectifs ou via des remboursements d'actes de prévention ou de dépistage pour la couverture individuelle, via les contrats responsables, capacité d'innovation et de réactivité ; incitations diverses via les clauses contractuelles.

C'est pourquoi la loi du 13 août 2004 instaure une concertation entre l'UNCAM et l'UNOCAM sur les programmes nationaux de gestion du risque de l'AMO, impose la présence des complémentaires à la conférence nationale de santé et au comité économique des produits de santé. De même, la loi HPST prévoit leur présence dans les commissions régionales de gestion du risque des ARS.

Les résultats sont aujourd'hui mitigés.

- D'une part, cette cogestion n'est pas effective sur les programmes annuels nationaux, d'autant que leur élaboration s'est complexifiée avec la création des ARS et la gouvernance partagée entre l'État et l'AMO.
- Sur les territoires, ainsi que le relève l'UNOCAM²³⁵, les commissions régionales de gestion du risque dans les ARS fonctionnent de façon hétérogène et la coordination entre les représentants des familles complémentaires qui y siègent n'est pas simple. La mobilisation des complémentaires et la convergence de leurs positions est inégale en raison de leur morcellement. L'UNOCAM réfléchit actuellement à l'amélioration de l'efficacité de ses actions notamment au niveau régional.
- Même pour le seul champ de la lutte contre la fraude, les articulations entre l'AMO et l'AMC, souhaitées par l'UNOCAM et prévues depuis la LFSS pour 2008²³⁶, sont de fait extrêmement réduites. Les fraudes décelées par l'AMO chez un professionnel de santé qui aboutissent à une action effective après plusieurs années de procédure devraient être signalées aux OC concernés. Cependant leur identification s'avère complexe en raison de la mobilité des assurés entre complémentaires et des défaillances de la mise à jour des fichiers des assurés des OC auprès des CPAM²³⁷. A l'inverse, les fraudes mises au jour par les OC semblent difficilement prises en compte par l'AMO.

Il convient d'observer que la gestion du risque n'est pas que l'affaire de l'AMO : elle est aussi celle de l'État qui n'utilise pas les synergies susceptibles d'être offertes par les complémentaires. Ainsi, l'encouragement au développement des génériques, via un meilleur remboursement de l'AMO mais aussi de l'AMC, aurait pu figurer dans les critères des contrats responsables, ce qui n'a pas été le cas. La mise en place concrète d'un tel encouragement aurait pu conduire au signalement par l'AMO à l'AMC du caractère générique des médicaments²³⁸ pour que l'AMC puisse organiser une prise en charge améliorée sur ce type de médicament.

3.2.3. La gestion du risque par les OC

En l'absence de possibilité de sélection médicale à l'entrée de leurs clients, pour les contrats collectifs aux termes de la loi Évin et pour les contrats individuels lorsqu'ils sont responsables, les organismes complémentaires ont renforcé leurs outils spécifiques de gestion du risque et indépendamment de l'AMO, pour plusieurs raisons :

- l'accroissement des dépenses de santé prises en charge par les OC, non seulement dans le secteur ambulatoire où les complémentaires se situaient antérieurement à la marge du système mais aussi dans le domaine hospitalier ;

- la nécessité de contenir l'augmentation des cotisations dans un contexte de moindre croissance des revenus des ménages. L'extension des garanties offertes et du champ couvert qui correspondait antérieurement à la demande des assurés et à la stratégie de développement des complémentaires trouve une limite dans la difficulté des ménages à assumer la charge de primes élevées. Selon certaines sources,

²³⁵ Note pour le conseil d'administration de l'UNOCAM sur un premier bilan de l'action des représentants de l'UNOCAM dans les commissions régionales de gestion du risque des agences régionales de santé. Mai 2012.

²³⁶ LFSS pour 2008, article L. 114-9 du CSS : « L'organisme local d'assurance maladie informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en œuvre de la procédure visée au présent article ».

²³⁷ Selon la CNAMTS, sur une population totale (assurés + ayants droit) de 55 248 697 bénéficiaires couverts par le régime général, 42 737 474 le sont par un échange Noémie entre l'AMC et l'AMO soit 77,4% ; 12 511 223 bénéficiaires ne sont pas couverts soit 22,6%, ce qui ne signifie pas qu'ils n'ont pas de couverture complémentaire mais simplement que, soit l'OC n'a pas signé de convention d'échange avec la CNAMTS, soit qu'un échange existe mais que l'OC n'a pas intégré ce bénéficiaire dans le fichier des clients couverts par l'échange. Parmi les 42 737 474 bénéficiaires couverts, 902 492 ne sont pas actifs pour des problèmes contractuels dits de "chevauchement" de contrats entre plusieurs OC, soit 2,1%. Il peut en effet arriver une demande d'échanges d'un OC alors qu'un autre contrat valide est déjà actif pour le même bénéficiaire. Dans ce cas et dans le cadre du régime de responsabilité qui incomberait à l'AMO, il est prévu de suspendre tout envoi et de demander aux OC la mise à jour des fichiers respectifs des adhérents aux OC avant la reprise du service Noémie.

²³⁸ Cela est possible par une modification peu lourde des données transmises par l'AMO ou OC via l'appli Noémie.

les demandes de contrats d'entrée en gamme seraient en augmentation²³⁹ mais le secrétariat du Haut conseil n'a pu documenter cette observation ;

- l'objectif de maintenir et d'améliorer les résultats techniques de leur activité (rapport prestations/cotisations).

3.2.3.1. Les actions sur les assurés

La tarification des contrats

La tarification des contrats permet d'associer les assurés à la maîtrise de leurs dépenses. Certaines dispositions financières attachées aux contrats limitent de fait les dépenses des cotisants : franchises associées au montant de la prime (prime faible, franchise élevée par exemple) ; limitations de dépenses (forfait) ou exclusions de certains frais²⁴⁰. D'autres encouragent les comportements « économes » et intéressent l'assuré à ses dépenses lorsqu'elles sont faibles : ristournes de primes en cas de faibles dépenses, formules de franchise cautionnée²⁴¹, augmentation des prestations (dentisterie, optique) en cas d'absence de consommation sur plusieurs exercices ou d'achat dans les réseaux.

Au-delà de cet élément « classique », les OC développent des offres de service variées qui deviennent des compléments importants aux contrats eux-mêmes, cherchent à fidéliser les assurés et s'inscrivent dans une logique de différenciation de l'offre assurantielle.

Les actions de prévention

Un axe de développement est la mise en place de conseils et d'actions de prévention : sensibilisation aux facteurs de risques (tabac, alcool, alimentation), promotion de l'activité physique, programmes de prévention secondaire inclus dans les contrats (dépistage et accompagnement notamment de pathologies chroniques, cancers, maladies cardiovasculaires, diabète). Des complémentaires, opérateurs des contrats collectifs d'entreprise, développent une prévention sur le lieu de travail ou dans certaines branches²⁴² qui répond à une demande forte des salariés et des employeurs²⁴³. Certains OC disposent enfin de structures de soins dont ils sont gestionnaires (centres de santé pour les mutuelles du Livre III) pour offrir par exemple des programmes d'éducation thérapeutique à leurs assurés. Aux démarches de chaque assureur, s'ajoutent certaines actions mises en place dans un cadre collectif²⁴⁴. Ces actions sont traditionnelles dans l'assurance, comme c'est le cas pour l'assurance automobile²⁴⁵, l'assurance habitation, la garantie des accidents de la vie ou l'assurance dommages en général.

Leur efficacité est limitée par trois éléments.

Tout d'abord, la capacité des assurés à changer d'assureur, notamment dans le cas des contrats individuels, peut limiter l'efficacité et les « retours sur investissement » d'actions de prévention qui ont des effets à moyen terme voire à long terme, et sont coûteuses par ailleurs.

²³⁹ Selon le comparateur en ligne Assurland (janvier 2013) : le nombre de Français optant pour les formules « économiques » de complémentaires santé individuelles serait passé depuis 2008 de 16 à 21 %. Les assureurs rencontrés par le HCAAM ont indiqué pour autant que cette tendance est émergente et n'est donc pas encore visible dans les chiffres connus.

²⁴⁰ Par exemple, prise en charge des frais d'optique limitée à une paire de lunettes par an, limitation des durées de prise en charge des forfaits journaliers ou exclusion du forfait en psychiatrie dont les séjours peuvent être longs.

²⁴¹ Dans ce dispositif créé en 1996, le montant de la cotisation est composée d'une partie fixe et d'une partie variable (appelée « caution ») qui peut être ristournée en totalité ou en partie à l'assuré en fonction de sa consommation de soins.

²⁴² Par exemple, Vigie Santé de Malakoff Médéric, Prévention de la carie du boulanger par AG2R La Mondiale.

²⁴³ Enquête « santé en entreprise 2011 » ; Baromètre santé AXA en 2012.

²⁴⁴ Par exemple, les dépliants diffusés depuis 1982 par l'association « Assureurs prévention santé », devenue « Assureurs prévention ».

²⁴⁵ Quelques exemples d'action collective : l'association Prévention routière créée en 1949 alors que l'accidentalité croissait fortement par la FFSA et l'Union routière de France, le CNPP (Centre national de prévention et de protection) ou la MRN (mission des sociétés d'assurance pour la connaissance et la prévention des risques naturels) créée en 2000 après une année 1999 marquée par des tempêtes et inondations.

En second lieu, les organismes complémentaires ne disposent pas des données individuelles des assurés détenues par l'AMO. Ils ne reçoivent de l'assureur public que des informations administratives parfois regroupées (lettre clé des actes médicaux, majoration éventuelle, tarifs de remboursement de la pharmacie sans les codes CIP individualisant les médicaments, regroupement des actes médicaux pour la CCAM). Dans d'autres environnements institutionnels, aux États-Unis par exemple, en l'absence de couverture publique et en raison de la disponibilité des données médicales par les assureurs, des programmes de « *disease management* » visent à agir directement sur les comportements de leurs assurés : ceux-ci reposent pour l'essentiel sur l'intervention téléphonique de professionnels de santé auprès des patients assurés dont l'engagement dans les programmes est présumé – système d'« *opt out* »-. Les méthodes ne sont pas transférables et les résultats ne sont pas par ailleurs concluants²⁴⁶.

En tout état de cause, ces actions de prévention, comme celles des pouvoirs publics²⁴⁷, sont difficilement évaluables²⁴⁸, difficulté accentuée par leur diversité et leur foisonnement. Lorsqu'elles s'intègrent dans le cadre de contrats collectifs, mieux ciblées, elles peuvent présenter un intérêt certain : elles doivent alors être complémentaires de celles qui relèvent des obligations de l'employeur (santé au travail).

Les services de conseils et d'information sur l'offre de soins

Des outils d'analyse de l'offre de soins sont mis à disposition des assurés pour les orienter dans le système de soins :

- analyse des devis (prothèses dentaires, optique, audioprothèses mais aussi des dépassements d'honoraires en chirurgie, obstétrique) ou calcul des restes à charge, notamment à travers des plateformes mutualisées entre plusieurs complémentaires²⁴⁹ ou de services multi canal. Des contacts qualifiés avec les professionnels de santé peuvent être proposés pour renégocier les tarifs proposés ;

- informations sur la qualité de l'offre de soins, notamment hospitalière mais aussi médico-sociale (EHPAD). S'appuyant sur des comités d'experts et des données publiques (PMSI, rapports de certification de la HAS, agrément qualité de l'INCA), elles peuvent identifier les établissements spécialisés à proximité du domicile de l'assuré, organiser des palmarès ou classements des établissements par pathologie, donner des indications sur les tarifs pratiqués et les conditions de remboursement par l'assureur. Ce type de service qui oriente l'assuré dans le système de soins est contesté notamment par l'ordre des médecins, mettant en doute la « pertinence des critères de qualité » et soulignant le risque d'une « information » biaisée.

3.2.3.2. Les actions sur l'offre de soins

Un moyen alternatif pour limiter la consommation des soins par les assurés est d'agir sur l'offre de soins elle-même (produits, services, prescripteurs) pour en diminuer le coût, optimiser sa qualité ou contrôler son effectivité.

En France, compte tenu de l'architecture du système de santé et du socle obligatoire, il appartient à l'AMO et à l'État d'évaluer et de contrôler les opérateurs de soins notamment sur l'adéquation des prestations aux remboursements effectués²⁵⁰.

²⁴⁶ Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « *disease management* », P.L. Bras, G. Duhamel, E. Grass, IGAS (septembre 2006).

²⁴⁷ Rapport IGF-IGAS sur la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017 (juin 2012).

²⁴⁸ Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS). 2012.

²⁴⁹ Il en est ainsi des plateformes développées par AXA, AG2R La Mondiale, Groupama, Macif-Mutualité, Ligne claire (mutualisée entre la Mutuelle générale la MNH et la MNT), Santéclair (créée par MAAF santé MMA et Allianz), Malakoff Médéric ou Apicil. Ces services peuvent ou non être intégrés dans les sociétés gestionnaires des réseaux de professionnels de santé.

²⁵⁰ C'est pourquoi les techniques de « *managed care* » des prescripteurs qui sont du ressort des assureurs aux États-Unis ne sont pas en usage en France.

Limitée dans les secteurs où l'AMO encadre les prix par les tarifs opposables, l'action des complémentaires s'est déployée dans les secteurs de la liberté tarifaire avec la mise en place de réseaux de professionnels de santé qui les positionne comme des acteurs susceptibles de peser sur certains segments de soins²⁵¹. Ces secteurs non régulés par l'AMO ont des caractéristiques communes : actes ou biens très diversifiés, entraînant une asymétrie de l'information entre l'assuré et le professionnel, coûts peu transparents (prix d'achat non connus de l'assuré²⁵²), grande variabilité des prix, liés aux marges des distributeurs.

Afin d'agir sur l'offre de soins, les OC ont développé les réseaux de professionnels et tentent d'exercer un contrôle sur l'activité des professionnels.

Les réseaux de professionnels de santé

Les réseaux de professionnels de santé²⁵³, organisés par les complémentaires, peuvent être définis comme un partenariat contractuel entre un ou plusieurs OC regroupés et des professionnels de santé. Cette contractualisation est différente du conventionnement opéré par le régime maladie obligatoire : elle est individuelle et volontaire alors que le conventionnement est collectif et « obligatoire » pour l'ensemble de la profession dès lors qu'un certain nombre de syndicats représentatifs est signataire des conventions.

Ces réseaux, qui s'apparentent aux « *Preferred Provider Organization* » (PPO) des assureurs américains, offrent aux assurés différents avantages selon la nature de la contractualisation effectuée avec les professionnels : tiers-payant seul, limitation des tarifs pratiqués, remboursements différenciés, engagement qualité ou simultanément les quatre à la fois. Dans tous les cas, les assurés ne sont pas tenus de s'adresser aux professionnels du réseau mais ils peuvent bénéficier s'ils le font, outre des tarifs maxima garantis, de meilleurs remboursements.

Nés il y a plus de 15 ans, ces organisations sont en fort développement avec des logiques de mutualisation entre plusieurs opérateurs qui ont conduit à déléguer leur gestion à des sociétés tierces. Ces sociétés de services accueillent aujourd'hui d'autres clients que les OC fondateurs, élargissant ainsi leur « surface » en terme d'assurés couverts et accroissant leur capacité de négociation face aux professionnels. Elles sont en liaison avec les plateformes de tiers payant qui permettent un contrôle a priori des actes. Certaines d'entre elles assurent également une fonction de conseil sur les devis ; elles peuvent aussi se positionner comme les acteurs d'une ingénierie des garanties auprès des complémentaires qui les soutiennent.

Les coûts de gestion des réseaux se situeraient entre 1,7 et 2,7 euros par assuré. Ils couvriraient potentiellement aujourd'hui plus de la moitié des assurés français.

²⁵¹ Les assureurs complémentaires se sont inspirés des réseaux qu'ils ont mis en place dans d'autres branches pour contrôler la pertinence des prestations mises à leur charge (ne plus payer « en aveugle ») et limiter les tarifs, d'abord dans l'automobile puis pour l'assurance protection juridique (réseaux d'avocats) ainsi que de l'activité d'assistance en santé. Le référencement des experts automobiles puis des réparateurs a permis aux assureurs de prédéterminer dans les conventions d'agrément les tarifs, avec un taux horaire inférieur au prix public. Au total, l'effet sur l'assuré des réseaux d'expertise automobile a été limité par l'augmentation des prix des réparations, que les assureurs n'ont pu qu'atténuer.

²⁵² L'article 57 de la loi HPST prévoyait la transparence des prix d'achat des dispositifs médicaux (prothèses, audioprothèses), via une information des patients. La disposition a été rapportée par une ordonnance du 12 mars 2010.

²⁵³ Ces réseaux doivent être distingués des réseaux de soins mis en place de façon expérimentale à la fin des années 90 et consolidés par l'article 84 de la loi du 4 mars 2002 (article L 6321-1 du code de la santé publique).

Tableau 37 - Principaux réseaux de professionnels de santé²⁵⁴ organisés par les complémentaires

Réseaux	Complémentaires concernées	Nombre d'assurés (en millions)	Nombre de professionnels et secteurs concernés
Santéclair	Actionnaires : Allianz, Covéa, IPECA, MGP Clients : 31, dont MNT, AON, Verspieren...	6,5	1700 opticiens (2300 prévus en 2013) 450 audioprothésistes 250 diététiciens 2800 chirurgiens dentistes 60 centres de chirurgie réfractive 250 diététiciens
Carrés bleus	CNP Clients : MATMUT et 30 OC	5	6000 opticiens
Itelis	AXA, Mutuelle Mieux être Clients sur le service maîtrise de coûts de santé : 6 mutuelles, 3 IP, 2 SA, courtiers, opérateurs de tiers payant, sociétés de gestion	3,7	1920 opticiens 2870 chirurgiens dentistes 550 audioprothésistes 58 centres en chirurgie réfractive 50 établissements en implantologie
Carte Blanche	Swiss Life, Groupe Henner 11 clients dont Aviva ...	4,5	10547 opticiens 4830 chirurgiens dentistes 1513 audioprothésistes (tiers payant uniquement mais en voie de renégociation) 2400 pharmaciens (tiers payant)
Sévéane	Groupama, Pro BTP prévoyance Clients : Lourmel, GAN	6	1792 opticiens 4500 Chirurgiens dentistes En phase de lancement audioprothésistes
Kalivia	Malakoff Médéric, Harmonie mutuelles Clients : Mercer, Aon	7	4200 opticiens 1350 audioprothésistes Chirurgiens dentistes en projet (2014)
Equasanté pour optique et audioprothèse ²⁵⁵	MGEN FNMF CNP MATMUT	3,7 (3,4 selon le segment de soins)	2083 opticiens 2505 audioprothésistes
Actil	APICIL, Alptis, Vauban, Humanis Clients : GRM, Intégrance	1,5	1000 opticiens 2100 chirurgiens dentistes 150 audioprothésistes
Total		37,9	

Source : Eurostaf 2012, enquête HCAAM

○ Des réalités diverses

La nature des réseaux est diverse selon les engagements des professionnels qui y souscrivent (tiers payant ou engagement sur les tarifs/qualité). Ils peuvent être ouverts (sans numéris clausus) ou fermés (avec numéris clausus), cette distinction renvoyant au mode de recrutement des professionnels qui y adhèrent et non à l'obligation des assurés de s'y adresser. Ce sont les caractéristiques économiques et les spécificités déontologiques des différentes professions de santé concernées mais aussi les choix des complémentaires qui expliquent le recours à l'une ou l'autre de ces formules.

²⁵⁴ Les chiffres d'assurés couverts et de professionnels concernés sont indicatifs en raison de l'évolution constante des conventionnements. Ces réseaux se différencient des établissements ou services en gestion directe des mutuelles (du Livre III).

²⁵⁵ La MFP et la MGEN ont mis en place un réseau de chirurgiens dentistes (25 000). D'autre part, la MFP, en collaboration avec la MGEN, grâce au « règlement fédéral hospitalier », a conventionné avec 2131 établissements de santé pour la mise en place du tiers payant et le bénéfice de tarifs spécifiques sur les chambres particulières. En outre, la FNMF conventionne de la même façon, via les unions régionales, avec des établissements de court séjour.

Les réseaux « ouverts » (ou sans numerus clausus)

Ils accueillent, indifféremment, tout professionnel de santé demandeur sous réserve qu'il respecte des conditions définies par un cahier des charges : ce sont les plus fréquents. Ils concernent les pharmacies, les chirurgiens dentistes, les laboratoires d'analyse médicale et s'étendent²⁵⁶ aujourd'hui aux audioprothèses, à la chirurgie réfractive ou à des professionnels non conventionnés avec la sécurité sociale (diététiciens, sophrologues...). Des conventionnements limités (MFP-MGEN) couvrent des établissements hospitaliers mais aussi des praticiens exerçant en clinique. Ils mettent en œuvre, généralement, le tiers payant et peuvent obtenir l'engagement de modérations ou de plafonds tarifaires²⁵⁷. Les conventionnements sont généralement reconduits tacitement (cf. annexe 7).

Les réseaux « fermés » (ou à numerus clausus) : le cas de l'optique

Ils limitent l'accès au réseau à un nombre donné de professionnels par zone géographique, sélectionnés selon des critères qualitatifs et tarifaires. Ils n'existent que dans le secteur de l'optique (cf. annexe 8), caractérisé par une démographie professionnelle très dynamique²⁵⁸, une grande densité de l'offre (11 400 magasins d'optique²⁵⁹), des produits nombreux et diversifiés et des marges importantes (2,8 paires de lunettes vendues par jour).

Les réseaux fermés ne sont viables qu'à la condition d'une taille critique en termes de « clients » et de professionnels.

Du point de vue des assurés, les réseaux doivent proposer une offre de proximité aux affiliés des OC et sélectionner un nombre suffisant de professionnels par zone géographique.

Du point de vue des professionnels, la contractualisation ne peut s'envisager que si les réseaux réunissent assez d'assurés pour les intéresser en raison des baisses tarifaires qu'ils consentent. De ce fait, la limitation du nombre de professionnels référencés est indispensable²⁶⁰.

Du point de vue des assureurs enfin, les réseaux doivent attirer suffisamment de clients pour obtenir un retour sur investissement (fidélisation des assurés, maîtrise des dépenses) en raison des coûts humains et techniques engendrés par leur création et leur gestion (notamment sélection et contrôle des professionnels).

Les réseaux fermés doivent donc assurer un équilibre entre proximité des professionnels pour les assurés et taille critique de la « clientèle » à la fois pour les professionnels et les assureurs.

○ Intérêt des réseaux

Pour les assurés, ils autorisent une limitation des RAC grâce à un triple effet : les prix négociés dans les réseaux sont moins élevés, les remboursements peuvent être plus intéressants si les achats s'effectuent dans le réseau et sont en outre effectués en tiers payant. Le tableau situé en annexe 8 et obtenu après une enquête du HCAAM auprès de cinq réseaux sur des produits très vendus atteste de prix maxima en-dessous des prix de vente du marché pour des produits d'optique, d'audioprothèses et de prothèses dentaires. Les différentes enquêtes réalisées auprès des assurés sur les réseaux sont contradictoires selon les

²⁵⁶ Ce mouvement s'est développé parallèlement à la celui de la création par les mutuelles du Livre III de réseaux « intégrés » comportant des structures de soins (cliniques, cabinets médicaux et dentaires ou magasins d'optique) ouverts à leurs adhérents.

²⁵⁷ Conventions entre la MGEN et la confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) ; conventions de certains réseaux avec des officines ou des syndicats de pharmaciens pour le remboursement de produits d'automédication ; conventions avec des professionnels non remboursés en ville par l'AMO comme les diététiciens.

²⁵⁸ On comptait en 2005 plus de 15 000 opticiens actifs contre plus de 23 000 actuellement.

²⁵⁹ Source institut GFK.

²⁶⁰ La FFSA estime que l'adhésion à un réseau n'est intéressante pour les opticiens que si elle représente 25 % de leur clientèle.

« commanditaires » : grande satisfaction des assurés pour les unes²⁶¹ et préférence pour le libre choix pour les autres.

Pour les complémentaires, ils n'entraînent pas directement une diminution de leurs dépenses (les prix payés par les assurés excèdent en général les remboursements à l'exception des contrats prenant en charge les frais réels) sauf si les RAC des assurés ne saturent pas les garanties. Leur intérêt réside dans leur capacité à conserver et à attirer une « clientèle » moins sollicitée par les restes à charge. La contractualisation qui les place comme des « acheteurs de soins », via les gestionnaires de réseaux mutualisés, contient d'autre part les hausses de prix dans les secteurs concernés et en conséquence, les augmentations de prestations et de primes.

De fait, les intérêts des assureurs et des assurés sont convergents, parfois contre ceux des professionnels, ce que souligne l'Autorité de la concurrence en 2009²⁶² : *la mise en place de réseaux, « axée, de fait, sur la régulation de l'offre, et reposant sur une identité d'intérêts entre l'organisme complémentaire – qui cherche à mieux maîtriser ses coûts – et les assurés – qui souhaitent bénéficier d'un reste à charge nul ou limité et d'une prime d'assurance la moins élevée possible –, soumet les professionnels souhaitant être sélectionnés à l'obligation de respecter des tarifs maximaux, déterminés de manière à freiner ou mettre fin aux hausses constatées sur les marchés concernés. Ainsi, à supposer qu'il y ait uniformisation des tarifs, il y a toute probabilité qu'il s'agisse, d'une uniformisation à un niveau sensiblement moindre qu'en l'absence de tout mécanisme de contractualisation. »*

- Les interrogations

Le développement des réseaux pose quatre questions, au-delà des sujets de la libre ou loyale concurrence, examinés à de nombreuses reprises par l'Autorité de la concurrence.

La première concerne la problématique des réseaux fermés en matière d'optique qui présenteraient, selon certains, plusieurs inconvénients.

- Ils limiteraient la gamme des produits référencés et remboursés par l'assureur et organiseraient des « groupes génériques » de tarifs pour le remboursement de verres de différents fournisseurs. Ce point n'est pas avéré car la pratique la plus générale est d'organiser les référencements par fournisseurs et ensuite de les classer en gamme compte tenu du grand nombre de produits²⁶³.
- Privilégiant les tarifs, les réseaux fermés s'appuieraient sur des professionnels dont la qualité de service serait moins bonne. Les cahiers des charges des réseaux intègrent non seulement des référencements de produits mais également des exigences de qualité sur les matériels vendus (traçabilité) et le service aux clients. De façon générale, les OC ont intérêt à une bonne qualité des prestataires, la sanction étant le départ de l'assuré vers d'autres opérateurs.
- Les réseaux fermés seraient également un frein à l'innovation pour des produits novateurs qui ne font pas dans l'immédiat l'objet des négociations tarifaires ou sont classés dans des groupes « génériques » pour certains verres. Il faut cependant noter que beaucoup de réseaux référencent périodiquement de nouveaux produits dont ils négocient les prix avec les professionnels. En outre, il est constaté que les achats dans les réseaux se portent vers les produits hauts de gamme, les réductions de prix autorisant ces achats. Enfin, pour le consommateur, l'évaluation de la nouveauté technologique, toujours plus coûteuse, est complexe puisqu'il n'existe pas d'autorité compétente pour reconnaître l'« amélioration du service rendu » des nouveaux équipements, à l'inverse des médicaments.

²⁶¹ Enquête Ipsos pour la mutualité française en octobre 2012 ; enquête Gallileo Business Consulting réalisée pour la Centrale des opticiens en 2012.

²⁶² Avis 09-A-26 de l'autorité de la concurrence 2009 : réseaux de soins agréés. Voir aussi l'avis n° 12-A-06 du 29 février 2012 relatif aux effets sur la concurrence de l'exclusivité de la vente des prothèses dentaires par les chirurgiens-dentistes.

²⁶³ Certains réseaux, notamment pour les verres anti-reflets, classent cependant les produits en « entrée de gamme » et en « autres ».

- Enfin, ils pourraient avoir un effet anticoncurrentiel et favoriseraient les nouvelles implantations de magasins en leur apportant une clientèle captive.

Sans étude réellement objective, il appartient aux professionnels et aux complémentaires de choisir et d'évaluer les modes d'organisation qui leur conviennent. Certains réseaux ouverts peuvent d'ailleurs se fermer en raison de l'extension progressive des réseaux dans le secteur de l'optique.

En second lieu, **l'efficacité des réseaux pour agir sur les prix notamment dans le domaine de l'optique** et assurer une meilleure transparence et concurrence du marché **est mise en cause²⁶⁴ par plusieurs études** récentes²⁶⁵ : elles soulignent l'importance du chiffre d'affaires de l'optique en France par rapport à d'autres pays, le caractère élevé des prix et la hauteur des marges réalisées. Les réseaux semblent n'avoir eu à ce stade que peu d'influence sur le phénomène.

Ces observations doivent être relativisées car les réseaux n'ont pas atteint leur plein développement : ils ne couvrent encore que la moitié de la population. En outre, selon certains sondages, une partie minoritaire des assurés couverts par les réseaux les utiliseraient²⁶⁶, portant plus d'attention au niveau de leur garantie qu'à la maîtrise des coûts. Les informations fournies au HCAAM indiqueraient une utilisation plus importante : ainsi dans les réseaux d'optique les plus anciens, l'approvisionnement chez les professionnels conventionnés serait de la moitié à plus des 2/3 des assurés acheteurs d'un équipement optique, dans les plus récents de 30 % avec une montée en charge régulière. Pour le réseau dentaire MGEN-MFP, le taux de recours serait de 62 %.

En fait, leur fréquentation par les assurés dépend de la connaissance des avantages offerts par le réseau, ce qui n'est pas forcément toujours le cas aujourd'hui. Le « marketing » des financeurs (les complémentaires) est en effet classiquement tourné vers les niveaux de garanties et non vers les nouveaux services. Certains gestionnaires de réseaux assurent à ce titre la formation des professionnels en charge de la vente des contrats qui les prévoient (agents généraux, voir DRH des entreprises pour les contrats collectifs).

Il est donc probable que l'effet des réseaux sur la maîtrise des prix sera d'autant plus important que leur utilisation sera généralisée.

En complément, d'autres éléments pourraient contribuer à la régulation du secteur et à une meilleure concurrence. Sans porter de jugements sur leur pertinence, on peut citer l'information des assurés sur les prix d'achat des dispositifs médicaux, mise en place par l'article 57 de la loi du 21 juillet 2009 puis rapportée, le développement des ventes en ligne²⁶⁷, ou la mise en place d'un numérisé clausus pour les opticiens etc.

La troisième question porte sur la pertinence des réseaux incluant des praticiens, notamment ceux qui pratiquent la liberté tarifaire.

La régulation tarifaire des professionnels de santé, notamment des praticiens, s'opère par les voies conventionnelles et revient principalement à l'AMO. C'est dans le cas où cette négociation serait inopérante qu'il convient de rechercher d'autres outils pour limiter les RAC des assurés. Dans cet esprit, et dans l'attente de la mise en œuvre de l'avenant 8, la MGEN a « gelé » les conventions tarifaires qu'elle a mises en place avec 470 médecins.

²⁶⁴ Les réseaux n'ont pas empêché un accroissement notable des prix dans le secteur automobile.

²⁶⁵ Enquête que choisir 23 avril 2013, L'optique en France : étude économique David Mortimort et Jérôme Pouyet. Altermind. avril 2013.

²⁶⁶ Enquête sur les complémentaires santé - 2012 - Optimind/OpinionWay.

²⁶⁷ Certaines complémentaires proposent pour l'optique de recourir à des achats de verre ou de lentilles sur Internet (sites partenaires des complémentaires), le montage étant assuré par des opticiens conventionnés par le réseau.

D'une façon générale, les professionnels de santé sont défavorables au conventionnement tarifaire par les complémentaires, soulignant que le dispositif porterait atteinte à la liberté de choix des assurés, bien que ces derniers ne soient pas tenus par le choix des praticiens appartenant au réseau de leur assureur. Les contraintes tarifaires et les contrôles accrus des organismes complémentaires peuvent être un autre facteur explicatif.

Plus pragmatiquement, la portée pour l'assuré d'une incitation financière à la fréquentation d'un réseau (meilleur remboursement²⁶⁸ de certains professionnels) est naturellement limitée par la nature particulière du lien qui unit personnellement le professionnel de santé (médecin, chirurgien-dentiste) et le patient : ce lien de confiance est sans doute plus fort que celui qui unit le patient à son assureur²⁶⁹. Enfin, la seule sélection par le tarif peut être interrogée, la qualité étant un élément central de la prestation médicale. Dans ce cas, la légitimité des OC pour apprécier la qualité de la pratique n'est pas établie et en tout cas contestée par les ordres des professions concernées.

Il convient d'observer que les chirurgiens-dentistes ont depuis longtemps contractualisé avec des complémentaires sur des tarifs maxima qui peuvent être nationaux ou régionaux. Les conventionnements peuvent être négociés individuellement ou passer par une instance syndicale représentative, la confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) : ils sont alors soumis au conseil de l'ordre qui les approuve ou les déconseille. Le refus d'approbation d'une convention par le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes avec le réseau Santéclair a fait l'objet d'un recours par cette société, jugé par la Cour de cassation le 7 juin 2011. La Cour a donné raison à Santéclair jugeant que « le conseil national et les conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens dentistes sont sortis de leur mission de service public et sont intervenus dans une activité commerciale ».

Enfin, les mutuelles, à la différence des institutions de prévoyance et des assureurs, ne peuvent, en application du premier alinéa de l'article L. 112-1 du code de la mutualité, instaurer des différences dans le niveau des prestations²⁷⁰ dispensées à leurs assurés : c'est ce qu'ont rappelé deux décisions de la Cour de cassation des 18 mars 2010 et 14 mars 2013, saisie par des assurés, sur le motif de prestations moins bien remboursées dans des cabinets dentaires non conventionnés par la MGEN. Une proposition de loi pour lever cet obstacle juridique est actuellement en discussion après l'échec d'une première tentative en 2011²⁷¹. Il conviendrait que cette proposition de loi puisse aboutir afin de mettre dans une situation équitable l'ensemble des familles de complémentaires.

Les contrôles exercés par les OC

La demande de devis préalable à certains actes, gérée par des plateformes mutualisées, permet aux complémentaires un contrôle a priori des actes ou des biens qu'elles remboursent à titre principal : ce contrôle est complété par des contrôles aléatoires a posteriori.

La légitimité des OC à contrôler les prestations qu'ils financent est indiscutable. Ce contrôle doit toutefois tenir compte des règles régissant la transmission des données de santé ainsi que celles qui se rapportent à la sélection médicale dans le cadre des contrats responsables.

²⁶⁸ Il ne peut exister en France d'obligation de passer par un professionnel référencé par le réseau à l'inverse des États-Unis.

²⁶⁹ PL. Bras, D. Tabuteau. Les assurances maladies.PUF.2012

²⁷⁰ Décision n° 13-D-05 du 26 février 2013 relative à des pratiques mises en œuvre par la société Kalivia dans le secteur de l'optique-lunetterie.

²⁷¹ L'article 54 de la loi dite Fourcade du n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, ouvrant cette possibilité aux mutuelles a été annulé par le conseil constitutionnel du 4 août 2011 en raison de l'absence de lien direct entre l'article et la loi.

3.3. FAUT-IL UN CHANGEMENT DE PARADIGME DANS L'ARTICULATION ENTRE L'AMO ET L'AMC ?

Certains soulignent que la généralisation du copaiement entre l'AMO et l'AMC serait susceptible de favoriser, à l'avenir, le désengagement de l'AMO et un glissement vers l'AMC, induisant des inégalités d'accès aux soins, que les pouvoirs publics s'efforceraient ensuite de corriger par des aides aux plus modestes.

D'autres constatent que les pouvoirs publics ont encouragé l'expansion des complémentaires pour limiter les RAC des assurés dans des contextes de maîtrise des dépenses de l'AMO tout en cherchant à infléchir leurs principes d'action. Par le biais des contrats responsables, la sélection médicale est devenue anecdotique ; les couvertures collectives mutualisant davantage les risques ont été encouragées ; des dispositifs spécifiques pour les ménages les plus modestes ont été mis en place. Pour contrecarrer les effets potentiellement inflationnistes du copaiement public et privé, des incitations financières ont été utilisées.

Ces actions qui contraignent ou régulent la liberté des OC mais au prix d'aides fiscales ou sociales ont conduit le HCAAM à s'interroger à plusieurs reprises²⁷² sur l'efficacité du système et à explorer différentes pistes d'évolution. L'exercice sera repris ici, en distinguant trois familles d'hypothèses : celles qui envisagent une restructuration des barèmes de l'AMO, celles qui organisent une nouvelle ligne de partage entre l'AMO et l'AMC, celles enfin qui, dans le cadre actuel, clarifient et optimisent les articulations entre les deux assurances maladie.

3.3.1. La restructuration des barèmes de remboursement de l'AMO

On peut se demander si une restructuration des barèmes de remboursement ou des paniers de soins du régime de base ne serait pas plus efficace pour limiter les RAC des assurés que le développement de complémentaires.

3.3.1.1. La complémentaire obligatoire : l'exemple du régime d'Alsace- Moselle

Un premier type d'hypothèse consiste à rendre la couverture complémentaire obligatoire avec les caractéristiques de financement de l'AMO (cotisation selon les revenus). C'était la voie choisie par le rapport Chadelat en 2003.

Dans la même logique, est parfois évoquée l'extension à toute la France du régime particulier d'Alsace Moselle. Décrit en annexe 3, il peut être assimilé à une complémentaire obligatoire avec les caractéristiques d'un financement solidaire, proportionnel aux revenus, à la charge des seuls salariés (1,5 %). Le régime procure une couverture pour les familles, les titulaires de revenus les plus modestes et les retraités à des coûts plus faibles qu'une complémentaire privée facultative.

Il prend en charge l'intégralité du ticket modérateur à l'hôpital, et entre 90 à 80 % de celui des soins de ville (praticiens et médicaments, hors les médicaments à vignette orange 15 %). Piloté par les partenaires sociaux, sa gestion opérationnelle est assurée pour ce qui est des prestations par le régime de base et par les URSSAF pour ce qui est du recouvrement des cotisations, sur le fondement de frais de gestion forfaitaires.

Il n'assure aucune couverture des dépassements d'honoraires ni des biens et services en liberté tarifaire. La population s'assure donc comme celle du reste de la France par une « surcomplémentaire » privée dont les cotisations sont minorées²⁷³.

²⁷² Rapports du 24 février 2005 ; juillet 2007 ; juillet 2008.

²⁷³ La loi sur la sécurisation de l'emploi a pris en compte les spécificités du régime d'Alsace-Moselle.

Son extension à l'ensemble du territoire, évoquée par un rapport de la Cour des comptes en 2011²⁷⁴ à la demande du Sénat, pourrait s'effectuer selon deux modalités :

- l'élargissement du régime de base, au-delà des remboursements qu'il prend en charge aujourd'hui ;
- la création d'un niveau complémentaire d'assurance maladie obligatoire.

La Cour concluait : «La généralisation du régime local pose la question politique d'une augmentation des cotisations sociales qui pèserait sur tous les salariés. Une telle généralisation, si elle s'appliquait à tous les salariés du régime général, y compris aux fonctionnaires qui en sont exclus dans le système alsacien mosellan actuel, générerait une recette supplémentaire pour la CNAMTS de l'ordre de 14 Mds par an, soit 10 % du montant des produits de cotisations, des contributions sociales et des taxes affectées constatés en 2010. Dans un contexte de déficits importants de l'assurance maladie et d'une situation de l'emploi peu favorable, une telle perspective semble peu réaliste ».

3.3.1.2. La gestion dynamique du panier de soins et la reconquête de certains secteurs par l'AMO

Une autre façon de traiter le problème serait d'augmenter la prise en charge par l'AMO pour couvrir les biens et services qui sont à l'origine de RAC importants (l'optique, les soins dentaires et les audioprothèses) pour la situer entre celle des honoraires des praticiens (70 %) et celle des auxiliaires médicaux (60 %).

L'encadrement de ces secteurs par des tarifs opposables serait indispensable afin d'en assurer la maîtrise sur le long terme sauf à déconnecter progressivement les prises en charge des coûts réels.

Tableau 38 - Hypothèses d'un transfert de certains secteurs de l'AMC vers l'AMO, 2011

Secteurs	Montant dépense totale M€	Montant Pris en charge AMO M€	Taux de prise en charge effectif AMO	Montant à charge de l'AMO pour un taux 65 % M€	Financement AMO supplémentaire Mds €
Optique	5 329	194	4 %	3 464	3,3
Soins dentaires	10 252	3 295	32 %	6 664	3,4
Audioprothèses	822	114	14 %	534	0,4
Total	16 403	3 603	22 %	10 662	7,1

Source : Calculs du HCAAM à partir des comptes de la santé de la DREES

La somme totale supplémentaire à couvrir serait d'environ 7 Mds € (on peut faire cependant l'hypothèse d'une réduction de certains tarifs de 10 à 20 %), ce qui aurait représenté en 2011 une augmentation de 0,6 % de CSG²⁷⁵. Dans un contexte de maîtrise des dépenses, des économies sur d'autres secteurs seraient à trouver.

Un scénario « alternatif » peut être envisagé : une meilleure couverture de certaines populations prioritaires (jeunes de moins de 18 ans pour l'optique ou les soins dentaires par exemple) ce qui est plus ou moins la situation actuelle (taux de remboursement plus élevé en optique ou pour les aides auditives des enfants).

²⁷⁴ Communication à la commission des affaires sociales du Sénat : le régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace Moselle. Cour des comptes. Novembre 2011.

²⁷⁵ D'après le rapport de juin 2013 à la Commission des comptes de la sécurité sociale, un point de CSG représentait en 2011 près de 12 Mds €. L'ensemble des dépenses prises en charge par les OC représentaient donc 2,1 points de CSG en 2011.

Le recours à la LPP

Un mode drastique de régulation des dispositifs médicaux les plus utilisés (optique, audioprothèses) conduirait à fixer des prix-limite de vente, via la LPP, et à instaurer pour ces biens des tarifs de remboursement AMO spécifiques, correspondant à la masse des remboursements actuels (4 % de taux de prise en charge effectif pour l'optique, par exemple).

Les prix-limite de vente, identifiant des gammes génériques à l'instar de ce que pratique le comité économique des produits de santé (CEPS), feraient l'objet d'une négociation avec les professionnels, conformément aux procédures appliquées par cette instance. La prise en charge par les complémentaires serait de ce fait encadrée par le prix-limite de vente et le tarif remboursable.

Cette formule ne pourrait pas s'appliquer, en l'état, aux prothèses dentaires, qui ne sont pas incluses dans la LPP, sauf à distinguer le prix de la prothèse (qui serait alors incluse dans la liste) de l'acte lui-même.

Cette régulation utiliserait de façon originale l'outil réglementaire de la LPP en donnant un prix de vente²⁷⁶ à des produits faisant l'objet d'un remboursement très limité par l'AMO.

Cette solution est complexe techniquement car elle implique un investissement important, comportant notamment une évaluation de la HAS.

Pour être efficace, elle suppose, en outre, comme l'a relevé le CEPS dans son rapport d'activité de 2002, de résoudre la question des suppléments de prix facturés en contrepartie de prestations ou d'accessoires excédant la définition donnée par la LPP, qui peuvent constituer un élément de contournement du prix de vente. Pour éviter cet effet, la nomenclature devrait prévoir et actualiser une description très exhaustive des catégories de produits. A contrario, très détaillée, elle conduirait à interdire sans nécessité des offres pouvant correspondre à des exigences particulières des patients.

Au final, ce mode de régulation des prix, qui constituerait une modification radicale du système, affectant distributeurs et fabricants, ne semble pas offrir de bénéfice évident.

3.3.2. Les voies d'un nouveau partage entre AMO et AMC

Les hypothèses d'une gestion « concurrentielle » de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire par les OC, envisagées par l'Institut Montaigne, à l'instar des Pays-Bas par exemple, ne seront pas traitées ici : on se reportera à l'annexe 9. Elles constituent une modification substantielle du système sans gain évident.

3.3.2.1. Le partage vertical par secteurs

Ce scénario consisterait à pousser jusqu'au bout la logique actuelle en organisant un transfert au premier euro de l'AMO vers l'AMC des secteurs où l'AMC est dominante : optique, soins dentaires et audioprothèses. C'est ce qu'ont choisi explicitement certains pays (Canada –médicaments, optique, soins dentaires gérés par les complémentaires, Pays-Bas pour les prothèses dentaires) qui confient totalement à l'AMC la gestion de certains segments de soins. La couverture de l'AMC deviendrait dans ce cas supplémentaire sur ces segments. Cette hypothèse aboutit à confier aux complémentaires la totalité de la gestion du risque dans ces trois secteurs, sur la base d'un conventionnement direct avec elles : c'est le vrai sujet des transferts, le secteur l'optique et des audioprothèses n'étant pas à l'évidence un enjeu financier pour le régime obligatoire.

²⁷⁶ En application de l'article L.162-38 du code de la sécurité sociale.

Tableau 39 - Hypothèse de transfert de certains secteurs de l'AMO vers l'AMC, 2011

Secteurs	Montant dépense totale (M€)	Montant pris en charge OC actuel (M€)	Montant supplémentaire pris en charge OC (M€)	% d'augmentation prestations OC
Optique	5 329	3 644	194	+5 %
Soins dentaires	10 252	3 925	3 295	+84 %
Audioprothèses	822	246	114	+47 %
Total	16 403	7 815	3 603	+46 %

Source : Calculs du HCAAM à partir des comptes de la santé de la DREES

La séparation complète des deux champs interdirait à l'AMO d'imposer des tarifs spécifiques pour les populations les plus modestes, sauf dans le cadre de la loi. En outre, il s'agirait de savoir si les complémentaires seraient encadrées par une obligation de prise en charge qui correspondrait aux soins dentaires et conservateurs financés actuellement par l'AMO (soins conservateurs dentaires, optique) ce qui entraînerait une augmentation des primes.

Au-delà de l'aspect purement financier, l'AMO donne un signal d'utilité collective pour les biens et services qu'elle rembourse même faiblement.

D'autres scénarios pourraient conduire :

- à séparer les soins dentaires pris en charge par l'AMO et les prothèses dentaires du ressort de l'AMC : le HCAAM a examiné cette proposition en 2009 mais l'a repoussée parce qu'elle « rompait » l'unité du processus de soin dentaire.
- ou à envisager une couverture par l'AMO jusqu'à 18 ans pour l'optique ou les soins dentaires par exemple.

3.3.2.2. La séparation du gros et du petit risque

On évoquera pour mémoire des scénarios qui visent à séparer les champs d'intervention de l'AMO et de l'AMC en distinguant le risque lourd qui ressortirait d'un socle financé par la collectivité (hospitalisation, ALD, soins de longue durée) et le petit risque (soins courants) à la charge des ménages et des complémentaires. Au-delà des problèmes de principe qu'elles posent, ces hypothèses qui constitueraient une rupture majeure dans le système de protection sociale, ne tiennent pas pour deux raisons supplémentaires.

Il est impossible d'identifier sur le plan médical les deux champs qui se chevauchent (un petit risque peut devenir un gros risque s'il n'est pas pris en charge). La couverture des soins primaires qui pèserait sur les ménages, via une complémentaire, se traduirait par un problème d'accessibilité financière des plus modestes, une aggravation de leurs problèmes de santé et donc par un déport du petit risque vers le gros risque.

3.3.2.3. Le bouclier sanitaire

Cette réforme, évoquée par le rapport Briet-Fragonard (2007) ne répond pas directement à la question de la coexistence des régimes obligatoires et complémentaires, puisqu'elle n'aborde pas le sujet des dépassements d'honoraires. Elle propose une restructuration du partage des RAC entre les assurés ALD et non ALD, en les plafonnant quel que soit le statut de l'assuré. Son incidence financière certaine sur le partage des dépenses entre l'AMO et l'AMC n'a pas été étudiée au fond.

3.4. POUR UNE MEILLEURE ARTICULATION ET COORDINATION DE LA GESTION DU RISQUE DE L'AMO ET DE L'AMC

Si les voies d'une modification substantielle des paradigmes actuels n'étaient pas retenues, il serait souhaitable de s'orienter vers celles d'une meilleure articulation entre les deux assurances maladie par une voie incitative.

En effet si les OC ont été associés aux actions de gestion du risque par la loi de 2004, ainsi que le souligne le HCAAM dans son avis du 22 mars 2012, « leur rôle n'a jamais fait l'objet d'une affirmation claire de principe. Il n'est d'ailleurs pas sûr, eu égard à la liberté qui doit présider à l'activité d'assurance, qu'une telle formulation générale soit envisageable ».

Le HCAAM proposait pragmatiquement de définir un cadre commun d'action autour d'un socle partagé de valeurs auquel pourraient adhérer des financeurs publics et privés ou des partenaires sociaux : « non sélection des risques de santé, refus de prendre en charge une dépense de soins non justifiée, recherche de cette qualité par l'organisation des soins et la médecine de parcours ».

En terme opérationnel aujourd'hui, cette intention pourrait se traduire par une nouvelle définition des contrats responsables, une réflexion sur la participation des complémentaires à l'accompagnement des patients inscrits dans des parcours de soins, élément central de la future stratégie nationale de santé, mais aussi par une clarification de la gestion du risque par les OC dans les domaines où ils peuvent y prétendre efficacement (optique, dentaire, audioprothèses). Il conviendrait dans ce cadre de porter une attention particulière aux systèmes d'information entre AMO et AMC qui devraient prendre en compte la possibilité du développement du tiers-payant et la communication des informations utiles aux uns et aux autres.

Cette nouvelle donne ne peut être régulée par l'AMO mais doit l'être par une tierce autorité qui ne peut actuellement être que l'État. Cette régulation doit prendre en compte les spécificités de l'AMO et de l'AMC dans un objectif d'intérêt commun permettant d'échapper à un face à face qui n'est ni fécond et ni légitime sur tous les sujets (données de santé, contrats responsables). Pour cela, la gouvernance du système devra faire l'objet d'une réflexion approfondie : la représentation par l'UNOCAM de familles de complémentaires dont les intérêts ne sont pas toujours convergents pose le problème d'une adhésion, au cas par cas, aux actions communes qui seraient décidées. Dans cette logique de redéfinition des rôles, certains revendiquent que, dans les négociations nationales sur les secteurs où l'AMO est minoritaire, le refus d'un accord par l'UNOCAM ne puisse être outrepassé.

Ce cadre refondé, notamment en ce qui concerne une gestion du risque, partiellement confiée à l'AMC dans les secteurs où elle est majoritaire, devra faire l'objet d'une observation et d'une évaluation rigoureuses (évolution des primes, des prix dans les secteurs à liberté tarifaire, etc.) qui font défaut actuellement.

3.4.1. Refonder la régulation des complémentaires par une nouvelle définition des contrats responsables

Les contrats solidaires et responsables visent à faire adhérer les organismes complémentaires à des principes d'action communs qui encadrent leur liberté d'action par un régime fiscal de TSCA²⁷⁷ plus favorable, et pour les contrats collectifs, en outre, par des exonérations sociales et fiscales. Leurs critères fondent la cohérence du système, notamment entre la couverture collective et la couverture individuelle.

Les critères actuels de ces contrats sont triples :

- absence de sélection médicale (notion de solidarité) ;

²⁷⁷ Ainsi qu'un régime spécifique de C3S.

- couverture minimale d'un panier de soins (solidarité) dont la définition apparaît « légère », les logiques assurantielles limitant dans un cadre non obligatoire l'harmonisation des paniers de soins remboursables. Il est à observer que le panier minimum ne prévoit pas d'obligation de prise en charge des TM ou des forfaits journaliers d'hospitalisation. Concernant les médicaments à SMR majeur ou important, l'obligation de prise en charge à 30 % était adaptée à un taux de prise en charge de 70 % par l'AMO. Ce taux ayant été abaissé à 65 %, cette disposition peut laisser un reste à charge aux assurés (même si on constate dans les faits que la quasi-totalité des contrats rembourse la totalité du TM) ;
- responsabilisation des assurés (maîtrise de la dépense) par l'exclusion de la prise en charge de certaines dépenses (franchises et dépassements hors parcours de soins) mais aussi par le développement d'actions de prévention. Il est à noter que l'appel à la responsabilisation des comportements n'a visé jusqu'à présent que les assurés : il en est ainsi de l'interdiction de prise en charge de certaines franchises ou des soins hors parcours. D'application uniforme, ces mesures ont touché plus lourdement les personnes à faibles revenus, non exonérées par leur affiliation à la CMU-C.

Le contenu des contrats responsables

Ils excluent la prise en charge :

- *de la majoration du ticket modérateur à défaut de désignation d'un médecin traitant et en cas de consultation d'un médecin sans prescription préalable du médecin traitant ;*
- *des dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques pratiqués par un spécialiste consulté par l'assuré sans prescription préalable du médecin traitant. Cette interdiction de prise en charge se limite au montant des dépassements autorisés sur les actes cliniques ;*
- *de la majoration de participation de l'assuré lorsqu'il n'accorde pas l'accès à son dossier médical (entrée en vigueur lors de la généralisation du dossier médical personnel) ;*
- *de la participation financière de 1 € pour les consultations ou actes médicaux, les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.*
- *de la franchise annuelle concernant les frais relatifs aux médicaments, actes d'un auxiliaire médical et transports sanitaires.*

Ils doivent prendre en charge :

- *au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant ainsi que celles effectuées sur prescription de celui-ci ;*
- *au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments prescrits par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant, à l'exclusion de ceux traitant des troubles sans gravité, de ceux dont le service médical rendu n'est pas classé comme majeur ou important et des spécialités homéopathiques ;*
- *au moins 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ou par un médecin consulté sur prescription du médecin traitant ;*
- *l'intégralité de la participation de l'assuré sur au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique.*

La formule a eu un succès important puisqu'elle s'est imposée dans la très grande majorité des contrats, qu'ils soient individuels ou collectifs : 94 % des contrats sont aujourd'hui responsables.

La généralisation de la complémentaire et l'extension des couvertures collectives conduit à réinterroger les critères des contrats responsables qui posent la question du bon équilibre entre liberté des complémentaires et régulation par les pouvoirs publics.

3.4.1.1. Pour de nouveaux critères de responsabilité ?

De tels critères doivent avoir pour objectif de faire participer non seulement les assurés mais aussi les complémentaires à une meilleure gestion du risque santé, en encourageant la juste dépense et non la « consommation » inutile.

On pourrait dans ce cadre penser à interdire les formules de remboursement qui incitent à une dépense non justifiée : remboursement de lunettes tous les ans sans modification de la prescription médicale ou remboursement aux frais réels. Le bon « réglage » des exigences est délicat sauf à encadrer trop étroitement les contrats, ce qui risque d'ailleurs d'être inopérant compte tenu de la difficulté de contrôler les formules diverses de garanties et de la capacité d'« innovation » des complémentaires sur ce point.

Dans les secteurs où les produits et services ne sont pas régulés par des prix-limite de vente ou des tarifs opposables, pour lesquels des marges de réduction de prix peuvent apparaître importantes, sans réduction de la qualité, on pourrait envisager le **plafonnement du remboursement dans les contrats responsables**. Cette solution laisse subsister la possibilité que des produits ou prestations plus coûteux soient acquis au frais des patients, ou remboursés par d'autres contrats d'assurance, non responsables.

Cependant, le bon niveau de plafonnement resterait à définir : placé trop haut, il conduirait à inciter les professionnels à saturer les garanties et aurait un effet inflationniste ; placé trop bas, il risquerait de rendre non assurable une partie de la dépense et désavantagerait les petits revenus qui auraient alors un reste à charge après AMC trop important. En outre, cet encadrement devrait entrer dans un niveau de détail assez grand pour permettre d'adapter les niveaux de remboursement à des besoins médicaux divers. La solution exige la mise en place d'un processus combinant observation des marchés, concertation et suivi avec les OC et les professionnels. Le syndicat national des audioprothésistes ne serait pas hostile pour son secteur à une telle solution.

Cette option représenterait un changement de paradigme.

Une alternative pour maîtriser le reste à charge sur les secteurs de liberté tarifaire consiste à confier aux complémentaires la régulation du marché via les réseaux de professionnels de santé : il conviendrait d'évaluer les résultats obtenus en matière de maîtrise de prix.

En ce qui concerne les dépassements d'honoraires des médecins, plusieurs solutions sont envisageables :

- la première pourrait être de s'appuyer sur l'avenant 8 du 25 octobre 2012 à la convention médicale, qui prévoit un mécanisme de modération des honoraires des médecins en secteur 2 et une incitation à une inscription dans un contrat d'accès aux soins : lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats responsables devraient privilégier ceux des médecins qui ont signé les contrats d'accès aux soins. La question d'un moindre remboursement pour les praticiens qui n'ont pas souscrit ce contrat pourrait se poser. L'opérationnalité de cette disposition suppose que les informations sur l'inscription des médecins concernés dans les contrats de soins soient transmises aux complémentaires par l'AMO, à l'instar d'ailleurs de ce qui a été fait pour le parcours de soins ;

- une deuxième serait d'ajouter à cette clause un plafonnement à l'acte de la prise en charge des dépassements d'honoraires par l'AMC à 100 % de la base de remboursement. Ce niveau, qui correspond d'ailleurs au remboursement moyen des garanties dans les contrats collectifs observé par la DREES²⁷⁸, pourrait faire l'objet d'une modulation selon les zones. Si dans l'avenir les contrats d'accès aux soins réduisaient les niveaux des dépassements d'honoraires, le plafond individuel des contrats responsables devrait en tenir compte ;

- à défaut, rien n'empêche de poursuivre dans cette voie en retenant le même plafonnement par acte de 100% dans les contrats responsables.

D'autres items pourraient être envisagés pour donner du corps à la responsabilisation : meilleure prise en compte des génériques, ce qui implique que l'AMO « tope », via les flux échangés avec l'AMC, ces

²⁷⁸ Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010. Études et résultats. N°837.

médicaments ; expression des contrats sous une forme lisible définie par l'UNOCAM, si une disposition d'ordre public n'était pas retenue sur ce point.

Quant aux **actions de prévention** prévues par l'arrêté du 8 juin 2006, il conviendrait de les actualiser ne serait ce que pour mettre celles qui concernent les vaccinations en conformité avec le nouveau calendrier vaccinal publié en avril 2013 ou avec les objectifs de santé publique (éducation thérapeutique par exemple). Mieux encore, dans les contrats individuels, il conviendrait de les cibler sur deux ou trois actions prioritaires afin d'obtenir un effet réel sur la santé publique. En outre, il serait souhaitable que ces actions relèvent du domaine d'intervention privilégiée des OC (par exemple prévention bucco-dentaire). Pour les contrats collectifs, il convient de laisser aux partenaires sociaux la responsabilité de déterminer les actions les plus appropriées à la nature de l'activité professionnelle.

3.4.1.2. Pour de nouveaux critères de solidarité ?

Tout d'abord, l'interdiction de sélection via les questionnaires médicaux doit être maintenue. On peut se demander d'ailleurs si une disposition d'ordre public ne pourrait pas généraliser cette interdiction à l'ensemble des contrats qu'il soit ou non responsables. Ce point devrait faire l'objet d'un examen au regard notamment des principes de droit français et européen de liberté du commerce et de la concurrence.

En second lieu, il convient d'examiner si les critères de solidarité ne doivent pas être complétés. Ils doivent trouver un équilibre, au regard des contraintes de coût, entre une certaine mutualisation et la liberté des assurés de choisir les besoins de santé qu'ils souhaitent couvrir.

Pour les contrats individuels comme collectifs, la notion de solidarité se concrétise par la définition d'un panier de soins minimum, susceptible de protéger une communauté suffisamment large.

Cette solidarité est instaurée, dans le cas des contrats collectifs obligatoires, entre des salariés dont l'âge, les situations familiales et les revenus sont variés et pour lesquels un socle commun de couverture complémentaire est défini, tout en restant compatible avec une différenciation, y compris sur une base catégorielle. L'ANI 2013 et la loi relative à la sécurisation de l'emploi définissent ainsi la nature des garanties de base, un décret à venir fixant les niveaux de prise en charge.

Ce panier de base (hospitalisation, médicaments, ticket modérateur sur les soins de ville, dentaire, certains dispositifs médicaux comme l'optique et l'audioprothèse), plus complet que celui qui résulte actuellement des seules obligations définies pour les contrats responsables, semble constituer une bonne référence pour l'ensemble des contrats, qu'ils soient individuels ou collectifs.

Retenir le panier « ANI » comme socle des contrats responsables pourrait toutefois conduire à accroître largement le niveau des garanties dans certains contrats individuels, d'une part, et à harmoniser excessivement les offres de contrats individuels, de l'autre, et mener ainsi à une augmentation globale des primes des contrats individuels, primes qui sont déjà supérieures, à garanties égales, à celles des contrats collectifs.

Afin de concilier solidarité et souplesse, le niveau de prise en charge du panier de base de l'« ANI » pourrait constituer la couverture minimale des contrats responsables, tout en restant optionnelle en ce qui concerne la couverture de l'optique, du dentaire et des dispositifs médicaux à usage individuel en sus des tarifs de responsabilité. Autrement dit, tous les contrats individuels responsables ne devraient pas forcément inclure des garanties dans ces domaines, mais lorsqu'ils les incluent devraient le faire au moins au niveau de prise en charge du panier « ANI ».

Par ailleurs, en ce qui concerne les contrats collectifs et dans le contexte de la généralisation de cette couverture, certains proposent de compléter le critère de solidarité en le liant à la mise en place d'une tarification en fonction du revenu des salariés. Une telle tarification introduirait une redistribution verticale qui fait actuellement défaut au sein de l'entreprise (selon l'enquête PSCE 2009 de l'IRDES, les contributions

seraient forfaitaires dans 80% des établissements). Naturellement, les exonérations seraient réservées à ce type de contrats. Cette piste est difficilement conciliable avec la constitution d'un plafond spécifique et donc abaissé pour les exonérations sociales et fiscales.

Cette voie soulève toutefois des difficultés de plusieurs ordres :

- techniquement, le salaire versé par l'entreprise ne correspond pas forcément au revenu du salarié ou du ménage, ce qui limite la légitimité d'une telle mesure de redistribution ;

- économiquement, du point de vue du salarié, le financement de la prévoyance complémentaire, y compris en santé, constitue un élément de la rémunération ; généraliser la redistribution sur ces sommes, pourrait réduire aux yeux des salariés l'attractivité de la couverture collective et, à terme, tirer celle-ci vers le bas, avec un déplacement éventuel des sommes vers garanties optionnelles assimilables à une couverture individuelle, facultative et non solidaire.

Un renforcement du même ordre du caractère solidaire des contrats collectifs pourrait probablement être atteint par des mesures moins générales, telles que l'obligation de différencier le taux de participation de l'employeur en fonction des salaires, ou de participer à un mécanisme de mutualisation financière visant à faciliter l'accès des salariés en forme d'emploi précaire (réduire leur effort financier, compte tenu de leurs faibles revenus).

3.4.1.3. L'évolution du régime de TSCA des contrats solidaires et responsables

La notion de contrat solidaire et responsable constitue la pierre angulaire d'une régulation de l'AMC par les pouvoirs publics, destinée à encourager par des aides publiques l'adhésion à des principes communs de solidarité et de responsabilité, que les contrats soient collectifs ou individuels.

Or la fiscalité ne peut aujourd'hui plus significativement contribuer à la diffusion des contrats responsables.

D'une part, le resserrement en 2011 du différentiel de TSCA entre contrats responsables et non responsables (écart ramené de 7 à 2 points) a réduit l'incitation fiscale qui a favorisé leur développement. Le renforcement des critères de solidarité et de responsabilité, pour être efficace, doit donc s'accompagner d'un retour à un différentiel discriminant de taux entre contrats responsables ou non. On pourrait ainsi envisager la création d'un taux de TSCA de 14 % pour les contrats d'assurance complémentaire santé non responsables. Appliqué aux cotisations 2012, ce taux majoré apporterait près de 90 M€ de recettes supplémentaires. Toutefois son rendement devrait être très inférieur, compte tenu des effets de l'ANI et de l'effet dissuasif de cette majoration.

D'autre part, la transposition de l'ANI impose que tous les contrats collectifs soient responsables. Dans ces conditions, l'incitation par la TSCA devient pour eux sans objet.

Dans ce contexte, afin de favoriser l'accès aux contrats individuels, moins aidés que les collectifs, il pourrait être utile de créer une incitation fiscale spécifique, notamment par le biais d'un taux minoré de TSCA. Une telle mesure visant les contrats individuels, solidaires et responsables, emporte deux critiques sur son efficacité et sa légitimité, a fortiori dans un contexte budgétaire particulièrement contraint : la répercussion effective d'une telle baisse de taxe sur les primes est hypothétique et non contrôlable ; la mesure, non ciblée, bénéficierait à tous les assurés couverts individuellement, quel que soit leur revenu.

En toute hypothèse, les avantages sociaux et fiscaux attachés aux contrats responsables justifient un contrôle de la puissance publique qui devrait observer, au moins par des sondages périodiques et aléatoires, le respect des critères qui leur sont attachés. Ces contrôles ne sont actuellement pas pratiqués. Pour ce qui est des contrats collectifs, les URSSAF contrôlent déjà le respect du caractère collectif et obligatoire : une extension de ce contrôle au caractère solidaire et responsable peut être envisagée. En ce

qui concerne les contrats individuels, le contrôle du caractère solidaire et responsable justifiant d'un régime favorable de TSCA, ressort des services fiscaux mais sa technicité sur le fond exige une adaptation et une formation adéquates.

3.4.2. Confier à l'AMC la gestion du risque pour l'optique, le dentaire et les audioprothèses sans modifier l'intervention actuelle de l'AMO

La gestion du risque pourrait être confiée aux organismes complémentaires dans les secteurs où ils peuvent y prétendre efficacement, l'optique, les soins dentaires et les audioprothèses. Ce rôle devrait s'exercer dans le cadre d'un socle partagé de valeurs : non sélection des risques de santé, refus de prendre en charge une dépense de soins non justifiée, recherche de la qualité des soins. Il serait reconnu par une affirmation claire de principe.

Dans cette hypothèse, les OC agiraient en synergie avec l'AMO, sans prétendre la remplacer ou entrer en concurrence avec elle, mais avec leurs modalités d'intervention et leurs qualités propres, constituant un appui, voire un aiguillon pour l'AMO : ce serait une manière d'utiliser des « outils de gestion concurrentielles dans un contexte de gestion publique », selon les termes de Dominique Polton²⁷⁹.

Les réseaux de professionnels, encadrés par l'Autorité de la concurrence, seraient un outil de cette gestion du risque s'ils permettent effectivement de contrôler la qualité des soins, de maîtriser les volumes et les prix et donc les RAC pour les assurés.

Suivre cette voie suppose que les OC disposent des données nécessaires à cette mission²⁸⁰. Pour ce faire, ils souhaitent avoir la garantie du besoin médical, pouvoir moduler les remboursements en fonction de ce besoin et contrôler l'adéquation du remboursement aux garanties du contrat.

De quelles données les OC disposent-ils dans ces domaines ?

Par l'intermédiaire de la carte Vitale (version 1 ter), les OC reçoivent une demande de remboursement électronique (DRE) ne contenant pas d'informations à caractère médical.

Dans le secteur de l'optique, le tiers payant étant quasi-généralisé, les professionnels envoient directement à l'assurance maladie complémentaire les devis ou les factures. Les OC connaissent ainsi la correction visuelle. Des échanges normalisés (OptoAMC) ont été définis sous l'autorité de la CNIL²⁸¹.

Pour les soins dentaires, les OC reçoivent les devis en papier et attendent le remboursement de l'AMO pour liquider. Les informations en provenance de l'AMO sont transmises dans une nomenclature regroupée, l'indication de la dent soignée n'étant par exemple pas fournie. L'avenant 2 à la convention nationale des chirurgiens dentistes du 9 mai 2012 organisant les rapports entre les chirurgiens dentistes et l'assurance maladie prévoit un devis type qui indique la localisation de la dent soignée.

De quelles données les OC souhaiteraient disposer dans ces domaines ?

Dans le domaine de l'optique, il apparaît que les OC disposent des informations permettant d'ajuster les remboursements aux besoins effectifs. Il est possible d'avoir des garanties différentes selon la correction visuelle, dans le cadre éventuellement d'un même contrat, ce qui permet aux OC ne pas rembourser des dépenses non justifiées.

S'agissant des soins dentaires, les OC demandent que la feuille de soins électronique (FSE) fournisse une information plus détaillée qu'actuellement et notamment, le numéro de la dent soignée, de façon à

²⁷⁹ Directrice de la stratégie, des études et de la statistique de la CNAMTS.

²⁸⁰ La question générale de l'accès aux données de santé ne sera pas abordée dans ce rapport, une mission étant confiée à P. L. Bras sur l'ensemble de la problématique.

²⁸¹ Commission nationale de l'informatique et des libertés.

ajuster les garanties selon la place de la dent (dent visible ou non). La dernière convention entre la confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), l'UNOCAM et l'UNOCAM prévoit la négociation d'une nouvelle nomenclature de la CCAM. Si un accord semble sur le point d'être trouvé entre l'UNOCAM et l'UNOCAM sur les regroupements d'actes pertinents, le contenu du devis reste en discussion, l'UNOCAM ne souhaitant pas que les informations transmises soient en retrait par rapport à celles dont les OC disposent actuellement.

Les contraintes juridiques à la transmission de données de santé

Les données dont les OC souhaitent disposer (et dont elles disposent déjà en partie) sont des données de santé qui sont considérées comme des données sensibles par la directive européenne 95/46/CE et la loi Informatique et liberté modifiée qui transpose cette directive en droit français. En droit français, des **données sensibles** sont des **données à caractère personnel** qui font apparaître, directement ou indirectement, les origines raciales ou ethniques, les opinions politiques, philosophiques ou religieuses ou l'appartenance syndicale des personnes, ou qui sont **relatives à leur santé** ou leur vie sexuelle.

L'article L. 1111-8 du code de la santé publique définit les données à caractère personnel de santé comme des données recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins.

La transmission de ces données est soumise à un certain nombre de règles strictes.

Le droit au respect de la vie privée est un droit constitutionnellement protégé et garanti par la Convention européenne des droits de l'homme. Il implique le respect du caractère confidentiel des informations sur la santé, ce qui suppose que soient prévues les modalités de leur protection.

Des sanctions pénales sont prévues en cas de violation du secret professionnel par les professionnels de santé. Toutefois, dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, ceux-ci sont tenus de communiquer aux organismes de sécurité sociale (les régimes obligatoires) un certain nombre d'informations qui sont autant de données de santé (article L 161-29 du CSS).

La loi Informatique et liberté interdit dans son article 8 la collecte et le traitement des données de santé mais prévoit un certain nombre d'exceptions dont le consentement exprès de la personne concernée.

Pour que les données concernant l'optique, les soins dentaires et les audioprothèses soient transmises aux OC, l'ensemble de ces dispositions impose le recueil du consentement exprès du patient ou un traitement des données par les OC « sans voir ».

Les expérimentations Babusiaux

Les expérimentations Babusiaux empruntaient ces deux voies, sous le contrôle de la CNIL.

Par exemple, dans l'expérimentation d'AXA qui vise à liquider des prestations sur la base de données médicales, le traitement se fait « sans voir », c'est-à-dire que l'algorithme de calcul de la prestation restitue d'un côté, des données individuelles médicalisées mais anonymisées dans une base statistique et d'un autre côté des données individuelles nominatives expurgées de données médicalisées mais comportant le montant du remboursement calculé à partir des données médicales.

Dans l'expérimentation de Swiss Life, le traitement porte sur des données médicalisées nominatives avec le consentement explicite de l'assuré.

Les solutions proposées

Les données nécessaires aux OC pour gérer les risques dans les domaines de l'optique, des soins dentaires et des audioprothèses pourraient leur être transmises selon l'une ou l'autre de ces deux voies. Dans le domaine des soins dentaires, il conviendrait que ces données soient suffisamment détaillées.

S'agissant du recueil exprès de la personne concernée, il serait nécessaire de l'organiser de façon claire et unique²⁸², pour ces trois domaines. Il faudrait prévoir en outre les cas où la personne concernée n'est pas l'assuré. Les modalités de ce recueil, en application de la loi Informatique et liberté, pourraient être précisées dans un cadre législatif.

*

* *

L'assurance complémentaire en santé constitue aujourd'hui un élément important de l'accès aux soins en particulier dans les secteurs de liberté tarifaire non régulés par l'assurance de base. Il importe donc d'en généraliser l'accès. Dans cette perspective, la voie professionnelle mise en œuvre par la transposition de l'ANI devrait permettre de couvrir des populations qui ne l'étaient pas, selon des logiques de mutualisation plus affirmées. Il convient cependant de porter une grande attention aux populations modestes qui ne seront pas protégées par des garanties collectives. Les aides publiques devraient être prioritairement dirigées vers ces personnes pour leur permettre de disposer d'une couverture complémentaire de qualité sans que leur taux d'effort ne soit excessif.

Pour autant, en raison de ses principes de fonctionnement et des effets qu'elle produit, l'AMC ne peut jouer le même rôle de solidarité des biens portants envers les malades que le socle obligatoire.

Des transferts de dépenses plus massifs de l'AMO vers l'AMC remettraient en cause la protection sociale dans ses principes, en créant des inégalités d'accès aux soins que les pouvoirs publics s'efforceraient ensuite de corriger. C'est pourquoi, comme l'a constamment rappelé le Haut conseil, le maintien d'un système de protection sociale maladie de qualité, fondé sur la solidarité, repose avant tout une mobilisation des nombreux gisements d'efficience du système.

Dans cet objectif, une meilleure articulation de l'AMC et de l'AMO est souhaitable et possible, en utilisant les leviers spécifiques des complémentaires dans les champs où elles peuvent être efficaces et en renforçant les caractéristiques de responsabilité et de solidarité des assurances complémentaires qui adhèrent à ces valeurs.

²⁸² Il existe d'autres cas, dans le domaine médical, où le consentement du patient est demandé. Il serait peut-être judicieux que ces cas soient recensés et les moyens de recueillir ce consentement harmonisés.

TROISIEME PARTIE :

Les dépenses de santé à moyen et long terme

TROISIEME PARTIE

Les dépenses de santé à moyen et long terme

Avis du HCAAM

Le HCAAM a pris acte des projections à long terme (horizon 2060) des dépenses de santé et d'assurance maladie qui contribueront à l'analyse par le HCFIPS des conditions de retour à l'équilibre de l'ensemble des régimes de protection sociale, conformément à la lettre de saisine du Premier ministre du 6 novembre 2012.

Il en souligne l'intérêt, tout en relevant l'importance dans les résultats des conventions adoptées dans la modélisation des dépenses de santé et des recettes publiques. Par nature, celle-ci ne pouvait rendre compte de la complexité des effets de la richesse nationale sur les dépenses de santé. Par ailleurs, l'exercice est entouré de grandes incertitudes (état de santé de la population et évolutions macroéconomiques d'ici 2060), des scénarios de rupture induits par des crises démographiques ou économiques n'ayant pas été envisagés et a fortiori modélisés.

Le Haut conseil inscrit cet exercice dans la continuité des travaux qu'il a antérieurement menés et son avis dans le prolongement de celui du 22 mars 2012 sur l'avenir de l'assurance maladie.

1 La croissance des dépenses de santé est spontanément plus rapide que celle du produit intérieur brut, ce qui contribuerait à accroître le déficit public des régimes obligatoires à l'horizon 2060

Sans surprise, le poids des dépenses de santé dans la richesse nationale augmenterait en l'absence d'actions de maîtrise publique et à réglementation inchangée. Selon les projections effectuées sur le champ de réflexion du HCAAM, les dépenses totales (remboursées ou non) passeraient de 10,3% du PIB en 2011 à 13,1% en 2060, soit une croissance de 2,8 points. Les dépenses remboursées par les régimes obligatoires progresseraient quant à elles de 2,3 points sur la même période (8,1% à 10,4% en 2060). Ces augmentations traduisent l'« écart de pente » spontané entre l'augmentation de la richesse nationale et celle des dépenses de santé, ce qui conduirait à taux de prise en charge inchangé par catégorie de population à un accroissement du déficit public des régimes d'assurance maladie obligatoires, qui passerait de 0,3% du PIB en 2014 à 2,4% en 2060.

Conformément à ses observations antérieures (rapport du 22 avril 2010 « Vieillesse, longévité et assurance maladie »), le HCAAM note que le vieillissement démographique, projeté sur la période à partir des estimations de l'INSEE, n'occupe qu'une part relativement modeste dans la progression attendue des dépenses de santé (contribution de 0,5 point environ jusqu'en 2040). Après 2040, les contraintes sur le système devraient être encore moins fortes, avec le moindre vieillissement de la société française.

Il remarque qu'à l'inverse, le progrès technique et l'organisation des soins apparaissent comme des contributeurs importants de la dépense de santé dans les projections spontanées réalisées. Pour autant, il observe que le progrès technique, évidemment souhaitable car il accroît la qualité et la performance des soins, devrait pouvoir se traduire par des économies, à condition que l'organisation des soins puisse accompagner les sauts technologiques et en tirer les conséquences.

Il souligne que l'évaluation de l'impact du progrès technique tient aux conventions du modèle, étayées par les travaux internationaux. Le Haut conseil souhaite, en conséquence, un approfondissement de la réflexion

sur ce point, incluant une analyse rétrospective de la façon dont le progrès technique a été anticipé ou subi par l'offre de soins.

Le HCAAM relève que les variantes économiques moins favorables à long terme aboutissent à un ralentissement des dépenses de santé sur la période considérée et donc à une réduction des déficits publics. Il observe que ce constat ne vaut pas à court terme, le ralentissement de la croissance entraînant parallèlement une chute brutale des recettes de la branche et une dégradation du solde public, en raison de l'inertie à court terme des dépenses de santé.

2 Pour parvenir à terme à l'équilibre des régimes d'assurance maladie sans accroissement des prélèvements publics ni baisse des taux de prise en charge des soins nécessaires, le HCAAM réaffirme l'impérieuse nécessité d'une maîtrise des dépenses de santé, mobilisant les nombreux gisements d'efficience du système de soins

En premier lieu, le HCAAM réaffirme que l'accroissement du déficit public ne saurait être une réponse pertinente à celui des dépenses d'assurance maladie tirées par les dépenses de santé : un endettement supplémentaire conduirait à faire financer par les générations futures les dépenses de soins des malades d'aujourd'hui dans le contexte déjà très préoccupant d'une dette sociale importante. La gestion à l'équilibre des régimes d'assurance maladie est pour le Haut conseil un objectif impératif.

En second lieu, le HCAAM remarque que le levier d'une augmentation des prélèvements obligatoires, pour adapter les recettes des régimes d'assurance maladie à une évolution de la dépense de santé plus dynamique que la richesse nationale, s'il était seul utilisé, impliquerait en 2020, dans le scénario central, une augmentation de 0,7 point (soit 1,2 point de CSG) des prélèvements obligatoires au bénéfice de la branche maladie. Ces prélèvements, qui s'ajouteraient à ceux déjà importants d'aujourd'hui, s'effectueraient, en outre, au détriment d'autres grands besoins sociaux qui peuvent d'ailleurs avoir un rôle important dans la promotion de la santé. Il note encore que, le déficit se reconstituant ensuite, la hausse des prélèvements devrait se poursuivre au même rythme au moins jusqu'en 2040.

Enfin, il relève que la diminution des taux de prise en charge publique des dépenses de santé nécessaire à un retour à l'équilibre (moins 6,4 points en 2020) impliquerait un changement systémique majeur, si ce seul levier était mobilisé. Cette déprise de l'AMO aurait de forts impacts soit sur certains soins soit sur certains publics, sapant les logiques de solidarité universelle entre bien-portants et malades qui fondent le système. Le transfert massif des dépenses non prises en charge par les régimes obligatoires vers les complémentaires, dont les principes de fonctionnement et de financement ne reposent pas sur les mêmes principes de solidarité que la protection obligatoire, conduirait en tout état de cause à des inégalités d'accès aux soins.

Conformément à ses positions antérieures, le HCAAM préconise une maîtrise énergique et permanente des dépenses de santé, mobilisant les nombreux gisements d'efficience du système de soins de façon à rendre compatible la croissance des dépenses de santé avec celle de la richesse nationale. Le HCAAM réaffirme que des économies sont possibles sans porter atteinte à la qualité des soins et même en l'améliorant (cf. rapport annuel 2010).

Cette voie est exigeante et suppose des efforts permanents et cumulés : quand bien même, l'équilibre du système serait atteint en 2020, le modèle montre que le déficit serait reconstitué en 2030.

Cependant, cette voie est possible sans régression sociale ou sanitaire, comme le suggère une comparaison du niveau de dépenses de santé atteint en France en 2013 avec celui d'autres pays industrialisés.

Les pistes de l'efficience des dépenses de santé ont été tracées. Elles passent par la meilleure organisation de la médecine de premier recours afin de répondre en particulier au défi des maladies chroniques, par l'articulation entre la ville et l'hôpital afin d'éviter les séjours inadéquats, par la coordination entre les professionnels de santé et sociaux et au total, par la mise en place de parcours de santé coordonnés. A cette fin, la mise à disposition de données de santé est nécessaire. Ces pistes supposent également la définition pertinente du périmètre du panier de soins, incluant la prévention, ainsi que le respect de son bon usage. Elles impliquent enfin une gouvernance plus efficace de l'ensemble du système de soins tant au niveau central que territorial afin de rendre plus efficiente la régulation.

Plus fondamentalement, cette recherche de l'efficience impliquera de relever le défi de la transformation de certaines dépenses de santé devenues maintenant inadéquates au profit d'autres besoins actuellement peu ou mal couverts. Elle pourrait constituer un changement profond des paradigmes du système qui questionneront les équilibres « actuels entre les libertés et les contraintes tant des soignants que des malades », ainsi que le HCAAM le soulignait en mars 2012.

Le HCAAM insiste sur l'urgence du passage à l'acte au regard des déficits accumulés et de l'évolution démographique en cours. Les pistes d'un tel effort susceptible d'inscrire l'avenir de l'assurance maladie dans un projet porteur de sens au regard de ses principes fondateurs doivent aujourd'hui être concrétisées par une stratégie inscrite dans le temps et posant des choix éclairés par un débat public. Telle doit être l'ambition de la stratégie nationale de santé, définie par les pouvoirs publics, qui se déploiera sur plusieurs années et dont tous les effets ne seront pas immédiats.

TROISIEME PARTIE

Les dépenses de santé à moyen et long terme

Étude du HCAAM

Introduction	246
1. Champ et méthodologie des projections « spontanées » des dépenses de santé	247
1.1 Champ de la projection.....	247
1.2 Période de projection	248
1.3 Méthode de projection des scénarios « spontanés ».....	248
a) Dépenses totales et dépenses publiques	248
b) Recettes publiques.....	248
1.4 Hypothèses retenues	249
a) Le scénario démographique de l'INSEE	249
b) Les scénarios macroéconomiques : les évolutions du PIB.....	252
c) Les hypothèses d'élasticité des dépenses individuelles de santé au PIB par personne..	254
d) Les hypothèses d'évolution de l'état de santé	255
1.5 Définition des scénarios du HCAAM : 9 projections, d'inégale importance.....	256
2. Résultats des projections « spontanées »	258
2.1 Le scénario de référence.....	258
2.2 Sensibilité des résultats aux hypothèses retenues.....	261
a) L'hypothèse d'élasticité des dépenses individuelles au PIB par personne est déterminante dans l'augmentation des dépenses de santé	261
b) Les résultats diffèrent relativement peu selon les hypothèses d'évolution de l'état de santé.....	262
c) Paradoxalement, plus l'environnement économique est favorable, plus le solde est dégradé	263
3. Arbitrage entre les leviers de retour à l'équilibre du financement du système d'assurance maladie	266
3.1 Atteindre l'équilibre en 2020.....	266
3.2 Le retour des déficits après 2020 si les efforts ne sont pas poursuivis	268
Annexe 1 Modèle de projection de la consommation de soins et de bien médicaux - le modèle PROMEDE de la direction générale du Trésor	272
Annexe 2 Note de méthodologie de la DREES - La projection des dépenses de santé des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2060.....	272
Annexe 3 Calcul des contributions à l'évolution des dépenses de santé.....	273

Introduction

La feuille de route établie à l'issue de la grande conférence sociale des 9 et 10 juillet 2012 identifie trois chantiers prioritaires pour la consolidation du système de protection sociale : concertation sur ses priorités, élargissement et diversification de ses sources de financement et meilleure régulation des dépenses.

Le Premier ministre a saisi, le 6 novembre 2012, le Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) d'une demande d'analyse et de préconisations sur le retour et le maintien à l'équilibre des régimes de protection sociale, la clarification de leurs financements et la diversification de leurs ressources.

S'agissant du premier point, le Premier ministre a demandé que les travaux soient conduits en lien avec les instances de concertation existantes : Conseil d'orientation des retraites, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Haut conseil de la famille.

Pour répondre à cette saisine, comme le Conseil d'orientation des retraites (COR) et le Haut conseil de la famille (HCF), le HCAAM a lancé un exercice de projections à moyen et long terme. Ces travaux ont été réalisés avec la direction générale du Trésor, l'INSEE, la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la CNAMTS, réunis au sein d'un groupe technique.

Cet exercice, qui permet de quantifier des scénarios d'évolutions des dépenses totales de santé et de celles financées par la solidarité nationale, s'inscrit dans le droit fil d'une préoccupation permanente du HCAAM, qui s'est toujours prononcé pour une gestion à l'équilibre de l'assurance maladie, rappelant notamment dans son avis de mars 2012 que « c'est une question de bonne gestion, mais c'est aussi une question de sens de notre projet commun de solidarité : ce sont les bien-portants d'aujourd'hui qui doivent être solidaires des malades d'aujourd'hui ».

La démarche proposée pour l'analyse des projections répond à cette exigence. Elle est menée en deux temps.

Dans un premier temps, des projections « spontanées » sont réalisées, c'est-à-dire qu'elles n'incorporent pas de mesures de redressement des comptes publics. Après avoir présenté le champ et la méthodologie adoptée pour élaborer les projections « spontanées » (I), la note fournit les résultats de ces projections « spontanées » (scénario de référence et variantes) (II) : en effet, compte tenu de l'importance de l'incertitude entourant par nature ce type d'exercice, plusieurs scénarios « spontanés » ont été construits de façon à mesurer l'impact sur les résultats des hypothèses retenues.

Dans un second temps (III), sont évaluées les différentes voies théoriques de retour à l'équilibre que sont la hausse des prélèvements publics, la diminution du taux de prise en charge publique des dépenses de santé et l'infléchissement de la croissance des dépenses totales de santé. La présentation retenue permet de poser les termes de l'arbitrage entre ces différentes voies, en formulant des préconisations du HCAAM.

Le présent exercice est fondé sur les dernières prévisions macroéconomiques disponibles, mises à jour en octobre 2013.

1. Champ et méthodologie des projections « spontanées » des dépenses de santé

L'exercice de projection porte à la fois sur les dépenses totales de santé, les dépenses financées par la solidarité nationale (dépenses publiques), les recettes publiques et le solde entre ces recettes et les dépenses publiques.

Ces projections couvrent la période 2011-2060, avec un pas annuel. Elles sont réalisées en euros constants 2011 et présentées en points de PIB sauf mention contraire.

1.1 Champ de la projection

Le « **champ HCAAM** » des dépenses de santé recouvre :

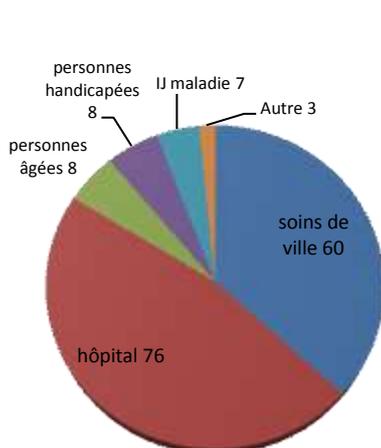
- la consommation de soins et biens médicaux (CSBM), c'est-à-dire les soins de ville et l'hôpital, correspondant au champ des régimes obligatoires d'assurance maladie,
- les dépenses consacrées aux personnes âgées ou handicapées, relevant de l'assurance maladie (ONDAM médico-social) ou d'un financement par la CNSA (OGD hors ONDAM) ;
- les indemnités journalières (IJ) maladie versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie²⁸³ ;
- d'autres dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie d'une moindre ampleur, incluant :
 - les dotations aux fonds inclus dans l'ONDAM,
 - la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé,
 - les soins des Français à l'étranger,
 - les prestations médico-sociales spécifiques, financées par l'assurance maladie en dehors du champ de la CNSA.

Les dépenses de santé liées aux accidents du travail et maladies professionnelles (dont les indemnités journalières liées à ces motifs) sont exclues du champ retenu, de même que les indemnités journalières de maternité/paternité.

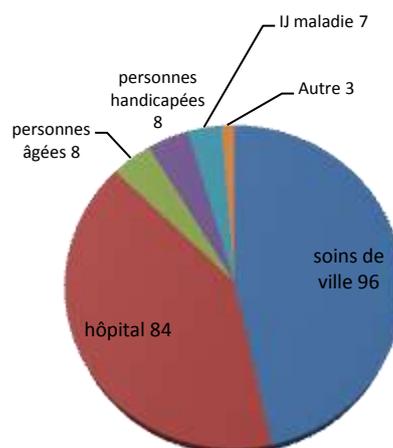
Ce périmètre recouvre le champ sanitaire et l'ensemble des dépenses médico-sociales, en particulier celles concernant les personnes âgées en perte d'autonomie, et diffère donc du compte de l'ensemble des régimes de base de l'assurance maladie.

Graphique 24 Périmètre des projections de dépenses du HCAAM (2011, Mds €)

Dépenses publiques de santé : 162 Mds €



Dépenses totales de santé : 206 Mds €



Source SG du HCAAM

²⁸³ Comme dans les comptes de la santé de la DREES, les IJ versées par les employeurs ne sont pas prises en compte.

Les dépenses totales correspondent aux dépenses publiques, à celles remboursées par les assurances complémentaires et celles restant à la charge des ménages. Leur projection est nécessaire pour pouvoir examiner deux des trois leviers de retour à l'équilibre du solde public que sont l'inflexion de la croissance des dépenses totales de santé et la diminution du taux de prise en charge publique des dépenses de santé.

Les recettes publiques prises en compte correspondent à la somme des financements associés aux dépenses publiques du champ considéré. Il s'agit au point de départ de la projection, d'une part des recettes des régimes d'assurance maladie, calculées au prorata des dépenses prises en compte dans le champ HCAAM, et d'autre part des financements de l'OGD hors ONDAM.

1.2 Période de projection

Le présent exercice prend 2011 à 2014 comme années de base en se fondant sur les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2013. L'exercice de projection porte donc en fait sur la période 2015-2060. Pour la période 2015-2017, les évolutions prévues dans la loi de programmation des finances publiques de 2012²⁸⁴ recouvrent des mesures non totalement définies : elles ne peuvent donc pas être prises en compte dans les scénarios « spontanés » mais seront comparées aux trajectoires de retour à l'équilibre.

Des résultats intermédiaires, en 2020, 2030 et 2040, sont examinés.

1.3 Méthode de projection des scénarios « spontanés »

La méthode de projection diffère selon les agrégats.

a) Dépenses totales et dépenses publiques

La méthode de projection retenue se situe entre une modélisation macroéconomique (qui estime globalement l'ensemble des dépenses de santé en fonction de variables macroéconomiques), utilisée par l'OCDE notamment, et une approche microéconomique (qui projette les dépenses de santé individu par individu en fonction de leurs caractéristiques).

Schématiquement, notre méthode, présentée en annexes 1 et 2, repose sur la projection des dépenses de santé, totales et publiques, détaillée par groupes de personnes aux caractéristiques semblables. Ainsi, l'ensemble de la population est divisé en 168 groupes, fonction de l'âge, du sexe, du statut au regard de l'ALD et de la proximité de la date du décès.

Cette méthode est analogue à celle adoptée par l'Union européenne. Elle présente néanmoins la particularité de reposer sur des données originales pour caractériser l'état de santé des personnes (cf. infra les hypothèses sur l'évolution de l'état de santé).

Elle suppose de faire des hypothèses sur les déterminants de la dépense de santé, que sont la démographie, les évolutions macroéconomiques notamment celles du PIB, l'élasticité des dépenses individuelles de santé au PIB par personne et l'évolution de l'état de santé, en plus ou moins bonne santé.

b) Recettes publiques

Dans les scénarios « spontanés », les recettes publiques sont supposées évoluer comme le PIB sur la période de projection.

Selon cette hypothèse, le poids dans le PIB des prélèvements consacrés au financement des dépenses publiques de santé reste inchangé. Il ne s'agit donc pas d'une projection à législation constante (réalisée par ailleurs par la DSS), mais plutôt à rendement constant, en tenant compte de la croissance économique.

Ce choix d'une évolution conforme au PIB s'inscrit dans la continuité des réflexions du HCAAM. Celui-ci estimait en effet dans son rapport annuel de 2010 « L'assurance maladie face à la crise : Eléments d'analyse » que la croissance des ressources publiques consacrées à l'assurance maladie doit être toujours

²⁸⁴ Loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017.

confrontée à celle de la richesse nationale mesurée par le PIB en raison d'une contrainte absolue de partage de la richesse collective entre différentes fonctions d'utilité collective, l'assurance maladie n'en étant qu'une parmi beaucoup d'autres (p. 44). Quand le HCAAM insiste dans ce même rapport sur l'action sur « l'écart de pente », il s'agit de l'écart entre la pente d'évolution spontanée des dépenses totales de santé et celle du PIB.

A législation constante, l'évolution des recettes peut certes s'écarter de celle du PIB. On considère donc implicitement que dans les scénarios « spontanés » le régulateur ajusterait les recettes pour rendre leur évolution globale conforme à celle du PIB, de façon à ne pas augmenter ou réduire la place de l'assurance maladie au sein de l'ensemble des fonctions d'utilité collective.

Cette hypothèse peut légèrement différer des travaux menés actuellement par le HCFiPS qui est amené, dans un exercice de projection couvrant l'ensemble de la protection sociale, à analyser les recettes, selon leur nature ou leur assiette pour fournir des préconisations sur l'évolution des modalités de financement de la protection sociale.

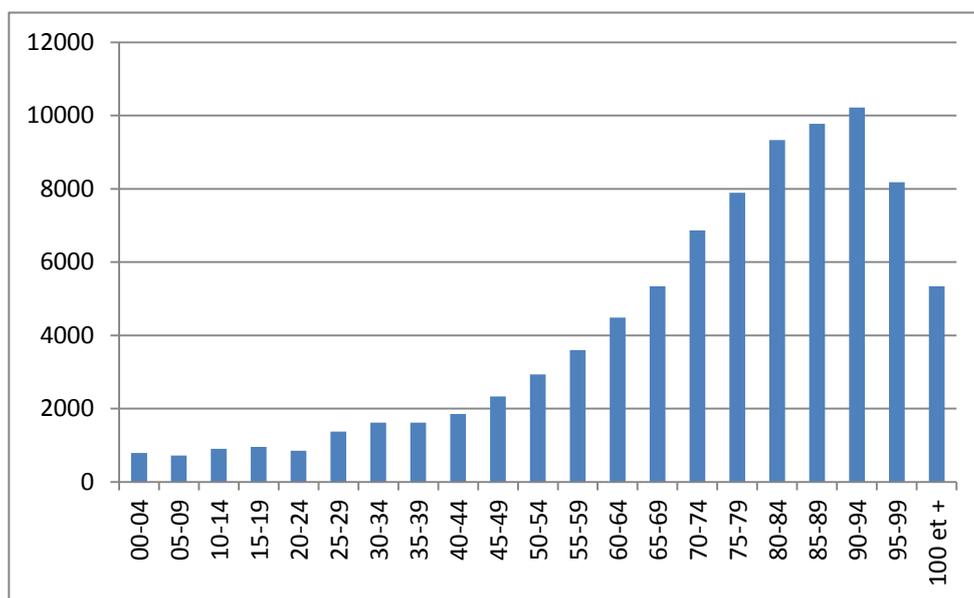
1.4 Hypothèses retenues

Comme mentionné plus haut, la méthode retenue suppose de faire quatre types d'hypothèses : relatives à la démographie, aux évolutions macroéconomiques, à l'élasticité des dépenses individuelles de santé au PIB par personne et à l'évolution de l'état de santé, plus ou moins optimiste.

a) Le scénario démographique de l'INSEE

Les évolutions démographiques jouent un rôle important dans les projections de dépenses de santé en raison de l'augmentation très marquée de ces dépenses avec l'âge.

Graphique 25 – Consommation de soins et biens médicaux par personne et par âge en 2011 (€)



Source DG Trésor

Note : Les plus faibles dépenses des personnes de 95 ans et plus s'expliquent par le fait qu'elles sont plus souvent en EHPAD, dont les dépenses de soins ne sont pas prises en compte dans ces données.

Les exercices de projection demandés aux Hauts conseils doivent s'appuyer sur le scénario central des dernières projections démographiques de l'INSEE, réalisées en octobre 2010.

Dans ce scénario, les tendances démographiques récentes sont supposées se maintenir. Le nombre d'enfant par femme est de 1,95 et le solde migratoire est fixé à +100 000 personnes par an. Il convient de noter que l'incertitude concernant les flux migratoires est particulièrement importante.

De même, l'évolution de l'espérance de vie résulte de la poursuite de la tendance à la baisse de la mortalité à l'œuvre entre 1988 et 2002, période durant laquelle les écarts de mortalité entre les sexes se sont réduits (baisse moins rapide de la mortalité des femmes). La canicule de 2003 a entraîné d'importantes fluctuations avec une forte mortalité en 2003 parmi les personnes âgées puis une faible mortalité les années suivantes. Il semble que les suites de la canicule aient abaissé durablement²⁸⁵ la mortalité des personnes âgées. Cet effet est pris en compte dans la tendance retenue.

Selon ces hypothèses, l'espérance de vie des femmes atteindrait 91,1 ans en 2060 contre 84,2 ans au dernier recensement, soit une hausse de 6,9 ans. Celle des hommes s'établirait à 86 ans en 2060, ce qui correspondrait à une augmentation de 8,8 ans (77,2 ans au dernier recensement²⁸⁶).

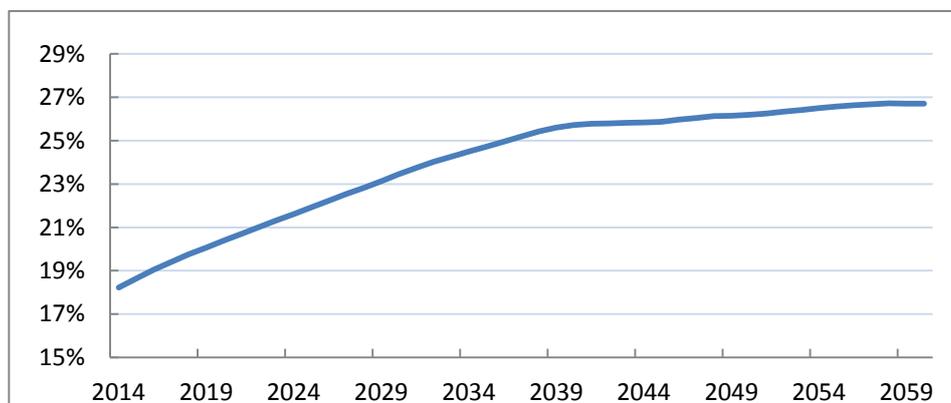
Il serait plus satisfaisant en principe d'anticiper les inflexions futures en analysant les diverses causes de mortalité (pathologies, comportement, conditions de vie, etc.). Toutefois, selon les démographes consultés par l'INSEE, les travaux menés en ce sens ne sont pas suffisamment concluants pour se substituer à la simple extrapolation des tendances passées.

L'INSEE établit aussi des projections sous des hypothèses alternatives de natalité, mortalité et migrations. L'institut indique que dans tous les cas de figure le vieillissement de la population est inéluctable. En effet, quelle que soit la variante retenue, la proportion de personnes de 60 ans ou plus dans la population sera toujours en forte hausse et supérieure à 30 % dès 2035.

Les projections de l'INSEE font apparaître un vieillissement de la population marqué et continu jusqu'en 2040 qui tend à se stabiliser par la suite.

En effet, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus augmente régulièrement de 2011 à 2040 (de 17 % à 26 %) puis ne progresse quasiment plus de 2040 à 2060 (27 % en 2060).

Graphique 26 - Part des plus de 65 ans



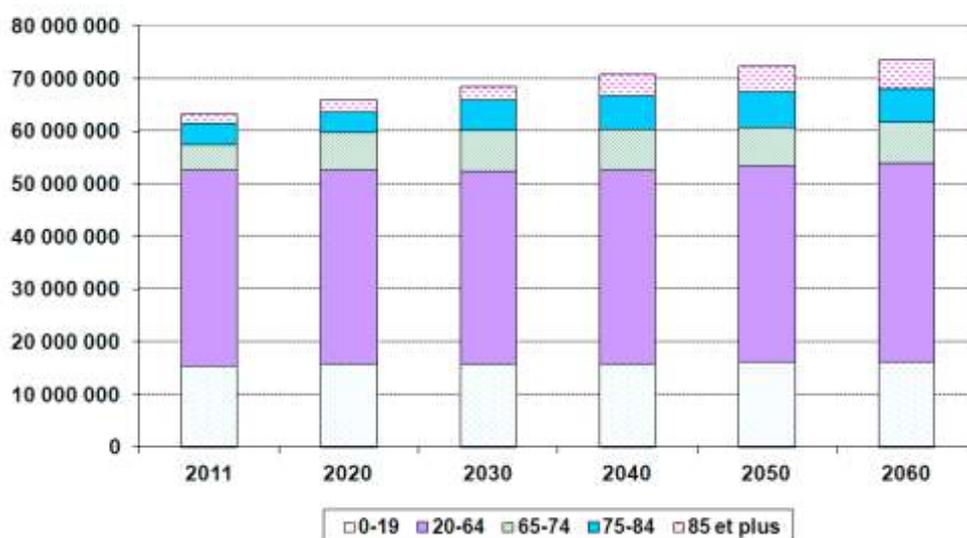
Source INSEE

²⁸⁵ Probablement du fait d'une amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées.

²⁸⁶ « Projections de population à l'horizon 2060 », INSEE Première n° 1320, 2010.

Graphique 27

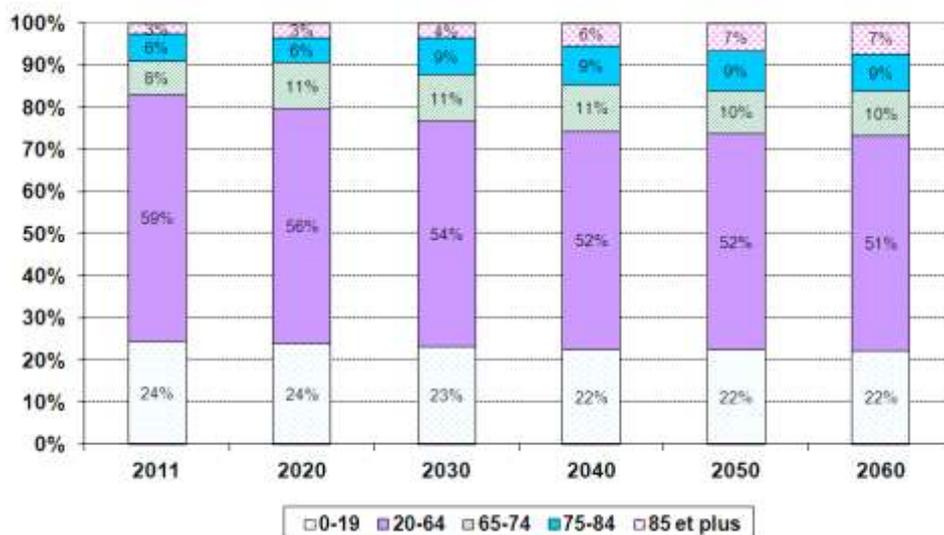
Evolution de la population par âge



Source INSEE

Graphique 28

Evolution de la structure par âge de la population



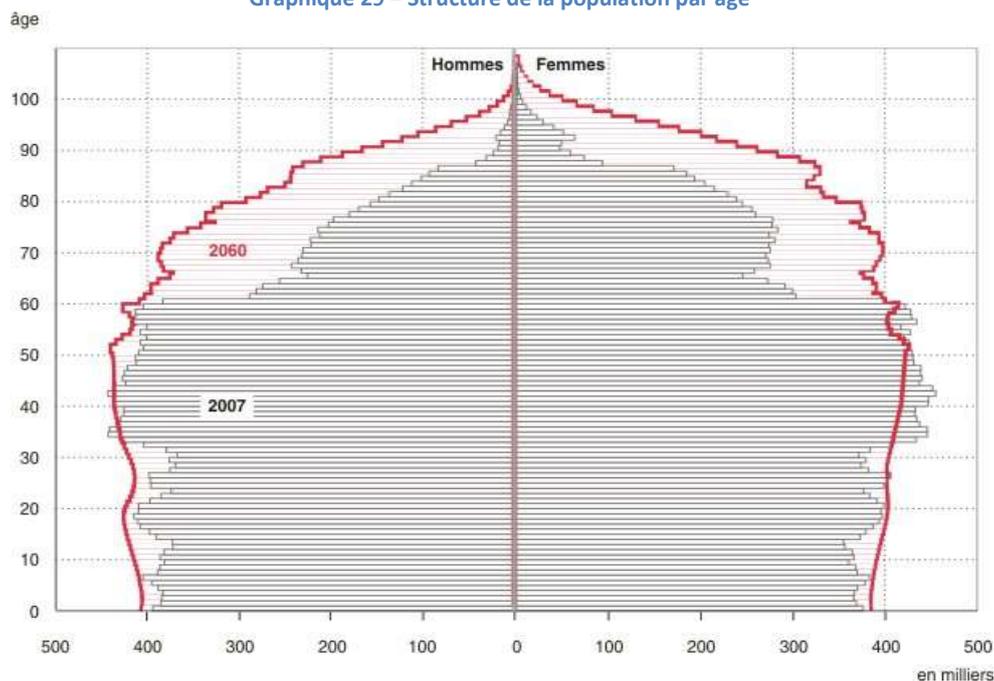
Source INSEE

La part des personnes âgées de 65 à 74 ans progresse d'abord, de 8 % à 11 % aux alentours de 2020, puis se stabilise. Celle des personnes âgées de 75 à 84 ans progresse de 6 % à 9 % en 2030 et se maintient ensuite à ce niveau. Enfin la proportion de personnes atteignant le grand âge (85 ans et plus) augmente significativement à partir de 2030, passant de 3 % actuellement à 6 % en 2040 et 7 % en 2060.

En 2060, la pyramide des âges serait très équilibrée. La marque des grands chocs démographiques (2^{ème} guerre mondiale et baby-boom) ne se ferait plus sentir à cette date.

En 2060, jusque 70 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes, les générations comportent environ 400 000 personnes. Au-delà, les effectifs baissent fortement d'un âge au suivant, ce qui donne à la représentation graphique sa forme pyramidale.

Graphique 29 – Structure de la population par âge



Source INSEE, projection de population à l'horizon 2060

b) Les scénarios macroéconomiques : les évolutions du PIB

Les projections ont été réalisées pour cinq scénarios macroéconomiques, qui sont ceux sur lesquels le COR a travaillé. Ces scénarios ont été révisés en octobre 2013 pour tenir compte des dernières informations disponibles.

Les évolutions du PIB sont identiques de 2012 à 2017 dans tous les scénarios : il s'agit des évolutions associées au projet de loi de finances pour 2014.

Dans les modèles macro-économiques, la croissance à long terme résulte des évolutions de la productivité du travail et de l'emploi. L'évolution de l'emploi résulte elle-même de celle de la population active (population en âge de travailler en emploi ou au chômage) et du taux de chômage.

La population active est projetée par l'INSEE sur la base du scénario démographique central de l'INSEE (qui fournit la population en âge de travailler). Le scénario de population active étant commun à tous les scénarios, les scénarios examinés diffèrent en raison des hypothèses relatives à la croissance productivité du travail et au taux de chômage.

Les hypothèses relatives à l'évolution annuelle à long terme de la productivité du travail varient de +2,0 % à +1,0% et celles du taux de chômage à long terme de 4,5 % à 7,0 %. La croissance à long terme du PIB se situerait entre +1,1% et +1,9 % par an.

Tableau 40 – Scénarios macroéconomiques

	Croissance annuelle de la productivité du travail à long terme	Taux de chômage à long terme	Croissance du PIB à long terme
Scénario A	1,8 %	4,5 %	1,9 %
Scénario B	1,5 %	4,5 %	1,7%
Scénario C	1,3 %	7,0 %	1,4%
Variante A'	2,0 %	4,5 %	2,1 %
Variante C'	1,0 %	7,0 %	1,1%

La construction du modèle implique que la croissance du PIB augmente rapidement dès le début de la période de projection car elle bénéficie à la fois de l'amélioration de la productivité du travail et de celle de l'emploi. En effet, la croissance de la productivité passe d'un rythme proche de zéro actuellement à son rythme de long terme, nettement plus élevé dans tous les cas. De plus, la diminution du taux de chômage alimente l'évolution de l'emploi de l'ensemble de l'économie. La date de « bascule » dans le régime de croissance à long terme n'est pas la même pour tous les scénarios : elle se situe entre 2025 et 2030.

Scénario A

Dans le scénario A, la productivité du travail à long terme retrouve le rythme qu'elle avait en moyenne entre le début des années 1990 et avant la crise (+1,8 %). L'économie est supposée parvenir au plein emploi, correspondant à un taux de chômage de 4,5 % qu'on peut considérer comme frictionnel. Ce succès serait dû à une politique de réformes.

Scénario B

Le scénario B ne remet pas en cause l'hypothèse de retour au plein emploi mais suppose que les gains de productivité du travail ne retrouvent pas leur tendance de longue période. Ils seraient de 1,5 % en moyenne par an, soit le rythme des années 2000 jusqu'au déclenchement de la crise.

Scénario C

Selon le scénario C, la crise aurait durablement amoindri le potentiel de l'économie française : les gains de productivité du travail à long terme seraient inférieurs à ceux des scénarios précédents (+1,3 % en moyenne par an) et le taux de chômage ne parviendrait pas à diminuer en deçà de 7,0 %.

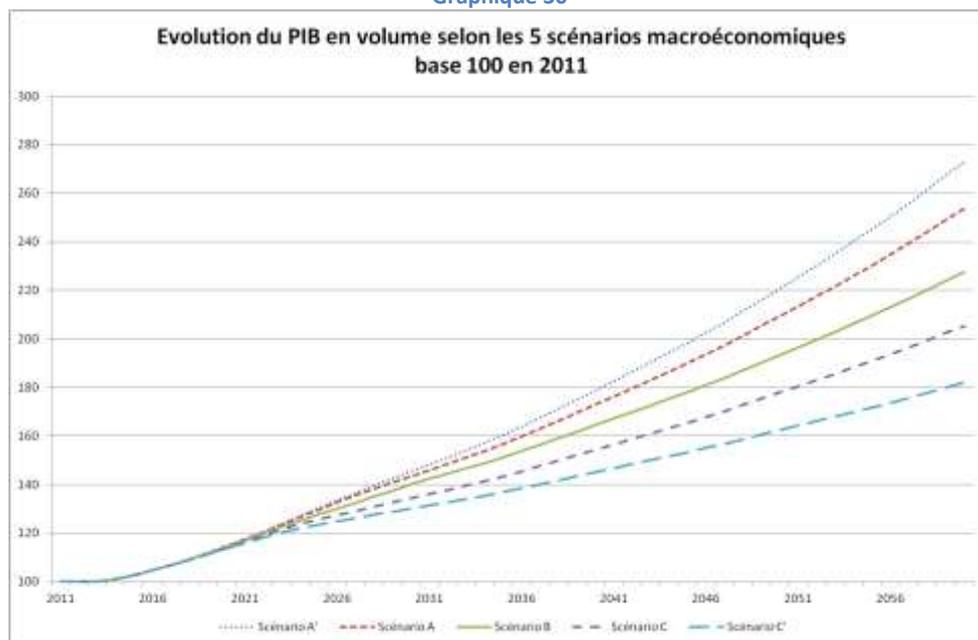
Variante A' et C'

Les variantes A' et C' reprennent les scénarios A et C respectivement mais en supposant des évolutions de la productivité du travail plus contrastées. Dans la variante A', la productivité du travail augmente davantage que dans le scénario A (+2,0 % au lieu de +1,8 %). Dans la variante C', elle progresse moins que dans le scénario C (+1,0 % au lieu de +1,3 %).

Ces hypothèses supposent que le chômage de masse a disparu (taux de chômage à 4,5 %) ou qu'il s'est très sensiblement réduit (taux de chômage stabilisé à 7,0%)²⁸⁷. La persistance d'un chômage très élevé, tel que celui que nous connaissons depuis une trentaine d'années, au cours des prochaines décennies conduirait à des modifications profondes de notre société qui nécessiteraient un changement de paradigme et des régulations différentes.

²⁸⁷ Depuis 1985, le taux de chômage ne s'est approché de 7,0 % qu'une seule fois, au premier trimestre 2008 où il a atteint 7,1 %.

Graphique 30



Source COR, traitement SG du HCAAM

Compte tenu de l'identité des trajectoires de 2012 à 2017, les écarts de niveau de PIB entre les scénarios sont négligeables en 2020 et ils augmentent au cours du temps pour atteindre un écart massif en 2060, ce qui traduit le degré d'incertitude de ces projections. Le niveau du PIB à cette date pour le scénario le plus favorable (A') représente une fois et demie le niveau du PIB dans le scénario le moins favorable (C'), ce qui représente un écart considérable.

En 2030, l'écart entre les scénarios extrêmes n'est que de 10 % environ et en 2040 de 25 %.

En conséquence, le Haut conseil s'attache davantage aux projections à des horizons plus courts que 2060, notamment à 2020 et 2030.

c) Les hypothèses d'élasticité des dépenses individuelles de santé au PIB par personne

L'hypothèse d'élasticité des dépenses individuelles de santé au PIB par personne est cruciale : elle consiste à chiffrer la réaction des dépenses de santé individuelle au PIB par personne. Ce paramètre est censé prendre en compte l'effet du progrès technique, des modifications d'organisation des soins et du revenu²⁸⁸ sur les dépenses individuelles de santé. Deux hypothèses ont été retenues :

- Selon la première, d'une année sur la précédente, les dépenses totales de santé par personne augmentent de 30 % de plus que le PIB par personne au début de la période de projection. Elles évoluent comme le PIB par personne en fin de période de projection. Autrement dit, l'élasticité des dépenses de santé par personne au PIB par personne est de 1,3 au départ de la projection et converge vers 1 en fin de période de projection. L'élasticité de 1,3 en début de période est fondée sur des estimations économétriques menées sur le passé (cf. annexe 1). Elle correspond à des ordres de grandeur couramment admis²⁸⁹. La convergence vers 1 en fin de période repose sur l'hypothèse d'un ralentissement de l'innovation médicale et une conversion vers des innovations qui réduisent les coûts.

Cette hypothèse est celle de l'Union Européenne dans le cadre de ses travaux du groupe de travail « Vieillesse » (« Ageing Working group risk scenario »). La référence aux projections de l'UE permet

²⁸⁸ Il s'agit à la fois du revenu des individus et des ressources que la nation consacre aux dépenses de santé.

²⁸⁹ Un calcul rapide montre qu'une élasticité de 1,3 est cohérente avec des ordres de grandeur couramment utilisés, c'est-à-dire des dépenses de santé qui augmentent spontanément (c'est-à-dire avant mesure éventuelle de régulation) de 4 % en valeur par an et un PIB croissant de 3 %, dont 1,75 % de hausse de prix et 1,25 % de croissance en volume.

un ancrage sur des travaux validés par ailleurs et évite de créer une nouvelle hypothèse, par nature critiquable. La possibilité de faire des comparaisons est en outre un avantage.

- Selon la seconde hypothèse, les dépenses de santé par personne évoluent parallèlement au PIB par personne (hypothèse d'élasticité unitaire). Elle est envisagée à seule fin de tester les effets de la première.

d) Les hypothèses d'évolution de l'état de santé

L'originalité de la démarche qui a été adoptée pour les projections du HCAAM, par rapport à la méthode de l'Union européenne²⁹⁰, réside dans la façon dont est prise en compte l'évolution de l'état de santé.

Pour les personnes dont les dépenses de santé ne relèvent pas du secteur médico-social, l'état de santé est caractérisé par deux variables :

- le fait d'être en ALD ou non,
- le niveau de dépenses de santé des personnes qui ne sont pas en ALD (en effet, ces personnes peuvent être en plus ou moins bonne santé, ce que reflètent les écarts de niveau de leurs dépenses).

Pour les personnes dont les dépenses de santé relèvent du secteur médico-social, l'état de santé dépend du niveau de dépendance :

- la part des personnes de 60 et plus en dépendance forte (GIR 1 et 2)
- la part des personnes de 60 ans et plus en dépendance faible (GIR 3 et 4)

En effet, le niveau de dépendance des personnes a un impact important sur leurs dépenses spécifiques de santé liées à la dépendance (seules prises en compte dans cet exercice).

Les hypothèses d'état de santé et de perte d'autonomie ont été faites de façon qualitativement cohérente mais elles ne sont pas quantitativement corrélées.

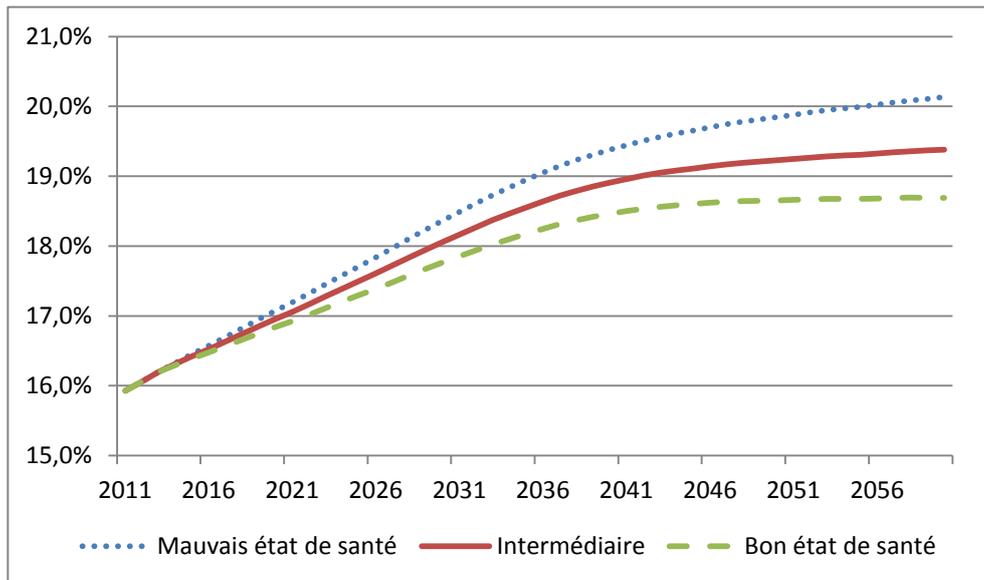
Trois hypothèses relatives à l'évolution de l'état de santé ont été faites :

- un vieillissement en bonne santé : il correspond à une amélioration de l'état de santé en phase avec l'allongement de l'espérance de vie, accompagnée d'une réduction modérée de la proportion de la population touchée par la dépendance faible (GIR 3 à 4) (5% des personnes de 60 ans et plus seraient dans ce cas en 2011 et 4,5 % en 2060) ;
- un vieillissement en mauvaise santé : il correspond à un état de santé futur identique à l'état de santé actuel malgré un allongement de l'espérance de vie, ce qui aboutit à une dégradation générale de l'état de santé. Parallèlement, la part des personnes faiblement dépendantes augmente sensiblement (7,9 % en 2060) ;
- une hypothèse intermédiaire, à mi-chemin entre les deux précédentes (6,3 % des personnes de 60 ans et plus seraient faiblement dépendantes en 2060).

Dans les trois hypothèses, la proportion de la population touchée par la dépendance forte (GIR 1-2) évolue de la même façon : elle est supposée un peu augmenter (de 2,7 % de la population de 60 ans et plus en 2011 à 3,1 % en 2060) du fait d'effets de composition de la population des 60 ans et plus, marqués à terme par une plus grande proportion de personnes d'âges élevés.

²⁹⁰ Dans le modèle européen, seul le niveau des dépenses de santé caractérise l'état de santé de la population.

Graphique 31- Part des personnes en ALD dans la population selon les hypothèses d'évolution de l'état de santé



Source DG Trésor

L'hypothèse de vieillissement en mauvaise santé, qui correspond au maintien des taux de personnes en ALD par âge au niveau de 2011, met en évidence l'effet du vieillissement de la population sur la prévalence des ALD. La part des personnes en ALD passerait d'environ 16 % en 2011 à plus de 20 % en 2060.

Dans l'hypothèse d'un vieillissement en bonne santé, la proportion de personnes en ALD ne serait que de 18,7 % en 2060. Elle serait de 19,4 % dans l'hypothèse intermédiaire.

En toute hypothèse, la part de la population en ALD progresse plus lentement à partir de 2040, en raison du ralentissement du vieillissement de la population à partir de cette date.

1.5 Définition des scénarios du HCAAM : 9 projections, d'inégale importance

Le croisement de toutes les hypothèses dans les différents domaines (1 scénario démographique, 5 scénarios macroéconomiques, 2 hypothèses d'élasticité des dépenses de santé au PIB, 3 hypothèses d'évolution de l'état de santé de la population) aboutirait à 30 scénarios, ce qui est évidemment excessif.

Aussi un scénario de référence a-t-il été choisi, autour duquel d'autres scénarios ont été construits de façon à évaluer la sensibilité du résultat de la projection aux hypothèses.

Le scénario de référence est défini de la façon suivante :

- Scénario macroéconomique : B (Hausse de la productivité du travail de +1,5 % par an et taux de chômage de 4,5 % conduisant à une hausse du PIB de 1,7 % par an à long terme)
- Hypothèse d'évolution de l'état de santé : intermédiaire
- Hypothèse d'élasticité des dépenses individuelles de santé au PIB par personne : celle retenue par l'UE, c'est-à-dire 1,3 en début de projection convergeant vers 1 en fin de période de projection.

De façon à mesurer l'impact des évolutions macroéconomiques, quatre autres scénarios ont été construits dans lesquels seul le scénario macroéconomique varie.

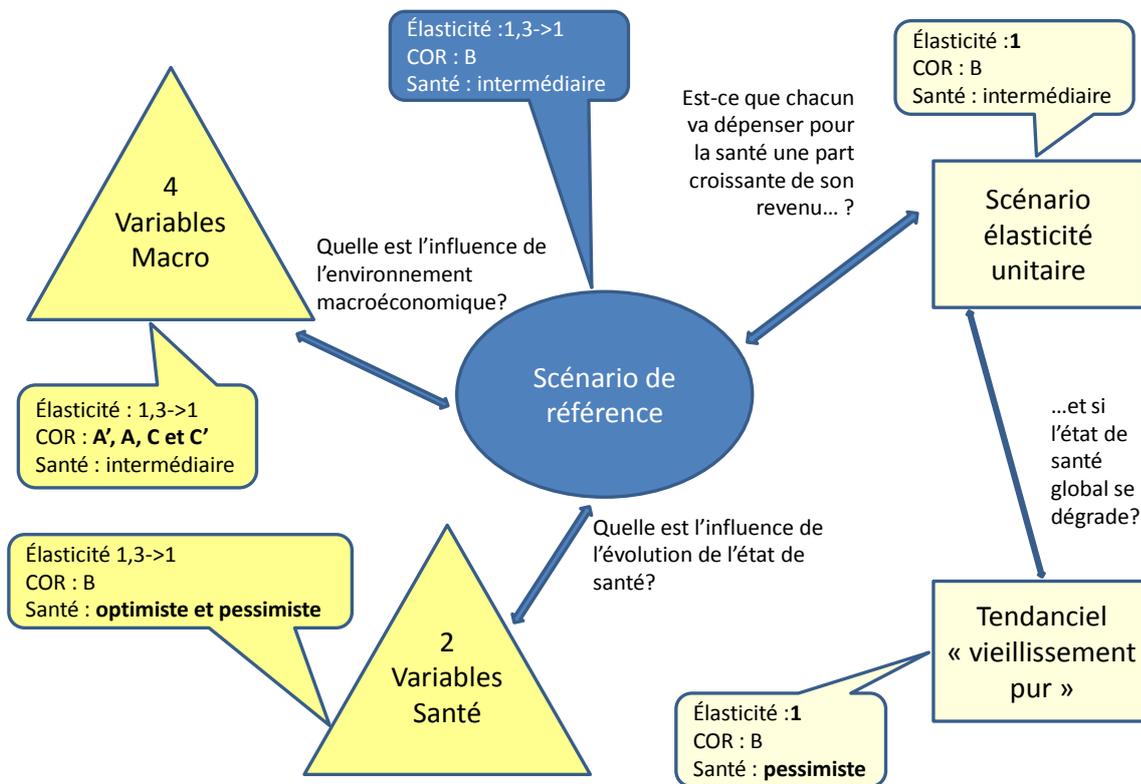
Dans la même optique, pour évaluer l'impact de l'évolution de l'état de santé, deux autres scénarios ont été élaborés : ils ne diffèrent du scénario de référence que par l'hypothèse de vieillissement.

Deux autres scénarios qui permettent d'interpréter les projections des scénarios précédents ont en outre été réalisés :

- Scénario d'élasticité unitaire des dépenses individuelles de santé au PIB par personne : la projection ne diffère du scénario de référence que par le fait qu'on suppose que cette élasticité est unitaire (les dépenses individuelles de santé évoluent comme le PIB par personne sur toute la période de projection).
- Scénario tendanciel : il se définit par la conjugaison du scénario macroéconomique B, par l'hypothèse d'élasticité unitaire des dépenses de santé au PIB et par une hypothèse de vieillissement en mauvaise santé. En fait seule la structure démographique change par rapport à la situation actuelle. C'est pourquoi il est aussi qualifié de scénario de « vieillissement pur ».

Le schéma ci-dessous illustre l'articulation de ces scénarios et les questions examinées en comparant chaque projection au scénario de référence :

Figure 1- Scénario de référence et variables



Source SG du HCAAM

2. Résultats des projections « spontanées »

2.1 Le scénario de référence

En 2011, les dépenses totales de santé du champ HCAAM représentaient 10,3 % du PIB et les dépenses remboursées 8,1 %. D'ici 2060, la part des dépenses totales de santé dans le PIB progresse de 2,8 points, atteignant 13,1 %. Celle des dépenses remboursées augmente de 2,3 points (10,4 % du PIB en 2060).

En ce qui concerne les recettes publiques, leur part dans le PIB passe de 7,7% en 2011 à 8,0 % en 2013 d'après les données de la Commission des comptes de la sécurité sociale de 2013. Par la suite, les recettes sont supposées évoluer comme le PIB : leur part dans le PIB reste donc stable, au niveau atteint en 2013, jusqu'en 2060.

Au total, le déficit augmente pendant toute la période, passant de -0,4 point de PIB en 2011 à -2,4 points en 2060. Sa hausse est sensible entre 2011 et 2020 (+0,3 point de PIB) puis s'accroît jusqu'en 2040. Le solde se dégrade à un rythme moins rapide à partir de cette date (-0,4 point en 20 ans, de 2040 à 2060, contre -1,4 point entre 2020 et 2040).

Afin de mieux percevoir l'ampleur concrète d'un déficit à une date éloignée, on peut masquer l'effet dû à la seule l'augmentation du PIB entre 2011 et cette date. On exprime alors le montant en « valeur équivalente de 2011 »²⁹¹. Selon cette présentation, dans le scénario de référence le déficit serait d'environ 14 Mds € en 2020, de près de 29 Mds € en 2030, il dépasserait 41 Mds € en 2040 et tendrait à se stabiliser en dessous de 49 Mds € en 2060.

Tableau 41 - Scénario de référence (en points de PIB sauf mention contraire)

	2011	2014	2020	2030	2040	2060
Dépenses totales	10,3 %	10,5 %	11,0 %	11,9 %	12,7 %	13,1 %
Dépenses remboursées	8,1 %	8,3 %	8,7 %	9,4 %	10,1 %	10,4 %
Recettes publiques	7,7 %	8,0 %	8,0 %	8,0 %	8,0 %	8,0 %
Solde public	-0,4 %	-0,3 %	-0,7 %	-1,4 %	-2,1 %	-2,4 %
Solde public en valeur équivalente 2011 (Md €)	-7,4	-5,2	-14,2	-28,8	-41,3	-48,6

Source SG du HCAAM

Des résultats proches des simulations internationales pour la France

Malgré des hypothèses (démographiques, macroéconomiques, notamment) et des méthodes différentes (champ des dépenses prises en compte et type de modélisation), ces résultats sont proches de ceux des simulations réalisées dans le cadre du groupe de travail « Vieillesse » (AWG – *risk scenario*) de l'UE, dont l'hypothèse d'élasticité est reprise dans le scénario de référence. Ils diffèrent plus significativement de la nouvelle projection de l'OCDE (hypothèse d'élasticité-revenu de 0,8 et effet du progrès technique sur la croissance 1,7%, qui converge vers 0 en 2060).

Tableau 42- Dépenses publiques de santé - comparaison avec les simulations internationales (en points de PIB)

	au départ	en 2060
sc référence HCAAM	8,1% (2011)	10,4 %
UE (AWG – risk sc.)	8% (2010)	10,1 %
OCDE 2013	8,5% (moyenne 2006-2010)	11,3 %

²⁹¹ Le calcul consiste simplement à multiplier le déficit en part de PIB d'une année par le PIB de l'année 2011.

La croissance des dépenses de santé ralentit progressivement

L'analyse de la croissance des dépenses totales de santé permet de distinguer 3 périodes : de 2015 à 2024, la croissance moyenne annuelle des dépenses de santé est la plus rapide (+3,0 %) ; elle s'infléchit ensuite jusqu'à 2040 (+2,4 %) et ralentit de nouveau entre 2040 et 2060 (+1,8 %). La croissance des dépenses remboursées suit le même profil de ralentissement progressif.

Durant la première période, 2015-2024, la croissance de la dépense totale de santé de +3,0 % par an s'explique par la croissance du PIB (+2,2 %), par le fait que les dépenses individuelles de santé augmentent plus rapidement que le PIB par personne (+0,4 point) et par l'effet du vieillissement de la population (+0,5 point) (cf. méthodologie en annexe 3).

On notera que l'estimation de l'effet du vieillissement sur les dépenses de santé est proche de celles citées par le HCAAM dans son rapport « Vieillissement, longévité et assurance maladie » de 2010 (0,4 à 0,5 point par an en projection). Ainsi, « l'effet de vieillissement démographique, sans être négligeable, se révèle d'une ampleur modeste ».

La croissance de la dépense totale de santé ralentit au cours de la deuxième période, 2025-2040, principalement en raison du ralentissement de la croissance inscrit dans le scénario B (+1,7 % après +2,2 %). Celui-ci s'explique par le fait que la croissance ne bénéficie plus du surcroît d'emploi lié à la réduction du chômage. La diminution de l'élasticité de la dépense individuelle de santé au PIB par personne joue un rôle plus modéré (sa contribution à l'évolution de la dépense de santé passe de 0,40 à 0,22 point), le vieillissement de la population ayant le même effet au cours des deux périodes (0,5 point).

Le nouveau ralentissement de la dépense totale de santé projeté pour la période allant de 2041 à 2060 provient essentiellement du moindre vieillissement de la population et dans une plus faible mesure par la nouvelle diminution de l'élasticité de la dépense individuelle de santé, dans un contexte où la croissance du PIB ralentit à peine.

Tableau 5 – Contribution à la croissance de la dépense totale (moyenne annuelle)

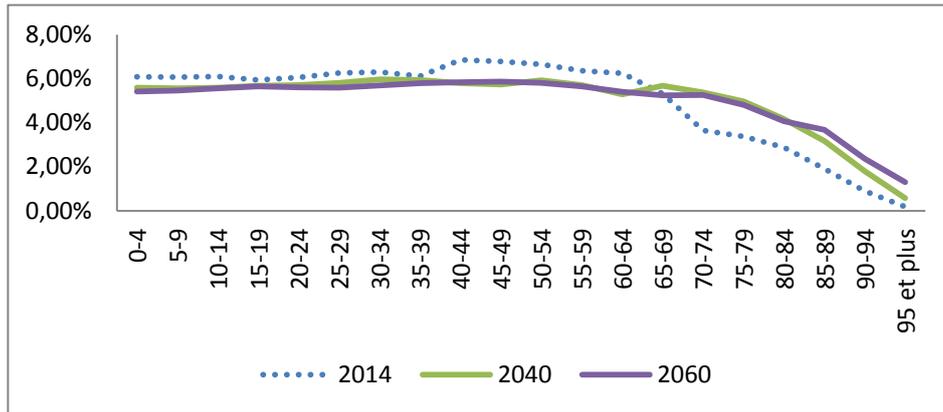
	2015 à 2024	2025 à 2040	2041 à 2060
Évolution de la dépense totale	3,03 %	2,40%	1,81%
Contribution du PIB	+2,17	+1,72	+1,63
Contribution de l'élasticité de la dépense ind.	+0,40	+0,22	+0,07
Contribution du vieillissement de la population	+0,51	+0,50	+0,14
Contribution du meilleur état de santé	-0,05	-0,04	-0,04

Source SG du HCAAM

Le constat global d'un ralentissement du vieillissement à partir de 2040 a été fait plus haut mais le graphique suivant met en évidence la dynamique démographique à trois dates charnières : 2014, 2040 et 2060.

Entre 2014 et 2040, la part des 40-64 ans diminue sensiblement tandis que celle des personnes plus âgées augmente nettement ; entre 2040 et 2060 en revanche, la structure de population par âge évolue peu.

Graphique 32 – Répartition de la population en tranches d'âge

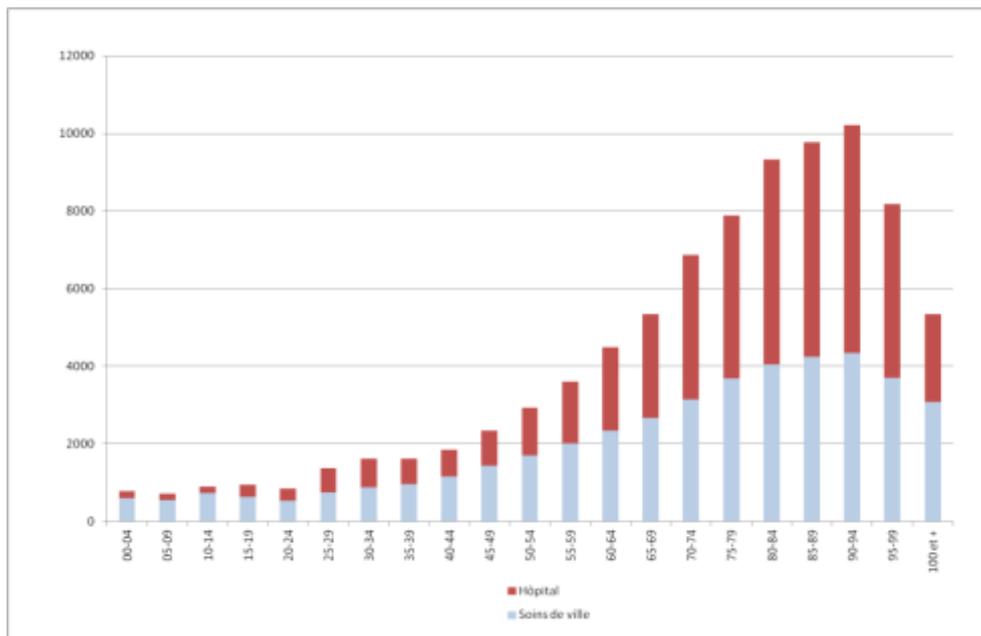


Source INSEE, traitement SG du HCAAM

La structure de la dépense n'est pas modifiée

On ne constate pas de modification majeure dans la structure des dépenses, totales comme remboursées, malgré le fait que les personnes âgées ont davantage de dépenses hospitalières : leur part dans les dépenses de santé augmente d'un point jusqu'en 2040 environ et recule légèrement par la suite, ce qui s'explique par le profil du vieillissement de la population.

Graphique 33 – Consommation de soins et biens médicaux par personne et par âge en 2011 (€) décomposée en soins de ville et soins hospitaliers

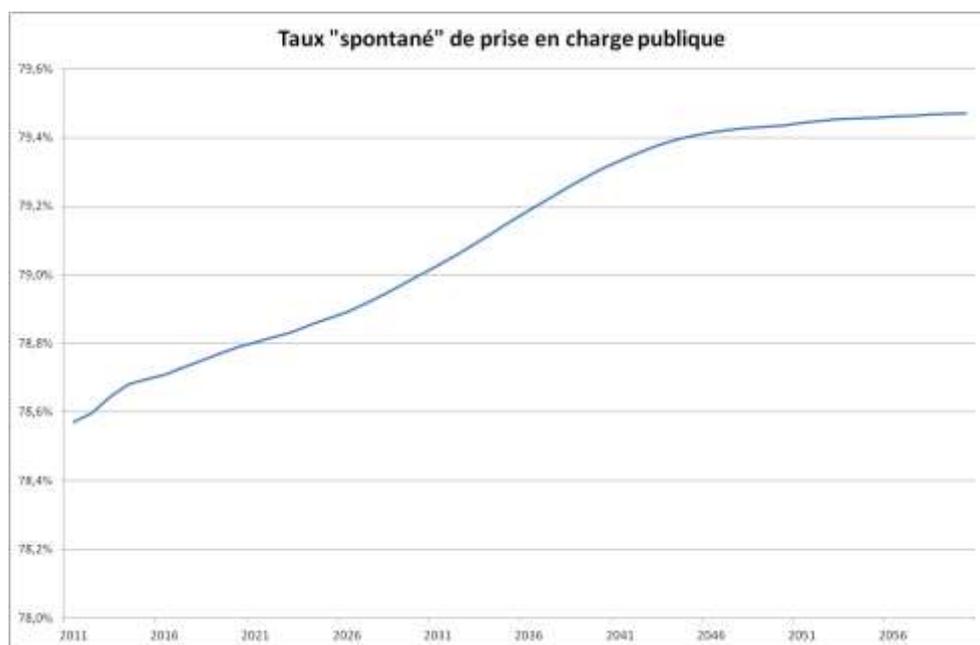


Source DG Trésor

Le taux de prise en charge publique augmente spontanément du fait du vieillissement de la population

Les dépenses remboursées progressent légèrement plus rapidement que les dépenses totales de soins mais en conservant le même profil de ralentissement progressif. Cet écart est dû au vieillissement de la population qui accroît la proportion des personnes âgées, mieux remboursées du fait de la plus forte prévalence des ALD.

En conséquence, cet effet de structure se traduit par une augmentation spontanée du taux de prise en charge publique.



2.2 Sensibilité des résultats aux hypothèses retenues

Comme toute projection à long terme, ces projections doivent être considérées avec prudence car elles dépendent des hypothèses retenues.

a) L'hypothèse d'élasticité des dépenses individuelles au PIB par personne est déterminante dans l'augmentation des dépenses de santé

Une mesure de cette sensibilité à l'hypothèse d'élasticité des dépenses individuelles de santé au PIB par personne peut être illustrée par l'écart des projections du scénario de référence avec celui où l'élasticité est unitaire.

En 2060, l'hypothèse d'élasticité retenue dans le scénario de référence explique 1,1 des 2,8 points de croissance de la part des dépenses totales de santé dans le PIB depuis 2011 (2,8 -1,7) et 0,8 point des 2,3 points de la hausse des dépenses remboursées (2,3-1,5) et donc de 0,8 point des 2,1 points de dégradation du solde public.

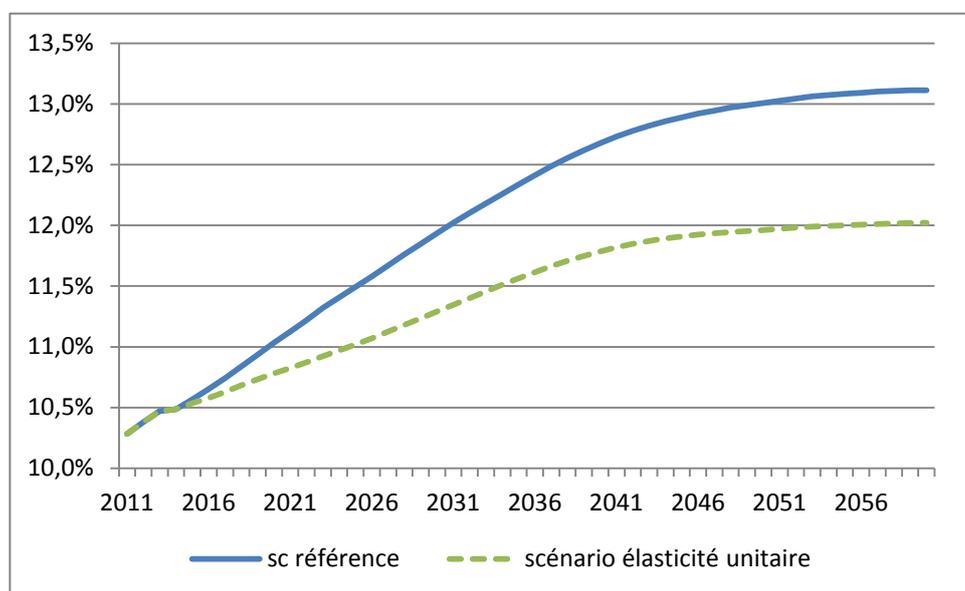
Tableau 6 – Impact des hypothèses d'élasticité sur les dépenses et le solde public (en points de PIB)

		2011	2020	2030	2040	2060	2060-2011
Dépenses totales	sc référence	10,3 %	11,0 %	11,9 %	12,7 %	13,1 %	+2,8 pts
	sc d'élasticité unitaire	10,3 %	10,8 %	11,3 %	11,8 %	12,0 %	+1,7 pt
Dépenses remboursées	sc référence	8,1 %	8,7 %	9,4 %	10,1 %	10,4 %	+2,3 pts
	sc d'élasticité unitaire	8,1 %	8,5 %	8,9 %	9,4 %	9,6 %	+1,5 pt
Solde public	sc référence	-0,4 %	-0,7 %	-1,4 %	-2,1 %	-2,4 %	- 2,1 pts
	sc d'élasticité unitaire	-0,4 %	-0,5 %	-0,9 %	-1,4 %	-1,6 %	-1,2 pt

Source SG du HCAAM

Lecture : un signe moins sur les lignes relatives au solde public signifie un déficit. Entre 2011 et 2060, le déficit est passé de -0,4 point de PIB à -2,1 points dans le scénario de référence, soit une aggravation du déficit de 2,1 points sur cette période.

Graphique 34 – Hypothèse d'élasticité et dépenses totales de santé (en points de PIB)



Source SG du HCAAM

b) Les résultats diffèrent relativement peu selon les hypothèses d'évolution de l'état de santé

L'effet de la variation de l'état de santé sur les dépenses de santé, c'est-à-dire l'influence du vieillissement en plus ou moins bonne santé, s'accroît avec le temps sous les effets de l'allongement progressif de l'espérance de vie. Cet effet atteint en 2060 0,3 point de PIB au-dessus ou en-dessous de la part des dépenses totales de santé dans le PIB du scénario de référence (0,2 point pour les dépenses remboursées et le solde). Un approfondissement de l'étude serait nécessaire pour comprendre les raisons de la faiblesse de l'impact de ce déterminant sur les dépenses de santé.

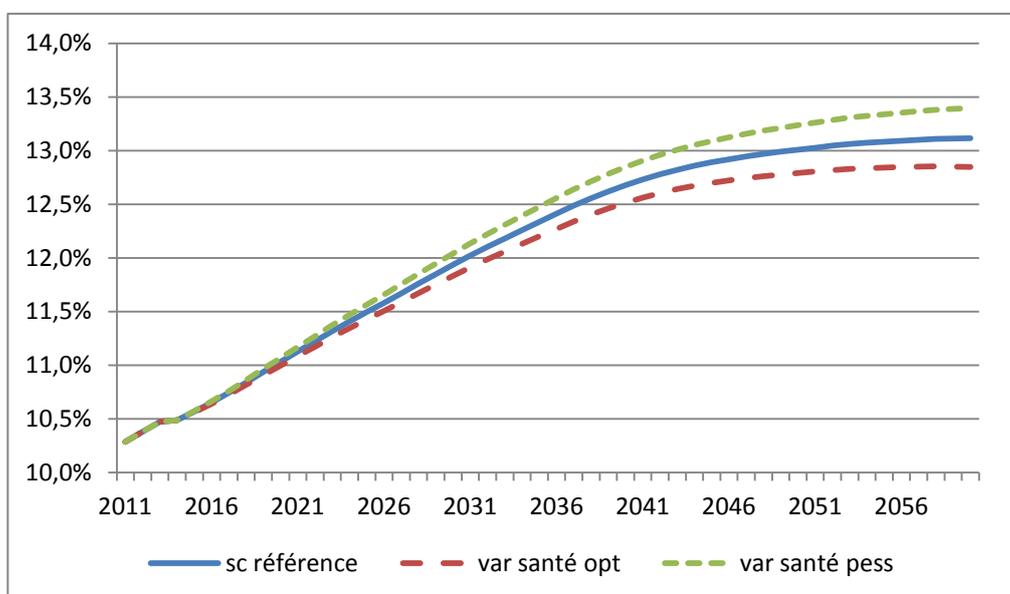
Tableau 7 – Impact des hypothèses d'état de santé sur les dépenses et le solde public(en points de PIB)

		2011	2020	2030	2040	2060	2060-2011
Dépenses totales	sc référence	10,3 %	11,0 %	11,9 %	12,7 %	13,1 %	+2,8 pts
	var santé opt	10,3 %	11,0 %	11,8 %	12,5 %	12,8 %	+2,6 pts
	var santé pess	10,3 %	11,1 %	12,0 %	12,8 %	13,4 %	+3,1 pts
Dépenses remboursées	sc référence	8,1 %	8,7 %	9,4 %	10,1 %	10,4 %	+2,3 pts
	var santé opt	8,1 %	8,7 %	9,3 %	9,9 %	10,2 %	+2,1 pts
	var santé pess	8,1 %	8,7 %	9,5 %	10,2 %	10,7 %	+2,6 pts
Solde public	sc référence	-0,4 %	-0,7 %	-1,4 %	-2,1 %	-2,4 %	-2,1 pts
	var santé opt	-0,4 %	-0,7 %	-1,3 %	-1,9 %	-2,2 %	-1,8 pt
	var santé pess	-0,4 %	-0,7 %	-1,5 %	-2,2 %	-2,7 %	-2,3 pts

Source SG du HCAAM

Lecture : un signe moins sur les lignes relatives au solde public signifie un déficit. Entre 2011 et 2060, le déficit est passé de -0,4 point de PIB à -2,1 points dans le scénario de référence, soit une aggravation du déficit de 2,1 points sur cette période.

Graphique 35 – État de santé et dépenses totales de santé (en points de PIB)



Source SG du HCAAM

c) Paradoxalement, plus l'environnement économique est favorable, plus le solde est dégradé

Les scénarios de variation macroéconomique ont un effet d'une moindre amplitude sur les dépenses de santé : en 2060, le choix du scénario macroéconomique fait varier la part des dépenses totales de santé dans le PIB d'environ plus ou moins 0,3 point de PIB.

Dans un environnement favorable ou très favorable, la part des dépenses totales de santé dans le PIB progresse de 3 points (3,0 pour le scénario A « macro + », 3,1 pour le A' « macro ++ » et 2,8 pour le B de référence). Dans un environnement défavorable ou très défavorable, cette part progresse seulement de 2,6 points de PIB (2,7 pour le scénario C « macro – », 2,5 pour le C' « macro – – »).

L'effet des variations macroéconomiques sur les dépenses remboursées est du même ordre que sur les dépenses totales : en 2060, +0,2 pour le plus favorable, -0,3 point de PIB pour le scénario le plus défavorable.

En ce qui concerne les recettes, elles croissent évidemment plus vite dans un environnement favorable. Mais comme les recettes évoluent au même rythme que le PIB, elles représentent toujours la même part du PIB quelles que soient les hypothèses macroéconomiques.

L'effet paradoxal de la situation macroéconomique sur l'évolution des dépenses totales et remboursées provient exclusivement de l'hypothèse d'élasticité des dépenses individuelles de santé relativement au PIB par personne retenue : dans le scénario de référence, elle est égale à 1,3 en début de période, ce qui conduit à une croissance des dépenses de santé de 30 % supérieure à celle du PIB dans un contexte où les recettes progressent comme le PIB. Ainsi, si la hausse du PIB est de 1,5 %, les dépenses totales de santé augmenteraient de 1,95 % ; si elle est de 3 %, les dépenses s'accroîtraient de 3,9 %.

Les différences entre les évolutions des dépenses de santé selon les évolutions du PIB peuvent avoir plusieurs explications économiques : une faible croissance pourrait empêcher le progrès technique apparu dans d'autres pays de se diffuser faute de financement, une forte croissance peut au contraire augmenter les exigences de la population en matière de soins et donc accroître les dépenses, une faible croissance peut aussi traduire un faible progrès technique général mais en particulier dans le domaine de la santé.

En 2020, il n'y a pas de différences entre les scénarios macroéconomiques car les évolutions du PIB ne diffèrent qu'à partir de 2018.

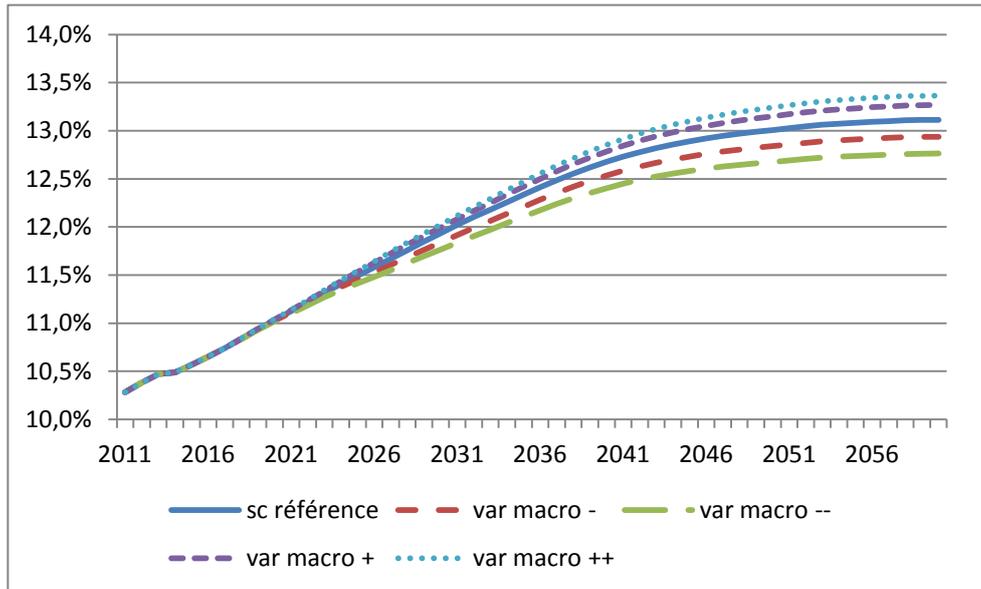
Tableau 8 – Impact des hypothèses macroéconomiques sur les dépenses et le solde public (en points de PIB)

		2011	2020	2030	2040	2060	2060-2011
Dépenses totales	sc référence	10,3 %	11,0 %	11,9 %	12,7 %	13,1 %	+2,8 pts
	var macro --	10,3 %	11,0 %	11,8 %	12,4 %	12,8 %	+2,5 pts
	var macro -	10,3 %	11,0 %	11,8 %	12,5 %	12,9 %	+2,7 pts
	var macro +	10,3 %	11,0 %	12,0 %	12,8 %	13,3 %	+3,0 pts
	var macro ++	10,3 %	11,0 %	12,0 %	12,9 %	13,4 %	+3,1 pts
Dépenses remboursées	sc référence	8,1 %	8,7 %	9,4 %	10,1 %	10,4 %	+2,3 pts
	var macro --	8,1 %	8,7 %	9,3 %	9,8 %	10,1 %	+2,1 pts
	var macro -	8,1 %	8,7 %	9,4 %	9,9 %	10,3 %	+2,2 pts
	var macro +	8,1 %	8,7 %	9,5 %	10,1 %	10,5 %	+2,5 pts
	var macro ++	8,1 %	8,7 %	9,5 %	10,2 %	10,6 %	+2,5 pts
Solde public	sc référence	-0,4 %	-0,7 %	-1,4 %	-2,1 %	-2,4 %	-2,1 pts
	var macro --	-0,4 %	-0,7 %	-1,3 %	-1,9 %	-2,2 %	-1,8 pt
	var macro -	-0,4 %	-0,7 %	-1,4 %	-2,0 %	-2,3 %	-1,9 pt
	var macro +	-0,4 %	-0,7 %	-1,5 %	-2,1 %	-2,5 %	-2,2 pts
	var macro ++	-0,4 %	-0,7 %	-1,5 %	-2,2 %	-2,6 %	-2,3 pts

Source SG du HCAAM

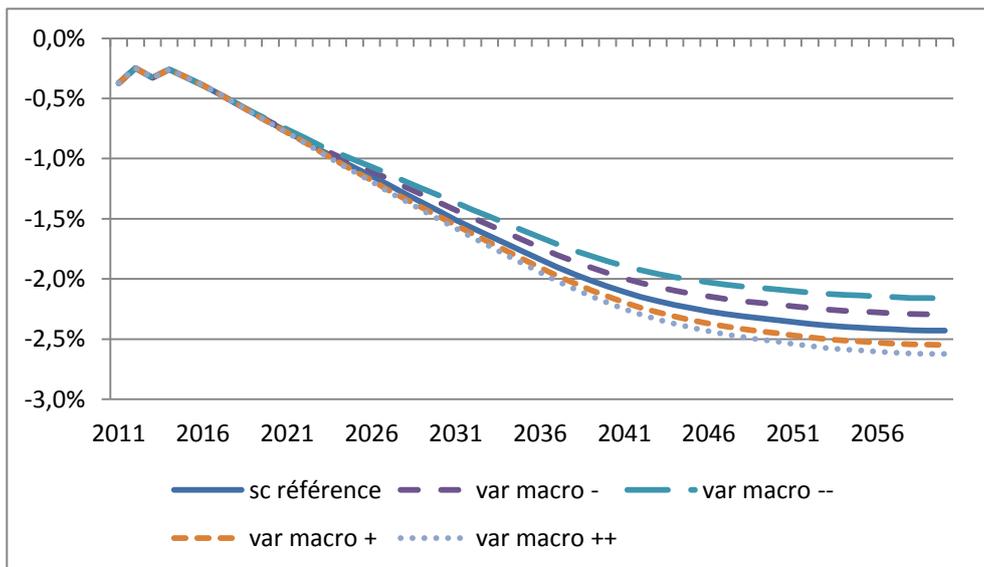
Lecture : un signe moins sur les lignes relatives au solde public signifie un déficit. Entre 2011 et 2060, le déficit est passé de -0,4 point de PIB à -2,1 points dans le scénario de référence, soit une aggravation du déficit de 2,1 points sur cette période.

Graphique 36- Situation macroéconomique et dépenses totales de santé (en points de PIB)



Source SG du HCAAM

Graphique 37 – Variables macroéconomiques et solde public (en points de PIB)



Source SG du HCAAM

3. Arbitrage entre les leviers de retour à l'équilibre du financement du système d'assurance maladie

Il est possible de classer les différents leviers existants pour réduire le déficit public en trois groupes : augmentation des recettes publiques, diminution du taux de prise en charge publique des dépenses de santé et infléchissement de la croissance des dépenses totales de santé (remboursées et non remboursées) par une action volontariste sur le système de santé. Naturellement, ces leviers peuvent être mobilisés seuls ou de façon combinée les uns avec les autres.

1. Une hausse des recettes publiques : le comblement du déficit est supposé entièrement effectué par augmentation des recettes publiques, sans précision sur leur nature (cotisations sociales, impôts ou taxes) ou sur leur assiette. Pour des raisons de lisibilité, toutefois, un chiffrage en points de CSG est présenté. On prend pour référence la valeur du point de CSG du rapport de juin 2013 de la Commission des comptes de la sécurité sociale pour 2011, soit 11,7 Mds€, équivalant 0,6 point de PIB.
2. Une baisse du taux de prise en charge par les régimes obligatoires : on suppose que le déficit est supprimé uniquement par une baisse générale du taux de prise en charge publique. Dans cette hypothèse, le régulateur est censé piloter les dépenses publiques par le taux global de remboursement, sans préciser toutefois les produits ou prestations qui seraient concernés. Cette diminution de la prise en charge peut se traduire par une augmentation de celle des organismes complémentaires ou par une hausse des restes à charge des ménages.
3. Un infléchissement de la croissance de la dépense totale de santé, à taux de remboursement inchangé : une inflexion de la dépense totale de santé, entraînant celle de la dépense publique, est obtenue par l'optimisation de la dépense de santé, la réalisation de gains de productivité, la maîtrise médicalisée, une meilleure gestion du risque, etc.

Ce dernier levier, appelé dans le rapport annuel du HCAAM de 2010 « action sur l'écart de pente » (p.42), est celui que le Haut conseil a toujours préconisé car il considère que la croissance des dépenses totales de santé spontanément supérieure à celle du PIB constitue « la véritable menace sur l'équilibre durable du système ». On verra que les simulations qui suivent confirment avec force cette appréciation.

Il convient de noter que ces leviers peuvent rétroagir les uns sur les autres : ainsi une forte déprise de l'assurance maladie obligatoire, imputant aux ménages une charge supplémentaire, conduirait à freiner les dépenses totales de santé, par le biais du renoncement aux soins. De même une forte hausse des prélèvements obligatoires aurait un impact sur la croissance économique et par suite sur les dépenses totales de santé. Ou encore, une action visant à limiter la liberté tarifaire conduirait à un ralentissement de la dépense totale de santé tout en augmentant mécaniquement le taux de prise en charge moyen (calculé comme le montant des remboursements non modifiés rapporté à une dépense totale réduite). Ces interactions dynamiques ne sont pas prises en compte ici, dans la mesure où la construction d'un modèle général détaillé serait nécessaire. Cette hypothèse d'indépendance des trois leviers est évidemment discutable.

L'analyse présentée ci dessous ne porte que sur les déficits apparus dans le scénario de référence.

3.1 Atteindre l'équilibre en 2020

Le graphique ci-dessous représente l'ensemble des choix possibles pour parvenir à l'équilibre en 2020 en mobilisant, ensemble ou séparément, la hausse des recettes publiques, la diminution du taux de prise en charge des dépenses publiques et l'infléchissement de la croissance des dépenses totales de santé durant la période 2015-2020²⁹².

²⁹² Cette présentation est une transposition de « l'abaque » construit par le Conseil d'orientation des retraites, cf. « Retraites : perspectives actualisées à moyen et long terme en vue du rendez-vous de 2010 », COR 2010.

Cette présentation schématique ne saurait traiter les modalités pratiques de mise en œuvre de chacune de ces voies. Elle ne traite pas non plus le cheminement entre la période actuelle et 2020 et l'éventuelle accumulation des déficits.

Elle est malgré tout intéressante car elle illustre l'arbitrage entre les trois modalités de retour à l'équilibre en chiffrant les efforts nécessaires pour chacun des leviers.

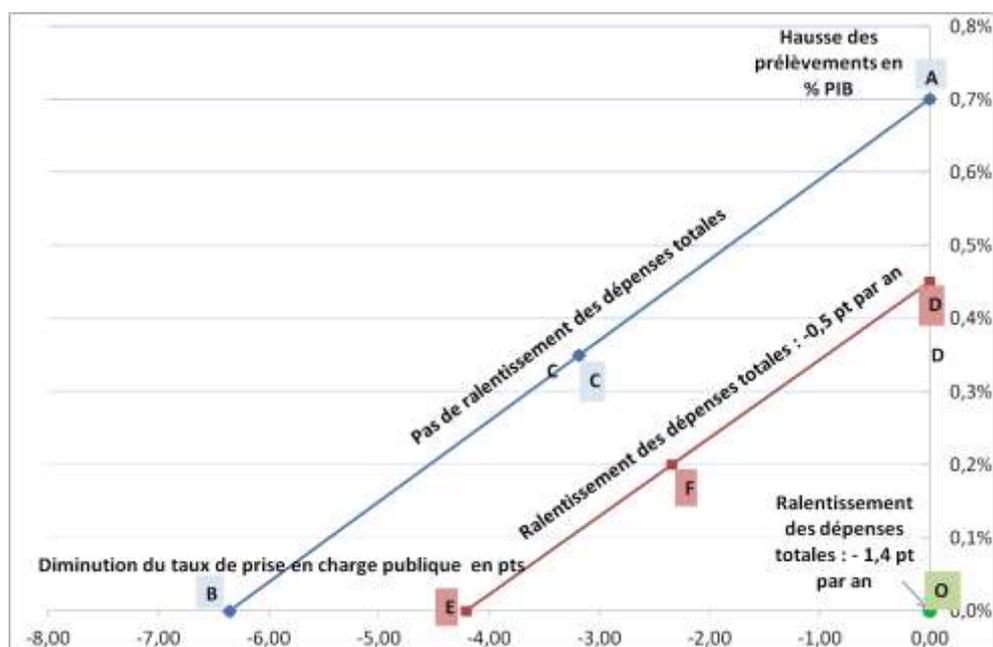
L'axe vertical correspond à l'augmentation des recettes publiques en points de PIB. Le choix du type de prélèvement n'est pas indiqué, l'indicateur correspondant à une moyenne générale.

L'axe horizontal correspond à la diminution du taux de prise en charge publique des dépenses de santé (dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales). Ici aussi, l'indicateur correspond à une moyenne de diverses actions sur les modalités de remboursement.

Les droites retracent diverses hypothèses de ralentissement de la dépense totale de santé par rapport à son évolution dans le scénario de référence spontané. La droite supérieure (AB) correspond à une situation dans laquelle l'évolution spontanée de la dépense totale n'est pas modifiée. La deuxième droite (DE) correspond à un ralentissement de la dépense totale de 0,5 point chaque année par rapport à son évolution spontanée. Enfin le point correspondant à l'origine des axes (O) retrace la situation dans laquelle le déficit est comblé uniquement grâce au ralentissement de la dépense.

Pour une hypothèse donnée sur le ralentissement de la dépense totale, la droite fait apparaître les différentes combinaisons possibles de hausse de prélèvements publics et de diminution du taux de prise en charge publique pour parvenir à l'équilibre en 2020.

Graphique 38 - Arbitrage en 2020 entre hausse des prélèvements publics, diminution du taux de prise en charge et ralentissement de la dépense totale



Source SG du HCAAM

En 2020, selon le scénario spontané, le déficit est d'un peu plus de 0,7 point de PIB.

Pour combler ce déficit par le seul moyen de la hausse des prélèvements publics, il faudrait les augmenter d'un peu plus de 0,7 point de PIB, équivalant une augmentation de 1,2 point de CSG, soit un peu plus de 14 Mds € « équivalents 2011 » (point A). Dans cette hypothèse, l'effort peut être accompli une seule fois, en 2020, ou être étalé jusqu'en 2020.

Si le choix était fait de réduire le taux de prise en charge publique des dépenses totales de santé, il faudrait le diminuer de 6,4 points par rapport à ce qu'il serait spontanément en 2020 (point B) : il passerait de 78,8 % à 72,4 %.

Le point O, à l'origine des deux axes, correspond à une suppression du déficit par le seul ralentissement de la dépense totale : celle-ci devrait ralentir de 1,4 point par an à partir de 2015, c'est à dire croître en moyenne annuelle de 1,5 % au lieu de 2,9 % en euros constants. Cet effort équivaldrait à une réduction des dépenses totales de santé de près de 18 Mds € équivalents 2011 en 2020 par rapport au niveau spontané de 2020 et de 14 Mds pour les dépenses remboursées à taux de remboursement inchangé, ce qui correspond pour les dépenses remboursées à une accumulation d'économies sur la tendance d'un peu plus de 2,3 Mds € équivalents 2011 par an.

Tout point de la droite AB (bleue) correspond à une suppression du déficit par une combinaison des deux leviers, hausse des prélèvements et baisse du taux de prise en charge. Ainsi le point C correspond à une hausse des prélèvements de 0,35 point de PIB et une diminution du taux de prise en charge de 3,2 points. Cette droite correspond à la situation dans laquelle la dépense totale de santé n'a pas été infléchie par rapport à sa situation spontanée.

La droite DE (rouge) correspond à un ralentissement de la dépense totale de santé de 0,5 point par rapport à son évolution spontanée sur toute la période 2015-2020 : elle croîtrait de 2,4 % en euros constants au lieu de 2,9 % spontanément. Ce ralentissement ne serait toutefois pas suffisant pour combler le déficit. Il faudrait par exemple augmenter les prélèvements de 0,45 point de PIB (point D) ou réduire le taux de prise en charge de 4,2 points (de 78,8 % à 74,6 %) (point E) ou encore agir par une combinaison de ces deux moyens représentée par la droite DE (le point F, par exemple, correspond à une augmentation des prélèvements de 0,2 point de PIB et une réduction du taux de prise en charge de 2,3 points).

Cette modélisation permet d'établir des scénarios pour le long terme. Elle ne peut servir à piloter les dépenses d'assurance maladie à court terme. On peut seulement constater que la trajectoire de l'ONDAM, réalisé et prévue dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014²⁹³, qui recouvre des mesures d'économies, conduit à un retour à l'équilibre un peu avant 2020.

3.2 Le retour des déficits après 2020 si les efforts ne sont pas poursuivis

Supposons que l'équilibre du système d'assurance maladie soit atteint en 2020 par l'une ou l'autre des voies possibles ou une combinaison de ces voies (hausse des prélèvements publics, baisse du taux de prise en charge ou ralentissement de la dépense totale de soins).

Il apparaît que sans mesures nouvelles le niveau de déficit de 2020 serait reconstitué dès 2030 (0,7 point de PIB). Le déficit se creuserait encore jusqu'à doubler en 2040 (1,4 point de PIB), puis se dégraderait ensuite à un moindre rythme. En 2060, le déficit atteint 1,7 point de PIB.

Pour pérenniser l'équilibre budgétaire atteint en 2020, des efforts devraient être poursuivis sans relâche du moins jusqu'en 2040, date après laquelle le vieillissement de la population ralentit.

Le tableau suivant montre les efforts qui devraient être fournis si un seul levier était mobilisé.

²⁹³ Annexe B

Tableau 10 - Efforts à fournir pour parvenir à l'équilibre du système d'assurance maladie selon le levier choisi en supposant, pour chaque colonne, le système équilibré au début de la sous-période considérée

	2015-2020	2021-2030	2031-2040	2041-2060
Hausse des prélèvements publics sur la période considérée	+0,7 pt de PIB	+0,7 pt de PIB	+0,6 pt de PIB	+0,35 pt de PIB
Hausse des prélèvements publics en moyenne par an	+0,12 pt de PIB	+0,07 pt de PIB	+0,06 pt de PIB	+0,01 à 0,02 pt de PIB
Baisse du taux de prise en charge sur la période considérée	-6,4 pts	-5,7 pts	-4,2 pts	-2,3 pts
Baisse du taux de prise en charge en moyenne par an	-1,1 pt	-0,6 pt	-0,4 pt	-0,1 pt
Ralentissement annuel de la dépense totale par rapport à son évolution spontanée	-1,4 pt	-0,9 pt	-0,7 pt	-0,2 pt

Source SG du HCAAM

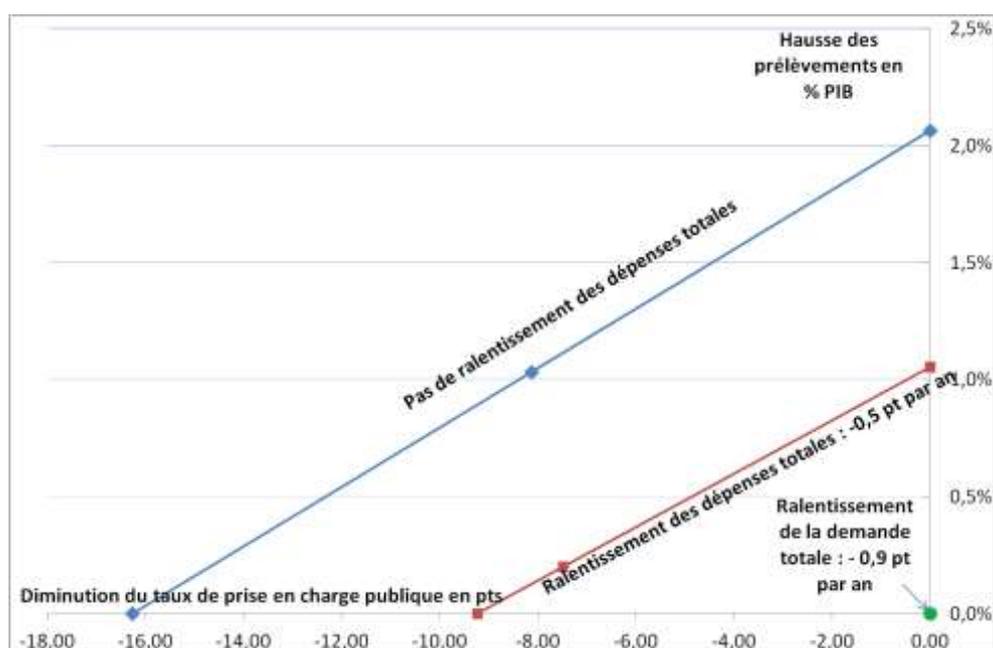
Si on n'avait recours qu'aux seules hausses de recettes, celles-ci seraient récurrentes jusqu'en 2040, date après laquelle le vieillissement de la population ralentit. Elles continueraient à être très importantes chaque année : 0,07 point de PIB, soit 0,1 point de CSG tous les ans.

Si la voie de la baisse de la prise en charge était la seule retenue, le désengagement de la sécurité sociale se poursuivrait sans discontinuer avec des reculs toujours massifs jusqu'en 2040 : une baisse du taux de prise en charge de 10 points serait nécessaire entre 2020 et 2040 pour maintenir l'équilibre du système.

Pour éviter ces deux voies, la dépense totale de soins devrait ralentir entre 2020 et 2040 d'environ 0,8 point par an par rapport à son évolution spontanée, puis nettement moins ensuite (-0,2 point). Entre 2020 et 2030, la dépense totale augmenterait spontanément de 2,9 % en volume par an, elle ne devrait croître que de 2,0 %. Entre 2030 et 2040, celle-ci devrait ralentir de 0,7 point passant d'une croissance spontanée de 2,3 % à 1,6 % par an.

Les abaques suivants montrent les efforts cumulés à fournir d'ici 2040 et d'ici 2060. Les hausses de prélèvements ou les baisse de taux de prise en charge seraient considérables.

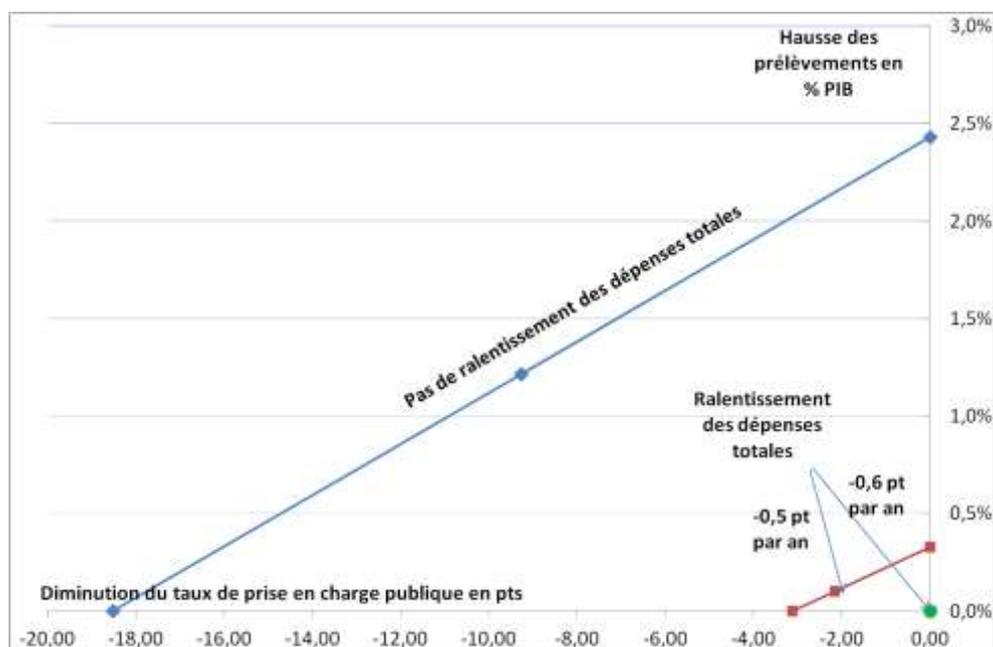
Graphique 39 - Arbitrage en 2040 entre hausse des prélèvements publics, diminution du taux de prise en charge et ralentissement de la dépense totale



Source SG du HCAAM

Si aucune autre mesure n'est prise, les prélèvements publics devraient avoir augmenté de 2,1 point de PIB soit plus de 3,5 points de CSG pour atteindre l'équilibre en 2040. Alternativement, une diminution du taux de prise en charge de plus de 16 points serait nécessaire (passant de 79,3 % spontanément en 2040 à 63,0 %).

Graphique 40 - Arbitrage en 2060 entre hausse des prélèvements publics, diminution du taux de prise en charge et ralentissement de la dépense totale



Source SG du HCAAM

*

* *

L'examen de ces projections, malgré leur caractère schématique, met en évidence le choix qui s'offre à nous :

- Une hausse importante des prélèvements publics. Certains économistes estiment que la croissance des dépenses de santé est inéluctable car souhaitée par les citoyens, qui valorisent fortement les gains d'espérance de vie. Ces économistes reconnaissent néanmoins que cette croissance à long terme des dépenses de santé ne s'entend que pour des dépenses efficaces, notamment celles qui augmentent réellement l'espérance de vie. Le HCAAM avait indiqué dans son rapport annuel de 2010 (p. 44) que les dépenses de santé remboursées ne peuvent, sur la longue période, croître plus vite que le PIB que si l'on accepte l'affectation prioritaire à l'assurance maladie d'un supplément de recettes ou une croissance moins forte que le PIB pour une ou plusieurs autres fonctions d'utilité collective. Il estimait en conséquence qu'on ne pouvait pas faire l'économie d'un débat sur les priorités au sein des dépenses publiques. Il est de plus difficilement envisageable d'augmenter de façon massive les ressources d'un système qui n'a pas fait la preuve de sa pleine efficacité.
- La baisse des taux de prise en charge publique des dépenses de santé nécessaire au retour à l'équilibre serait d'une ampleur telle, jamais vue dans l'histoire de l'assurance maladie, qu'elle impliquerait un changement systémique. Il correspondrait à un transfert massif de dépenses vers la sphère privée, pris en charge ou non par les régimes complémentaires, qui changerait la nature même du système. Ce désengagement de la sécurité sociale remettrait en cause le principe fondateur de l'assurance maladie, la solidarité entre les biens portants et les malades. Une telle réduction de la prise en charge conduirait les pouvoirs publics à mettre en place des filets de sécurité pour les plus pauvres, ce qui grèverait davantage les déficits (ces mesures ne sont pas prises en compte dans ces simulations).
- Pour éviter qu'on ne s'engage dans ces voies, depuis qu'il existe, le HCAAM a toujours préconisé la recherche opiniâtre de gains d'efficacité, c'est-à-dire le ralentissement de la croissance de la dépense totale de soins par la suppression des dépenses non nécessaires à des soins de qualité, tout en maintenant un haut niveau de prise en charge publique. Ainsi qu'il l'a exprimé dans son avis du 22 mars 2012, le HCAAM estime que la mobilisation optimale des ressources humaines, techniques et financières du système de soins est de nature à rendre compatible, au moins pour de nombreuses années, la croissance des dépenses de santé avec l'évolution des budgets publics.
- La recherche de l'efficacité devrait conduire :
 - o à réexaminer la pertinence de certains actes et de certains séjours hospitaliers, en s'appuyant sur des évaluations,
 - o à construire des parcours de santé, incluant la prévention et l'éducation thérapeutique du patient, fondés sur une meilleure organisation de la médecine de premier recours et une articulation mieux pensée avec l'hôpital,
 - o à faire évoluer l'allocation des dépenses, dont certaines sont devenues inadéquates alors que des besoins sont peu ou mal couverts,
 - o à repenser la gouvernance de l'ensemble de l'offre de soins, permettant une plus grande cohérence du système au niveau central et territorial et, en fin de compte, une régulation plus efficace des dépenses.

Cet ensemble d'actions devrait constituer un changement profond des paradigmes du système et questionner les équilibres actuels entre les libertés et les contraintes tant des soignants que des malades.

A court terme cependant, face à l'exigence d'un redressement rapide du déficit de l'assurance maladie, des mesures sur les recettes et le remboursement de soins inutiles devront être prises en attendant que les mesures d'optimisation de la dépense de santé fassent sentir leurs effets. Mais le HCAAM insiste sur le fait que la recherche d'efficacité doit être la voie prioritaire. Dans son rapport de 2004 sous-titré : « L'urgence d'un redressement par la qualité », le Haut conseil avait déjà formulé son analyse en ces termes : « Si l'action simultanée sur plusieurs leviers doit évidemment être envisagée, il faut, au tout premier ordre,

faire porter des efforts résolus sur la maîtrise des dépenses injustifiées et l'optimisation de l'offre de soins, seuls à même de desserrer l'étai financier et d'apporter des solutions durables à l'équilibre du système »²⁹⁴.

Annexe 1

Modèle de projection de la consommation de soins et de bien médicaux - le modèle PROMEDE de la direction générale du Trésor

Cf. document joint

Annexe 2

Note de méthodologie de la DREES - La projection des dépenses de santé des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2060

Cf. document joint

²⁹⁴ Premier rapport du HCAAM, La Documentation française, 2004, p. 11

Annexe 3

Calcul des contributions à l'évolution des dépenses de santé

La croissance des dépenses de santé provient de la contribution

- de la liaison des dépenses individuelles de santé au PIB par personne, elle-même décomposée en contribution de l'évolution du PIB (comme si l'élasticité était unitaire) et contribution de l'élasticité retenue dans le scénario de référence ;
- du vieillissement de la population ;
- du meilleur état de santé qu'actuellement.

La contribution de l'évolution du PIB est égale à l'évolution du PIB : en effet, si dans le futur la structure de la population par âge ne variait pas et que les dépenses individuelles de santé augmentaient comme le PIB par personne, les dépenses totales de santé augmenteraient comme le PIB. Cette contribution recouvre le fait que la taille de la population augmente.

La contribution de l'élasticité de la dépense individuelle de santé au PIB par personne se calcule comme l'écart entre l'évolution des dépenses totales de santé dans le scénario de référence et celle du scénario « d'élasticité unitaire » (ces deux scénarios ne diffèrent que sur l'hypothèse d'élasticité).

La contribution du vieillissement de la population à la croissance des dépenses totales de santé se calcule comme la différence entre l'évolution des dépenses totales de santé dans le scénario « vieillissement pur » et celle du PIB. En effet, dans le scénario « vieillissement pur », les dépenses de santé par personne évoluent comme le PIB par personne mais la structure de la population varie au cours du temps. L'écart entre ce scénario et le PIB reflète l'impact de l'évolution de la structure de la population (vieillessement).

La contribution du meilleur état de santé se calcule comme l'écart entre l'évolution des dépenses totales de santé dans le scénario « scénario d'élasticité unitaire » et celle du scénario « vieillissement pur » : dans le premier scénario, la population vieillit dans un meilleur état de santé que dans le second (intermédiaire comme dans le scénario de référence contre pessimiste).

Tableau A - Croissance des dépenses totales (moyenne annuelle) et du PIB

	2015 à 2024	2025 à 2040	2041 à 2060
Scénario de référence	3,03 %	2,40 %	1,81 %
Scénario d'élasticité unitaire	2,63 %	2,18 %	1,74 %
Scénario tendanciel « Vieillessement pur »	2,68 %	2,22 %	1,77 %
PIB	2,17 %	1,72 %	1,63 %

Source SG du HCAAM

Tableau B - Contribution à la croissance des dépenses totales (moyenne annuelle)*

	2015 à 2024	2025 à 2040	2041 à 2060
Évolution de la dépense totale	3,03 %	2,40 %	1,81 %
Contribution du PIB	+2,17	+1,72	+1,63
Contribution de l'élasticité de la dépense individuelle	+0,40	+0,22	+0,07
Contribution du vieillissement de la population	+0,51	+0,50	+0,14
Contribution du meilleur état de santé	-0,05	-0,04	-0,04

Source SG du HCAAM

Haut
conseil
pour
l'avenir de
l'assurance
maladie

2013

Annexes au
rapport annuel

Les restes à charge à l'hôpital (public et privé).....	5
La généralisation de la couverture complémentaire en santé.....	87
Les dépenses de santé à moyen et long terme.....	129

ANNEXES

Les restes à charge à l'hôpital (public et privé)

Étude du HCAAM

1. Les règles de participation financière du patient à l'hôpital	9
2. Le passage du fichier administratif de l'ATIH à un fichier statistique sur les reste à charge à l'hôpital	15
3. Dossier statistique	
3-1 : le reste à charge à l'hôpital est concentré sur peu de patients	19
3-2 : le reste à charge à l'hôpital du secteur public et privé non lucratif	23
3-3 : le reste à charge à l'hôpital du secteur privé lucratif.....	49
3-4 : le reste à charge à l'hôpital des patients ayant été hospitalisés dans les deux secteurs	85

I. A L'HÔPITAL, LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DU PATIENT PEUT ÊTRE SOLLICITÉE À DIVERS TITRES

Remarque préliminaire : dans cette fiche réglementaire, la participation financière du patient est considérée indépendamment de sa souscription à une assurance maladie complémentaire et donc de la couverture éventuelle par celle-ci de tout ou partie des différents éléments à la charge du patient.

LE TICKET MODÉRATEUR (TM) EST EN PRINCIPE DE 20% À L'HÔPITAL

Le champ du ticket modérateur qui s'applique aux prestations en nature de l'assurance maladie inclut les soins hospitaliers¹. Le taux du TM est fixé à 20% de la base de remboursement, mais des règles en limitent le montant ou déterminent les conditions de son exonération.

En externe, le taux du TM de la médecine de ville est appliqué (30%).

EN CAS D'ACTE COÛTEUX, LE TM EST FORFAITAIRE (PF18)

Un ticket modérateur forfaitaire de 18€² se substitue au ticket modérateur de 20% dès lors qu'est réalisé un acte coûteux, diagnostique ou thérapeutique, c'est-à-dire dont le tarif est égal ou supérieur à 120€ dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60 dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

La PF18 s'est substituée en 2006³ à un régime d'exonération totale du ticket modérateur appliqué en cas d'acte diagnostique ou thérapeutique d'un tarif égal ou supérieur à 90€ (CCAM) ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 50 (NGAP). Ces seuils ont été modifiés en 2011⁴, sans changer le montant de la PF18.

La PF18 s'applique aux frais d'hospitalisation en établissement de santé, y compris en hospitalisation à domicile (HAD), mais aussi aux consultations externes en établissement.

UN FORFAIT JOURNALIER (FJ) EST DU AU TITRE DE L'HÉBERGEMENT ET L'HÔTELLERIE

Ce forfait représente la participation de l'assuré aux frais d'hébergement et d'hôtellerie. Il a été créé en 1983⁵, au montant initial de 20F par jour. Il est fixé depuis le 1^{er} janvier 2010 à 18€ (13,5€ pour les hospitalisations en psychiatrie).

Le FJ est supporté par les personnes admises dans les établissements hospitaliers (hospitalisation complète). Il n'est donc pas dû en HAD, ni pour les séjours ne comportant pas de nuitée, les séances, les consultations externes.

¹ Articles L.322-2 et R.322-1 du code de la sécurité sociale (CSS).

² Article R.322-8 du CSS.

³ Décret n° 2006-707 du 19 juin 2006.

⁴ Décret n° 2011-201 du 21 février 2011.

⁵ Loi n° 83-25 du 9 janvier 1983, codifiée à l'article L.174-4 du CSS.

On peut résumer ainsi les règles de décompte du FJ :

- pour une admission et une sortie le même jour, aucun FJ ne peut être facturé ;
- le FJ est facturé du jour d'entrée au jour de sortie inclus, quelle que soit l'heure de sortie. Ainsi, pour une sortie le lendemain du jour d'admission, 2 FJ sont facturés, même si la durée d'hospitalisation est inférieure à 24 heures ;
- ainsi, si on exprime la durée de séjour (J) par la différence entre le jour de sortie et le jour d'entrée, il y a (J+1) forfaits facturés ;
- par exception, le FJ du jour de sortie n'est pas facturé en cas de décès ; le FJ n'est pas non plus facturé pour le jour d'un transfert dans un autre établissement ou lors d'une permission de sortie (pour une durée limitée à 48 heures).

AFIN DE LIMITER LA PARTICIPATION DU PATIENT QUI SUPPORTE UN TM AUTRE QUE FORFAITAIRE, IL NE DOIT PAYER QU'UN MONTANT RÉSIDUEL AU TITRE DU FJ

On a noté qu'en cas d'acte coûteux, le TM est forfaitisé (PF18). Dans ce cas, le patient paye à la fois cette PF18 et la somme des FJ correspondant à la durée de son séjour, incluant le jour de sortie.

Si le TM n'est pas forfaitisé, afin de limiter la charge financière pour le patient, le montant du FJ s'impute sur celui du TM⁶. Concrètement, le patient qui paie le TM ne paie qu'un seul FJ, correspondant au jour de sortie⁷.

Pour des séjours durant plus d'un mois, toutefois, l'imputation est limitée à 30 FJ. Dans ce cas, le patient paie, en plus de son TM, un total de FJ diminué de 30 jours.

PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1€ (PF 1€)

Cette participation⁸ est due par les assurés de plus de 18 ans à chaque consultation, acte médical, examen radiologique, analyse de biologie, pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, y compris à l'hôpital, au titre des consultations externes.

La participation forfaitaire ne concerne pas les patients admis en hospitalisation complète.

FRAIS LIÉS AUX PRESTATIONS POUR EXIGENCES PARTICULIÈRES DU PATIENT

Il s'agit de frais hospitaliers qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie⁹, comprenant en particulier la chambre particulière, les frais d'hébergement ou hôtellerie de l'accompagnant, la mise à disposition de télévision ou téléphone. L'établissement doit informer le patient de leur prix et établir une facture détaillée.

La chambre particulière ne peut être facturée sans avoir été demandée par le patient, par exemple lorsqu'aucune chambre partagée n'est disponible ou qu'elle est médicalement prescrite.

⁶ Article L. 174-1 du CSS, paragraphe 3. L'imputation se fait sur le montant le plus élevé entre celui du TM et celui des FJ. Dans la pratique, le premier est toujours le plus élevé.

⁷ Sauf s'il n'y a pas de nuitée à l'hôpital (aucun FJ ne peut être facturé).

⁸ Article L. 322-2 du CSS.

⁹ Listés à l'article R. 162-32-2 du CSS.

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Des dépassements d'honoraires peuvent être facturés au patient, selon le secteur d'exercice du médecin, en clinique privée, ou dans le cadre de l'activité libérale dans les établissements publics de santé.

II. DES MOTIFS D'EXONÉRATION DIVERS

Le HCAAM s'est déjà penché sur les dispositifs d'exonération, y compris ceux liés aux actes coûteux, dans sa note de 2005 sur le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base. En outre, la Cour des comptes y a également consacré un chapitre du rapport annuel sur la sécurité sociale de 2011¹⁰.

Les développements qui suivent ne constituent qu'un panorama résumé des différents dispositifs d'exonération du TM et du FJ, détaillés dans les deux documents mentionnés plus haut. Le croisement de ces cas permet d'établir une typologie des séjours hospitaliers nécessaire pour l'analyse du reste-à-charge.

DES PATIENTS OU SEJOURS SONT EXONÉRÉS DE TOUTE PARTICIPATION FINANCIÈRE

Ces séjours sont payés à 100% par l'assurance maladie ou l'assurance du risque considéré. Ce sont la majorité, mais pas la totalité, des séjours « gratuits » à l'hôpital, dépassements mis à part. Il s'agit principalement des risques accidents du travail et maladie professionnelles¹¹ (AT/MP) et maternité¹², mais aussi :

- des soins de néonatalogie jusqu'à l'âge de 30 jours ;
- des soins des pensionnés militaires invalides¹³, en lien avec le motif d'invalidité ;
- des soins des mineurs handicapés en établissement d'éducation spéciale ou professionnelle ;
- des frais engagés pour le prélèvement ou la collecte d'organes ou produits du corps humain.

DES PATIENTS OU SEJOURS NE SONT EXONÉRÉS QUE DU TM

D'autres séjours sont exonérés du paiement du TM, mais pas de la participation aux frais d'hébergement et d'hôtellerie représentée par le FJ. La catégorie principale est l'exonération au titre d'une affection de longue durée¹⁴ (ALD), mais il existe d'autres assurés bénéficiant d'une exonération du TM qui s'applique notamment à l'hôpital :

- les invalides et assimilés (titulaires d'une pension d'invalidité, d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité, victimes d'AT/MP avec une incapacité supérieure à 66,66%) ;
- les titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ;

Par ailleurs, des soins ou traitements susceptibles d'être réalisés à l'hôpital sont exonérés de TM :

- les soins des mineurs victimes de sévices sexuels
- les traitements de la stérilité.

Enfin, il existe des catégories d'établissements, telles que les unités de soins de longue durée (USLD), dont le mode de financement spécifique ne prévoit pas de ticket modérateur à la charge du patient.

¹⁰ Chapitre X « La prise en charge à 100% de dépenses de santé », rapport annuel de la Cour des comptes, sur la sécurité sociale, septembre 2011.

¹¹ Articles L. 431-1 et suivants du CSS uniquement pour les soins liés à l'accident ou la maladie en question.

¹² Articles L. 331-2 et suivants du CSS.

¹³ Article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

¹⁴ Article L.322-3 du CSS.

IL EXISTE ENFIN DES SITUATIONS ENTRAÎNANT L'APPLICATION DE REGLES PARTICULIÈRES DE PARTICIPATION FINANCIÈRE DES PATIENTS

Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées en établissement de santé sont soumises à des règles de participation spécifiques :

- jusqu'en 2013, la réglementation prévoyait un TM correspondant à 20% du GHS, à l'exception des mineures non émancipées sans consentement parental. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013¹⁵ a étendu l'exonération de TM à tous les IVG ;
- les séjours d'IVG sont par ailleurs exonérés de FJ, jusqu'à 48h ; concrètement, un séjour qui se prolonge au-delà de cette durée passe dans le régime de droit commun des séjours hospitaliers.

Dans certains cas, les règles ne sont pas différentes, mais la participation normalement supportée par le patient peut l'être par un autre débiteur. Il s'agit des patients relevant de l'aide médicale d'État (AME, l'État est le débiteur), de la couverture maladie universelle complémentaire (le débiteur est l'assurance maladie ou l'organisme complémentaire de souscription), ou d'un régime local, qui peut éventuellement prévoir des règles de prise en charge différentes de celles présentées dans cette fiche (régime local d'Alsace-Moselle).

*

* *

Le tableau ci-dessous résume les régimes d'exonération :

	TM	FJ
Risque AT/MP ou maternité, nouveaux nés de moins de 30 jours, pensionnés militaires, mineurs handicapés en établissement, dons d'organes ou de produits du corps humain	exonéré	exonéré
ALD		normal
Invalides et assimilés, bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées, traitements de la stérilité ou des sévices sexuels subis par des mineurs		
Autres cas	normal	normal
	PF18	

III. LE CALCUL DE LA PARTICIPATION VARIE SELON LE STATUT DE L'ÉTABLISSEMENT

On identifie les deux grandes catégories d'établissement de santé selon leur mode de financement antérieur à la mise en place du régime unique de la tarification à l'activité (T2A) : d'un côté, les établissements de santé conventionnés à but lucratif, anciennement encadrés par un « objectif quantifié national » (OQN) ou ex-OQN, de l'autre les établissements publics et privés non lucratifs (établissements de santé d'intérêt collectif), anciennement sous dotation globale, ou ex-DG.

La réforme de la T2A, en 2004, a mis en place un régime de financement unifié de la part prise en charge par l'AMO, principalement via les « groupes homogènes de séjours » (GHS), prestations correspondantes aux séjours d'hospitalisation¹⁶.

¹⁵ Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012.

La réforme prévoyait initialement que le TM de 20% soit assis sur le GHS, solution qui n'a toutefois été appliquée jusqu'à présent qu'aux établissements ex-OQN, tandis que le TM des ex-DG reste assis sur un mode de financement antérieur à la T2A (le tarif journalier de prestation, ou TJP).

En dépit d'un financement variable en fonction de l'activité, mesurée en séjours, une part substantielle du budget des ex-DG reste financée par dotation (notamment pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – MIGAC), si bien que l'assiette des GHS ne recouvre qu'une partie limitée de leur budget, contrairement aux établissements ex-OQN, pour lesquels le financement par dotation est globalement très réduit¹⁷.

Ainsi, le TM n'a pas la même assiette selon le statut de l'établissement. Ceci a plusieurs conséquences :

- l'assiette est définie nationalement pour les GHS (fixation des tarifs des GHS de chaque secteur dans le cadre de la campagne annuelle de financement des établissements de santé), localement pour les TJP (par arrêté des directeurs d'ARS) ;
- le calcul des GHS échappe aux établissements ex-OQN, tandis que celui des TJP¹⁸ fait intervenir une estimation, par l'établissement, de ses charges et de son activité prévisionnelles. En outre, le nombre de TJP différents varie selon les choix de l'établissement ;
- pour les séjours en ex-OQN, le montant du TM n'est pas systématiquement corrélé à la durée du séjour, puisque le principe de la T2A et des GHS est le financement au tarif du séjour moyen ($TM = GHS \times 20\%$; des suppléments journaliers sont toutefois prévus dans la tarification) ; pour les séjours en ex-DG, en revanche, le TM est proportionnel à la durée ($TM = TJP \times 20\% \times \text{durée de séjour}$; contrairement au FJ, le jour de sortie n'est pas facturé). C'est pourquoi dans ce secteur, afin d'éviter des montants trop élevés, le TM est plafonné à 30 jours ($TJP \times 20\% \times 30$).

Globalement, les deux systèmes d'assiette du TM sont aussi difficiles à comparer que les systèmes de financement qui les sous-tendent. On note cependant une divergence dans l'évolution des assiettes.

*

* *

Le tableau ci-dessous résume les différents instruments de participation financière du patient à l'hôpital :

	Hospitalisation complète	HAD	Activité externe
TM - en Ex-DG - en Ex-OQN	20%, en l'absence d'exonération et de PF18 $TM = 20\% \times TJP \times (\text{Jour de sortie} - \text{jour d'entrée})$ $TM = 20\% \times GHS$	20% GHT ¹⁹	30%
ou PF18 (si 120€/K60)	Oui	Oui	Oui
FJ (si nuitée ; 18€ sauf psychiatrie 13,5€)	= (Jour de sortie – jour d'entrée) + 1 Imputation possible sur le TM	Non	Non
PF 1€	Non	Non	Oui

¹⁶ Prévues à l'article R.162-32 du CSS.

¹⁷ A titre d'exemple, d'après le rapport d'analyse de l'activité hospitalière 2011 de l'ATIH, en 2010, le montant des dotations MIGAC des ex-DG représentait plus de 22% de l'objectif de dépenses MCO (ODMCO) du secteur, contre moins de 1% pour les ex-OQN.

¹⁸ Le décret n° 2009-213 du 23 février 2009 précise les modalités de calcul des TJP.

¹⁹ GHT : Groupe homogène de tarif, classification propre à l'HAD.

ANNEXE 2

LE PASSAGE DU FICHIER ADMINISTRATIF DE L'ATIH À UN FICHIER STATISTIQUE SUR LES RESTE À CHARGE À L'HÔPITAL

Cette fiche décrit les opérations de retraitement de la base de données des séjours hospitaliers auxquels le secrétariat général du HCAAM a procédé afin de mener l'analyse des reste-à-charge (RAC) à l'hôpital.

DESCRIPTION FICHIERS ADMINISTRATIFS UTILISÉS : BASES MCO 2010 ANONYMISÉES

Les bases de données initiales sont produites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Ces informations sont transmises par les établissements de santé conventionnés avec l'assurance maladie afin de déterminer les sommes à la charge de l'assurance maladie obligatoire (AMO) au titre des séjours hospitaliers (avec admission, y compris en ambulatoire) et des séances (chimiothérapie, radiothérapie, etc.), dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

PRÉSENTATION DU CONTENU DES BASES

Ces bases ne portent donc que sur les activités en T2A : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Elles n'incluent pas l'activité correspondant aux consultations externes ou les autres éléments de tarification qui ne donnent pas lieu à la facturation d'un reste à charge (forfaits, médicaments en sus, etc.).

La base de données se présente en une succession de **lignes**, qui correspondent soit à des séjours soit à des séances (plusieurs séances peuvent être regroupées sur une même ligne), croisée de plusieurs **colonnes**, qui sont autant de variables relatives à la séquence de soins correspondante, portant notamment sur les éléments constitutifs du RAC (cf. capture d'écran *infra*).

Pour les deux secteurs (secteur anciennement financé par dotation globale de fonctionnement – DGF ou secteur ex-DG, et secteur sous objectif quantifié national – OQN ou ex-OQN), les données incluent, outre les bases de remboursement pour l'AMO, les montants dus au titre du ticket modérateur (TM), de la participation forfaitaire de 18 € (PF18) et du forfait journalier hospitalier (FJ).

Pour le secteur ex-OQN, les bases de remboursement et les montants de TM incluent les honoraires des médecins associés aux séjours hospitaliers (dans certains agrégats construits par ailleurs, ces honoraires sont rattachés aux soins de ville). Les données incluent en outre les dépassements d'honoraires donnant ainsi une image complète des RAC facturés aux patients dans le secteur. Pour le secteur ex-DG, en revanche, les données relatives à l'activité libérale ne figurent pas dans la base.

Les numéros d'inscription au répertoire (NIR) ont été anonymisés par l'ATIH avant transmission. Le nouvel identifiant unique ainsi généré permet de grouper les séjours par assuré. L'âge, le sexe et le bénéfice du classement en affection de longue durée (ALD) sont également connus pour chaque séjour.

En outre, les bases permettent d'identifier, pour chaque ligne, l'établissement, la discipline (médecine, chirurgie ou obstétrique) et la catégorie majeure de diagnostic (CMD).

Ces données retracent le RAC facturable, mais ni le RAC effectivement facturé par chaque établissement ni celui recouvré. En particulier, elles n'apportent aucune information sur les prestations pour exigences particulières du patient (notamment les chambres individuelles) ou prestations annexes (comme les frais pour les accompagnants).

categorie	index	noano	mco	cmd	taux2	ddtot	age	sexe	aid	nvt_bv	rest_b	pfb	nac	nvt_bv_tot	nvt_bv_tot	valc
20M:CH:70M	1	70GPR9C0N2GJSTBE	M	20	100	7	43	2	1	0	126	0	126	3254.08911	3362.03	1
20M:CH:70M	2	53K9AT871894917HE	M	20	100	6	28	2	1	0	108	0	108	2349.283071	2441.83	1
20M:CH:70M	3	10UUTNS0FY9BPXUDE	K	23	100	1	69	1	0	0	18	0	18	569.130504	553.96	1
20M:CH:70M	4	J0YC26WYAWA33PME	M	23	100	11	79	2	1	0	198	0	198	3001.180086	3131.39	1
20M:CH:70M	5	RTQ88FD2YAA1FB1TE	M	23	100	11	79	2	1	0	198	0	198	2820.315336	2995.28	1
20M:CH:70M	6	2MNIU93A9R8NG45QE	M	20	80	7	38	1	0	395.64	126	0	521.64	1980.2264568	2441.83	1
20M:CH:70M	7	AU97A753AG0FMHH0E	M	20	80	8	38	1	0	452.16	144	0	596.16	1980.2264568	2441.83	1
20M:CH:70M	8	GAZUD951F087885YE	M	20	80	8	26	1	0	452.16	162	0	614.16	1980.2264568	2441.83	1
20M:CH:70M	9	NZM1FS7464LUPQTFE	M	1	100	4	84	1	1	0	72	0	72	2030.873277	2092.21	1
20M:CH:70M	10	K9Q9NUJYK9U9G3FE	M	20	80	8	49	1	0	452.16	144	0	596.16	4175.608712	5148.97	1
20M:CH:70M	11	K7FURHC0G57287ME	M	20	80	7	46	1	0	395.64	126	0	521.64	1980.2264568	2441.83	1
20M:CH:70M	12	QFRJDD0XHEEHAGJPE	M	4	100	6	77	1	0	0	108	0	108	3528.783843	3605.39	1
20M:CH:70M	13	D8KRQ2AA3DDHM7SE	M	20	100	7	36	2	1	0	126	0	126	2331.283071	2441.83	1
20M:CH:70M	14	M8U19084UJ0G0HRE	M	1	100	5	82	1	1	0	108	0	108	4848.219276	4871.48	1
20M:CH:70M	15	NSJH68RHEK8WUMR0E	M	20	80	7	45	1	0	395.64	126	0	521.64	1980.2264568	2441.83	1
20M:CH:70M	16	R25U7GNQW9G8MNS3E	M	20	80	7	51	2	0	381.43	126	0	507.43	1980.2264568	2441.83	1
20M:CH:70M	17	B2wG7JIE9R1UTURYE	M	20	100	7	36	1	1	0	126	0	126	2331.283071	2441.83	1
20M:CH:70M	18	604T1MP81BR5FJPE	M	20	80	7	44	1	0	381.43	126	0	507.43	1980.2264568	2441.83	1
20M:CH:70M	19	Q8RPT5Y8Z2K44Pw0E	M	23	100	35	66	1	1	0	648	0	648	12338.424142	12711.24	1
20M:CH:70M	20	44w74UEHy90G587E	M	20	100	6	44	2	1	0	108	0	108	2349.283071	2441.83	1
20M:CH:70M	21	1Q8R9CGZ7B15583E	M	20	100	6	78	2	1	0	108	0	108	3282.08911	3362.03	1
20M:CH:70M	22	E9G3THRUEAJCMB2E	M	23	100	83	77	2	1	0	1494	0	1494	30200.023128	31283.44	1
20M:CH:70M	23	77TZU9HGT0U1FPE	M	20	80	6	40	1	0	326.94	108	0	434.94	1980.2264568	2441.83	1
20M:CH:70M	24	48586G6KJ7641P5E	K	23	80	1	74	2	0	56.52	36	0	92.52	432.5579544	533.39	1
20M:CH:70M	25	53E4FR71K0G6E52E	K	23	100	1	57	1	1	0	36	0	36	540.697443	533.39	1
20M:CH:70M	26	0KD2988X71T2ZKPE	M	20	80	7	41	1	0	395.64	126	0	521.64	1980.2264568	2441.83	1
20M:CH:70M	27	FE2675G29E20EWRAE	M	23	100	49	73	1	1	0	828	0	828	18998.220822	19350.03	1
20M:CH:70M	28	CDW8E9PC8HNR4PRE	M	23	100	9	84	1	1	0	162	0	162	3037.190086	3131.39	1
20M:CH:70M	29	50ZV8HT0XESUQYSE	M	20	80	7	40	1	0	395.64	126	0	521.64	1980.2264568	2441.83	1
20M:CH:70M	30	8044T2M5W23R18JE	M	19	100	11	81	2	1	0	198	0	198	2751.768942	2927.66	1
20M:CH:70M	31	1AWEGD5X08DCAGH9E	M	23	100	8	76	1	1	0	144	0	144	2874.315336	2895.28	1
20M:CH:70M	32	19P8K01PQ8F8MHW6E	M	20	80	7	50	2	0	395.64	126	0	521.64	1980.2264568	2441.83	1
20M:CH:70M	33	99R5FFE5G76T4KR4E	M	23	100	1	72	1	0	0	0	0	0	518.010837	511.01	1
20M:CH:70M	34	FZU090P7UJHUG0GE	M	20	100	15	48	2	0	0	288	0	288	2187.283071	2441.83	1
20M:CH:70M	35	NA8ND8MD7AAVE41HEE	M	20	80	7	42	1	0	381.43	126	0	507.43	1980.2264568	2441.83	1
20M:CH:70M	36	MV3P1B2WQK3NFFHRE	M	20	100	6	75	1	1	0	108	0	108	3282.08911	3362.03	1
20M:CH:70M	37	HCB2U97NA1HRKJPE	M	20	80	7	62	2	0	381.43	126	0	507.43	1980.2264568	2441.83	1
20M:CH:70M	38	YD1AR15XCR71TSRE	M	9	80	15	84	1	0	847.8	270	0	1117.8	5252.0651248	6478.38	1
20M:CH:70M	39	80R1UJFFPC1UD7R0E	M	20	80	7	36	1	0	395.64	126	0	521.64	1980.2264568	2441.83	1

OBJECTIFS DES RETRAITEMENTS : NETTOYAGE DES BASES ET MISE EN CONFORMITÉ AVEC LA RÈGLEMENTATION

Les bases reçues de l'ATIH au titre de 2010 sont relativement cohérentes, du fait de contrôles internes au PMSI (nécessaires à la validation des données de facturation transmises) et de corrections éventuellement apportées par l'agence.

Une phase de retraitement des bases a néanmoins été nécessaire, afin d'éliminer tout d'abord des lignes comportant des données incohérentes. Ensuite, des corrections ont été apportées, de manière à mettre en cohérence les données concernant le reste à charge avec la réglementation. Ces retraitements ont été approuvés par l'ATIH.

	Ex-DG	Ex-OQN
Lignes dans la base	15 861 325	7 229 574

A. NETTOYAGE DE LA BASE

Plusieurs opérations ont conduit à éliminer des bases certains séjours :

- lignes non valorisées : il s'agit de séjours ou séances qui ne peuvent donner lieu à facturation à l'AMO, certains sont facturés à un autre débiteur, via une autre chaîne de facturation (par exemple les assurés relevant de régimes étrangers), d'autres correspondent à des erreurs qui n'ont pas été bloquées par le programme ;

- lignes avec un NIR défaillant : pour ces lignes, en secteur ex-DG uniquement, le numéro d'identification anonymisé n'est pas unique, il peut s'agir de patients dont l'identité n'était pas connue ou entrée dans le programme (anonymat protégeant le patient) ;
- lignes comportant des incohérences majeures ou des données négatives : face à des informations contradictoires sur une même ligne, la suppression a été préférée à une correction aux effets incertains ; certaines incohérences peuvent provenir de simples erreurs de frappes non corrigées par le programme de saisie des données initiales;
- lignes avec des taux de prise en charge atypiques : il s'agit notamment de certains séjours ou séances d'assurés du régime local d'Alsace-Moselle ; les valeurs atypiques ont été éliminées afin d'éviter des incohérences dans les retraitements et calculs ultérieurs ;
- séjours avec des dépassements exceptionnels : dans le secteur OQN, des valeurs très élevées de dépassements (supérieures ou égales à 10 000 €, soit moins de 900 séjours) ont été éliminées car ils pouvaient être dus à des erreurs de saisie²⁰.

Au total, ce nettoyage « technique » a conduit à supprimer 5 % des lignes en ex-DG et 8 % en ex-OQN.

	Ex-DG		Ex-OQN	
Lignes dans la base	15 861 325		7 229 574	
Séjours non valorisés	-560 798	-4 %	-506 724	-7 %
NIR défaillant	-96 391	-1 %		
Incohérences	-97 709	-1 %	-56 721	-1 %
TM atypiques	-2 789	0 %	-3042	0 %
Dépassements > ou = 10 000 €			-863	0 %
<i>Somme des lignes supprimées</i>	<i>- 757 687</i>	<i>-5 %</i>	<i>-567 350</i>	<i>-8 %</i>
Lignes après nettoyage	15 103 638		6 662 224	

B. MISE EN COHÉRENCE AVEC LA RÈGLEMENTATION

En premier lieu, une correction a été apportée sur plus de 2 millions de lignes de la base OQN lorsque les informations relatives à ce séjour apparaissaient incohérentes car il est apparu qu'une confusion s'était installée lors du remplissage des données dans le PMSI, notamment parce qu'en 2010 le FJ a été porté de 16 à 18 €, soit le même montant que la PF18. Ainsi, dans ces cas, un montant de PF18 a été attribué à ces lignes et la somme des FJ a été diminuée d'autant. D'un point de vue comptable, cette réattribution est neutre.

Une seconde correction a été apportée afin de mettre en cohérence, si nécessaire, les durées de séjour avec le nombre de FJ. Cette correction a un effet mineur sur les durées, mais aucun sur les montants de RAC.

Les séances ont été exclues de la suite des analyses, étant donné qu'elles ne donnent pas lieu, pour la quasi-totalité d'entre elles, à facturation d'un reste à charge.

	Ex-DG	Ex-OQN
Lignes après nettoyage	15 103 638	6 662 224
Lignes de séances (base nettoyée)	4 410 598	914 241
Lignes hors séances (base nettoyée) = séjours	10 693 040	5 747 983

²⁰ Il a même été trouvé plusieurs dépassements supérieurs à 150 000 €.

Ensuite, une typologie des séjours correspondant à la réglementation en vigueur en 2010 a été établie. Cette typologie répartit les séjours en 9 classes, en fonction du statut de l'ALD, de la durée de séjour, de la présence d'un TM, d'une PF18, d'un ou plusieurs FJ. Dans chacune de ces 9 classes, le calcul des éléments du RAC correspond strictement à l'application de la réglementation.

Cette typologie conduit à écarter des lignes qui ne peuvent être rattachées à aucune des classes et peuvent comporter des incohérences qui n'ont pas été révélées à ce stade.

	Ex-DG	Ex-OQN
Nombre de séjours (base nettoyée)	10 693 040	5 747 983
Nombre de séjours exclus de la typologie	395 942 4 %	76 220 1 %
Nombre de séjours analysés	10 297 098	5 671 763

La mise en cohérence des bases nettoyées avec la réglementation a conduit à écarter 4 % des séjours en ex-DG et 1 % en ex-OQN.

*

* *

Au total, les opérations de retraitement, nettoyage et mise cohérence avec la réglementation, ont conduit à écarter 8 % des lignes en ex-DG et 9 % en ex-OQN.

LA CONSTITUTION D'UNE BASE PAR BÉNÉFICIAIRE

Une étude par séjour ne permet pas d'approcher la réalité du RAC à l'hôpital, puisque certains assurés ont eu en 2010 plusieurs séjours hospitaliers. Le NIR anonymisé permet de procéder au regroupement des séjours nécessaire à l'analyse par bénéficiaire. Cette analyse est décrite dans les dossiers statistiques.

	Ex-DG	Ex-OQN
Nombre de lignes hors séances (base nettoyée)	10 693 040	5 747 983
Nombre d'assurés hospitalisés en 2010	6 590 956	4 576 169

ANNEXE 3-1 : DOSSIER STATISTIQUE

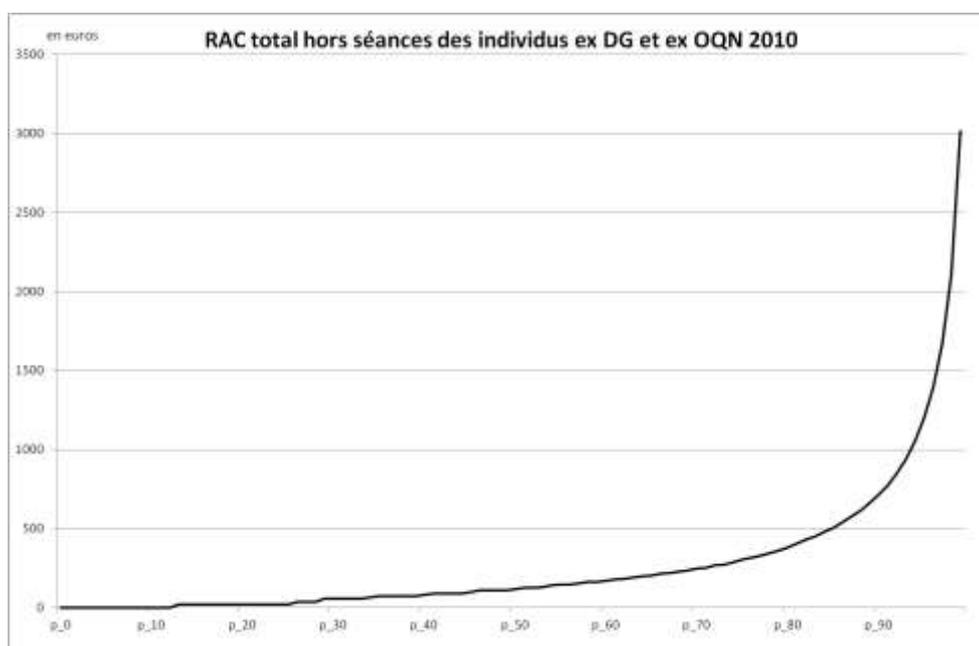
LE RESTE À CHARGE À L'HÔPITAL EST CONCENTRÉ SUR PEU DE PATIENTS

L'analyse qui suit porte sur le reste à charge des personnes ayant été hospitalisées en 2010 dans le secteur public ou privé. Les séances, qui ne génèrent pas de reste à charge, ont été écartées de l'analyse.

Après retraitements²¹, l'analyse porte sur près de 16 millions de séjours, qui ont concerné près de 10,6 millions de patients différents, soit, en moyenne, environ 1,5 séjour par patient. La durée moyenne d'hospitalisation cumulée est de 5,4 jours (hospitalisation complète et ambulatoire). Les patients ont eu à s'acquitter, personnellement ou via leur régime d'assurance complémentaire, d'un reste à charge (RAC) de près de 3,2 Mds €, soit un RAC moyen par personne de 304 €. Leur âge moyen est de 47 ans.

Nombre de séjours	15 968 861
Nombre de patients	10 580 249, soit 1,5 séjour par patient en moyenne
Reste à charge	3,2 Mds €, soit 304 € par patient en moyenne
Durée moyenne cumulée de l'hospitalisation (complète et ambulatoire).	5,4 jours

DISTRIBUTION DES RAC

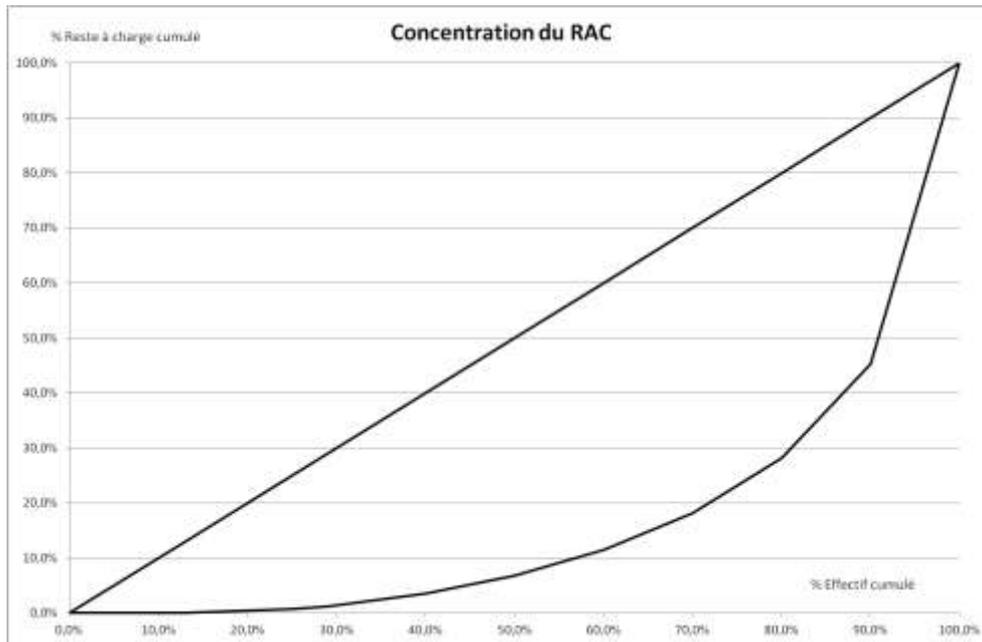


- 12 % des patients n'ont pas de RAC à payer.
- 15 % ont un RAC à payer supérieur à 500 €.
- 1 % des patients doit payer un RAC supérieur à 3 000 € (106 000 personnes).

²¹ Cf. annexe 2.

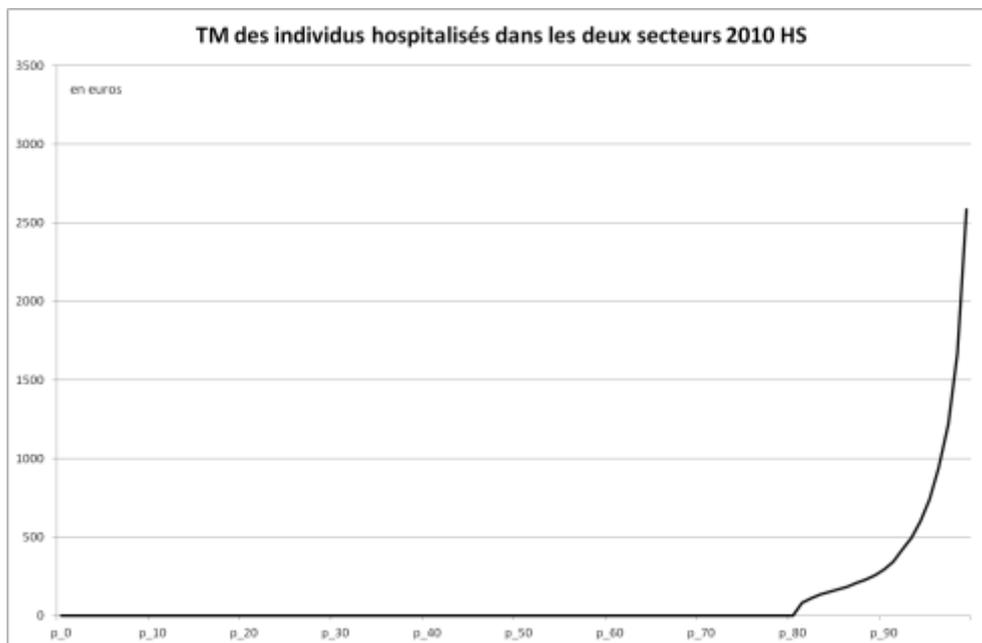
CONCENTRATION DES RAC

Les restes à charge sont très concentrés.



- Les 20 % de patients aux les RAC les plus élevés supportent 72 % de la somme des RAC.

DISTRIBUTION DU TM



- 80 % des patients n'ont pas de TM à payer.
- 7 % ont un TM à payer supérieur à 500 €.
- 1 % des patients doit payer un TM supérieur à 2 600 € (106 000 personnes).

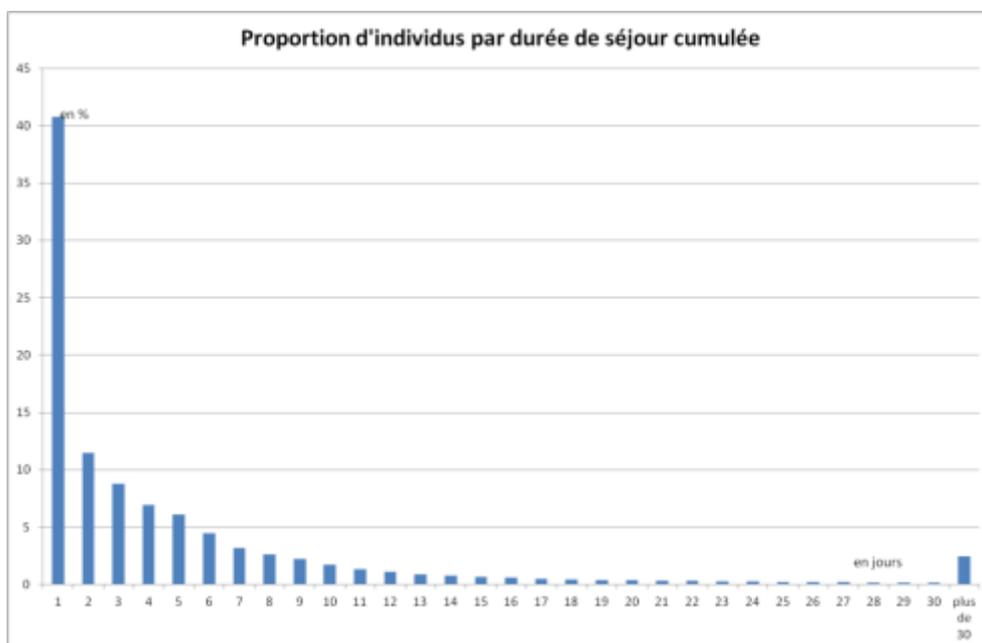
DISTRIBUTION DU FJ



- 30 % des patients n'ont pas de FJ à payer.
- 5 % ont un FJ à payer supérieur à 500 €.
- 1 % des patients doit payer un FJ supérieur à 1 100 € (106 000 personnes).

DUREE CUMULEE DES SÉJOURS

La durée cumulée des séjours par individu présente une très grande variabilité.



- 41 % des patients viennent à l'hôpital une seule fois en ambulatoire (durée de séjour = 1).
- La proportion de patients ayant une durée de séjour de 2 jours (2 jours en ambulatoire ou un séjour de deux jours) est de 11 %.
- 2 % des patients ont un ou plusieurs séjours dont la durée cumulée dépasse 30 jours.

ANNEXE 3-2 : DOSSIER STATISTIQUE LE RESTE À CHARGE À L'HÔPITAL DU SECTEUR PUBLIC ET PRIVÉ NON LUCRATIF

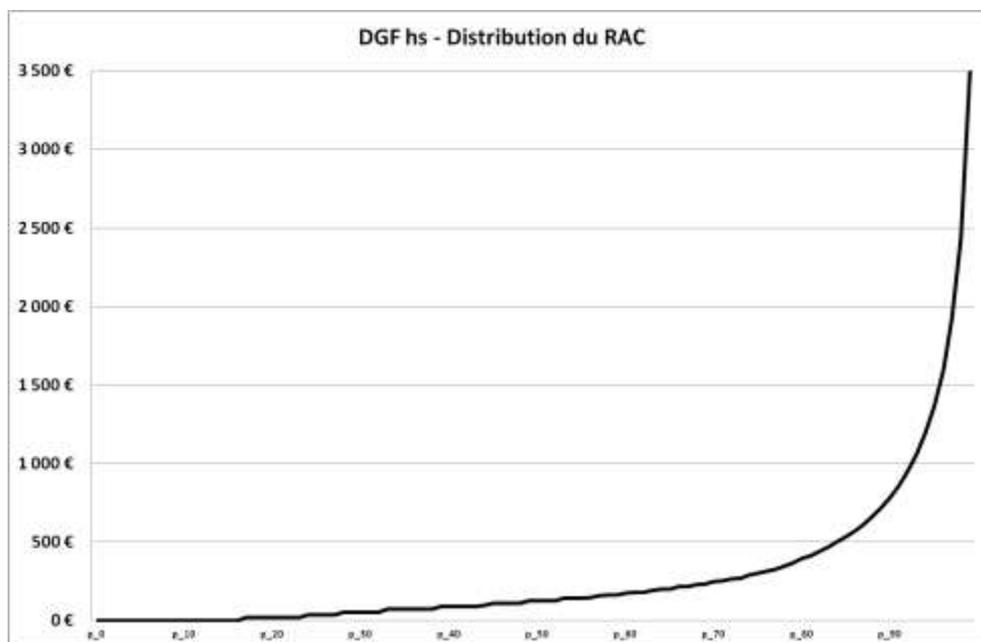
LE RAC EST TRÈS CONCENTRÉ, SURTOUT À CAUSE DU TICKET MODÉRATEUR DE 20 %

L'analyse qui suit porte sur le reste à charge des patients ayant été hospitalisés en 2010 dans le secteur anciennement financé par dotation globale (ex-DG). Après retraitements, l'analyse porte sur près de 10,3 millions de séjours, qui ont concerné près de 6,6 millions de patients différents, soit environ 1,6 séjour par patient, en moyenne, pour une durée moyenne d'hospitalisation cumulée de 8,3 jours, en tenant compte de l'ambulatoire. Les séances, qui ne génèrent pas de reste à charge, ont été écartées.

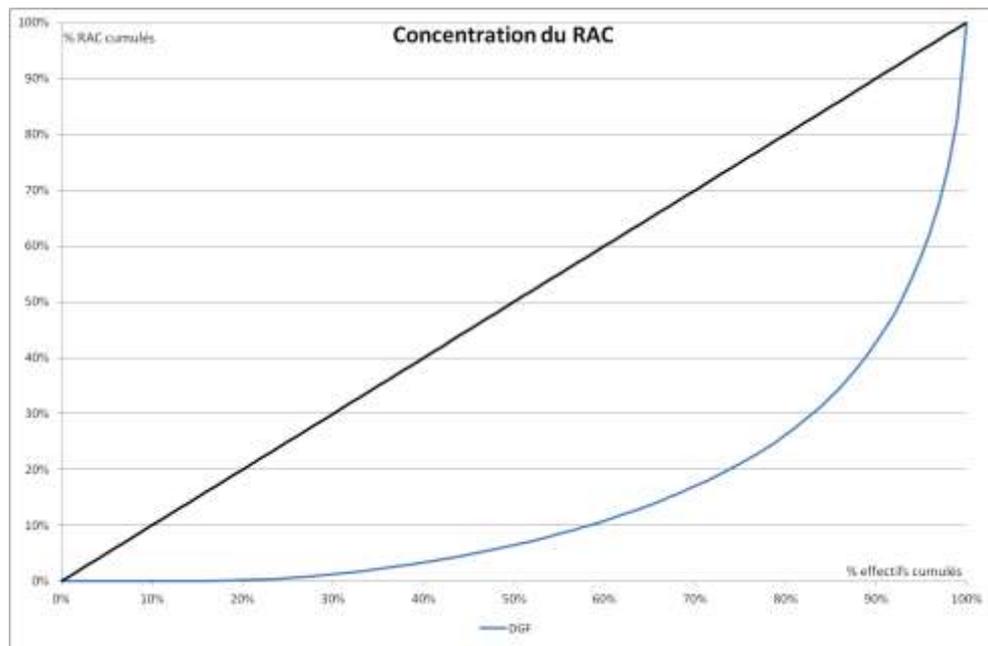
Les patients ont eu à s'acquitter en 2010, personnellement ou via leur régime d'assurance complémentaire, d'un reste à charge (RAC) de près de 2,2 Mds €, soit un RAC moyen par personne de 333 €, dont les 2/3 sont dus au titre du ticket modérateur (TM), incluant les forfaits journaliers (FJ) lorsqu'ils sont imputés sur le TM.

Nombre de séjours	10 297 098	
Nombre de patients	6 590 956	1,6 séjour par patient
RAC	2,2 Mds €	333 € par patient
dont TM	1,4 Md €	64 % du total
dont FJ	746 M€	34 % du total
dont PF18	37 M€	2 % du total
Durée moyenne cumulée d'hospitalisation (complète + ambulatoire)	8,3 jours	

DISTRIBUTION DU RAC

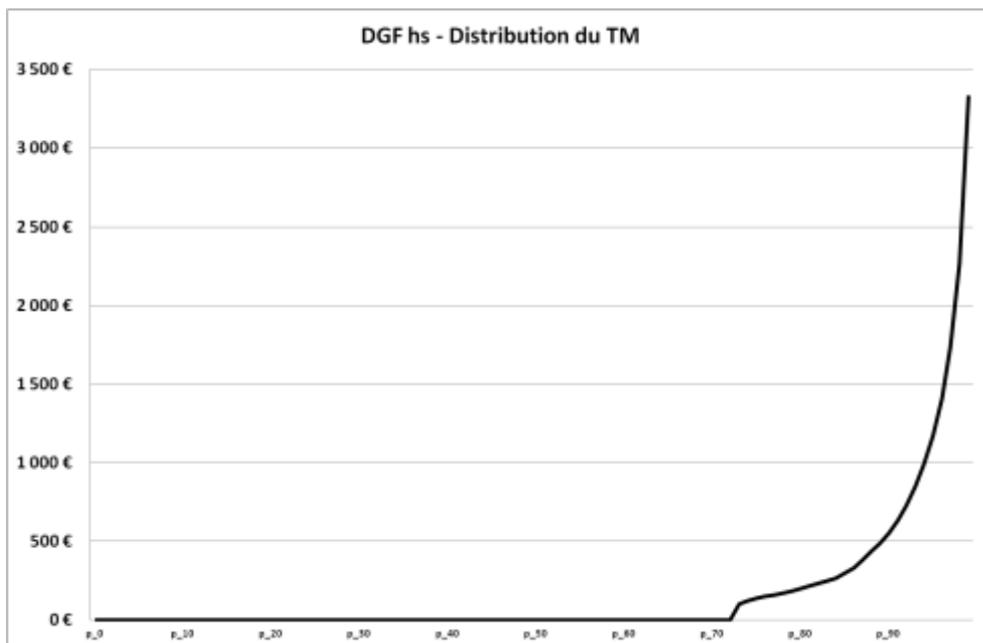


- 16 % des patients n'ont pas de RAC à payer.
- 16 % ont un RAC à payer supérieur à 500 €.
- 1 % des patients doit payer un RAC supérieur à 3 500 € (66 000 personnes).



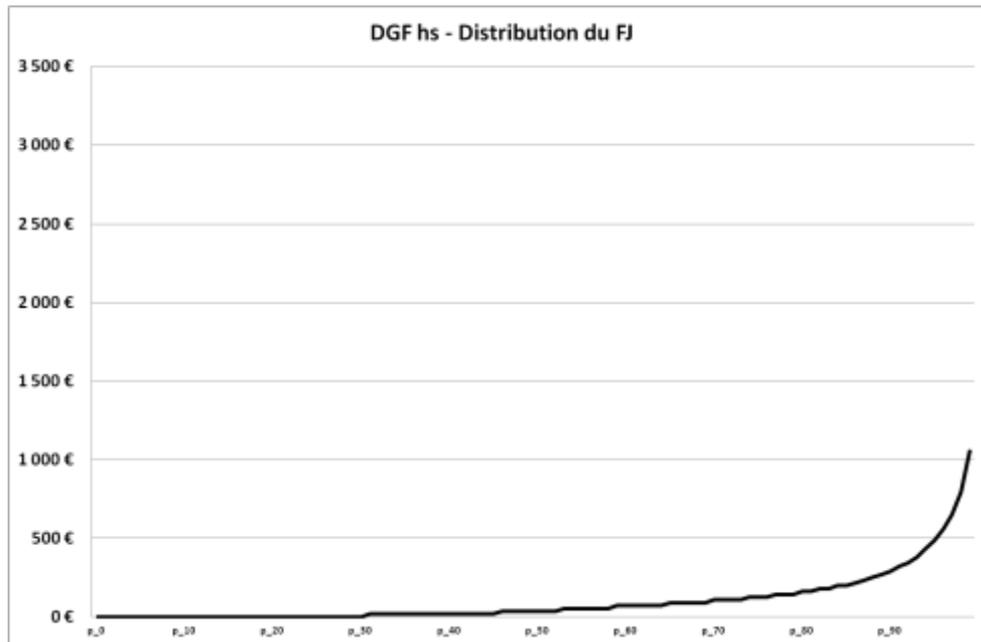
- Les 20 % de patients aux les RAC les plus élevés assument 74 % de la somme des RAC.

DISTRIBUTION DU TM



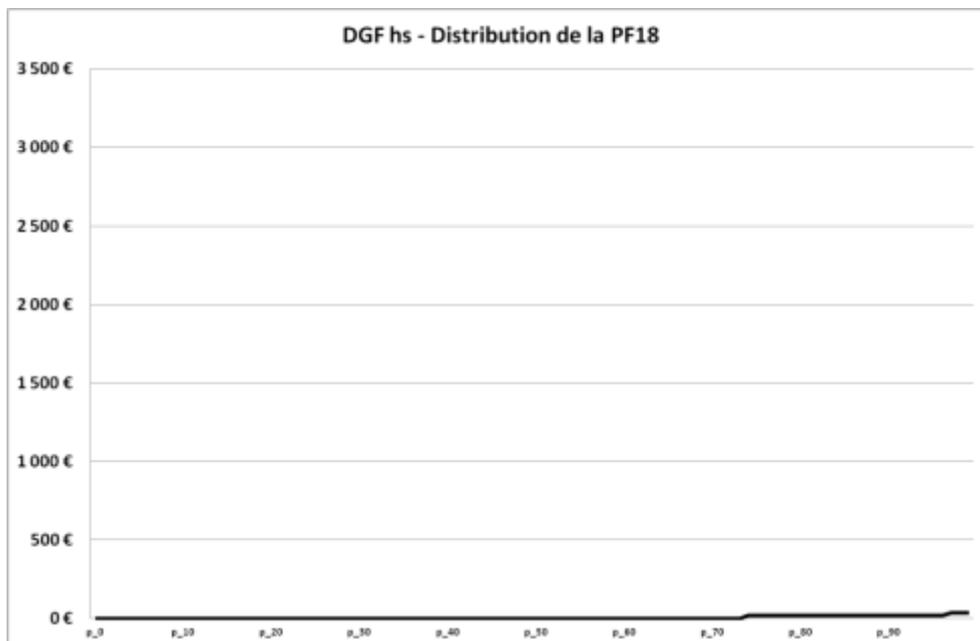
- 72 % des patients ne paient pas de TM de 20 %, du fait du TM forfaitaire (PF18) et des règles d'exonération.
- 1 % des patients doit payer un TM supérieur à 3 300 € (66 000 personnes).
- 10 % des patients paient un TM supérieur à 500 €.
- Les 20 % de patients aux RAC les plus élevés assument 87 % de la somme des TM.
- Les 20 % de patients aux TM les plus élevés (en incluant ceux qui n'en paient pas) assument 95 % de la somme des TM.

DISTRIBUTION DU FJ



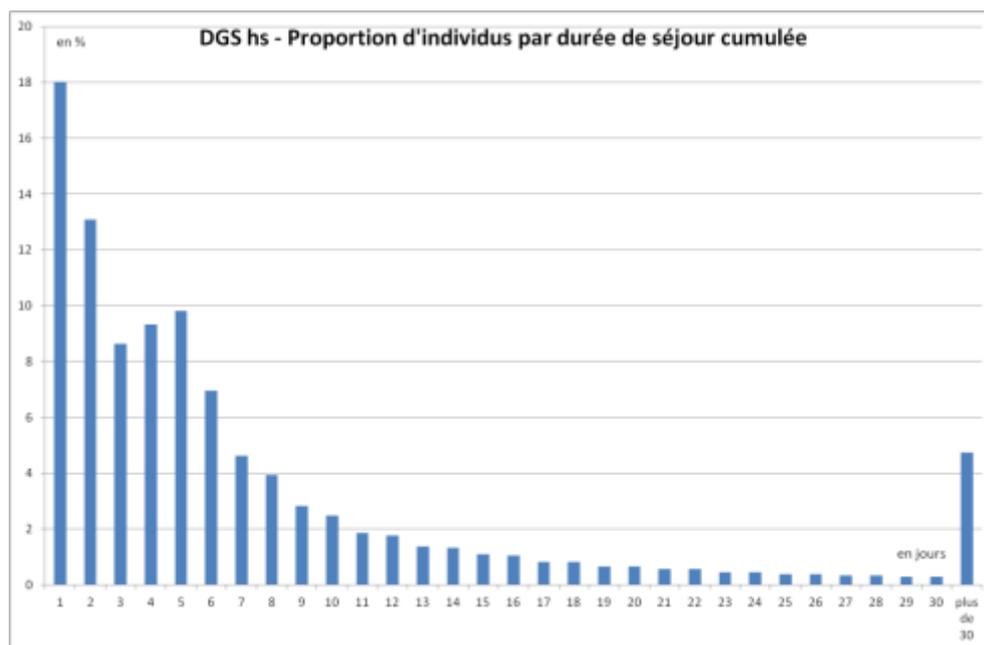
- 30 % des patients ne paient pas de FJ, qui n'est pas dû pour les séjours en ambulatoire.
- 1 % des patients doit payer un FJ supérieur à 1 000 € (66 000 personnes).
- 10 % des patients paient un FJ supérieur à 288 € (soit 16 fois le FJ).
- Les 20 % de patients qui ont les RAC les plus élevés assument 52 % de la somme des FJ.

DISTRIBUTION DE LA PF18



- 73 % des patients ne paient pas de PF18, soit qu'ils soient exonérés de TM, soit qu'aucun acte coûteux n'ait été réalisé au cours du séjour (ils paient dans ce cas un TM, non forfaitaire, de 20 %).
- 23 % des patients ont payé une PF18.
- 3 % l'ont payé deux fois ou plus.

DURÉE CUMULÉE DES SÉJOURS



- 18 % des patients ne sont venus qu'une seule fois à l'hôpital, en ambulatoire (durée = 1 jour).
- 13 % des patients n'ont eu qu'une nuitée à l'hôpital, ou deux séjours en ambulatoire (durée = 2 jours).
- 5 % des patients ont eu plus d'un mois d'hospitalisation, en un ou plusieurs séjours cumulés.

LE CLASSEMENT PAR STATUT REFLETE LE POIDS DU TM DE 20 %

Afin d'identifier des groupes de population ayant des profils de reste à charge homogènes, les patients sont classés en fonction du régime de TM affectant leurs séjours.

On distingue tout d'abord 4 catégories liées au TM : 2 régimes d'exonération, avec et sans ALD, le TM forfaitaire (PF18) et enfin le TM de droit commun de 20 % (prise en charge à 80 %).

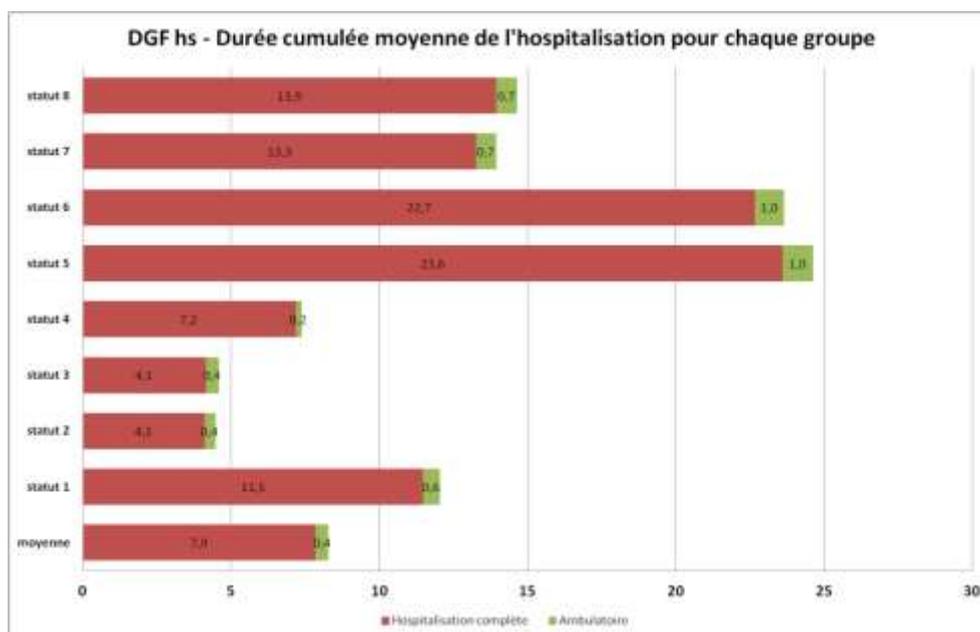
Plus d'un quart des patients ont eu plusieurs séjours en 2010. Si tous leurs séjours relèvent du même régime de TM, ils sont rattachés aux 4 catégories « pures » listées ci-dessus. Pour les patients ayant eu plusieurs séjours relevant de régimes de TM différents, on distingue 4 catégories « mixtes » supplémentaires par le croisement du régime ALD et du régime 80 % :

5. les patients en ALD avec au moins 1 autre séjour avec TM de 20 % (ce second séjour n'est pas lié à l'ALD et ne donne lieu à aucune forme d'exonération ou forfaitisation du TM) ;
6. le reste des patients en ALD qui ont au moins 1 autre séjour (qui peut donner lieu à exonération ou forfaitisation du TM) ;
7. les patients qui n'ont aucun séjour en ALD, mais au moins 1 séjour avec un TM de 20 %, associé avec un séjour avec PF18 et/ou un séjour exonéré de TM ;
8. les patients qui n'ont aucun séjour en ALD ni avec un TM de 20 %, mais au moins un séjour exonéré de TM et un séjour avec PF18.

Afin de rendre ces catégories plus parlantes, on peut les illustrer par des exemples de traitements ou de pathologies.

Régime de TM	Exemples - cas type
1 ALD	Traitements du diabète
2 80 %	Une bronchite aiguë
3 PF18	Une appendicite
4 Exo	Un accouchement
5 ALD+80 %	Patient hémophile également hospitalisé pour une méningite
6 ALD+autre	Patient hémophile également opéré des amygdales
7 80 %+(PF18 ou exo)	Patient hospitalisé pour une entorse et opéré de la cataracte
8 Ni ALD ni 80 %	Amygdalectomie et accouchement la même année

Ces catégories n'ont pas toutes le même poids, puisque les 4 cas « purs » (1 à 4) regroupent 90 % des patients (95 % en ex-OQN). Par ailleurs, les patients relevant des catégories « mixtes » (5 à 8) ont tous eu, par définition, au moins deux séjours en 2010. En moyenne, la durée annuelle cumulée de leurs séjours hospitaliers est donc plus élevée que pour l'ensemble des patients (supérieure à 22 jours d'hospitalisation complète²² pour les statuts 5 et 6, supérieure à 13 jours pour les statuts 7 et 8).

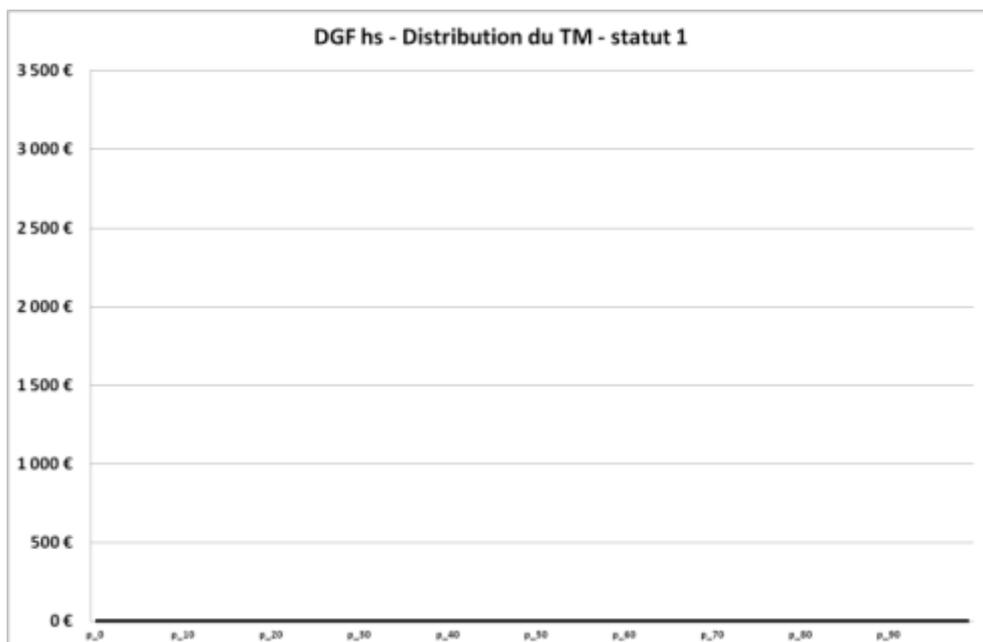
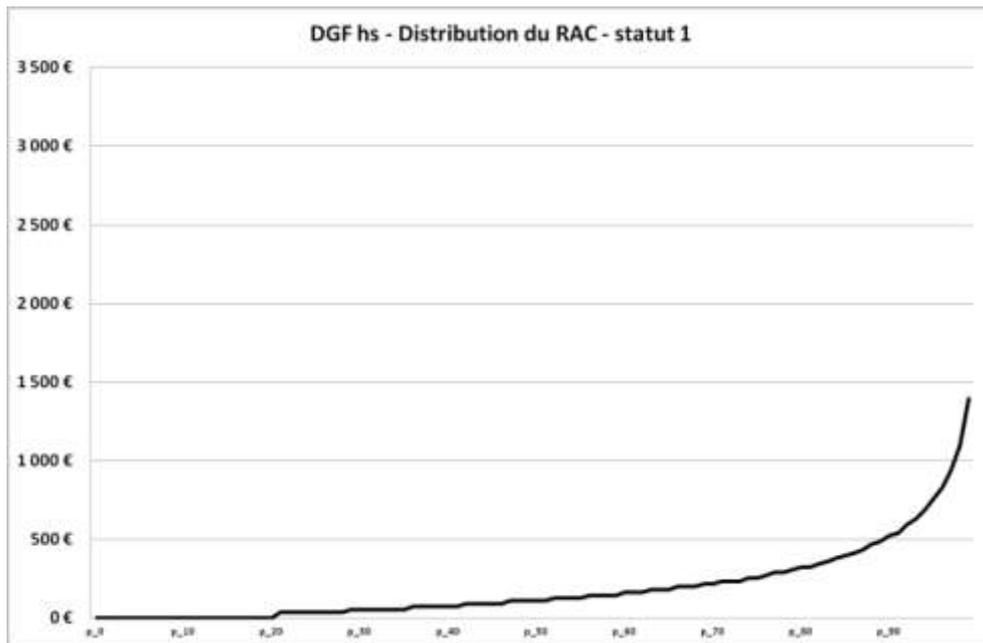


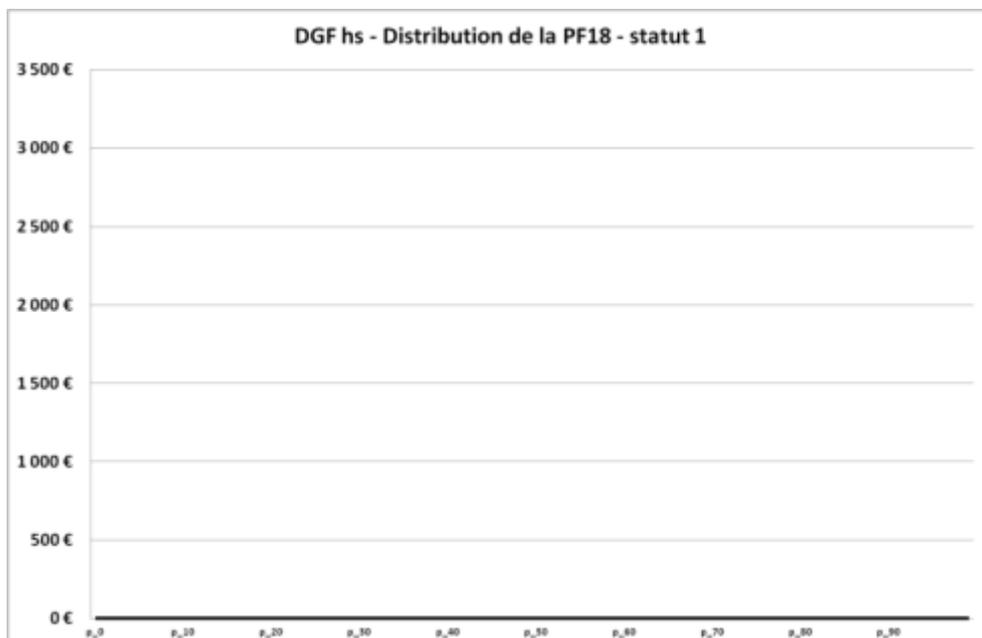
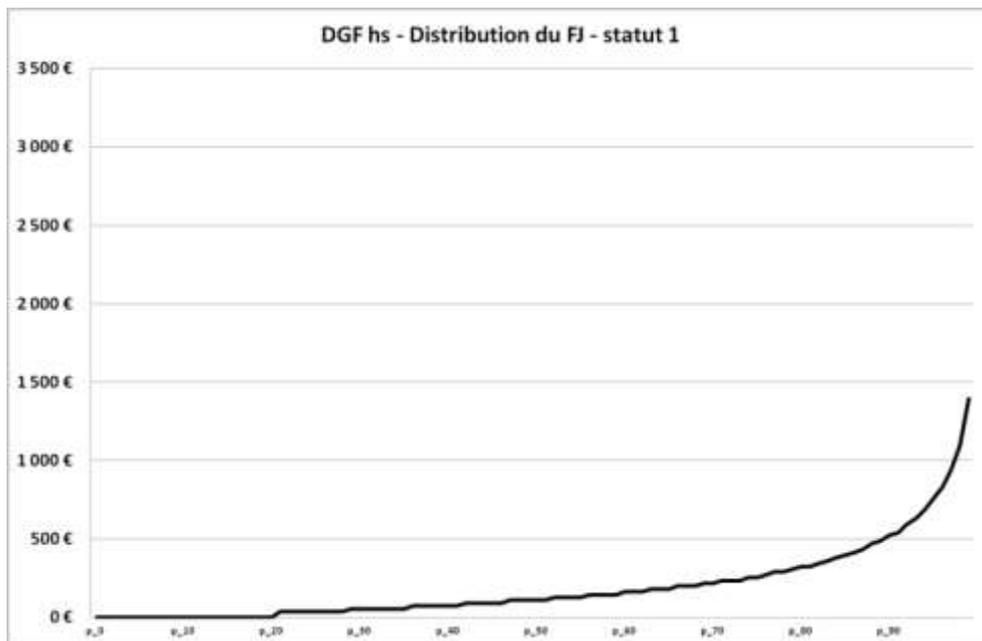
Le tableau ci-dessous résume les 8 statuts ainsi créés pour classer les patients.

Régime de TM	Effectifs 2010 (ex-DG)	Age moyen	Durée cumulée d'hospitalisation complète (jours)
1 ALD	1 494 151 23 %	65	11,5
2 80 %	1 440 911 22 %	38	4,1
3 PF18	1 395 883 21 %	47	4,1
4 Exo	1 655 035 25 %	30	7,2
5 ALD+80 %	129 318 2 %	62	23,6
6 ALD+autre	177 887 3 %	63	22,7
7 80 %+(PF18 ou exo)	259 362 4 %	42	13,3
8 Ni ALD ni 80 %	38 409 1 %	44	13,9
ENSEMBLE	6 590 956 100 %	45	7,9

²² Hors séjours en ambulatoire, dont les dates de début et la fin sont identiques et qui ne donnent pas lieu à facturation d'un FJ.

STATUT 1 : PATIENTS QUI N'ONT QUE DES SÉJOURS EN ALD





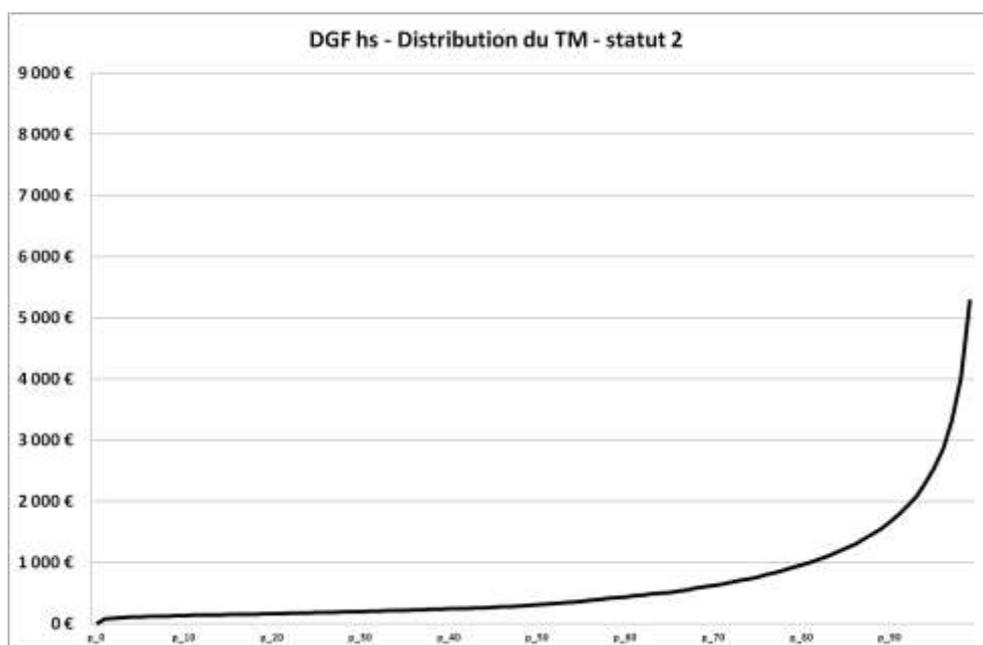
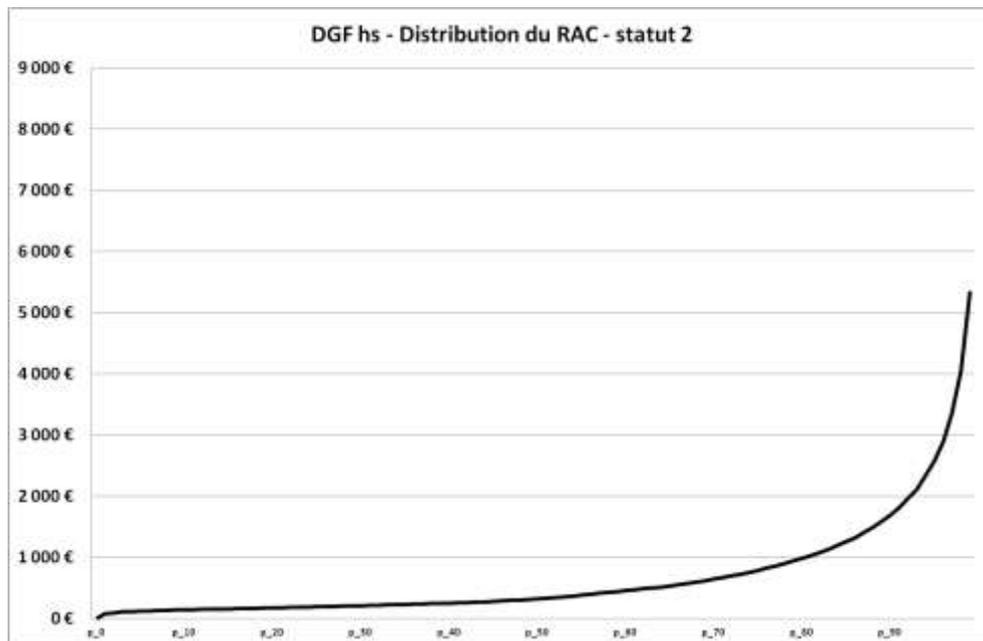
La population concernée a un profil particulier : l'âge moyen des patients de cette catégorie, qui regroupe 83 % des patients en ALD, est plus élevé que la moyenne (65 ans soit 20 de plus que l'ensemble des groupes). Il en va de même pour la durée totale de leurs soins hospitaliers (11,5 jours en hospitalisation complète, contre 7,9 pour l'ensemble).

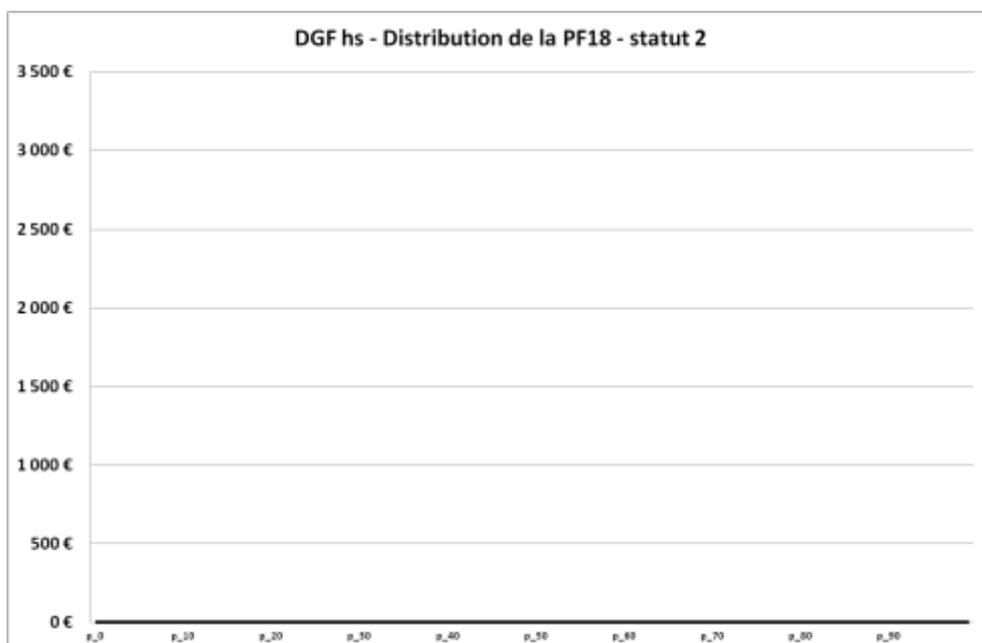
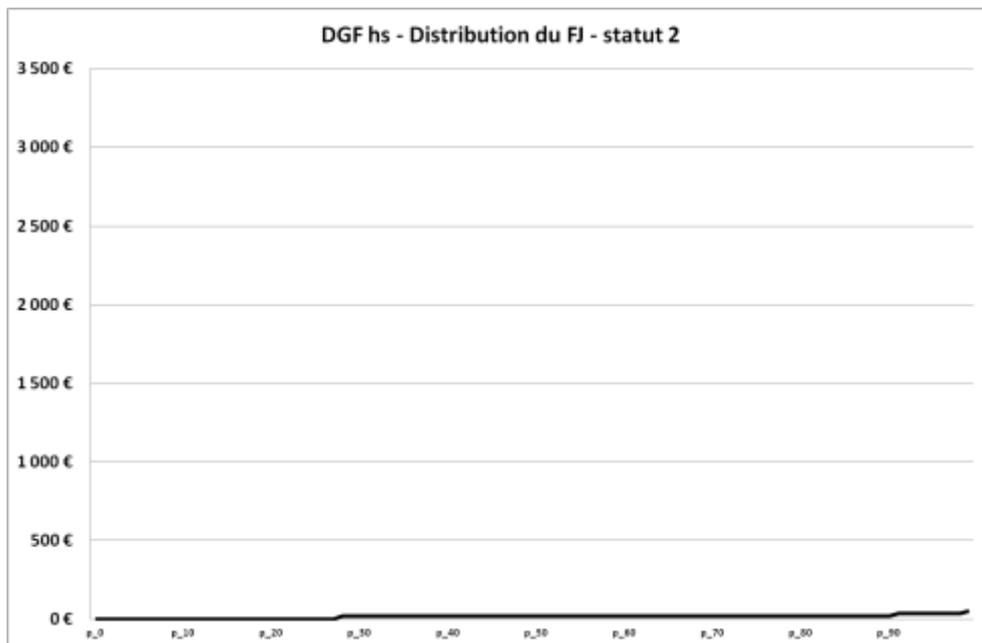
Le RAC de ces patients est exclusivement constitué de FJ.

- 20 % des patients ont un RAC nul.
- Le RAC dépasse 500 € pour 10 % des patients.
- 1 % des patients a un RAC supérieur à 1 400 € (15 000 personnes).

STATUT 2 : PATIENTS QUI N'ONT QUE DES SÉJOURS PRIS EN CHARGE À 80 %

NB : l'échelle est différente pour le RAC et le TM des catégories 2, 5 et 7, qui peuvent être nettement plus élevés.



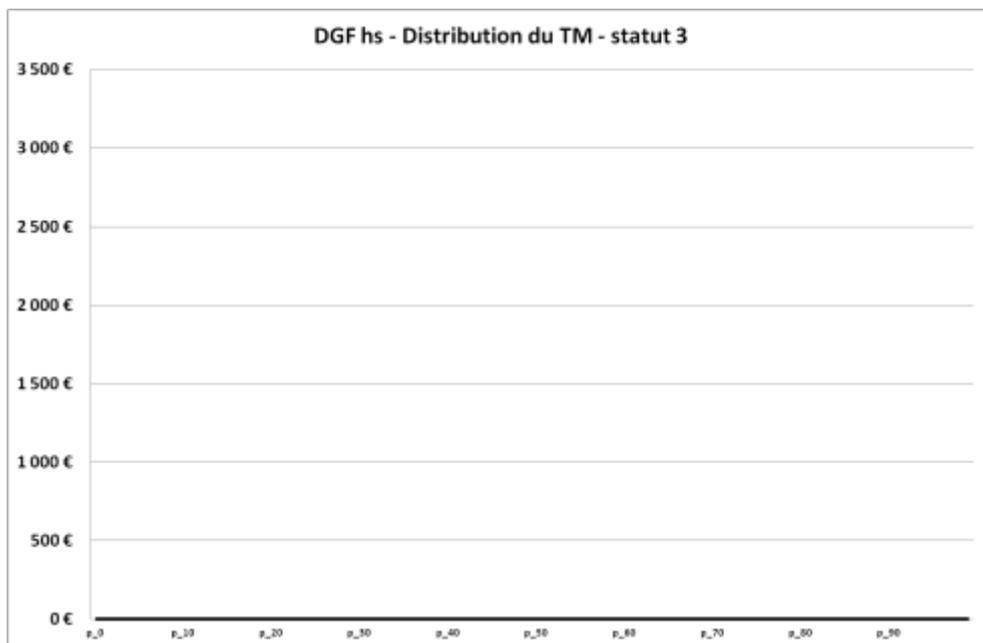
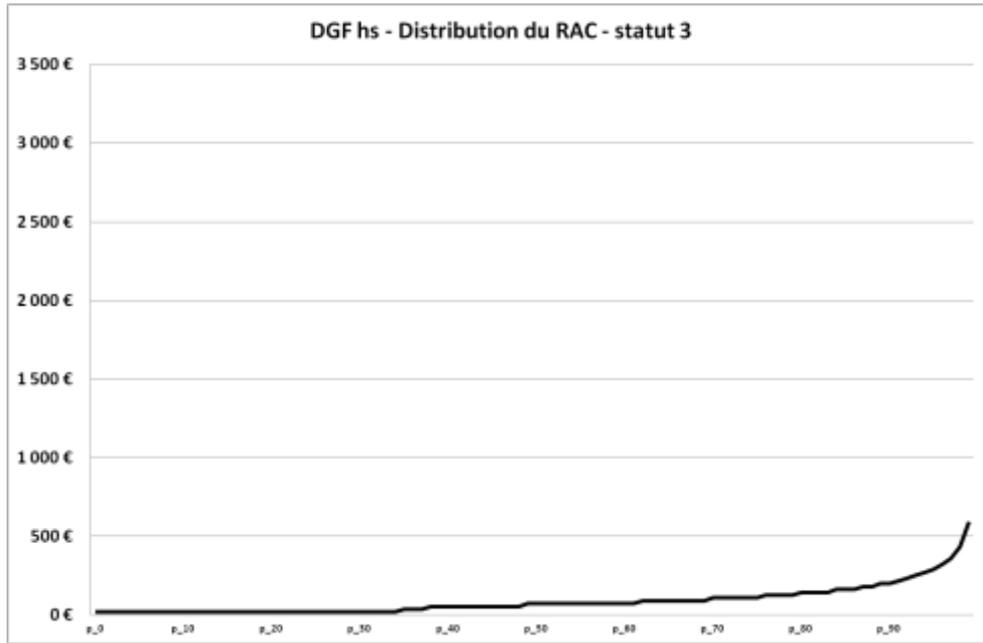


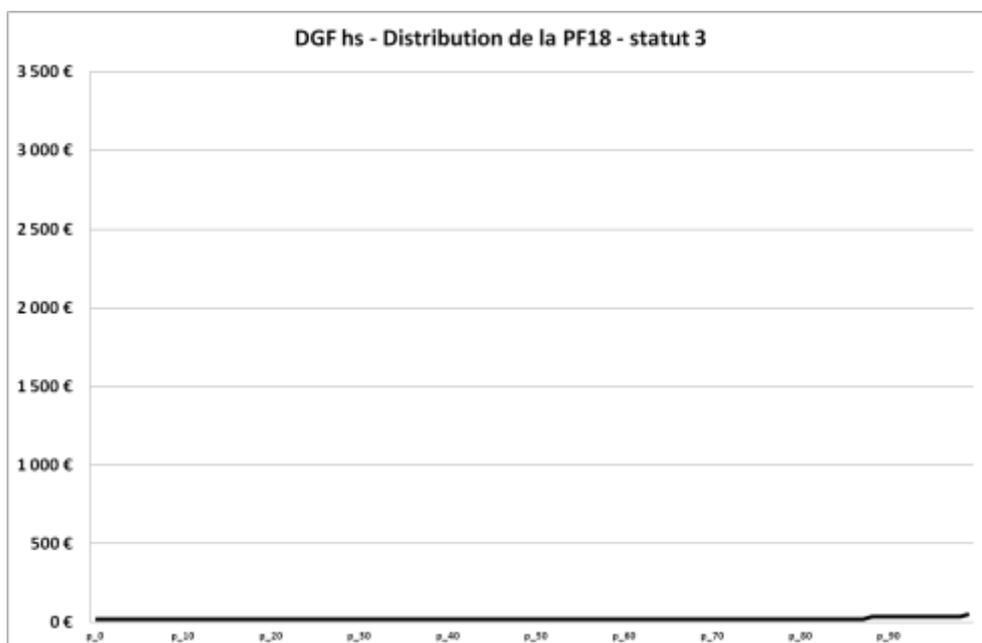
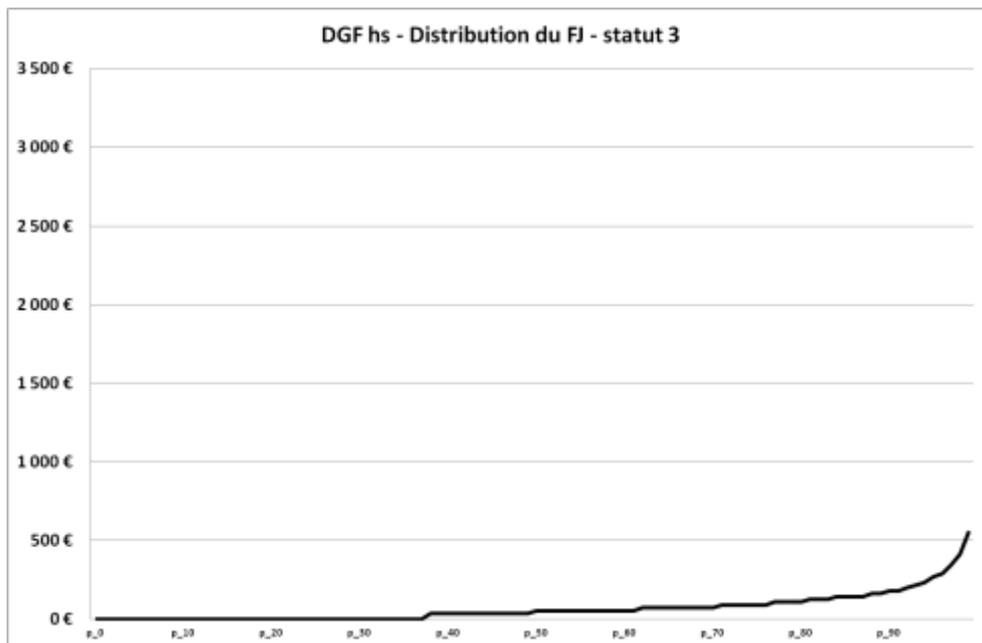
Cette population n'est couverte par aucun régime d'exonération et n'a pas reçu de soins coûteux susceptibles de déclencher la forfaitisation du TM. Sa durée moyenne d'hospitalisation complète est faible (4,1 jours), son âge moyen (38 ans) est un peu inférieur à celui de l'ensemble des patients (45 ans).

Le RAC est presque exclusivement constitué de TM et très marginalement de FJ, en raison de la règle d'imputation du FJ sur le TM (sauf pour la journée de sortie).

- Tous les patients ont un RAC positif.
- Le RAC dépasse 500 € pour 37 % des patients, 1 000 € pour 19 % d'entre eux.
- 1 % des patients a un RAC supérieur à 5 300 € (15 000 personnes).

STATUT 3 : PATIENTS QUI N'ONT QUE DES SÉJOURS AVEC UN TM FORFAITAIRE (PF18)



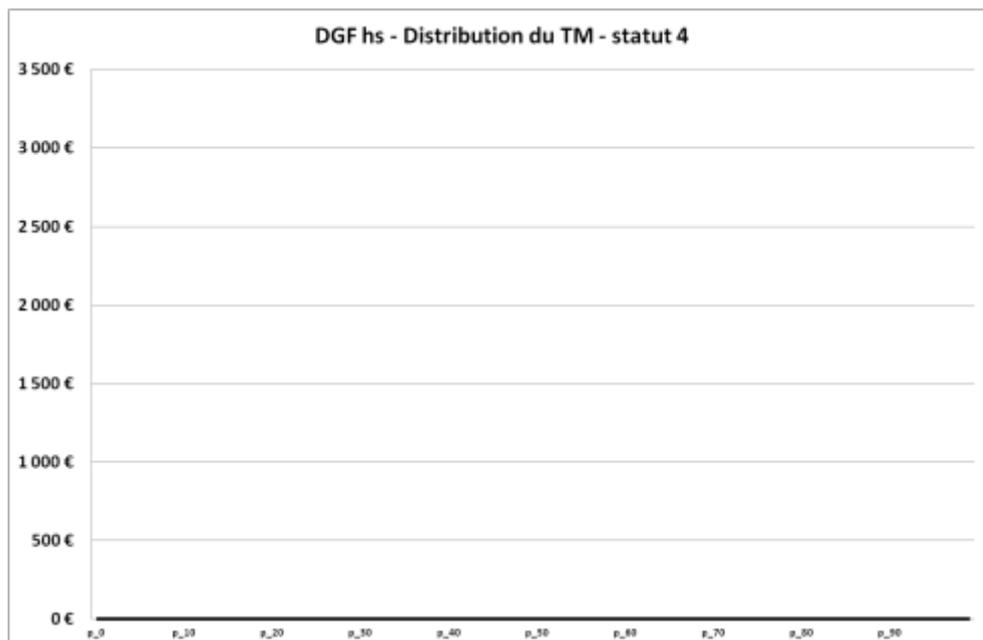
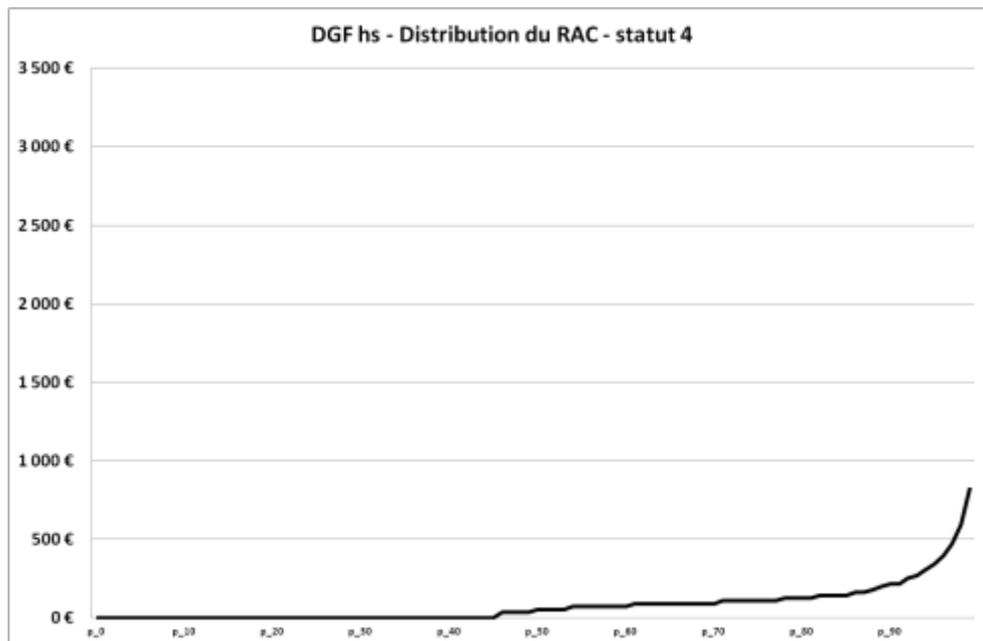


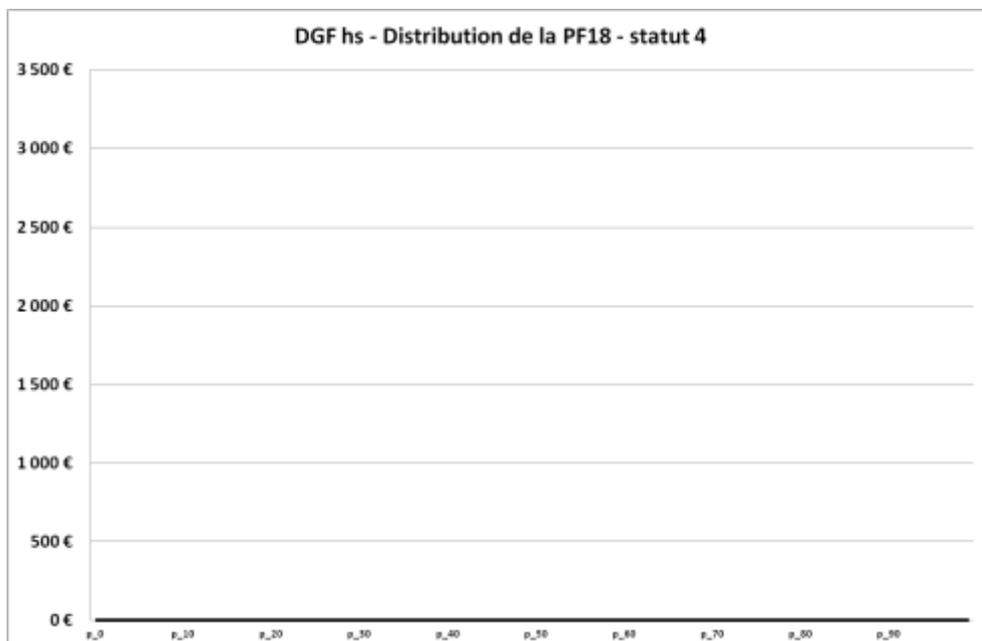
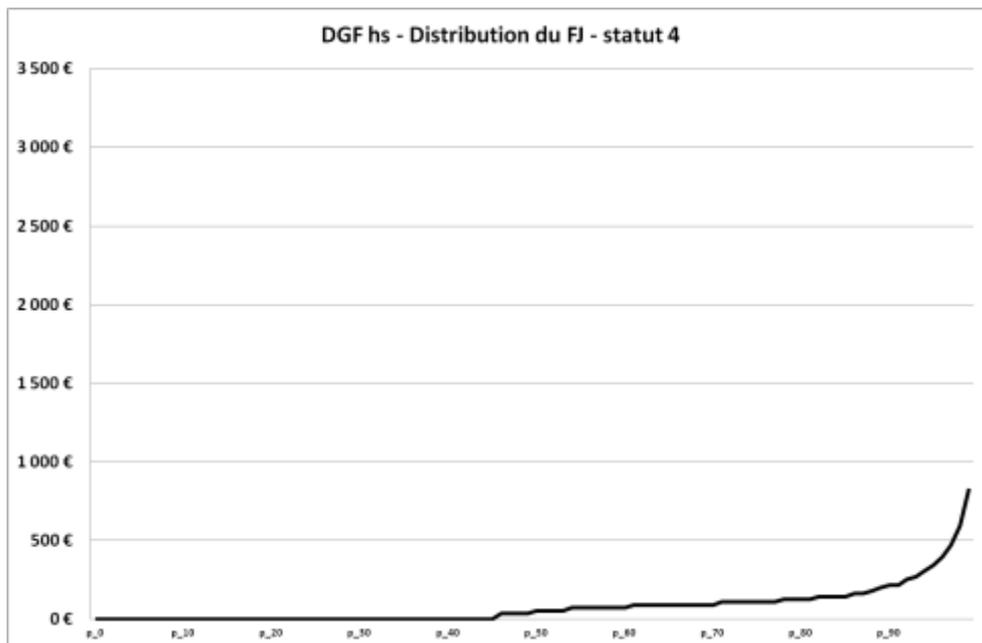
Cette population n'est couverte par aucun régime d'exonération, mais, contrairement au groupe 2, elle a reçu de soins coûteux qui ont déclenché la forfaitisation du TM (PF18). Comme pour le groupe 2, la durée moyenne d'hospitalisation complète est faible (4,1 jours). Près de 90 % des patients n'ont eu qu'un seul séjour. L'âge moyen (47 ans) est proche de celui de l'ensemble des patients (45 ans).

Le RAC est presque exclusivement constitué de FJ et très marginalement de TM forfaitaire.

- Tous les patients ont un RAC positif (au moins une PF18).
- 1 % des patients a un RAC supérieur à 600 € (14 000 personnes).

STATUT 4 : PATIENTS QUI N'ONT QUE DES SÉJOURS EXONÉRÉS DE TM, POUR UN AUTRE MOTIF QUE L'ALD





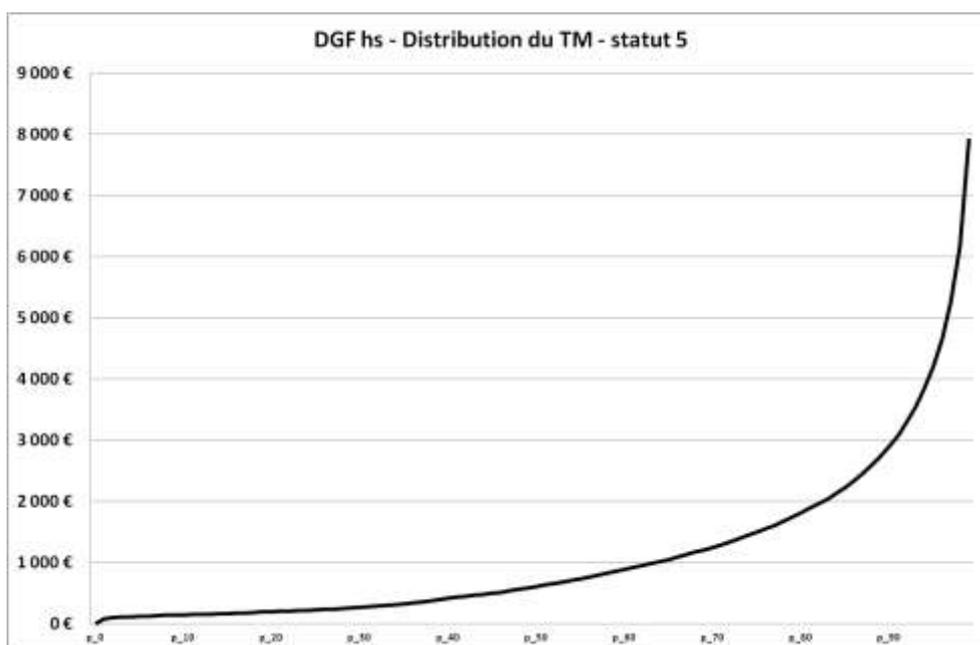
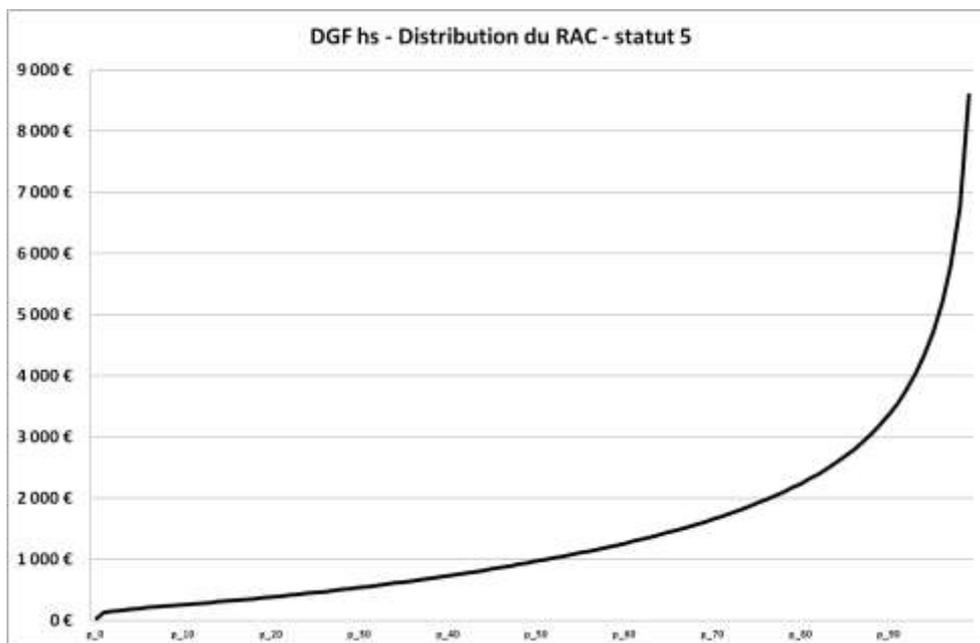
On trouve dans cette catégorie tous les séjours d'obstétrique du risque maternité, on y note donc logiquement une surreprésentation des femmes (65 % contre 55 % sur l'ensemble des groupes), et un âge moyen moins élevé (30 ans contre 45 pour l'ensemble). La durée cumulée des séjours est légèrement inférieure à la moyenne de l'ensemble des groupes (7,2 jours en hospitalisation complète, contre 7,9 pour l'ensemble).

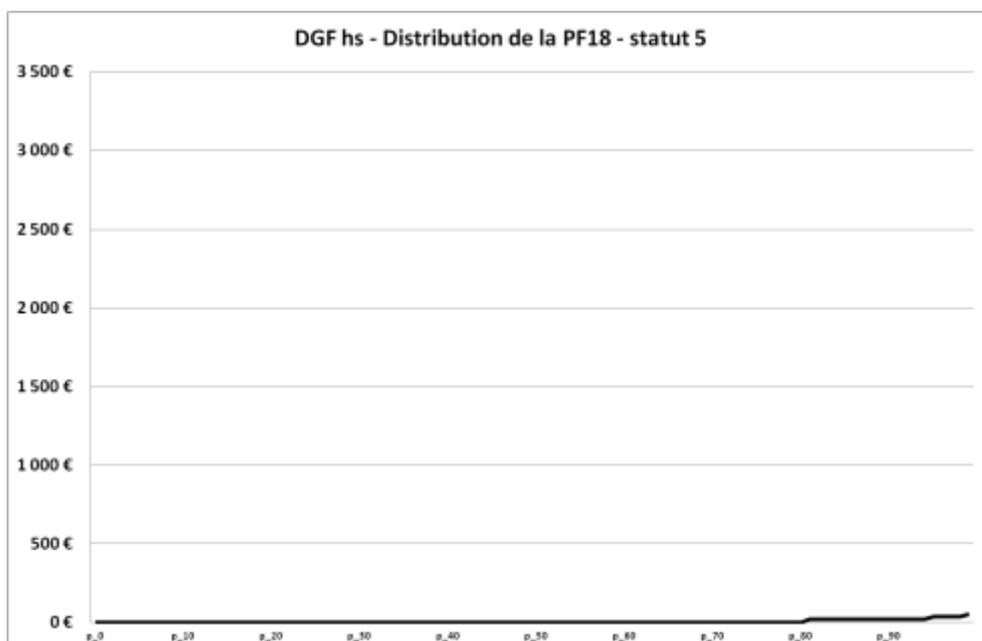
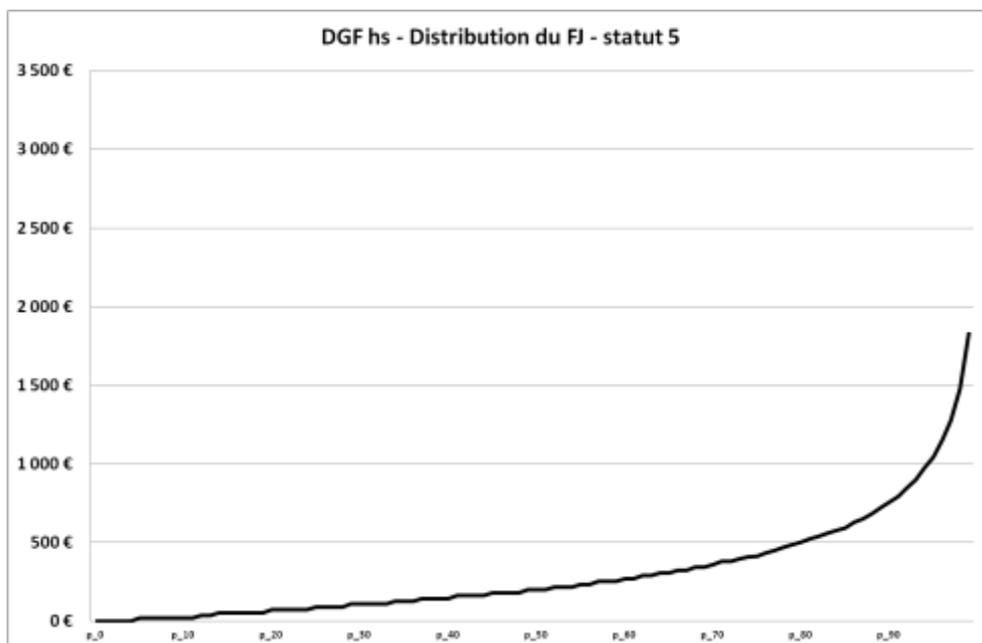
Comme pour les ALD de la catégorie 1, le RAC de ces patients est exclusivement constitué de FJ.

- 46 % des patients ont un RAC nul.
- Le RAC dépasse 500 € pour 2 % des patients.
- 1 % des patients a un RAC supérieur à 800 € (16 500 personnes).

STATUT 5 : ALD ET SÉJOURS PRIS EN CHARGE À 80 %

NB : l'échelle est différente pour le RAC et le TM des catégories 2, 5 et 7, qui peuvent être nettement plus élevés.



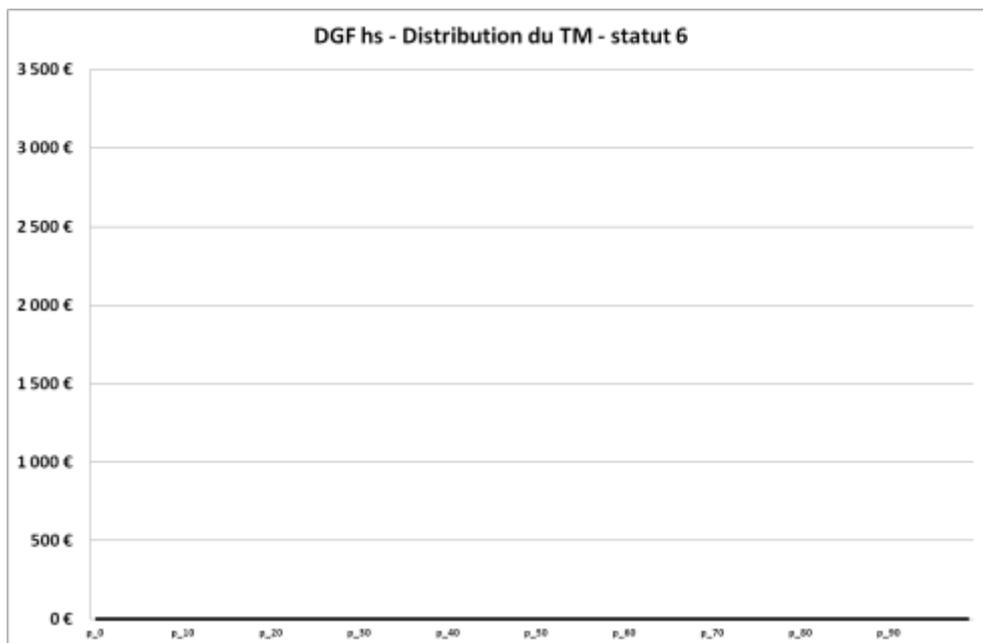
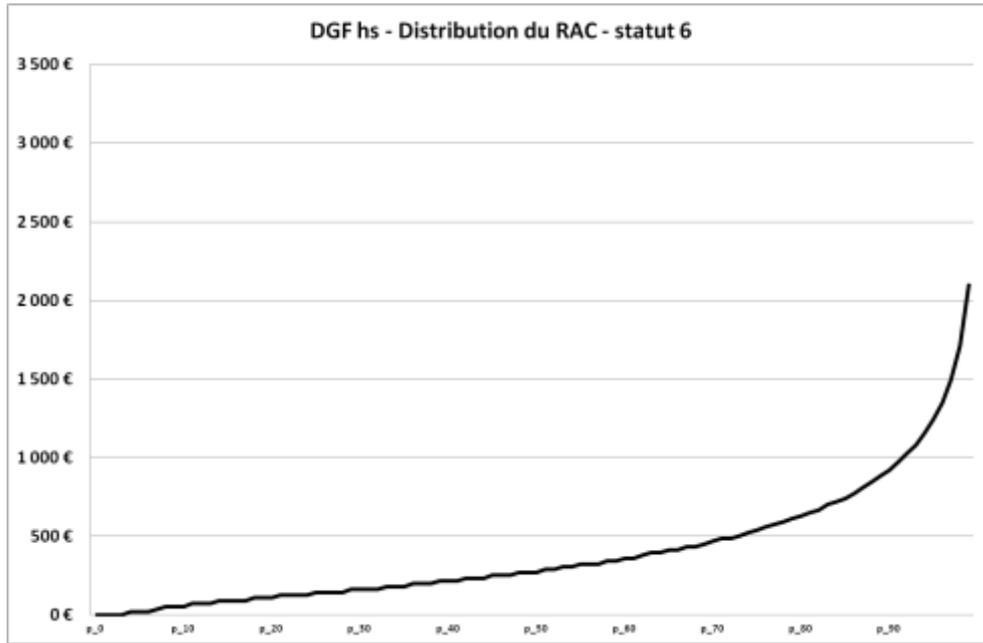


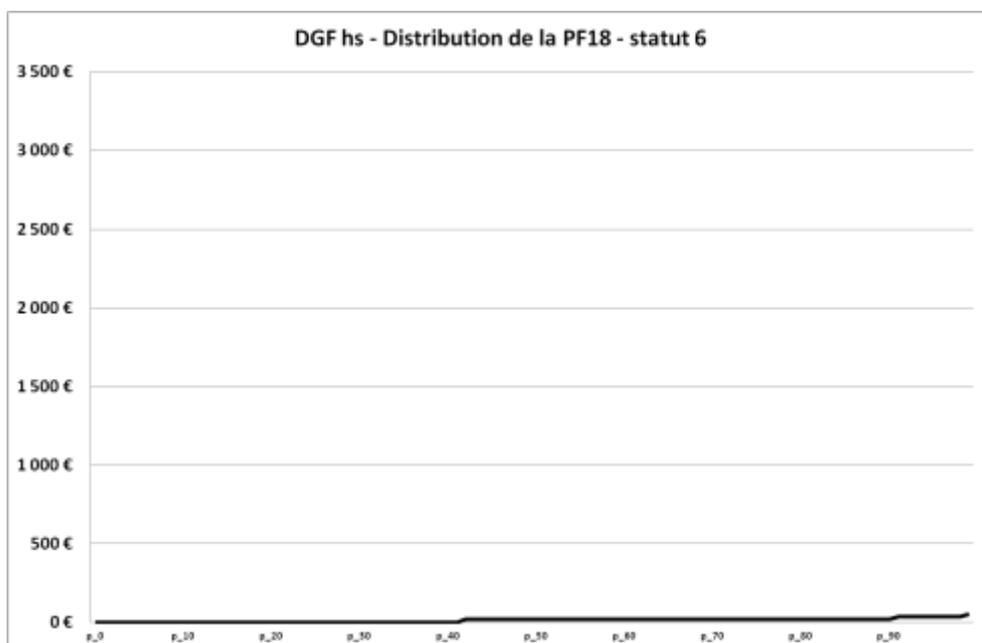
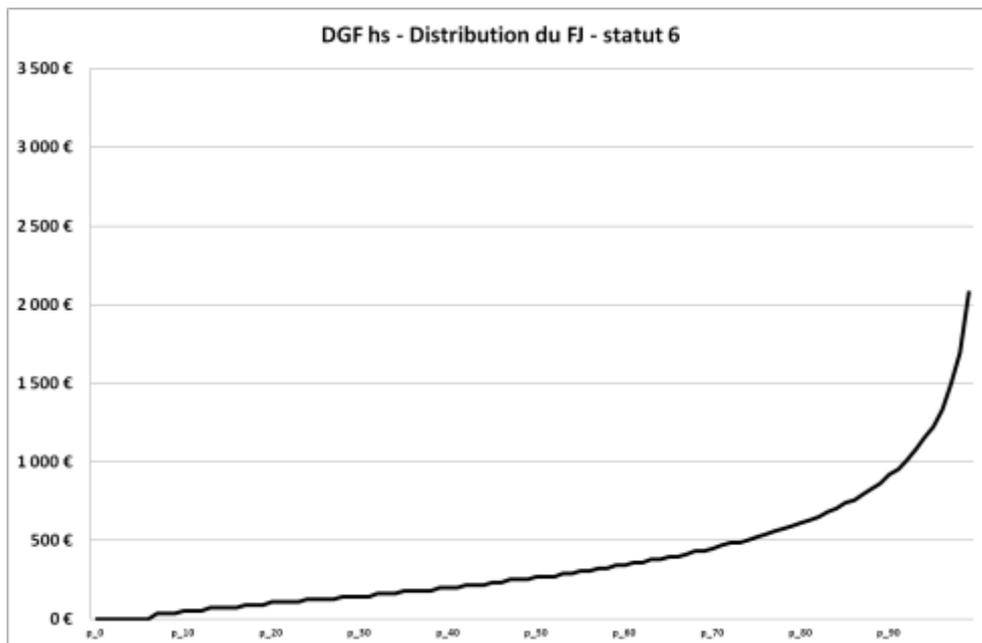
Cette catégorie regroupe 2 % des patients, 7 % de ceux qui sont en ALD. Il s'agit de patients qui ont eu un séjour lié à leur ALD et au moins un autre sans lien avec leur ALD, qui n'a pas impliqué la réalisation d'un acte coûteux. Leur âge moyen est élevé (62 ans), tout comme leur durée de soins (près de 24 jours d'hospitalisation complète). Cette catégorie est étudiée à part car elle a les RAC les plus élevés. Elle cumule en effet deux facteurs qui conduisent à un haut niveau de RAC : l'ALD, du fait de la longueur de l'hospitalisation cumulée et l'absence d'acte coûteux qui déclenche la PF18.

Le RAC est constitué par le cumul du TM (séjours sans lien avec l'ALD) et des FJ (séjours en ALD, les FJ ne sont pas imputés sur un TM).

- Tous les patients ont un RAC positif.
- Le RAC dépasse 500 € pour 72 % des patients, 1 000 € pour la moitié d'entre eux, 2 000 € pour près d'un quart et 4 000 € pour 7 % d'entre eux.
- 1 % des patients a un RAC supérieur à 8 600 € (1 300 personnes).

STATUT 6 : ALD ET PF18 OU AUTRE EXONÉRATION DE TM





Cette catégorie regroupe 3 % des patients, 10 % de ceux en ALD. Il s'agit de patients qui ont eu un séjour lié à leur ALD et au moins un autre sans lien avec leur ALD, mais, contrairement à la catégorie 5, qui a comporté un acte coûteux impliquant la forfaitisation du TM. Leur âge moyen est élevé (63 ans), tout comme leur durée d'hospitalisation cumulée (près de 23 jours d'hospitalisation complète).

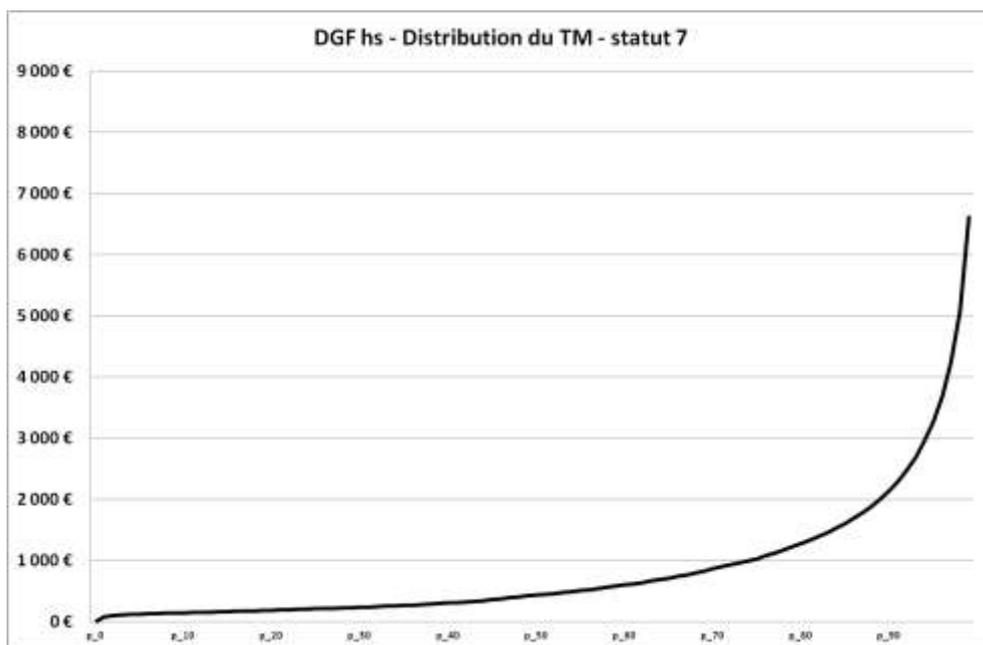
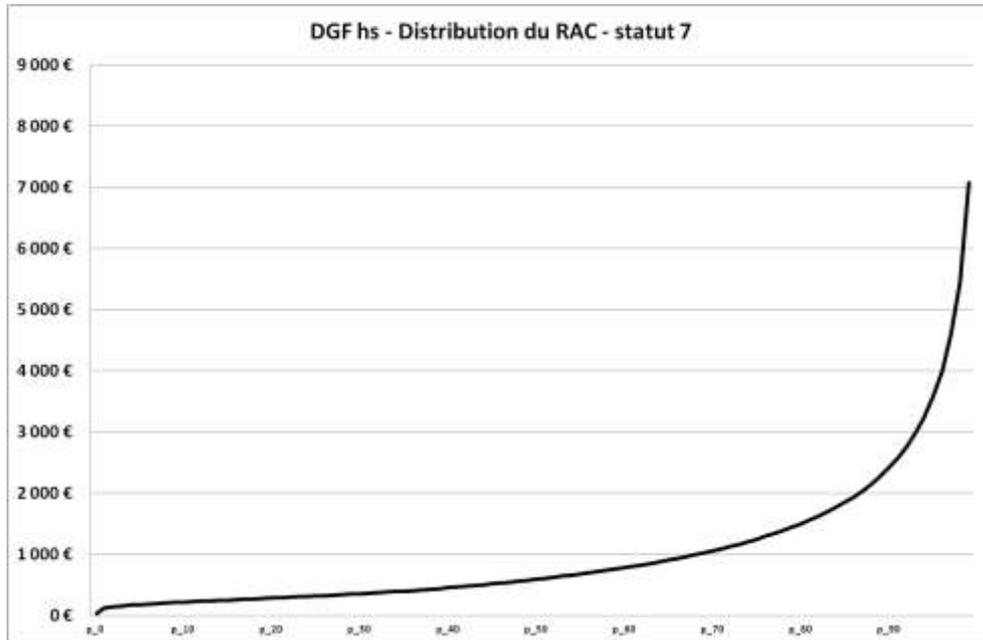
L'analyse de cette catégorie permet de montrer les effets du régime de TM forfaitaire (PF18) sur des patients qui sont par ailleurs en ALD. Leur RAC est assez proche et légèrement plus élevé que celui du 1^{er} groupe (ALD seulement), dont la durée moyenne en hospitalisation complète est pourtant moitié moindre.

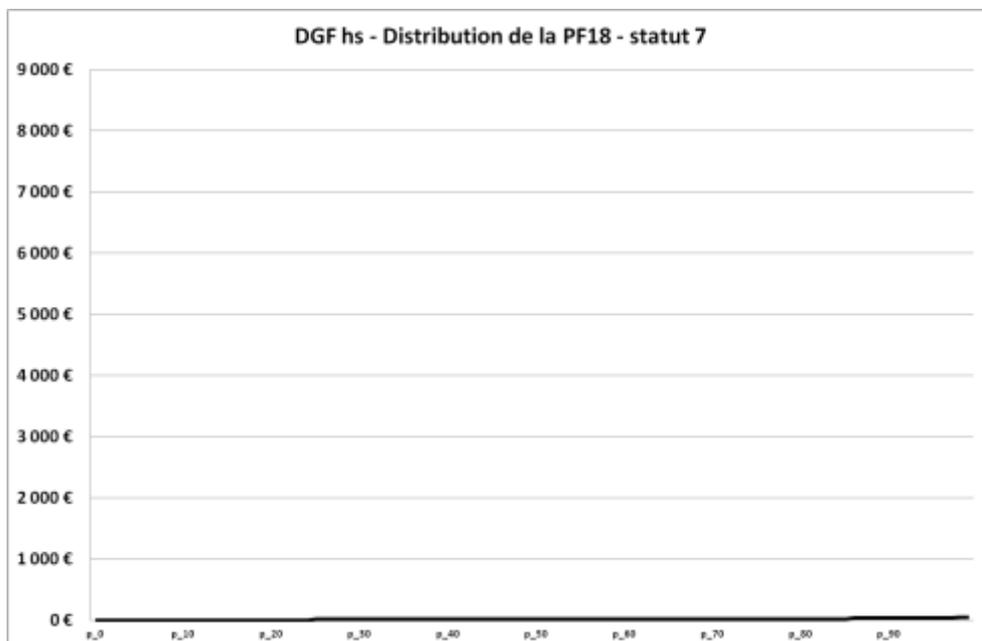
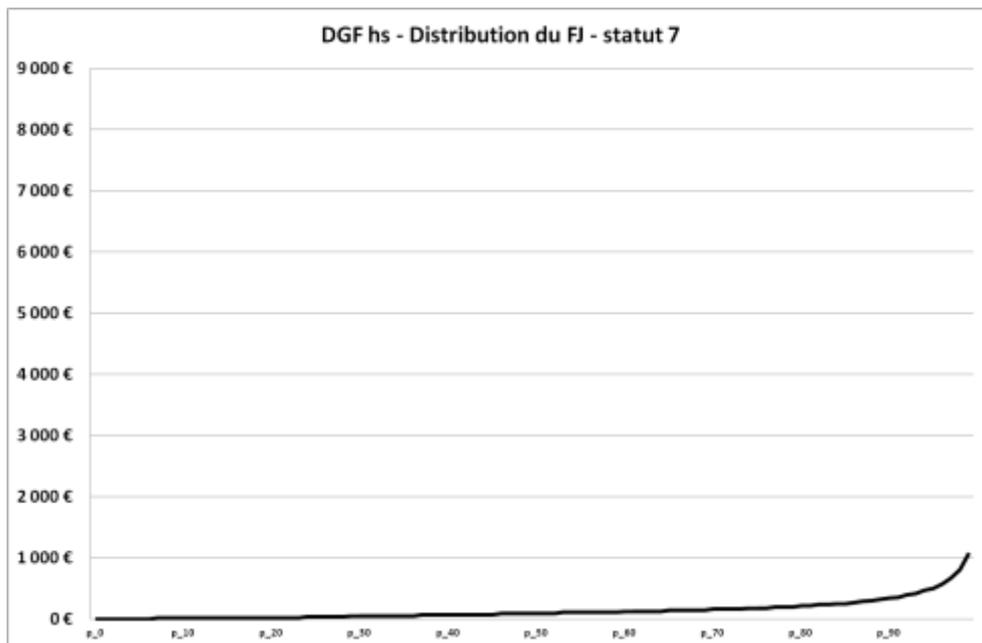
Comme pour le groupe 3, le RAC est presque exclusivement constitué de FJ.

- 4 % des patients ont un RAC nul.
- Le RAC dépasse 500 € pour 27 % des patients, 1 000 € pour 8 %.
- 1 % des patients a un RAC supérieur à 2 100 € (1 300 personnes).

STATUT 7 : SÉJOUR PRIS EN CHARGE À 80 % ET PF18 OU AUTRE EXONÉRATION QU'ALD

NB : l'échelle est différente pour le RAC et le TM des catégories 2, 5 et 7, qui peuvent être nettement plus élevés.



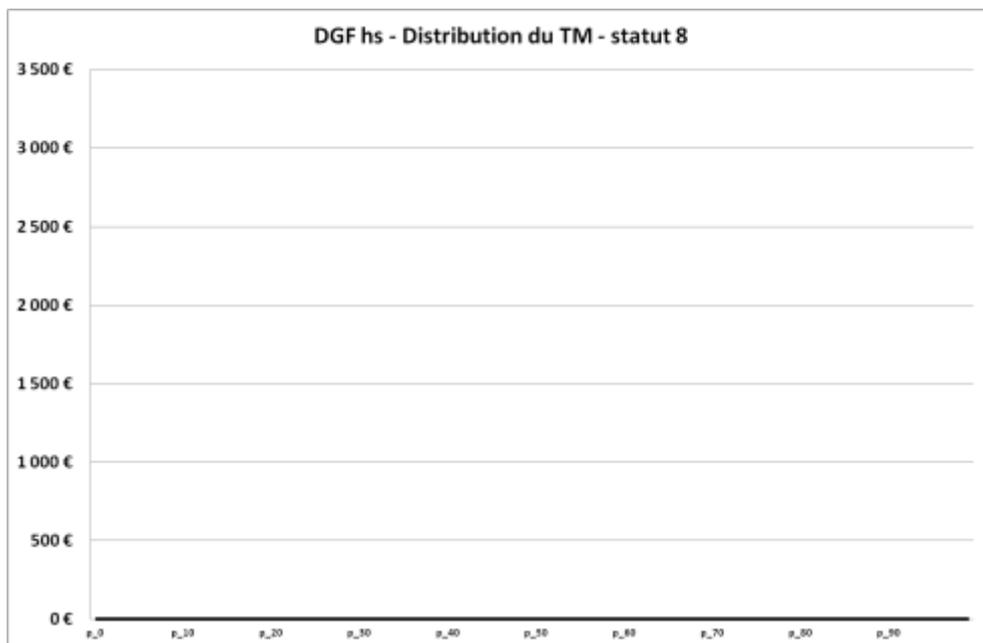
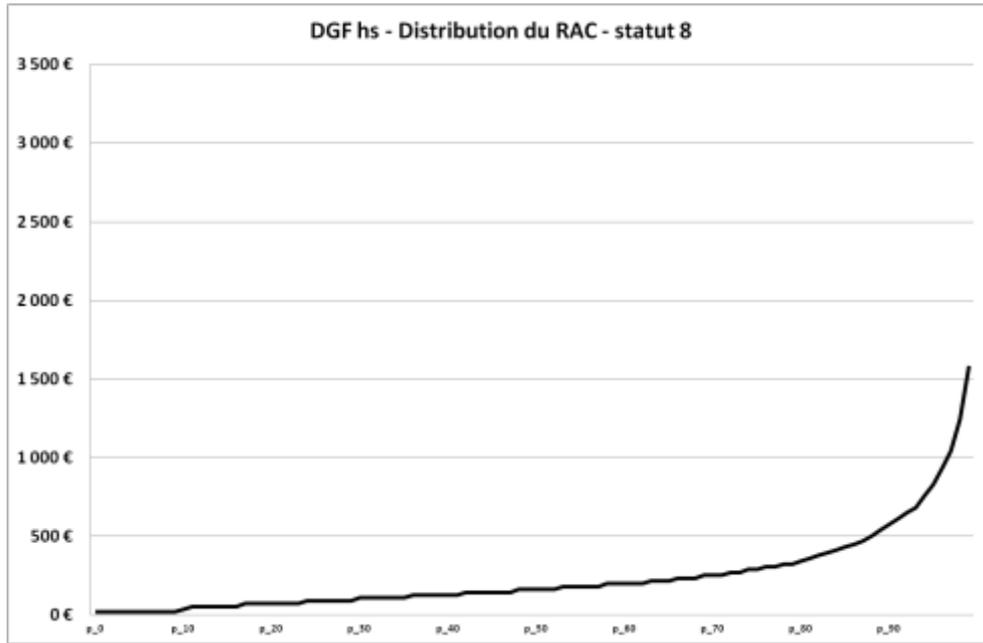


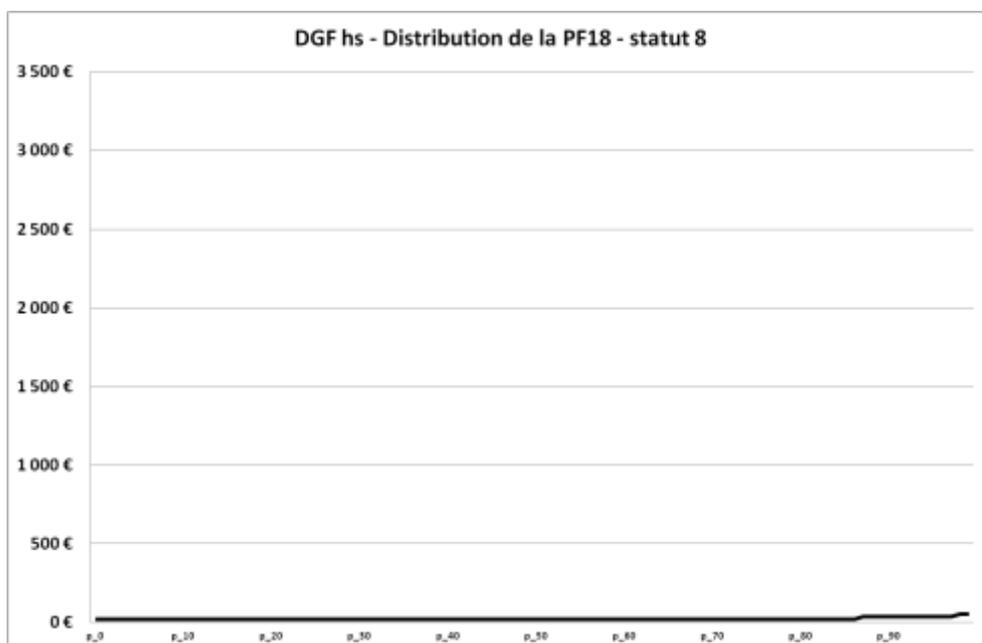
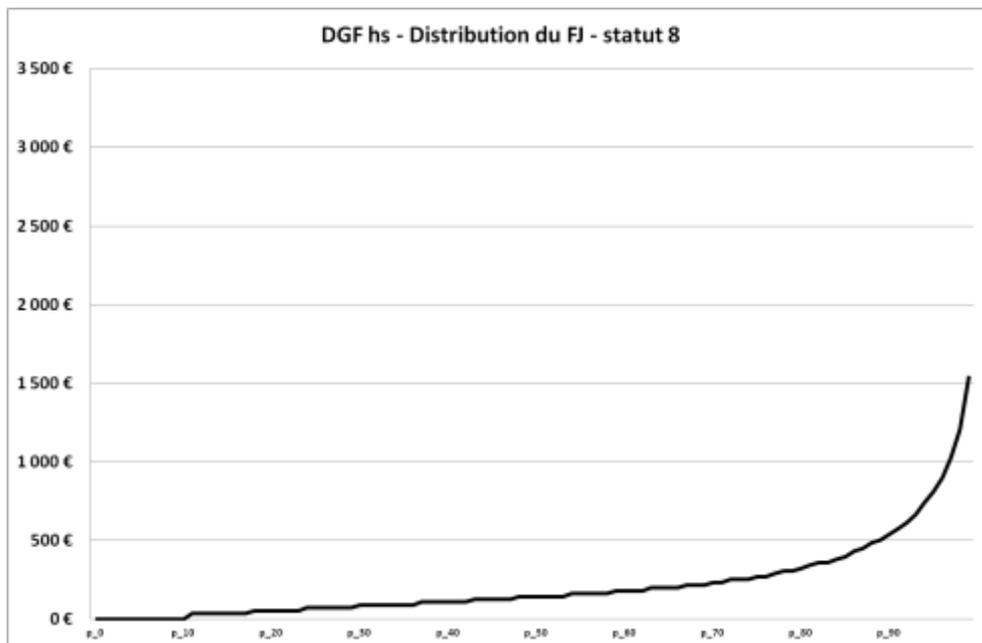
Cette catégorie regroupe 4 % des patients, 5 % de ceux non couverts par le régime des ALD. Il s'agit de patients hospitalisés au moins une fois sans recevoir de soins coûteux et une autre fois avec des soins coûteux (PF18) ou une exonération de TM autre que l'ALD (risque maternité par exemple). L'âge moyen (42 ans) est proche de celui de l'ensemble des patients (45 ans).

Comme pour la catégorie 5 (ALD et 80 %), le RAC est constitué par le cumul du TM (séjours pris en charge à 80 %) et des FJ (séjours exonérés ou en PF18, pour lesquels les FJ ne sont pas imputés sur un TM).

- Tous les patients ont un RAC positif.
- Le RAC dépasse 500 € pour 56 % des patients, 1 000 € pour 31 % d'entre eux, 2 000 € pour 13 % et 4 000 € pour 4 %.
- 1 % des patients a un RAC supérieur à 7 100 € (2 600 personnes).

STATUT 8 : PF18 ET AUTRE EXONÉRATION QU'ALD





Cette catégorie est la plus réduite, elle regroupe 1 % des patients. Il s'agit de patients qui ont eu plusieurs séjours dont au moins un avec un acte coûteux (PF18) et un avec une exonération de TM pour un autre motif que l'ALD (risque maternité par exemple). L'âge moyen (44 ans) est proche de celui de l'ensemble des patients (45 ans).

Comme pour les groupes 3 et 6, Le RAC de ces patients est presque exclusivement constitué de FJ.

- Tous les patients ont un RAC positif (au moins une PF18 par définition).
- Le RAC dépasse 500 € pour 12 % des patients, 1 000 € pour 3 %.
- 1 % des patients a un RAC supérieur à 1 600 € (400 personnes).

Le tableau ci-dessous résume les principaux éléments de concentration du RAC dans les 8 catégories de patients.

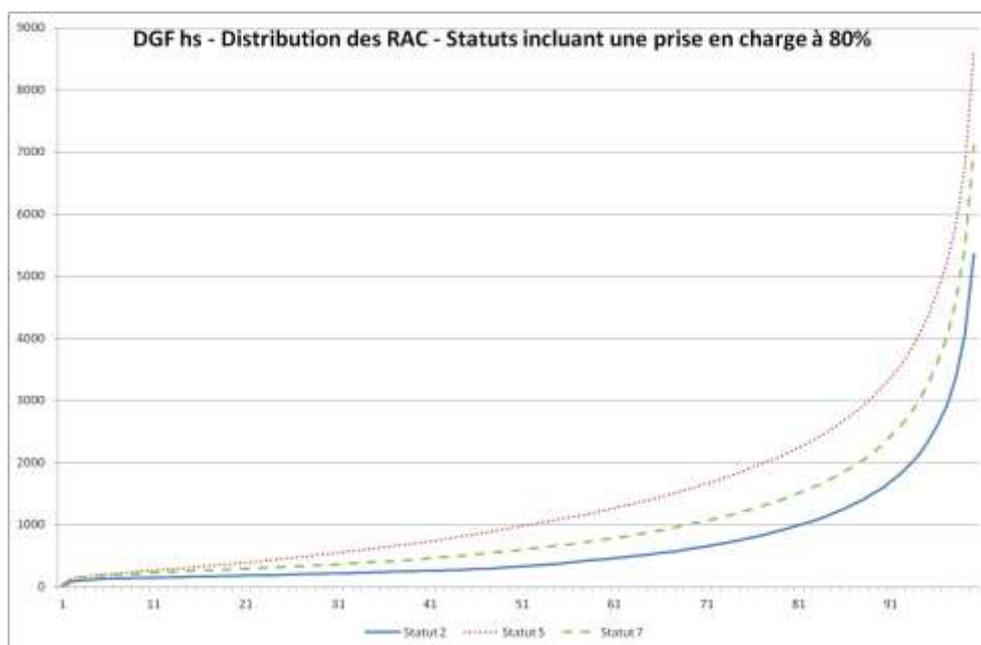
	RAC moyen	RAC nul (% patients)	RAC > 500 € (% patients)	RAC > 1 000 € (% patients)	RAC du dernier centile de patients
1 ALD	207 €	20 %	10 %	2 %	> 1 400 €
2 80 %	724 €	0 %	37 %	19 %	> 5 300 €
3 PF18	95 €	0 %	2 %	0 %	> 600 €
4 Exo	90 €	46 %	2 %	0 %	> 800 €
5 ALD+80 %	1535 €	0 %	72 %	49 % > 2000 € 23 % > 4000 € 7 %	> 8 600 €
6 ALD+autre	412 €	4 %	27 %	8 %	> 2 100 €
7 80 %+(PF18 ou exo)	1084 €	0 %	56 %	31 % > 2000 € 3 % > 4000 € 4 %	> 7 100 €
8 Ni ALD ni 80 %	255 €	0 %	12 %	3 %	> 1 600 €
ENSEMBLE	333 €	16 %	16 %	8 %	> 3 500 €

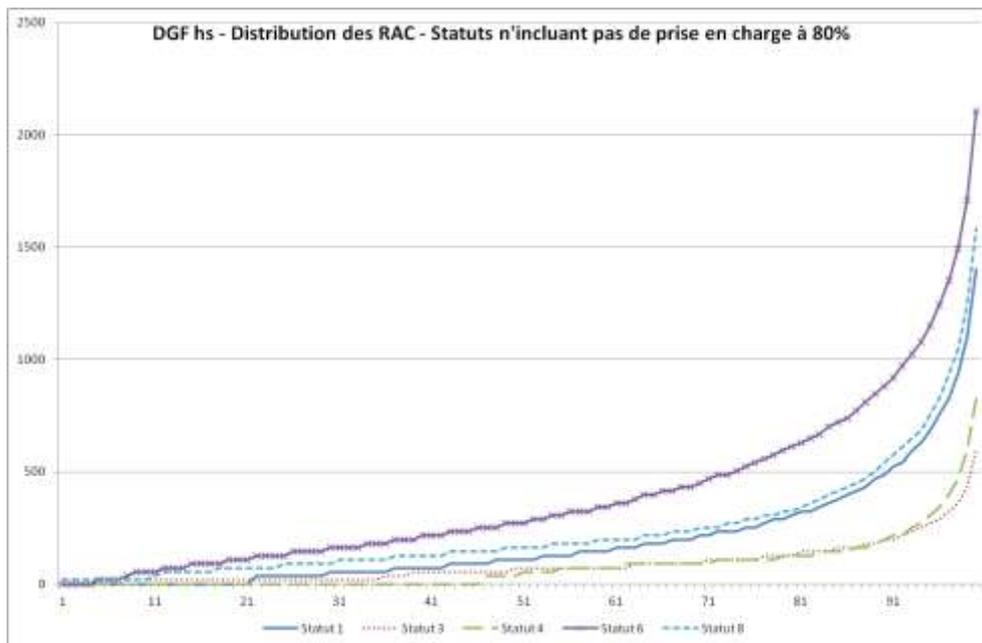
CONCLUSION – LE RAC EST ÉLEVÉ QUAND IL Y A PRISE EN CHARGE À 80 %

Tous les RAC sont corrélés à la durée de séjour, directement pour ceux qui sont composés principalement de FJ, indirectement pour ceux qui comportent un TM à 20 %, calculé sur la base de tarifs journaliers dans le secteur ex-DG. Le regroupement en statuts a masqué le cas certains patients qui bénéficient d'une exonération portant à la fois sur le TM et le FJ, comme les pensionnés militaires. Ils bénéficient d'un système de « soins gratuits » et leur RAC, nul dans le secteur ex-DG, n'est pas lié à la durée de séjour.

La comparaison des statuts confirme l'importance du régime d'exonération du TM. On peut en effet distinguer 2 ensembles. Si le patient doit payer un TM de 20 %, le RAC est potentiellement insoutenable.

NB : l'échelle est différente entre les graphiques des deux ensembles de statuts.

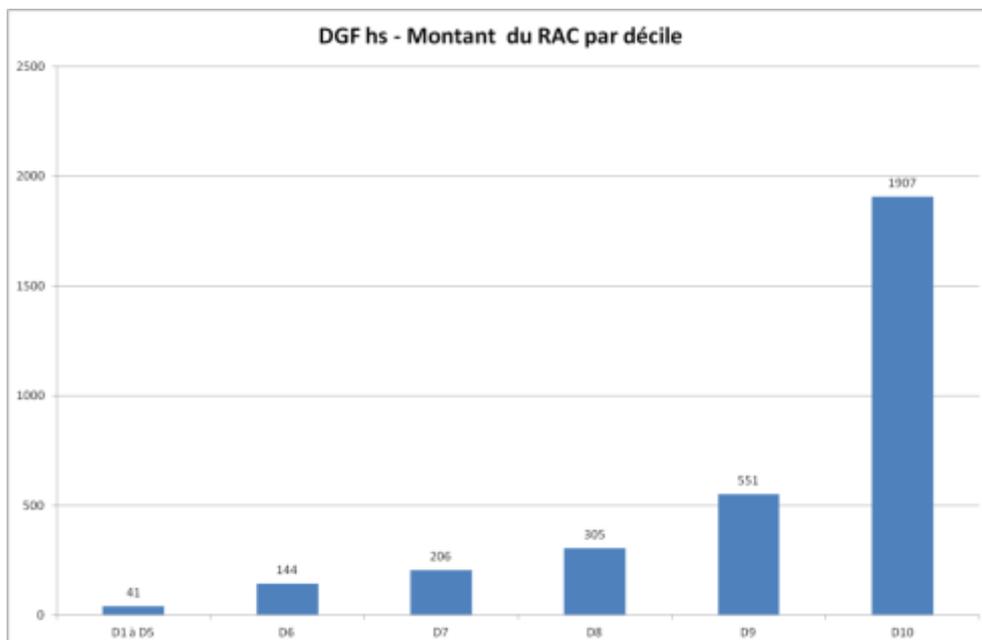




En moyenne, le RAC apparaît maîtrisé (333 € par patient pour l'année). L'examen de sa distribution a toutefois montré qu'il dépasse 500 € pour près d'un patient sur 6, 1 000 € pour un patient sur 12.

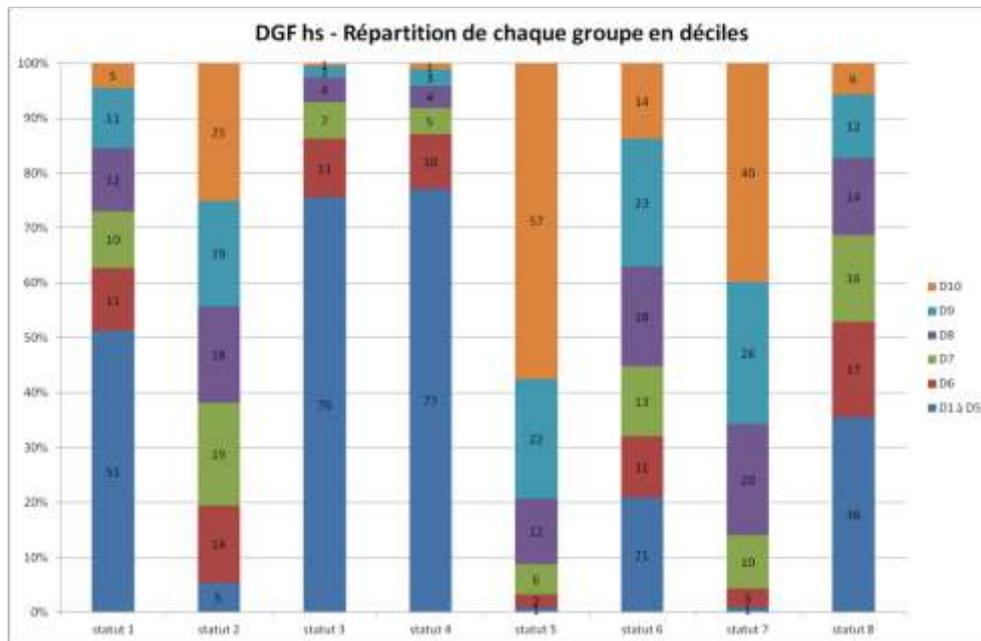
Par ailleurs, l'analyse par catégorie permet de comprendre sur quelles populations sont concentrés les RAC les plus élevés : les patients qui ont des séjours pris en charge à 80 %, et surtout, parmi ceux-ci, ceux qui ont été en outre hospitalisés pour des soins en rapport avec leur ALD.

L'examen du RAC par décile de patients permet de compléter cette analyse. Il faut toutefois rappeler qu'il s'agit de présenter des moyennes par tranches (dixièmes) de populations classées en fonction du montant du RAC, et qu'en présence d'une forte dispersion, comme c'est ici le cas, les moyennes sont peu représentatives.



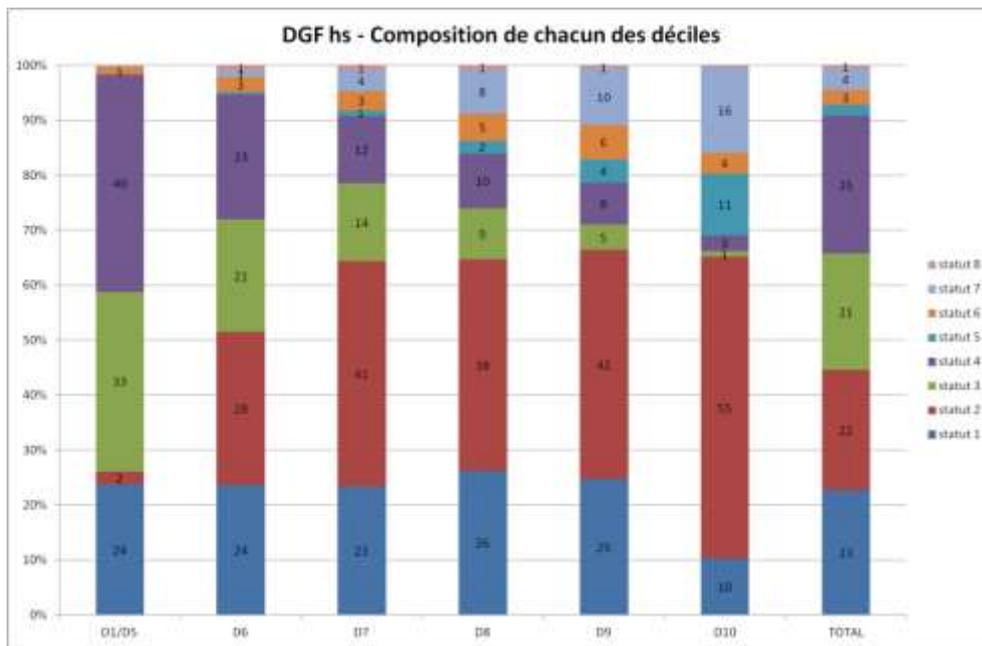
On constate une forte concentration sur le dernier décile (RAC moyen de 1 907 €, contre 551 € pour le D9), tandis que pour la moitié des patients (D1 à D5), le RAC moyen est limité à 41 €.

Le graphique suivant présente pour chacun des statuts la répartition en décile. On note tout d'abord que tous les groupes incluent des patients qui vont des RAC les plus faibles (D1 à D5) aux plus élevés (D10 : 1907 €). Dans les groupes 3 et 4 toutefois, le pourcentage de patients qui ont les RAC les plus élevés (D10) est négligeable (respectivement 0,5 et 1 %). Dans les groupes 2, 5 et 7, en revanche, les personnes ayant un RAC du dernier décile représentent respectivement 25, 57 et 40 % des patients. Ces groupes concentrent les personnes aux RAC les plus élevés. Enfin, pour les patients qui n'ont que des séjours en ALD (statut 1), on peut relever les limites de l'efficacité financière du classement en ALD puisque 5 % des patients sont dans le décile des personnes exposées aux RAC les plus élevés (D10).



Note de lecture : Les personnes de statut 1 sont pour 51 % d'entre elles dans les déciles de RAC hospitalier D1 à D5

Le graphique suivant corrobore cette analyse en présentant la composition de chaque décile. Le D10 est composé de 10 % de patients qui n'ont que des séjours en lien avec leur ALD, ce qui est moindre que leur poids dans l'ensemble (23 %). Les patients pris en charge uniquement à 80 %, qui ne représentent que 22% de l'ensemble, composent 55 % de ceux qui paient les RAC les plus élevés (D10). Les patients qui ont un de leurs séjours pris en charge à 80 % (groupes 2, 5 et 7) constituent 82 % du D10.



Note de lecture : Les 50% de personnes ayant les RAC les plus faibles (D1 à D5) sont constituées à 24% de patients ayant uniquement des séjours en ALD (statut 1)

ANNEXE 3-3 : DOSSIER STATISTIQUE LE RESTE À CHARGE À L'HÔPITAL DU SECTEUR PRIVÉ LUCRATIF

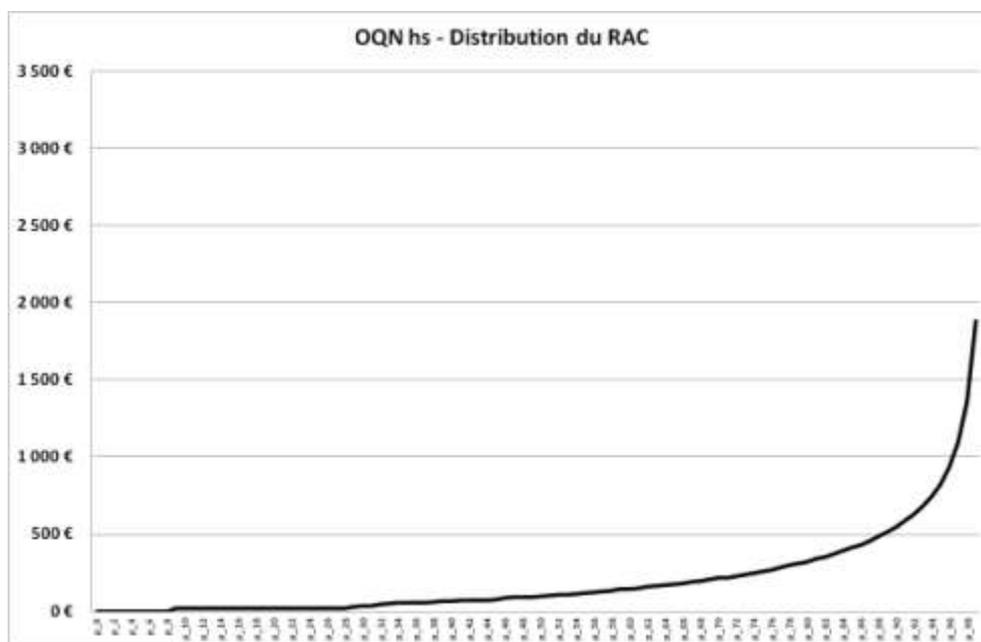
LE RAC EST RELATIVEMENT CONCENTRÉ, SURTOUT DU FAIT DES DÉPASSEMENTS

L'analyse qui suit porte sur le reste à charge des patients ayant réalisé des séjours en 2010 dans le secteur privé lucratif (ex-OQN). Après retraitements, l'analyse porte sur près de 5,7 millions de séjours, qui ont concerné près de 4,6 millions de patients différents, soit environ 1,2 séjour par patient, en moyenne, pour une durée moyenne de 4 jours, en tenant compte de l'ambulatoire. Les séances, qui ne génèrent pas de reste à charge, ont été écartées.

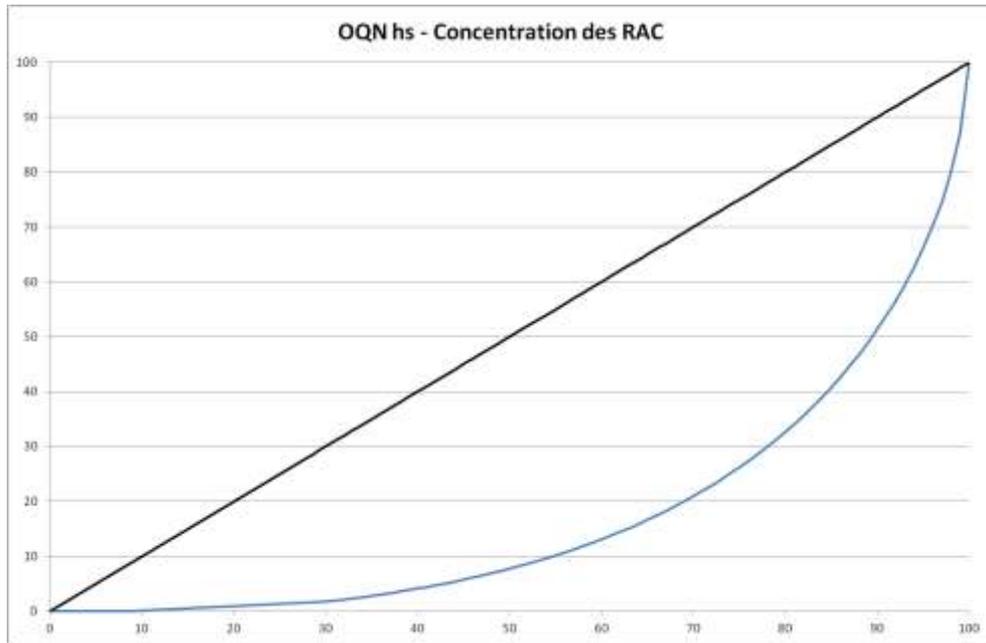
Les patients ont eu à s'acquitter en 2010, personnellement ou via leur régime d'assurance complémentaire, d'un reste à charge (RAC) de plus de 1 Md €, soit un RAC moyen par personne de 224 €, dont les 2/3 sont dus au titre des dépassements. Seule une petite part du RAC trouve son origine dans le ticket modérateur (TM).

Nombre de séjours	5 671 763	
Nombre de patients	4 575 418	1,2 séjour par patient
RAC	1 025 M€	224 € par patient
dont TM	62 M€	6 %
dont FJ	225 M€	22 %
dont PF18	63 M€	6 %
dont dépassements	674 M€	66 %
Durée moyenne cumulée d'hospit. (complète et ambulatoire)	4 jours	

DISTRIBUTION DU RAC

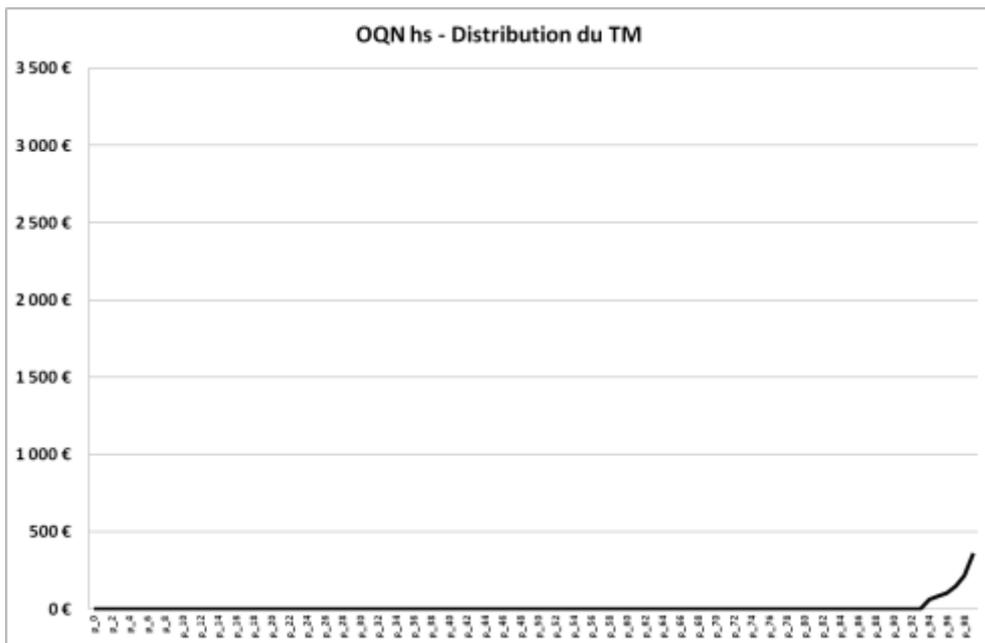


- 9 % des patients n'ont pas de RAC à payer.
- 11 % ont un RAC supérieur à 500 €.
- 1 % des patients doit payer un RAC supérieur à 1 900 € (46 000 personnes).



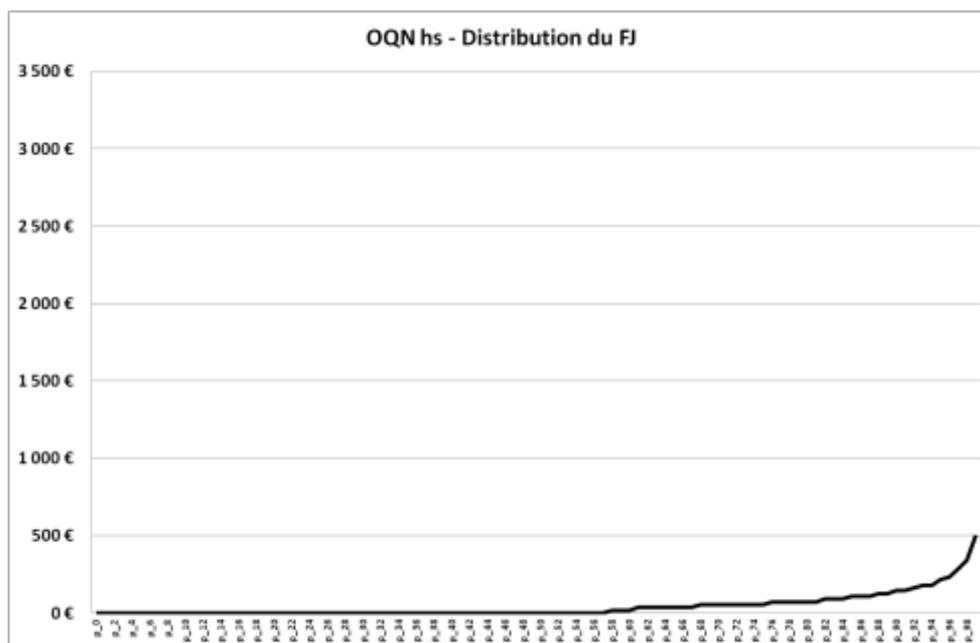
- Les 20 % de patients ayant les RAC les plus élevés assument 66 % du montant total des RAC.

- DISTRIBUTION DU TM



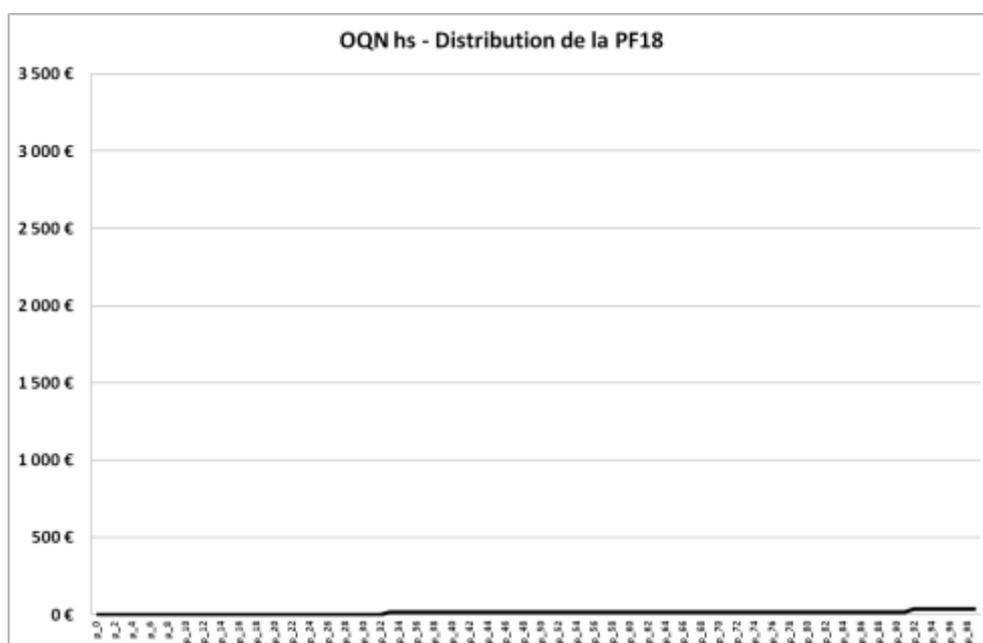
- 94 % des patients ne paient pas de TM, du fait du TM forfaitaire (PF18) et des règles d'exonération.
- 1 % des patients paie un TM supérieur à 360 € (46 000 personnes).

DISTRIBUTION DU FJ



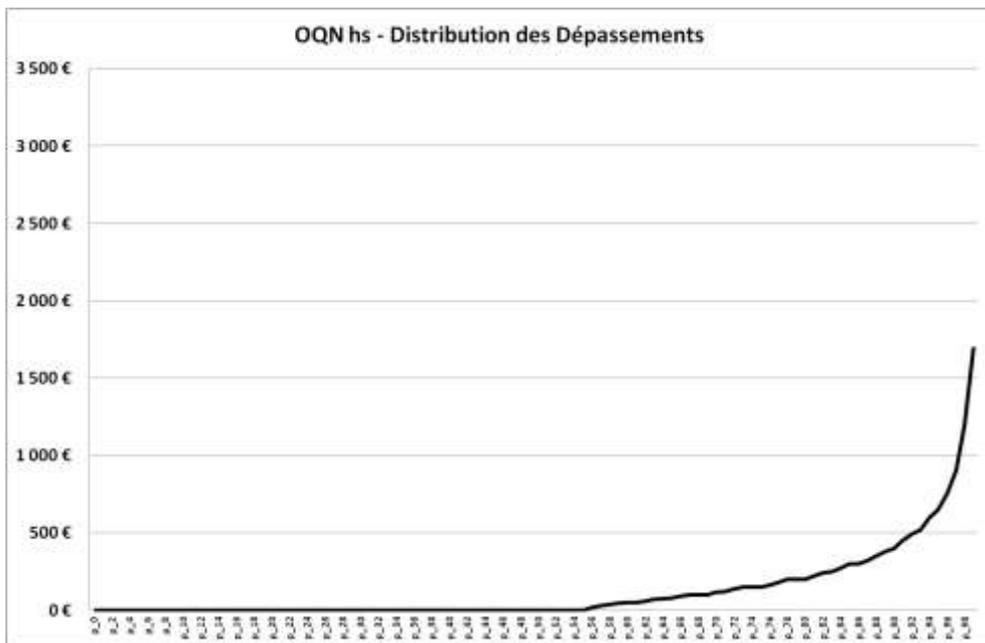
- 58 % des patients ne paient pas de FJ, qui n'est pas dû pour les séjours en ambulatoire.
- 1 % des patients doit payer un FJ supérieur à 500 € (46 000 personnes).
- 10 % des patients paient un FJ supérieur à 144 € (soit 8 fois le FJ).

DISTRIBUTION DE LA PF18



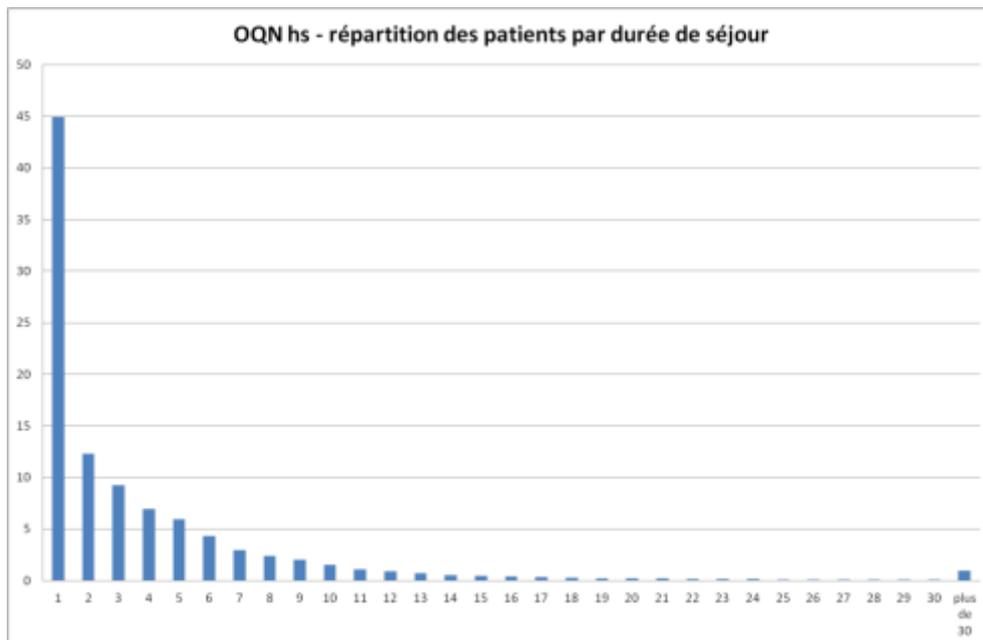
- 33 % des patients ne paient pas de PF18, soit qu'ils soient exonérés de TM, soit qu'aucun acte coûteux n'ait été réalisé au cours du séjour (ils paient dans ce cas un TM, non forfaitaire, de 20 %).
- 67 % des patients ont payé une ou plusieurs fois la PF18 (59 % la paient une seule fois).

DISTRIBUTION DES DÉPASSEMENTS



- 56 % des patients ne sont pas concernés par les dépassements.
- 10 % des patients ont un dépassement supérieur à 400 €.
- 1 % subit un dépassement supérieur à 1 700 € (46 000 personnes).
- Les 10 % des patients ayant le RAC total le plus élevé paient 59 % du total des dépassements.

DURÉE CUMULÉE DES SÉJOURS



- 45 % des patients ne sont venus qu'une seule fois à l'hôpital, en ambulatoire (durée = 1 jour).
- 12 % des patients n'ont eu qu'une nuitée à l'hôpital, ou deux séjours en ambulatoire (durée = 2 jours).

LE CLASSEMENT PAR STATUT

Afin d'identifier des groupes de population ayant des profils de reste à charge homogènes, les patients sont classés en fonction du régime de TM affectant leurs séjours.

On distingue tout d'abord 4 catégories liées au TM : 2 régimes d'exonération, avec et sans ALD, le TM forfaitaire (PF18) et enfin le TM de droit commun de 20 % (prise en charge à 80 %).

Plus d'un quart des patients ont eu plusieurs séjours en 2010. Si tous leurs séjours relèvent du même régime de TM, ils sont rattachés aux 4 catégories « pures » listées ci-dessus. Pour les patients ayant eu plusieurs séjours relevant de régimes de TM différents, on distingue 4 catégories « mixtes » supplémentaires par le croisement du régime ALD et du régime 80 % :

9. les patients en ALD avec au moins 1 autre séjour avec TM de 20 % (ce second séjour n'est pas lié à l'ALD et ne donne lieu à aucune forme d'exonération ou forfaitisation du TM) ;
10. le reste des patients en ALD qui ont au moins 1 autre séjour (qui peut donner lieu à exonération ou forfaitisation du TM) ;
11. les patients qui n'ont aucun séjour en ALD, mais au moins 1 séjour avec un TM de 20 %, associé avec un séjour avec PF18 et/ou un séjour exonéré de TM ;
12. les patients qui n'ont aucun séjour en ALD ni avec un TM de 20 %, mais au moins un séjour exonéré de TM et un séjour avec PF18.

Afin de rendre ces catégories plus parlantes, on peut les illustrer par des exemples de traitements ou de pathologies.

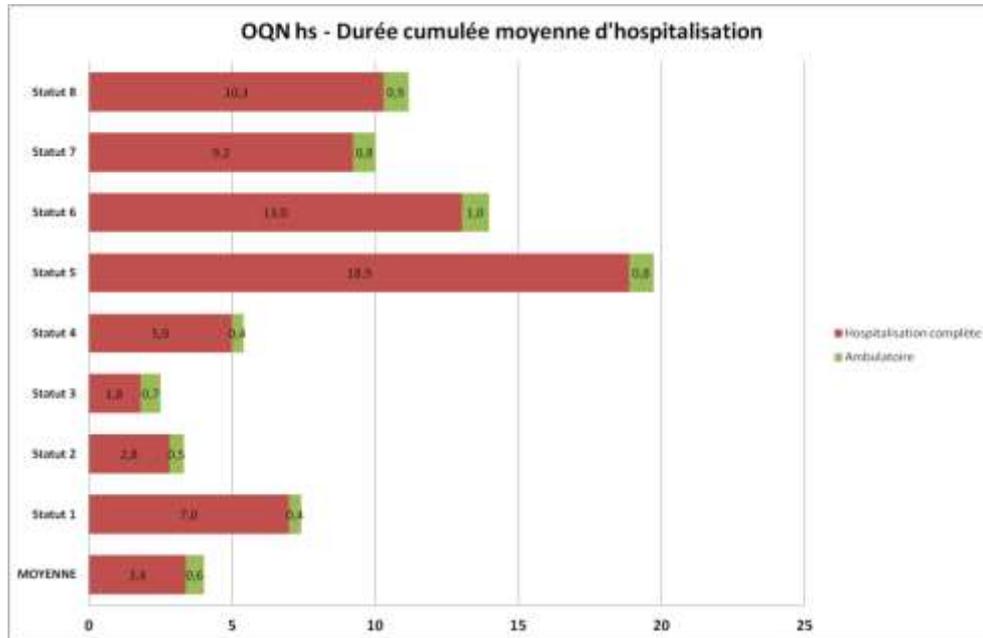
Régime de TM	Exemples - cas type
1 ALD	Traitements du diabète
2 80 %	Une bronchite aigue
3 PF18	Une appendicite
4 Exo	Un accouchement
5 ALD+80 %	Patient hémophile également hospitalisé pour une méningite
6 ALD+autre	Patient hémophile également opéré des amygdales
7 80 %+(PF18 ou exo)	Patient hospitalisé pour une entorse et opéré de la cataracte
8 Ni ALD ni 80 %	Amygdalectomie et accouchement la même année

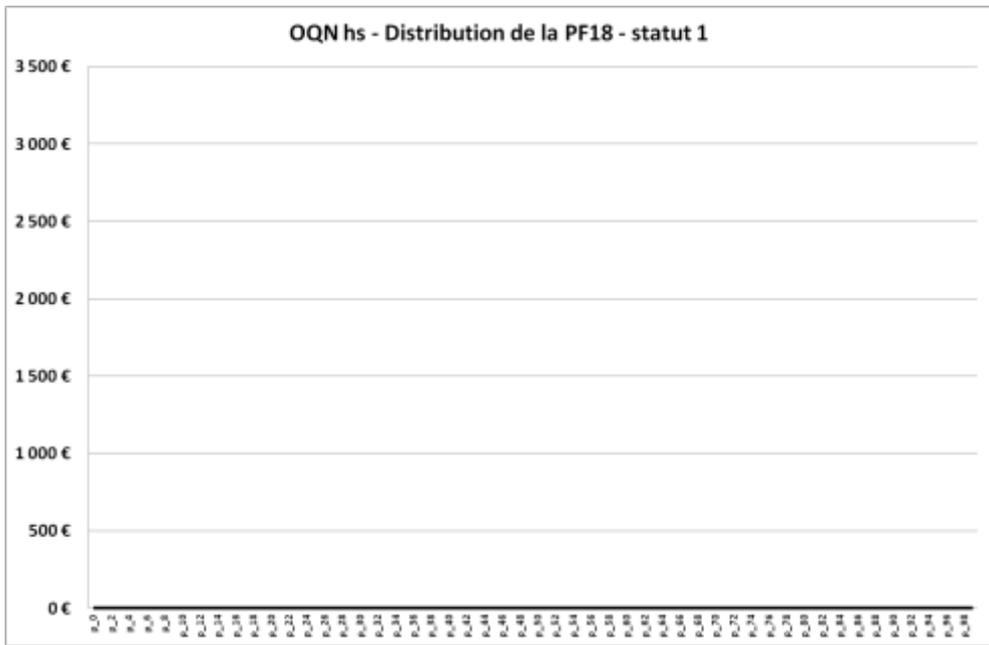
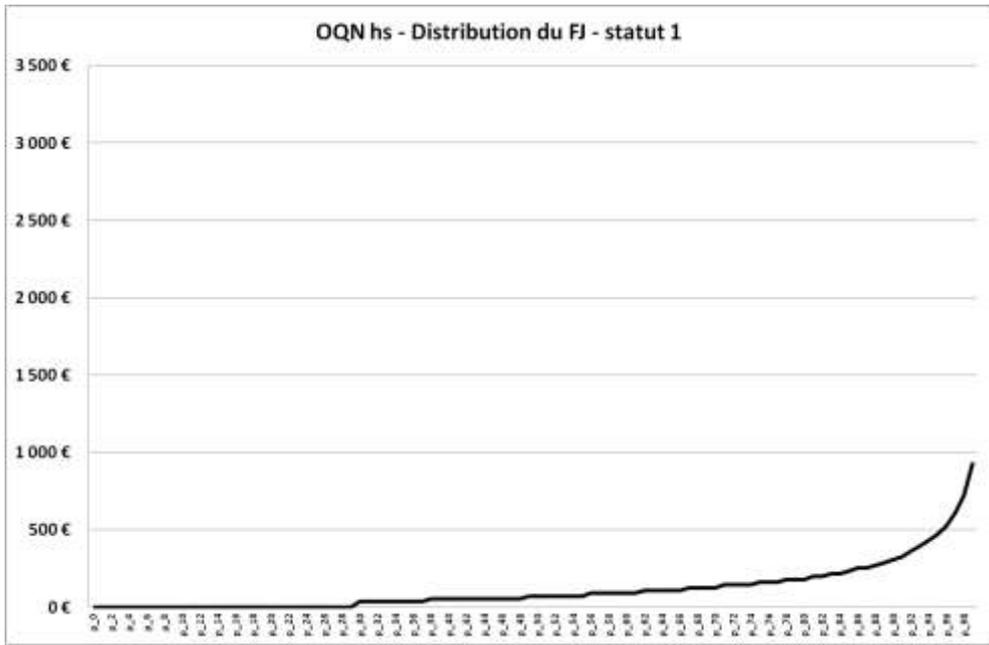
Le tableau ci-dessous résume les 8 statuts ainsi créés pour classer les patients et les effectifs correspondants.

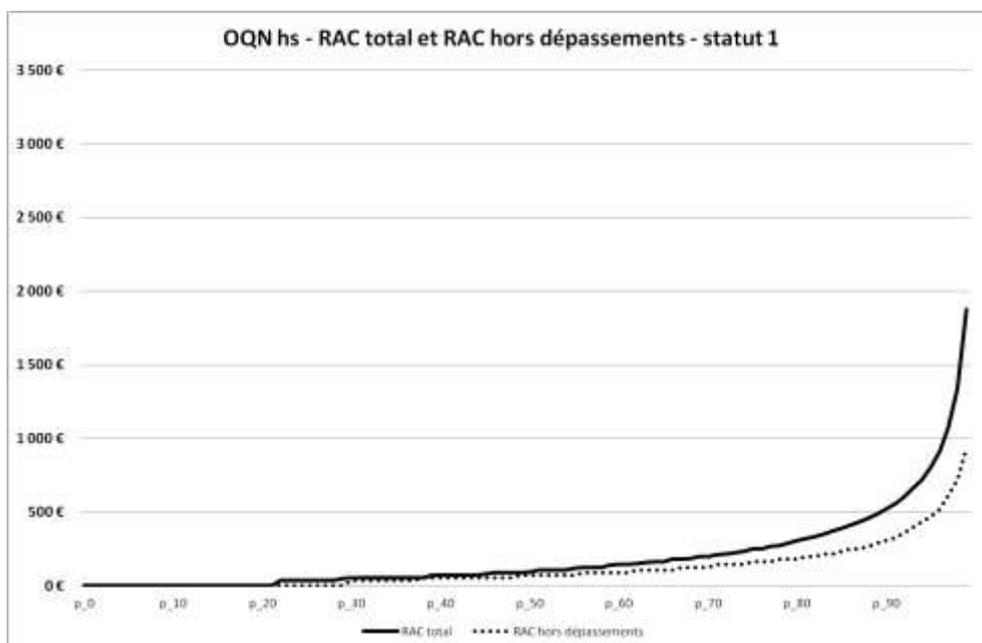
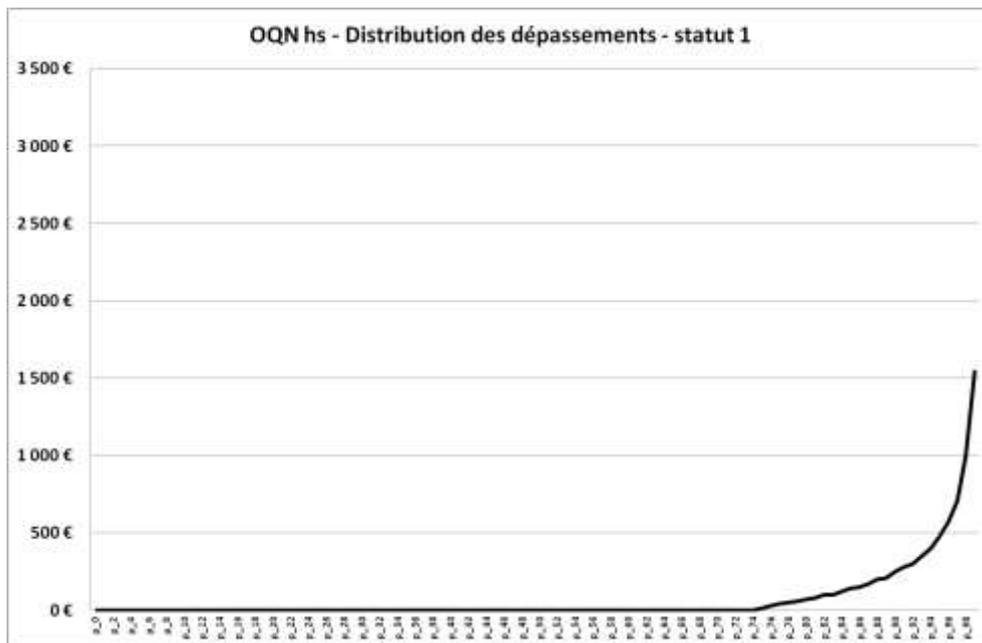
Régime de TM	Effectifs 2010 (ex-OQN)	Age moyen	Durée cumulée d'hospitalisation complète (jours)
1 ALD	432 880 9 %	68	7,0
2 80 %	209 036 5 %	47	2,8
3 PF18	2 900 226 63 %	49	1,8
4 Exo	802 996 18 %	49	5,0
5 ALD+80 %	16 763 0 %	70	18,9
6 ALD+autre	93 537 2 %	67	13,0
7 80 %+(PF18 ou exo)	84 401 2 %	54	9,2
8 Ni ALD ni 80 %	35 579 1 %	55	10,3
ENSEMBLE	4 575 418 100 %	51	3,4

Ces catégories n'ont pas toutes le même poids, puisque les 4 cas « purs » (1 à 4) regroupent 95 % des patients (90 % en ex-DGF).

Par ailleurs, les patients relevant des catégories « mixtes » (5 à 8) ont tous eu par définition au moins deux séjours en 2010. En moyenne, la durée annuelle cumulée de leurs séjours hospitaliers est donc plus élevée que pour l'ensemble des patients (comprise entre 9 et 19 jours contre 3 en moyenne en hospitalisation complète).







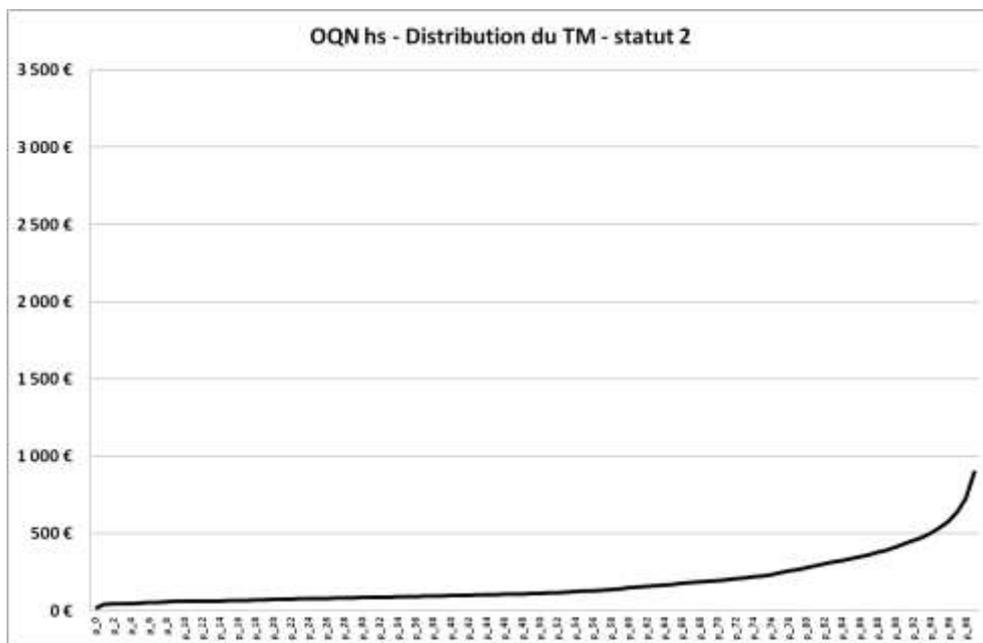
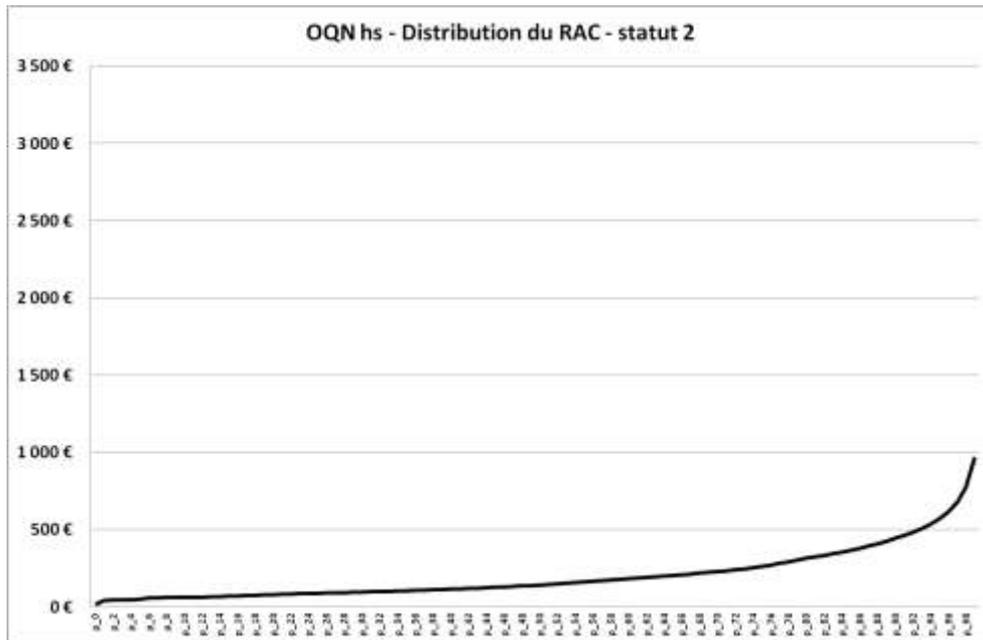
Note de Lecture : les patients ne sont pas classés selon le même critère, il s'agit du RAC total dans la courbe supérieure et du RAC hors dépassements dans la courbe inférieure. En conséquence, l'écart entre les deux ne correspond pas au dépassement d'un individu.

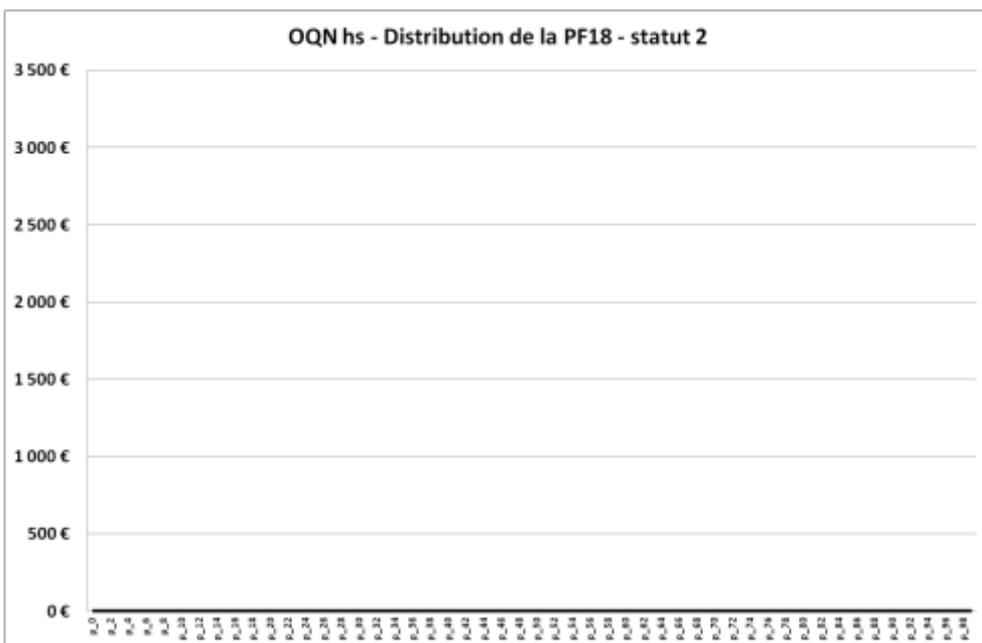
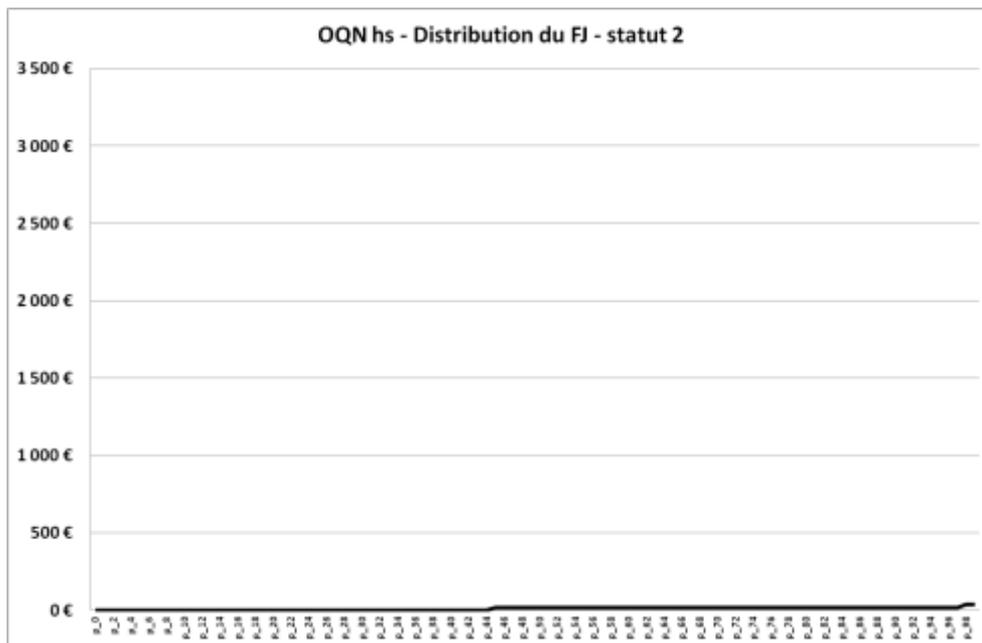
Cette population présente un profil particulier avec un âge moyen de 68 ans et une durée cumulée d'hospitalisation de 7 jours (hospitalisation complète).

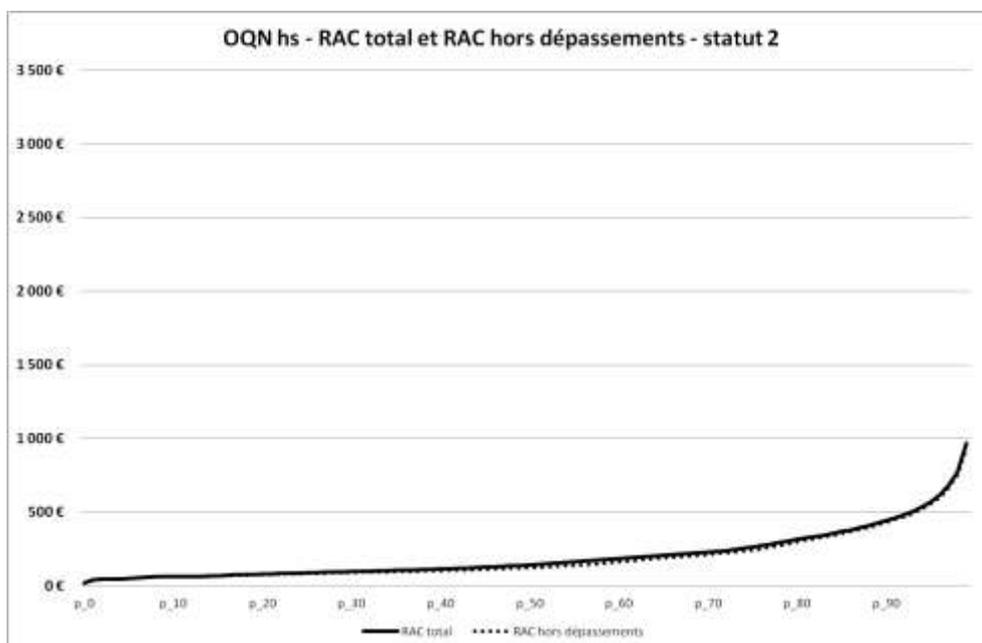
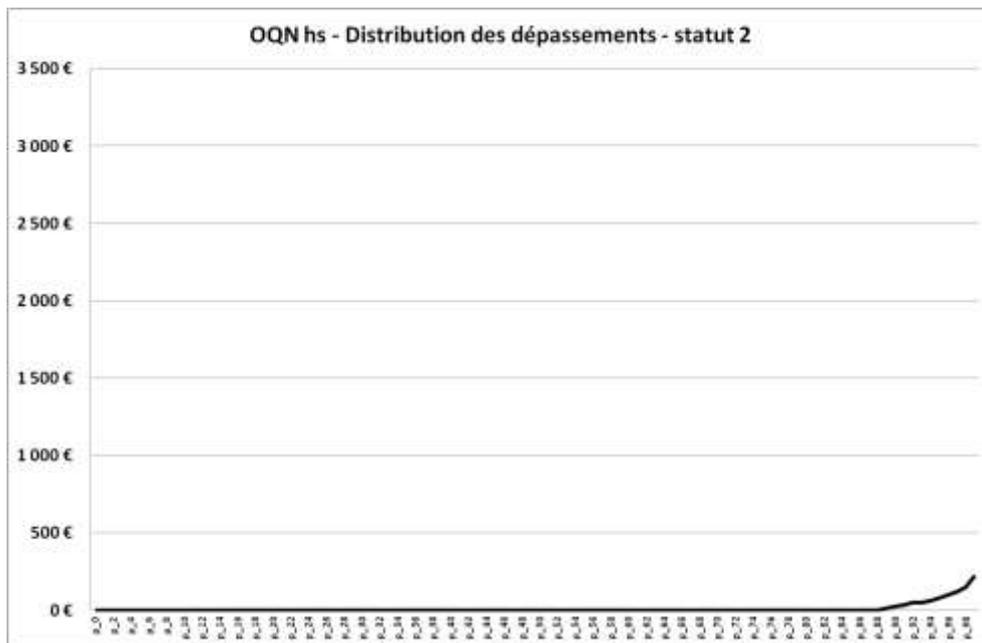
Le RAC hors dépassements est uniquement composé du FJ. Le RAC total inclut les dépassements. A mesure que l'on va vers les RAC élevés, la part des dépassements s'accroît.

- 21 % des patients ont un RAC nul.
- 10 % ont un RAC supérieur à 500 € et 1 % dépasse les 1 900 € (4 300 personnes).
- 30 % n'acquittent pas de forfait journalier mais pour 1 % le FJ dépasse les 900 €.
- 25 % des patients sont concernés par les dépassements et pour 1% des personnes de ce statut ils se montent à plus de 1 500 €.

STATUT 2 : PATIENTS QUI N'ONT QUE DES SÉJOURS PRIS EN CHARGE À 80 %





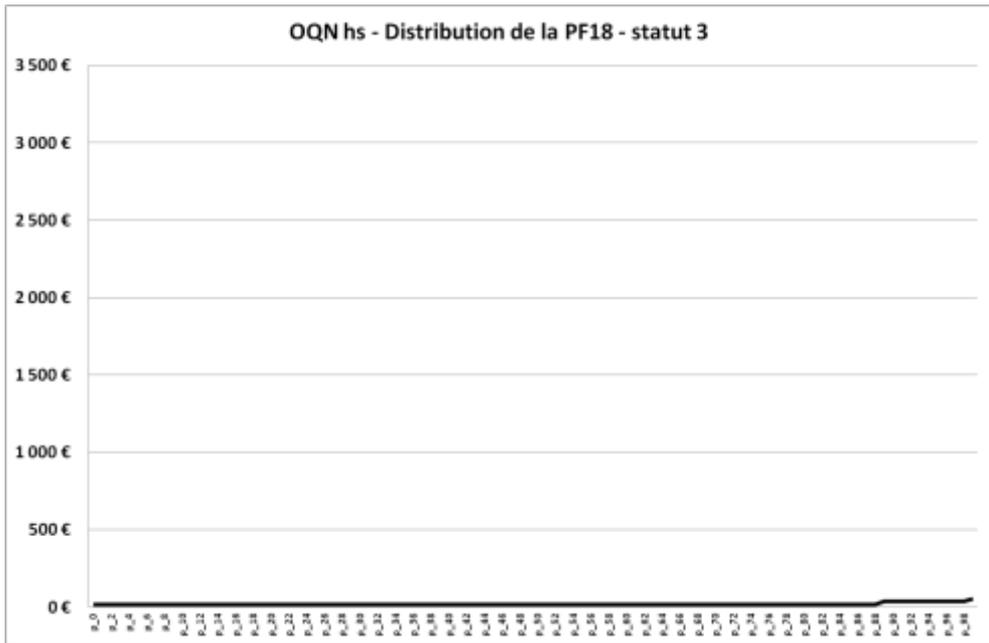
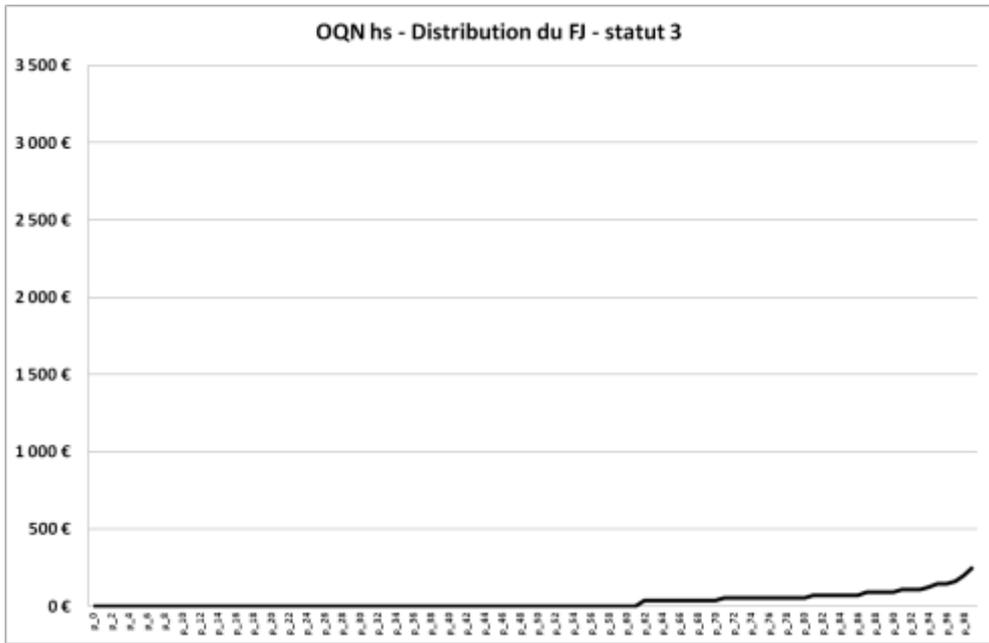


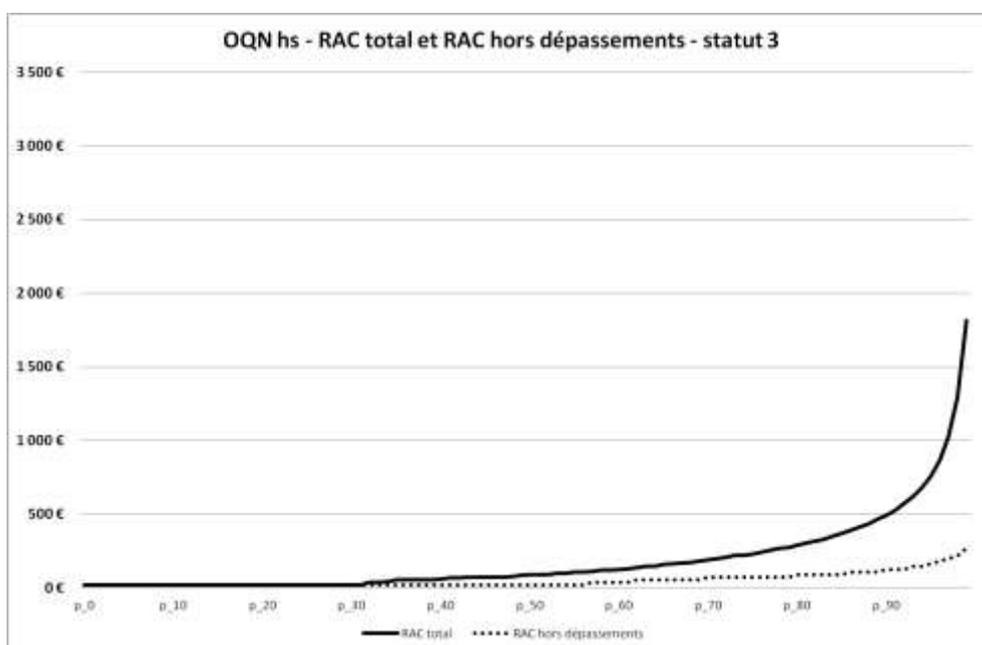
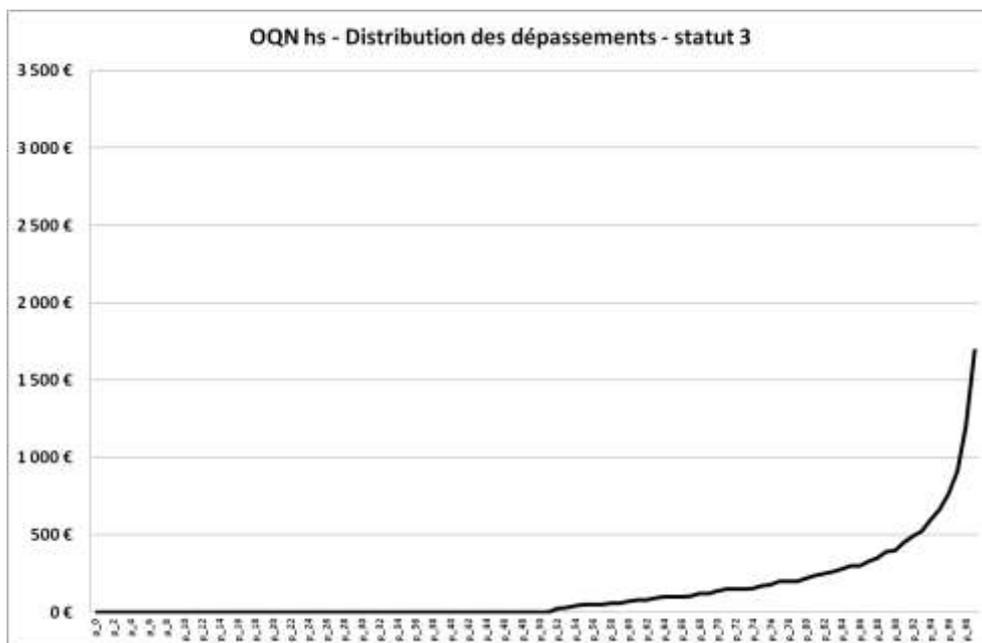
Cette population n'est couverte par aucun régime d'exonération et n'a pas reçu de soins coûteux susceptibles de déclencher la forfaitisation du TM. Sa durée moyenne d'hospitalisation complète est faible (2,8 jours).

Le RAC total est presque exclusivement constitué de TM, et très marginalement de FJ et de dépassements.

- Tous les patients ont par construction un RAC positif.
- Le RAC dépasse 500 € pour 7 % des patients.
- Les dépassements sont très faibles : 11% des personnes de cette catégorie sont concernées par les dépassements et pour 1 % des personnes de ce statut ils sont supérieurs à 225 € (2 000 personnes).

Du fait du peu de dépassements pour cette catégorie, la différence entre le RAC total et le RAC hors dépassements est très faible.





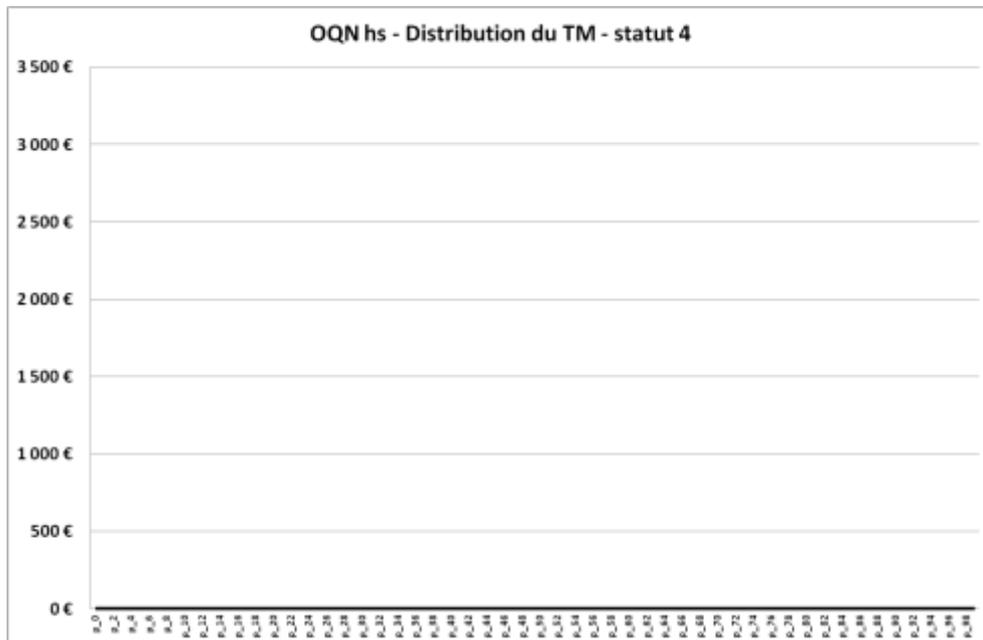
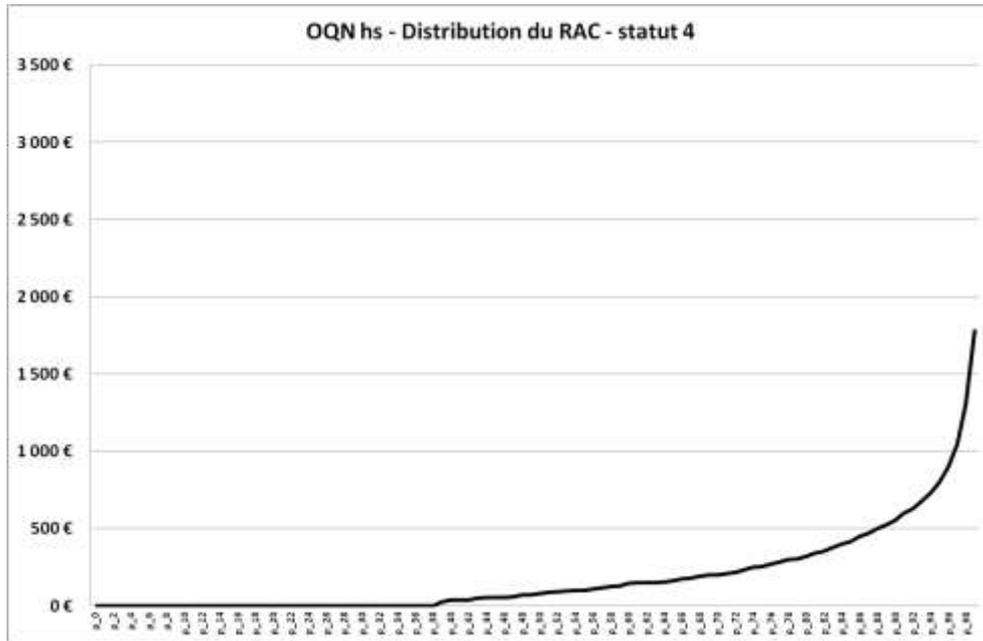
Cette population n'est couverte par aucun régime d'exonération, mais, contrairement au groupe 2, elle a reçu de soins coûteux qui ont déclenché la forfaitisation du TM (PF18). Avec 1,8 jour la durée moyenne d'hospitalisation complète est encore plus faible que pour le groupe 2.

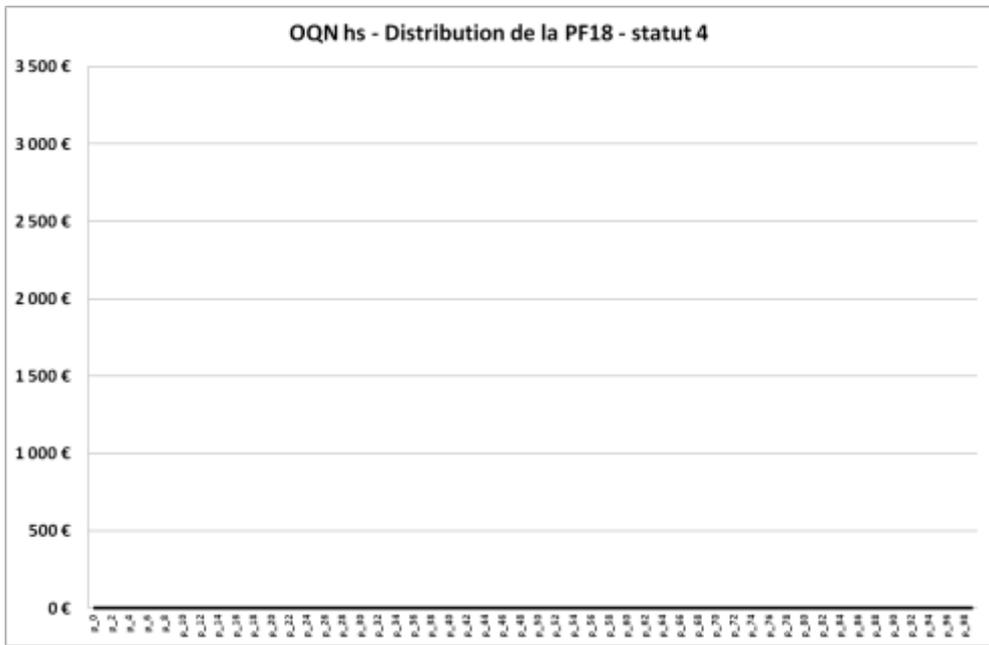
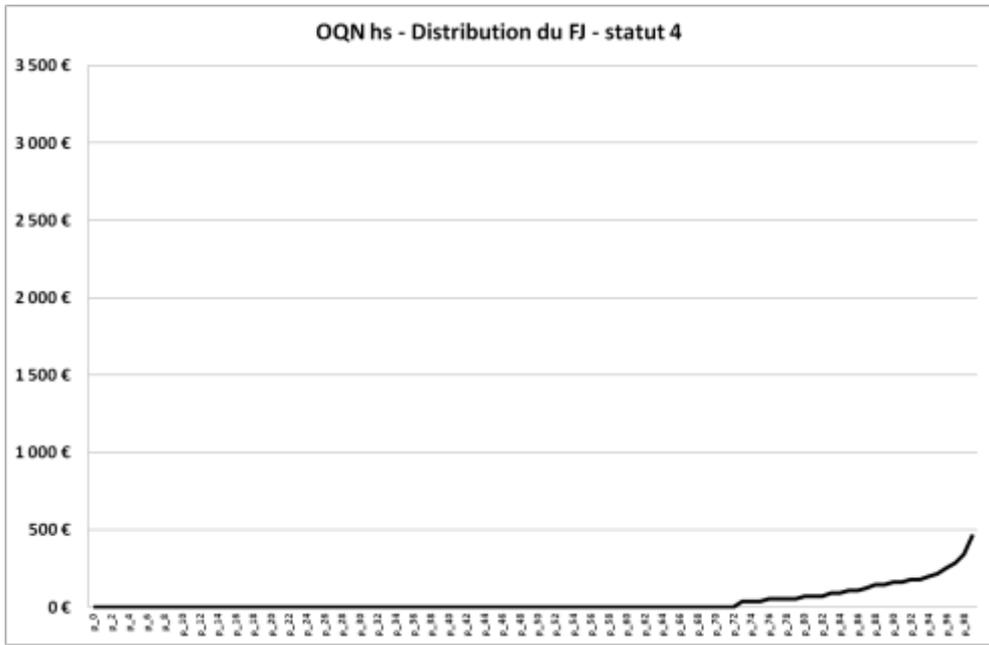
Le RAC total est constitué de FJ, et très marginalement de TM forfaitaire, mais aussi de dépassements pouvant atteindre des montants considérables.

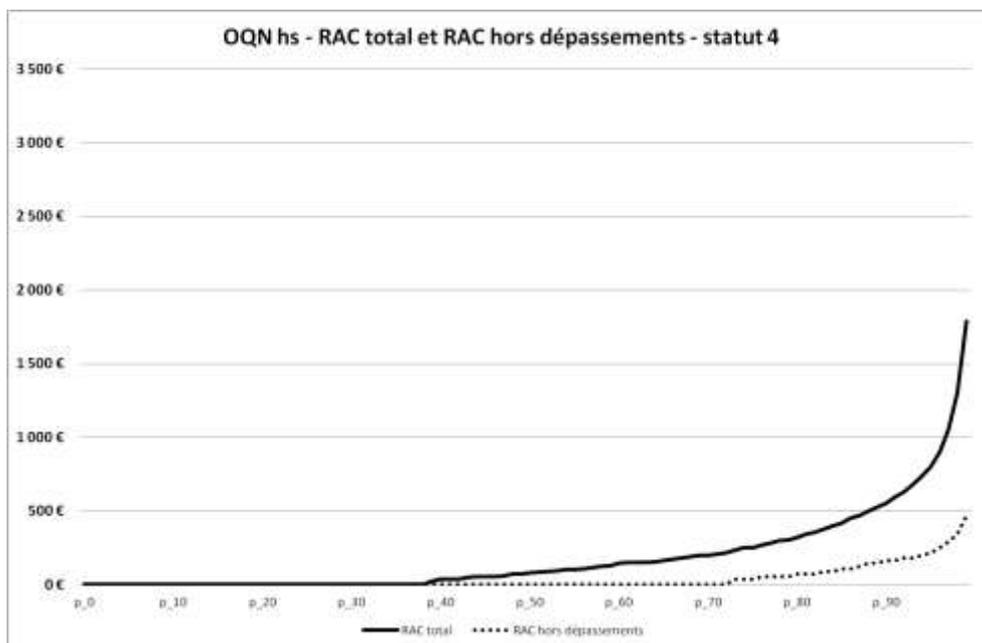
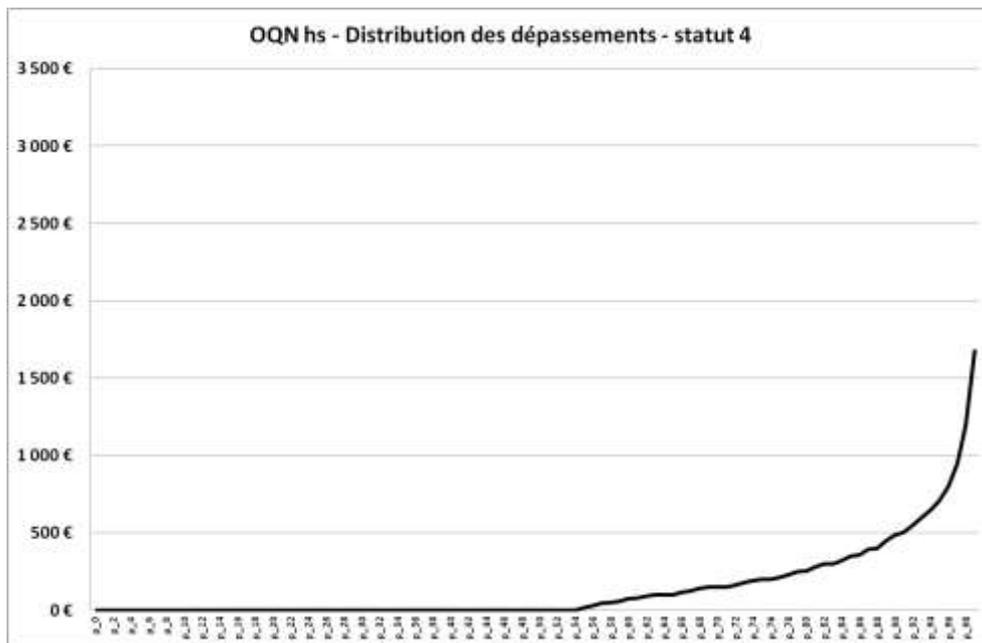
- Tous les patients ont un RAC positif (au moins une PF18).
- 9 % des patients ont un RAC supérieur à 500 €, et pour 1 % il dépasse 1 800 € (29 000 personnes).
- Les dépassements concernent 48 % des patients. Pour 10 % des patients de ce statut, ils sont supérieurs à 400 € et pour 1 % ils dépassent les 1 700 €

Le RAC hors dépassements reste modéré mais le RAC total en diverge fortement du fait de l'ampleur des dépassements.

STATUT 4 : PATIENTS QUI N'ONT QUE DES SÉJOURS EXONÉRÉS DE TM, POUR UN AUTRE MOTIF QUE L'ALD







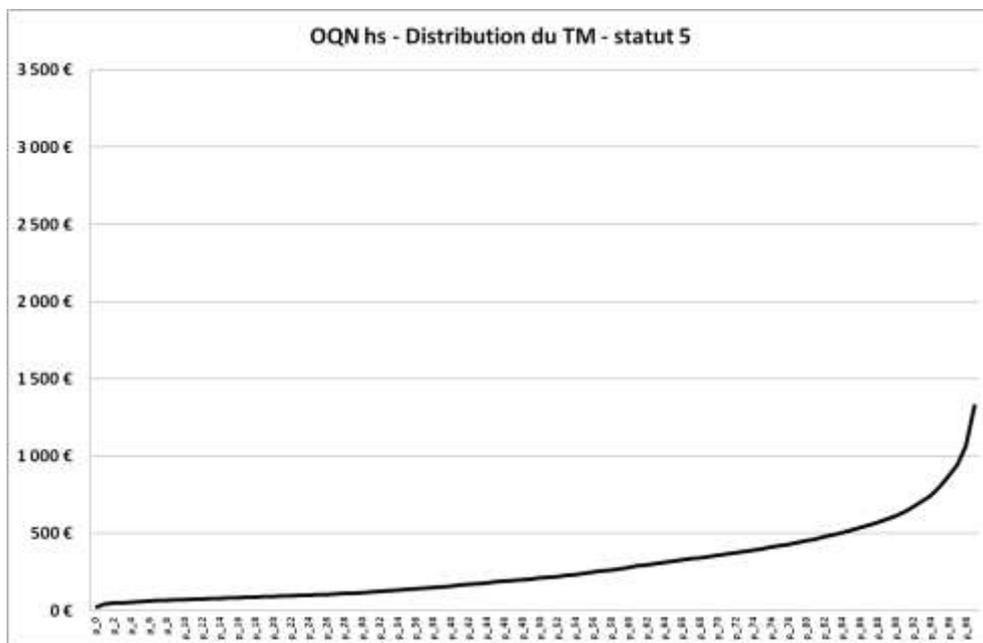
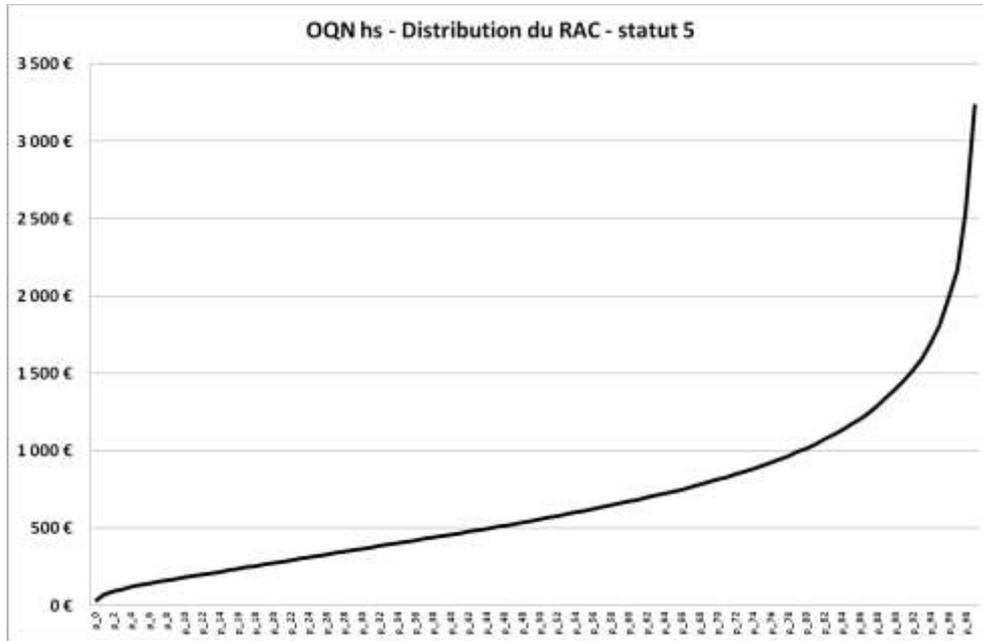
On trouve dans cette catégorie tous les séjours d'obstétrique du risque maternité, on y note donc logiquement une surreprésentation des femmes (65 % contre 55 % sur l'ensemble des groupes).

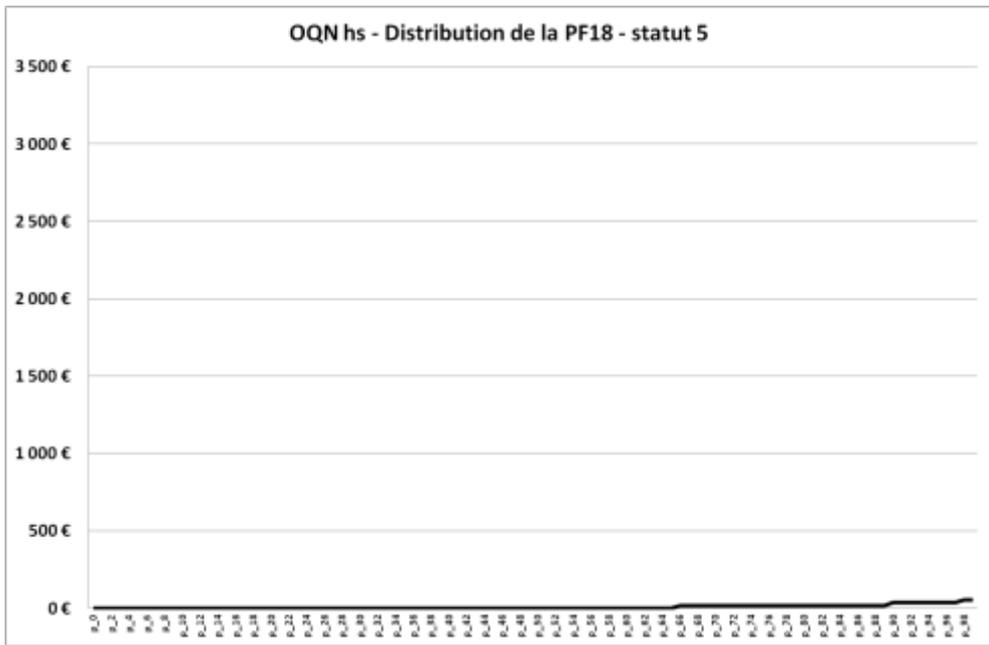
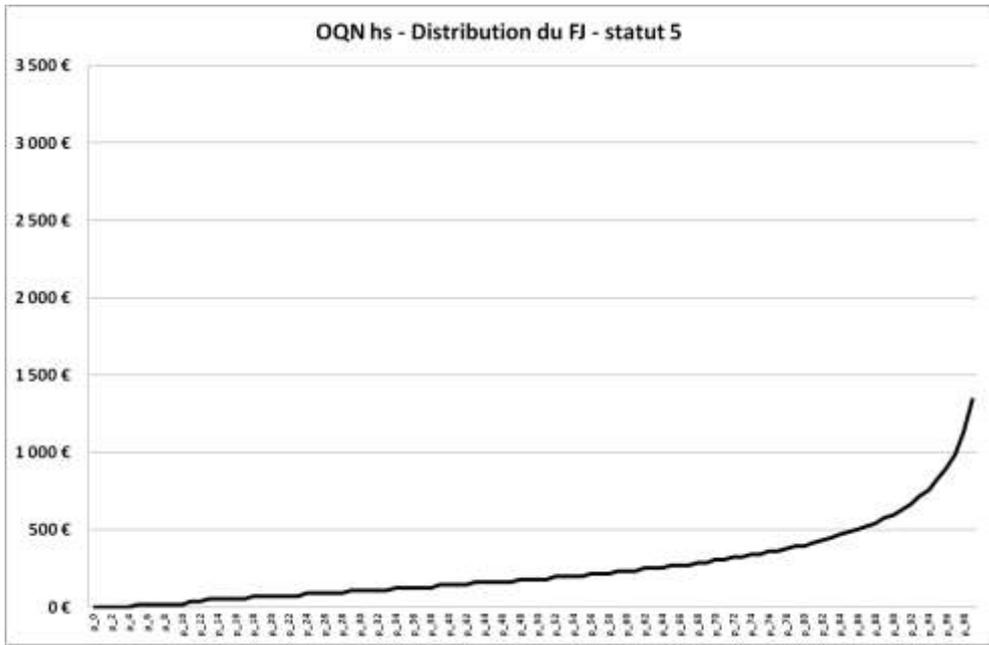
Comme pour les ALD de la catégorie 1, le RAC total de ces patients est constitué de FJ mais aussi de dépassements. La durée cumulée de séjour est un peu supérieure à la moyenne (5 jours, contre une moyenne de 3,4 jours en hospitalisation complète), sans toutefois atteindre celle des ALD.

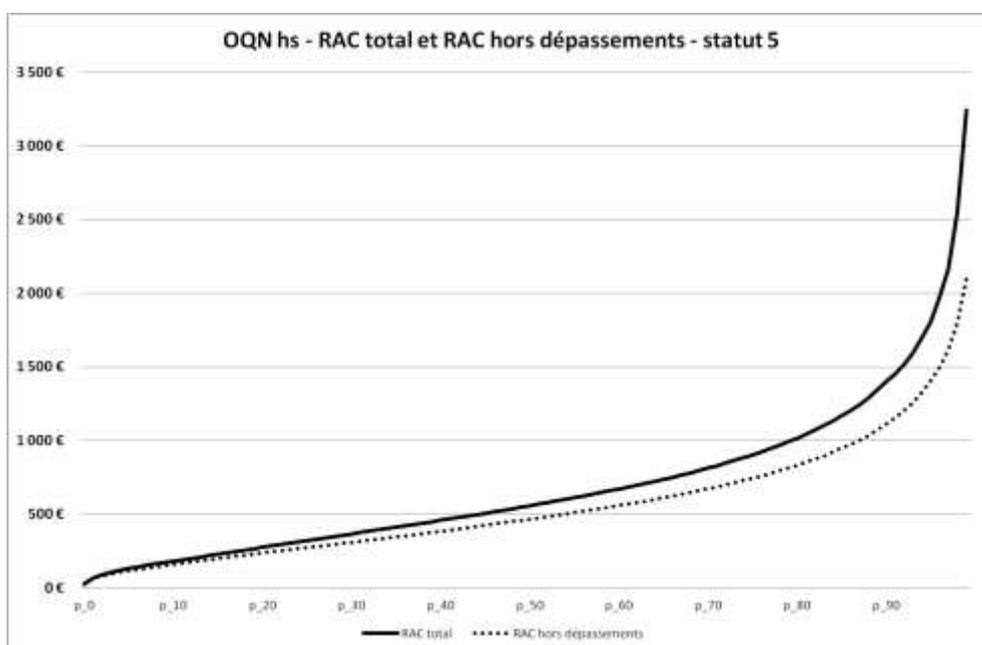
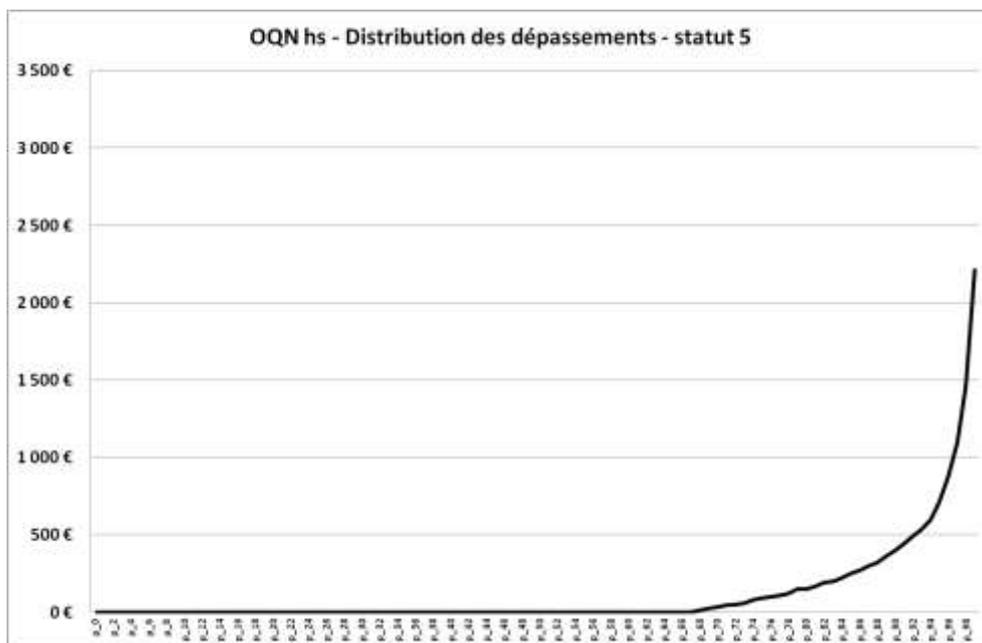
- 39 % des patients ont un RAC nul.
- Le RAC dépasse 500 € pour 12 % des patients, et 1 800 € pour 1% (8 000 personnes).
- 45 % des patients paient un dépassement, qui dépasse 500 € pour 9 % des patients avec ce statut et 1 700 € pour 1 %.

Le RAC hors dépassements diverge assez rapidement du RAC total sous l'effet de l'ampleur des dépassements.

STATUT 5 : ALD ET SEJOURS PRIS EN CHARGE À 80 %





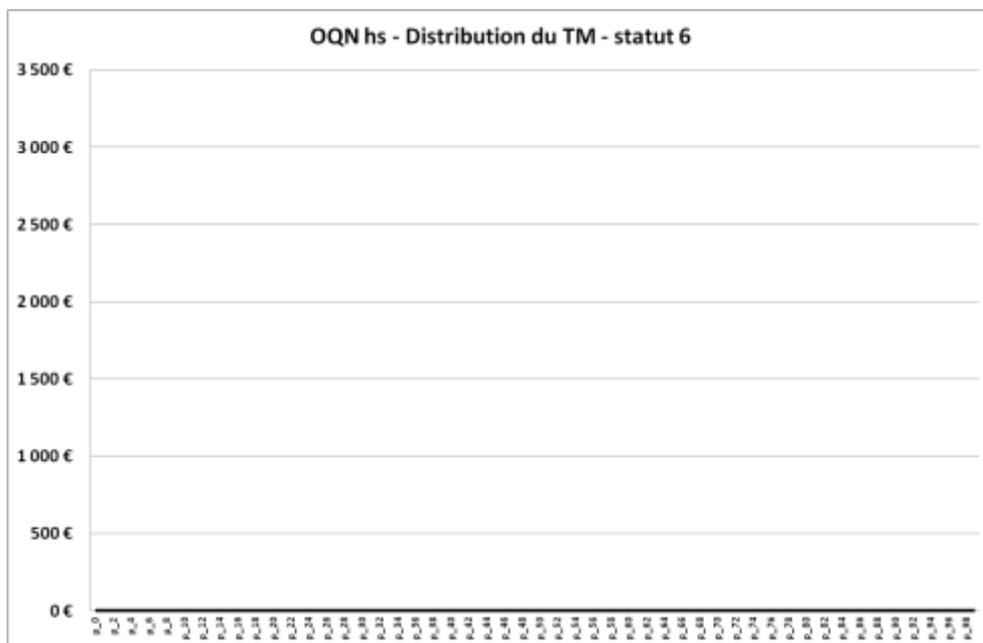
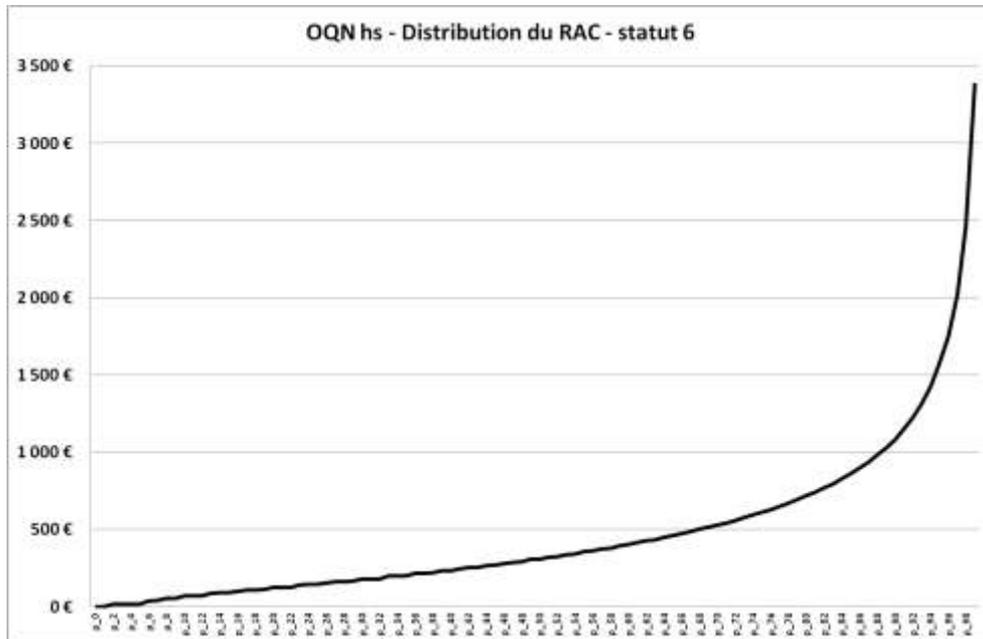


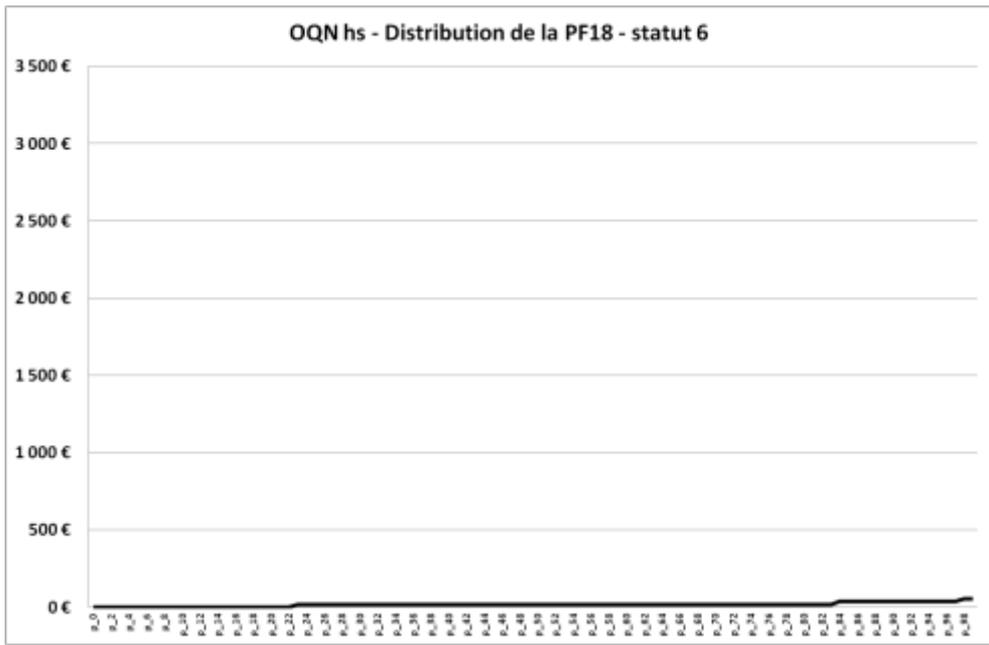
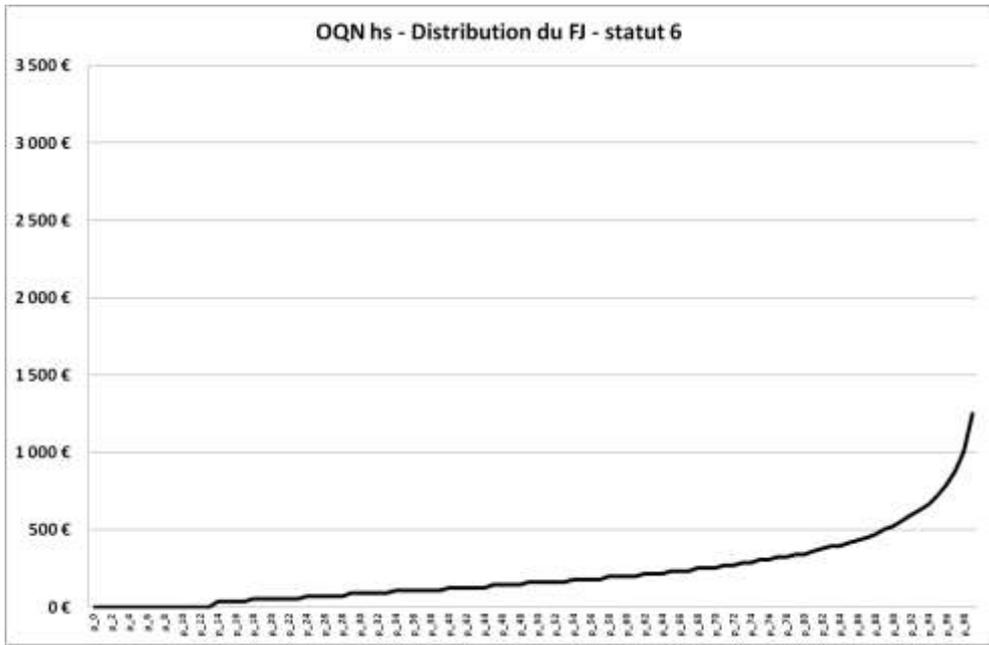
Cette catégorie regroupe moins de 1 % des patients, et 3 % de ceux qui sont en ALD. Il s'agit de patients qui ont eu un séjour lié à leur ALD et au moins un autre sans lien avec leur ALD, qui n'a pas impliqué la réalisation d'un acte coûteux. Ce sont les plus âgés (70 ans), et ceux qui ont la plus grande durée cumulée d'hospitalisation (près de 18,9 jours d'hospitalisation complète).

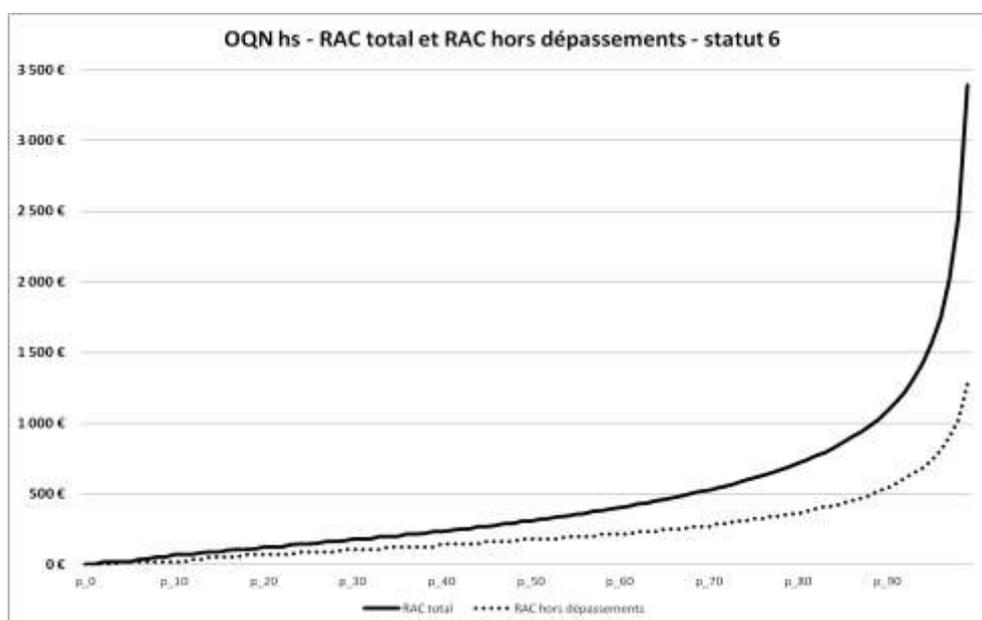
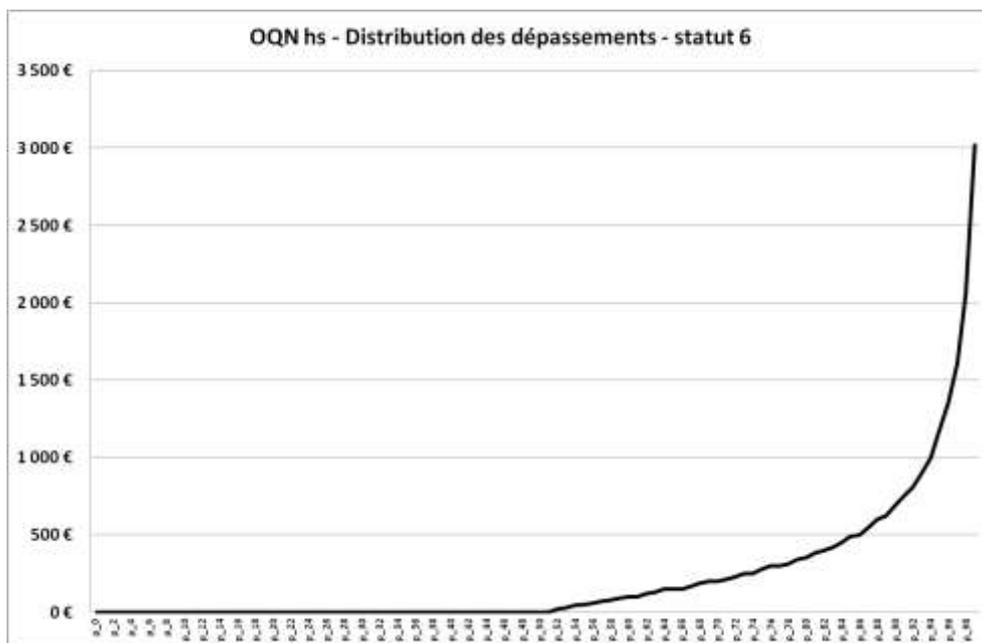
Cette catégorie cumule trois facteurs qui conduisent à un haut niveau de RAC : l'ALD du fait de la longueur de l'hospitalisation cumulée, l'absence d'acte coûteux qui déclenche la PF18, et aussi, dans certains cas, un niveau important de dépassements (que l'on ne retrouvait pas chez les patients ayant des séjours uniquement à 80 %).

- Tous les patients ont un RAC positif.
- Le RAC dépasse 500 € pour 55 % des patients, 1 000 € pour 20 %, 3 200 € pour 1 % (200 personnes).
- Deux tiers n'ont pas de dépassements. Pour 7 % des patients ayant ce statut, les dépassements sont supérieurs à 500 €, pour 1 % ils dépassent 2 200 €.

STATUT 6 : ALD ET PF18 OU AUTRE EXONÉRATION DE TM







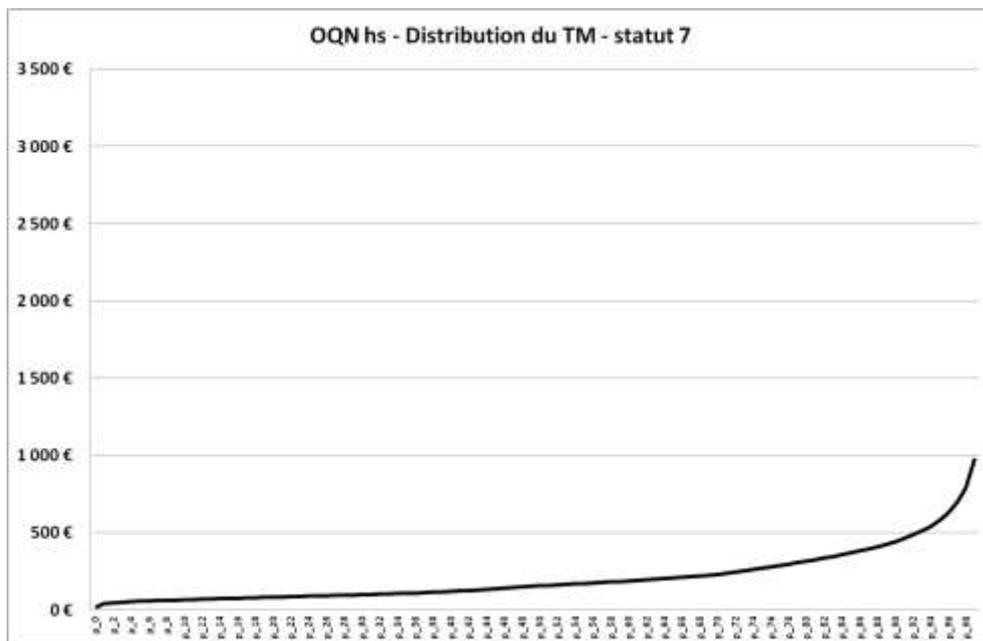
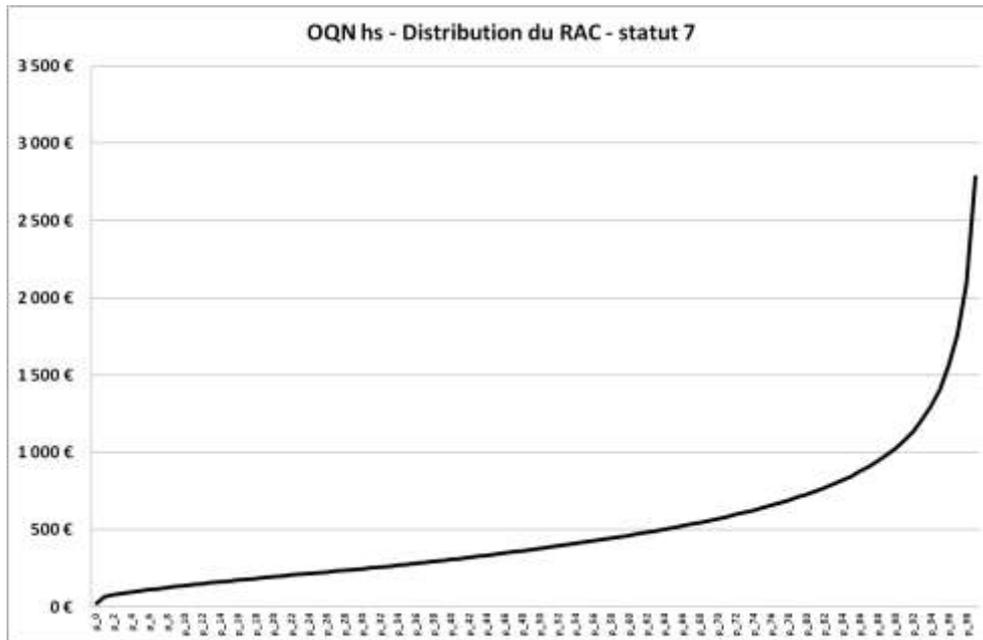
Cette catégorie regroupe 2 % des patients, et 17 % de ceux qui sont en ALD. Il s'agit de patients qui ont eu un séjour lié à leur ALD et au moins un autre sans lien avec leur ALD, mais, contrairement à la catégorie 5, qui a comporté un acte coûteux impliquant la forfaitisation du TM. Leur âge moyen est élevé (67 ans), tout comme leur durée d'hospitalisation complète (13 jours).

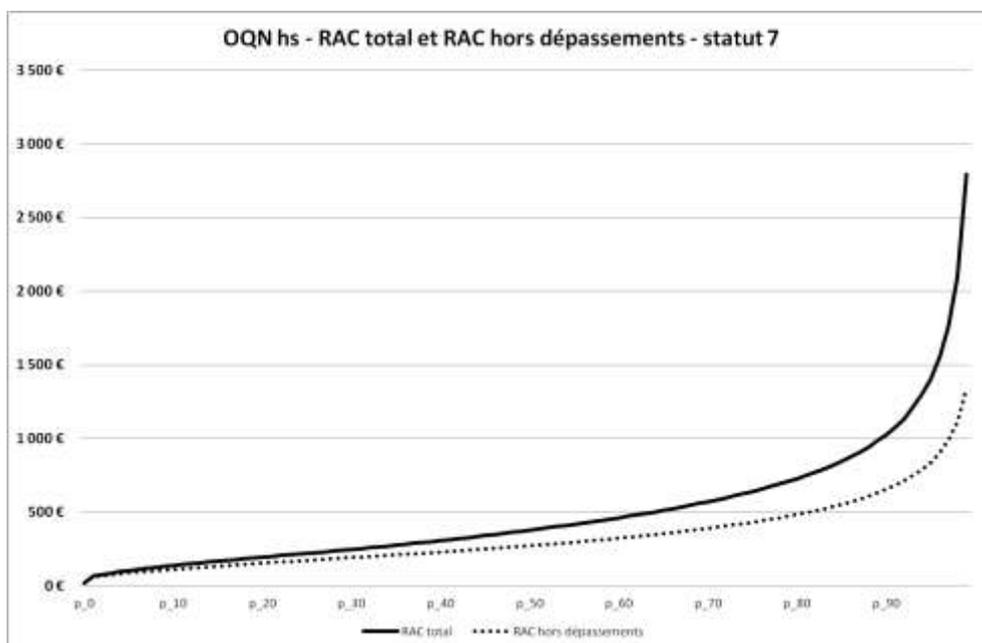
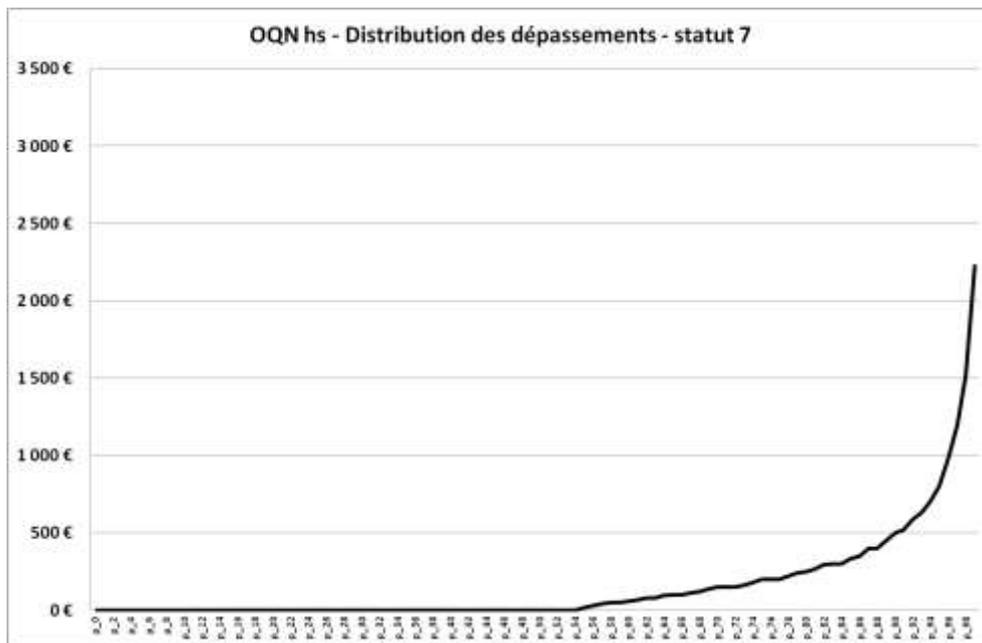
Le RAC total se compose de FJ, d'un petit peu de PF18, et de beaucoup de dépassement. Cette catégorie est touchée par des RAC qui peuvent atteindre un montant très élevé.

- 2 % des patients ont un RAC nul.
- Le RAC dépasse 500 € pour 32 % des patients, 1 000 € pour 11 %.
- Les dépassements concernent la moitié des patients. 14 % des patients de cette catégorie subissent des dépassements supérieurs à 500 € et pour 1 % ils sont supérieurs à 3 000 € (1 000 personnes).

L'écart entre le RAC total et le RAC hors dépassements progresse lentement mais accélère nettement pour les RAC élevés.

STATUT 7 : SÉJOUR PRIS EN CHARGE À 80 % ET PF18 OU AUTRE EXONÉRATION QU'ALD



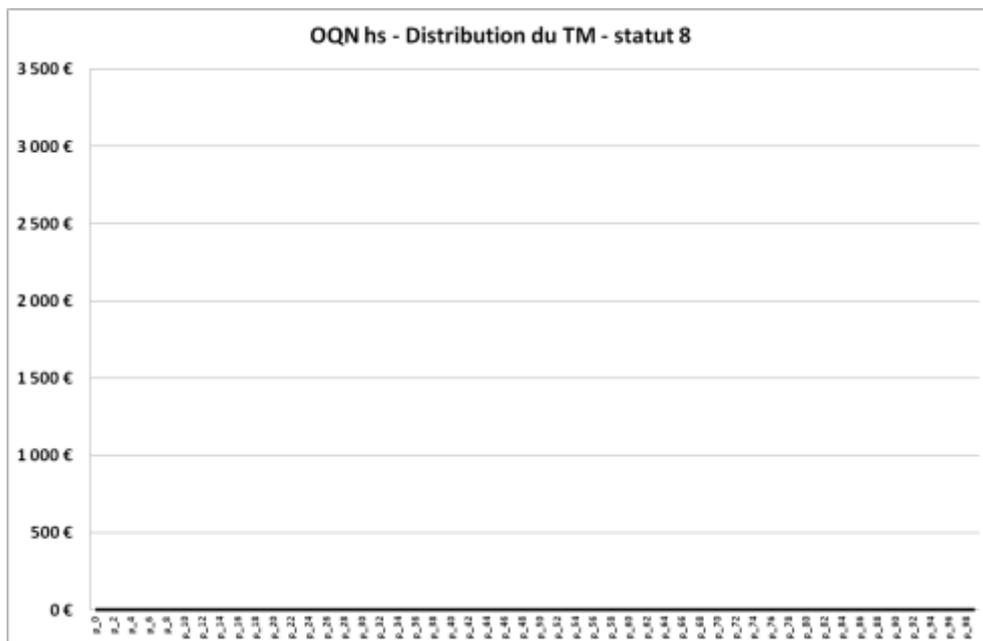
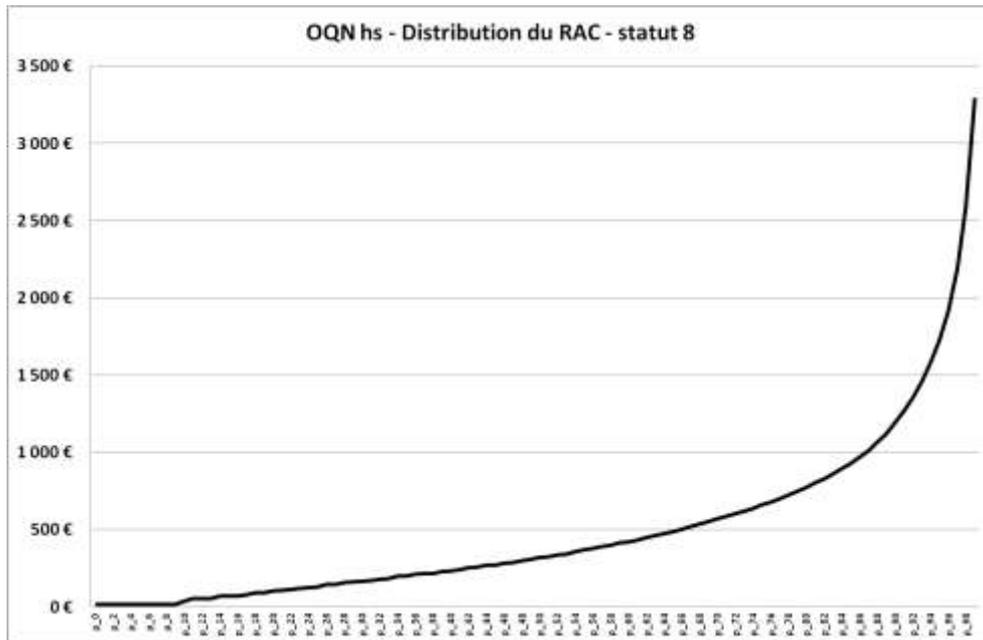


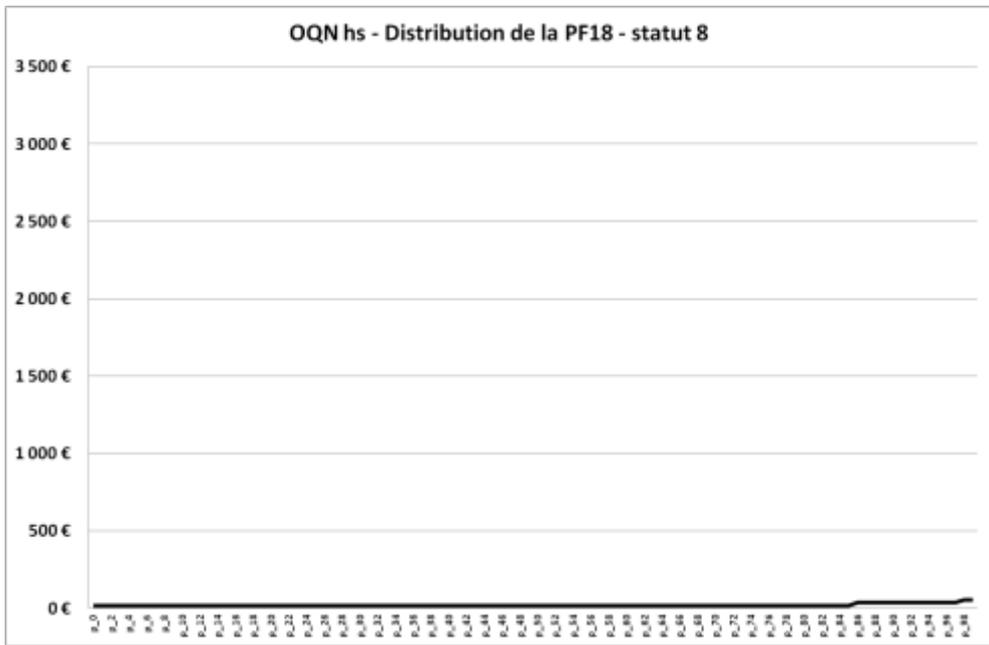
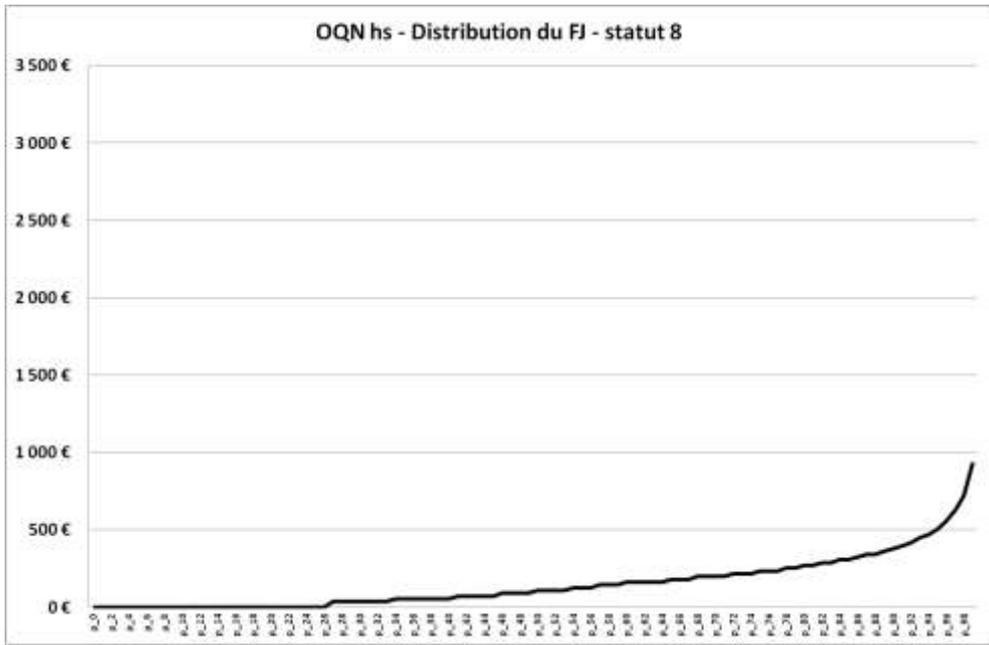
Cette catégorie regroupe 2 % des patients et 2 % de ceux qui ne sont pas en ALD. Il s'agit de patients hospitalisés au moins une fois sans recevoir de soins coûteux et une autre fois avec des soins coûteux (PF18) ou une exonération de TM autre que l'ALD (risque maternité par exemple).

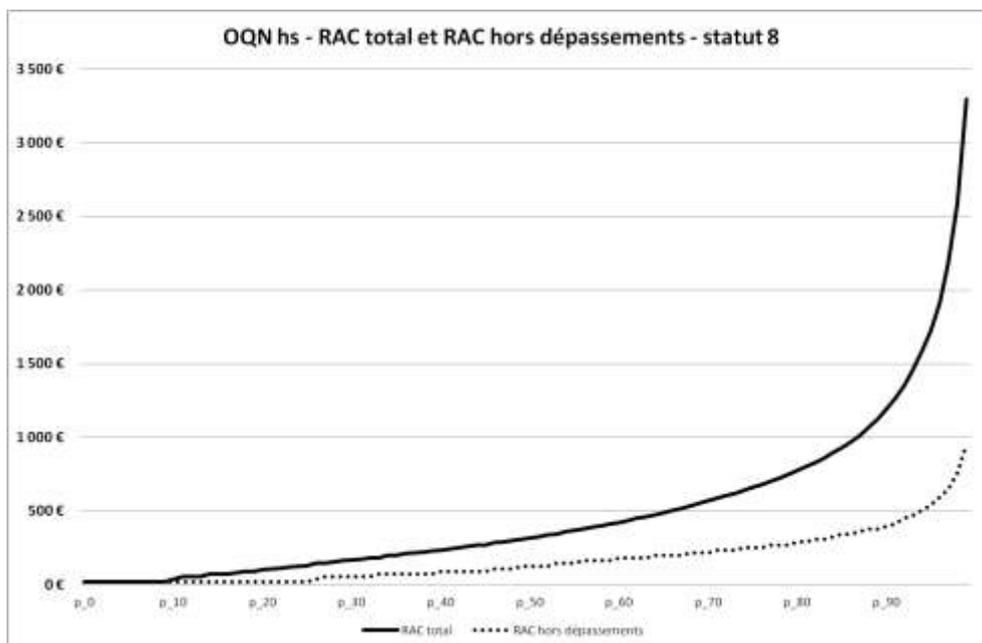
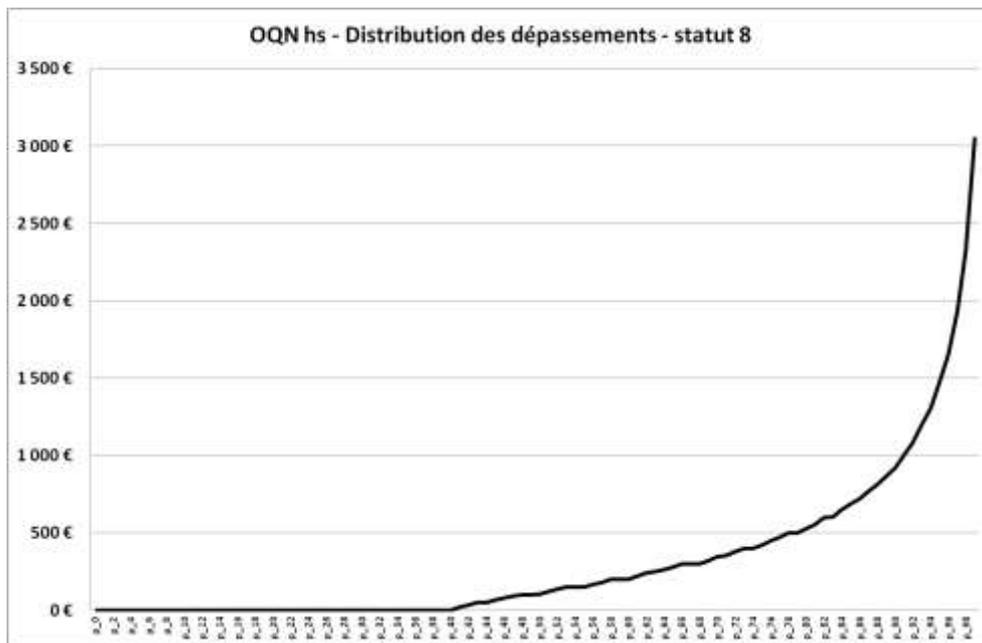
Comme pour la catégorie 5 (ALD et 80 %), le RAC total est constitué par le cumul du TM (séjours pris en charge à 80 %) et des FJ (séjours exonérés ou en PF18, pour lesquels les FJ ne sont pas imputés sur un TM), et, dans certains cas, des dépassements.

- Tous les patients ont un RAC positif.
- Le RAC dépasse 500 € pour 36 % des patients, 1 000 € pour 10 % d'entre eux, 2 800 € pour 1 %. (850 personnes).
- 55 % des patients n'ont pas de dépassement. Pour 10 % des patients avec ce statut, ils sont supérieurs à 500 €, et à 2 200 € pour 1 %.

STATUT 8 : PF18 ET AUTRE EXONÉRATION QU'ALD







Cette catégorie regroupe moins de 1 % des patients. Il s'agit de patients qui ont eu plusieurs séjours dont au moins un avec un acte coûteux (PF18) et un avec une exonération de TM pour un autre motif que l'ALD (risque maternité par exemple).

- Tous les patients ont un RAC positif (au moins une PF18 par définition).
- Le RAC dépasse 500 € pour 34 % des patients, 1 000 € pour 13 %.
- 1 % des patients a un RAC supérieur à 3 300 € (près de 400 personnes).
- Les dépassements affectent 59 % des patients : ils sont supérieurs à 500 € pour 22 % et à 3 000 € pour 1 %.

L'écart entre le RAC total et le RAC hors dépassements est très important vers les RAC élevés pour certains patients.

Le tableau ci-dessous résume les principaux éléments de concentration du RAC TOTAL dans les 8 catégories de patients.

	RAC moyen	RAC nul (% patients)	RAC > 500 € (% patients)	RAC > 1 000 € (% patients)	RAC du dernier centile de patients
1 ALD	220 €	22 %	10 %	3 %	> 1 900 €
2 80 %	211 €	0 %	7 %	0 %	> 900 €
3 PF18	206 €	0 %	9 %	3 %	> 1 800 €
4 Exo	206 €	39 %	12 %	3 %	> 1 800 €
5 ALD+80 %	722 €	0 %	55 %	20 %	> 3 200 €
6 ALD+autre	509 €	2 %	32 %	11 %	> 3 400 €
7 80 % sans ALD	527 €	0 %	36 %	10 %	> 2 800 €
8 Ni ALD ni 80 %	529 €	0 %	34 %	13 %	> 3 300 €
ENSEMBLE	224 €	9 %	11 %	3 %	> 1 900 €

- Les patients pris en charge à 80 % présentent le RAC le moins dispersé et le RAC extrême le plus faible.
- Les 4 groupes purs (1->4) affichent des RAC extrêmes relativement limités (moins de 3 % à des RAC>1 000 € et dernier centile inférieur ou égal à 1 900 €).
- Les 4 groupes composés sont plus concernés par des RAC importants (part importante de patients avec un RAC>500 €)

Le tableau ci-dessous résume les principaux éléments de concentration du RAC HORS DEPASSEMENTS dans les 8 catégories de patients.

	RAC hors dépass. moyen	RAC hors dépass. nul (% patients)	RAC hors dépass. > 500 € (% patients)	RAC hors dépass. > 1 000 € (% patients)	RAC hors dépass. du dernier centile de patients
1 ALD	126 €	30 %	4 %	0 %	> 900 €
2 80 %	199 €	0 %	6 %	0 %	> 900 €
3 PF18	53 €	0 %	0 %	0 %	> 250 €
4 Exo	43 €	73 %	0 %	0 %	> 450 €
5 ALD+80 %	573 €	0 %	46 %	13 %	> 2 100 €
6 ALD+autre	249 €	4 %	11 %	2 %	> 1 300 €
7 80 % sans ALD	345 €	0 %	18 %	2 %	> 1 300 €
8 Ni ALD ni 80 %	180 €	0 %	6 %	0 %	> 950 €
ENSEMBLE	77 €	16 %	1 %	0 %	> 650 €

- Les patients supportant un RAC hors dépassements supérieur à 500 € sont environ 1 %.
- L'effet des dépassements peut s'observer par la part des personnes dont le RAC est supérieur à 500 € : ils sont 1 % en excluant les dépassements mais 11 % en les incluant (RAC total).

S'agissant de distribution, les deux tableaux avec le RAC total et le RAC hors dépassements ne sont pas directement comparables. Une personne du dernier centile de RAC total peut avoir un RAC hors dépassements nul (par exemple : dépassement très élevé pour un séjour en maternité).

Le tableau ci-dessous résume les principaux éléments de concentration des dépassements dans les 8 catégories de patients.

	DEPASS moyen	% des patients non concernés par un dépassement	DEPASS > 500 € (% patients)	DEPASS > 1 000 € (% patients)	DEPASS du dernier centile de patients
1 ALD	94 €	75 %	4 %	2 %	> 1 500 €
2 80 %	12 €	89 %	0 %	0 %	> 200 €
3 PF18	154 €	52 %	7 %	2 %	> 1 700 €
4 Exo	164 €	55 %	9 %	2 %	> 1 700 €
5 ALD+80 %	149 €	68 %	7 %	3 %	> 2 200 €
6 ALD+autre	260 €	52 %	14 %	6 %	> 3 000 €
7 80 % sans ALD	182 €	55 %	10 %	3 %	> 2 200 €
8 Ni ALD ni 80 %	348 €	41 %	22 %	9 %	> 3 000 €
ENSEMBLE	147 €	56 %	7 %	2 %	> 1 700 €

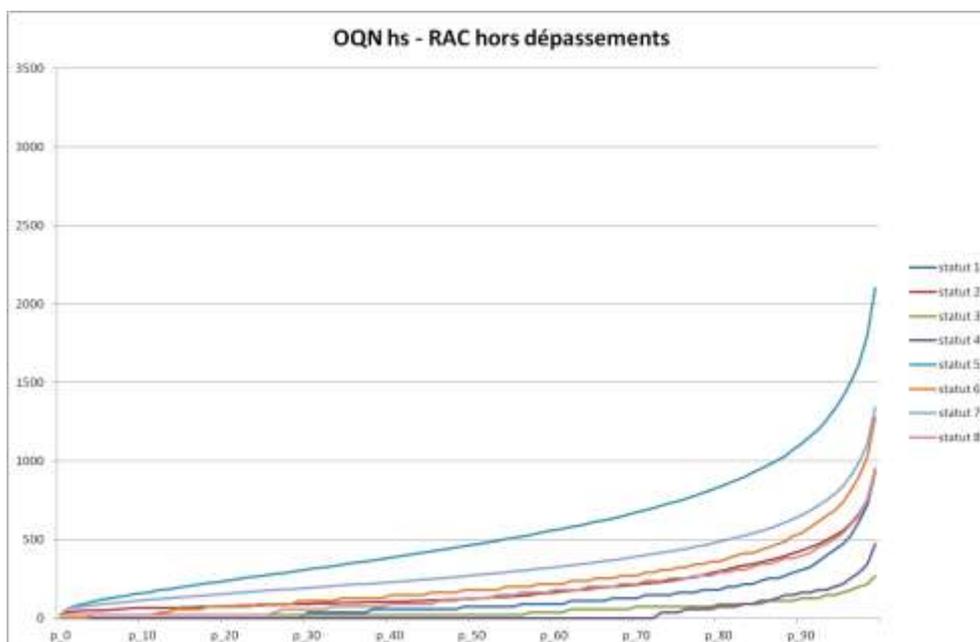
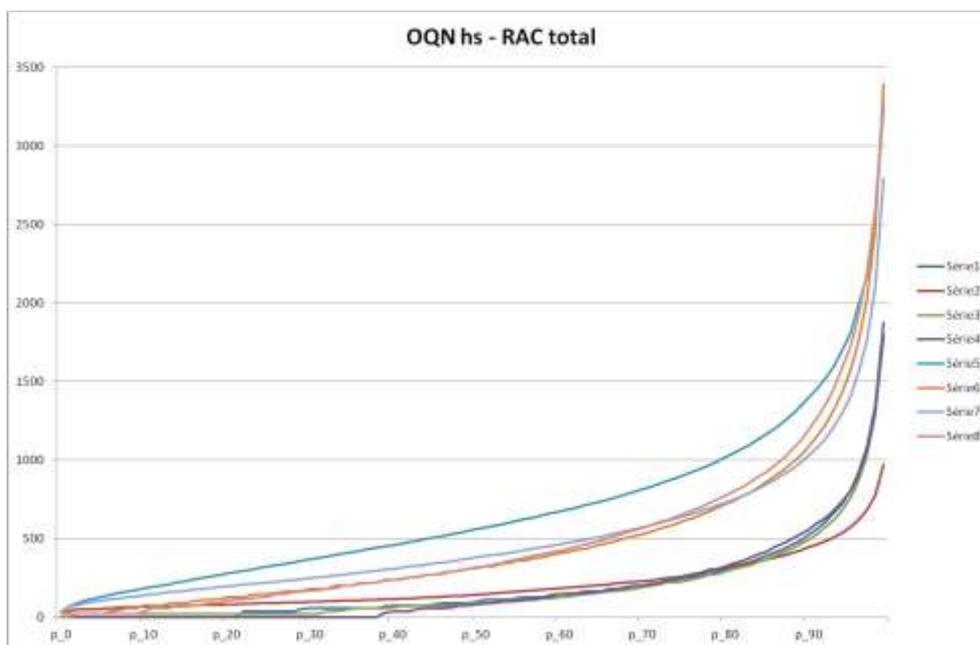
- 56 % des patients ne paient pas de dépassement
- Les patients pris en charge à 80 % sont les moins touchés par les dépassements
- Les 4 groupes purs (1->4) affichent des dépassements extrêmes relativement limités (moins de 2 % supérieurs 1 000 € et dernier centile inférieur à 1 700 €).
- Les 4 groupes composés sont les plus affectés par les dépassements importants

Le tableau suivant présente la répartition des patients, des RAC et de ses composantes. Les 4,6 % de patients pris en charge à 80 % sont très peu concernés par les dépassements. Les personnes en ALD sont moins touchées par les dépassements, à l'inverse des personnes exonérées et de celle payant la PF18.

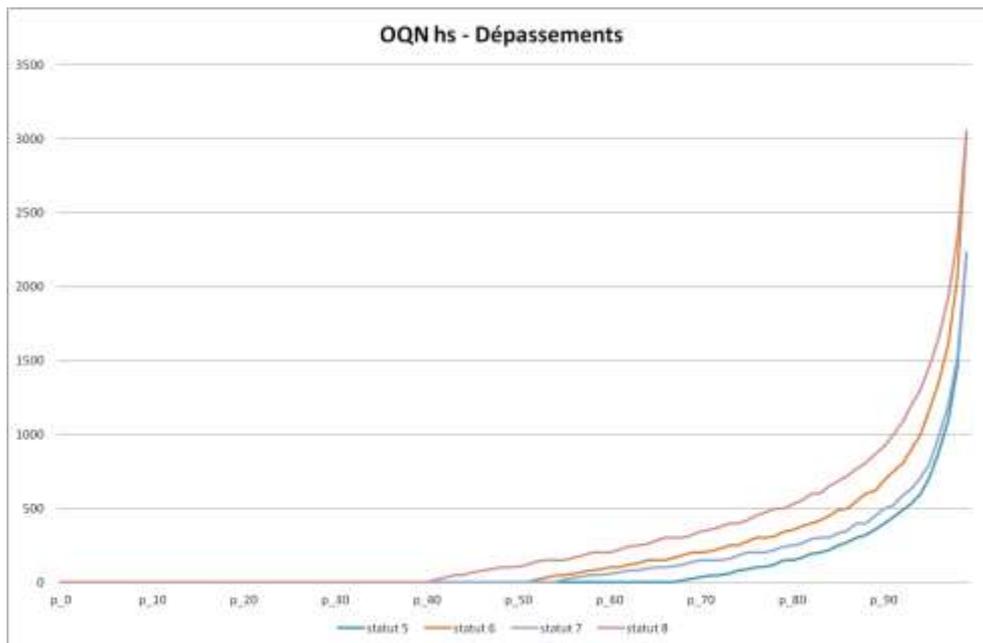
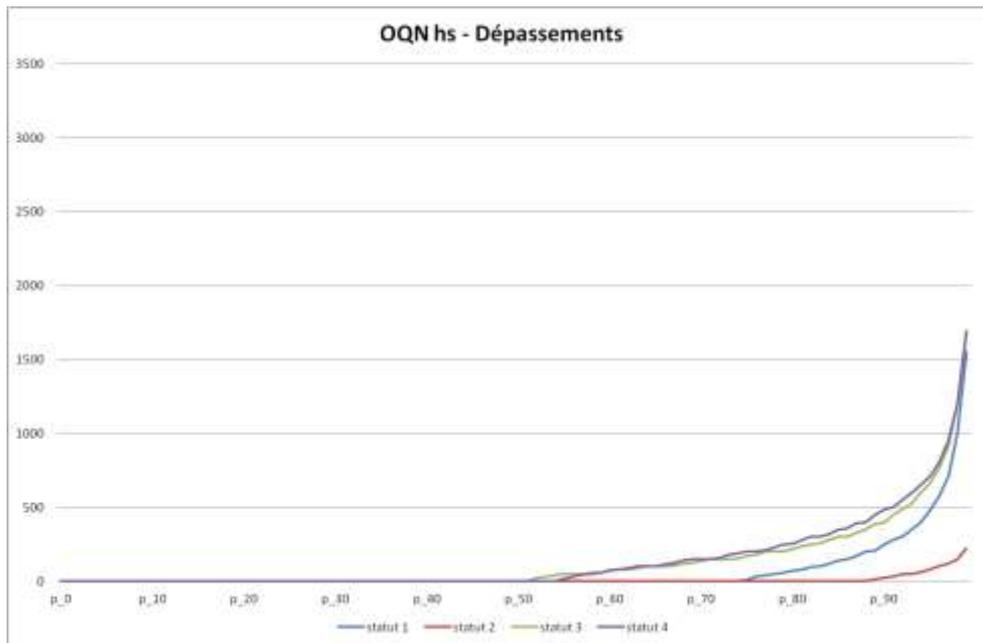
	% Patients	% RAC	% DEPASS	% TM	% FJ
ALD	9,5	9,3	6,0	0,0	24,2
80 %	4,6	4,3	0,4	62,9	1,0
PF18	63,4	58,3	66,0	0,0	41,5
Exo	17,6	16,1	19,5	0,0	15,2
ALD+80 %	0,4	1,2	0,4	8,0	2,0
ALD+autre	2,0	4,6	3,6	0,0	9,6
80 % sans ALD	1,8	4,3	2,3	29,1	4,1
Ni ALD ni 80 %	0,8	1,8	1,8	0,0	2,5
TOTAL	100	100	100	100	100

CONCLUSION – UN RAC ÉLEVÉ EST ASSOCIÉ A DES DEPASSEMENTS IMPORTANTS

La comparaison des RAC totaux et des RAC hors dépassements par statut montre clairement l'importance des dépassements dans la formation des RAC dans le secteur ex-OQN. Hormis pour les personnes ayant un séjour en ALD et un autre séjour pris en charge à 80 % (statut 5), les RAC hors dépassements sont contenus pour la quasi-totalité des patients. Quant aux RAC totaux ils peuvent atteindre des montants considérables notamment pour les patients en situation de séjours mixtes.

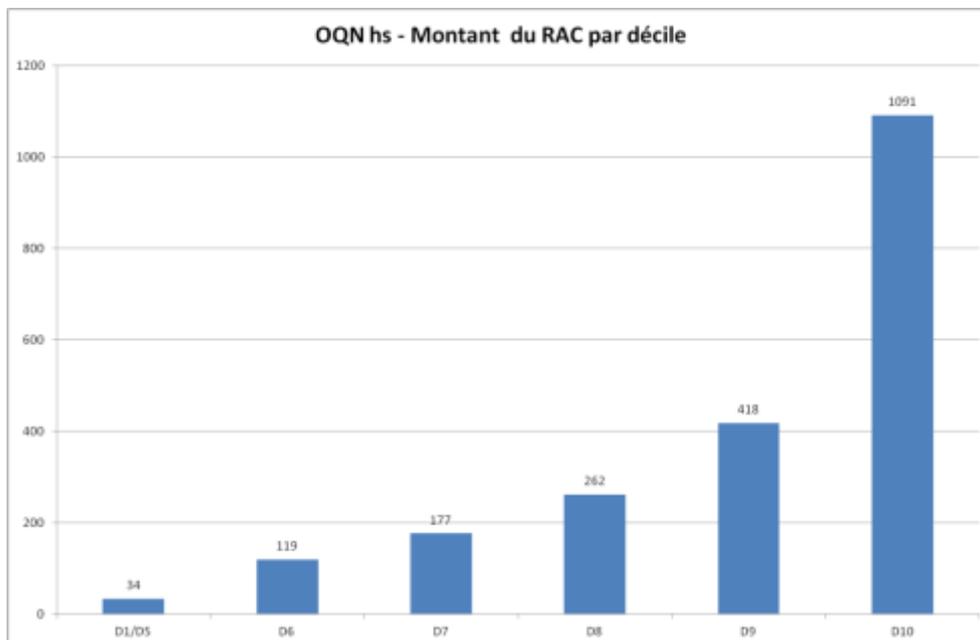


Les dépassements touchent davantage les personnes en situation mixte. Ce sont aussi ces patients qui ont les durées cumulées les plus longues et le nombre de séjours le plus important.

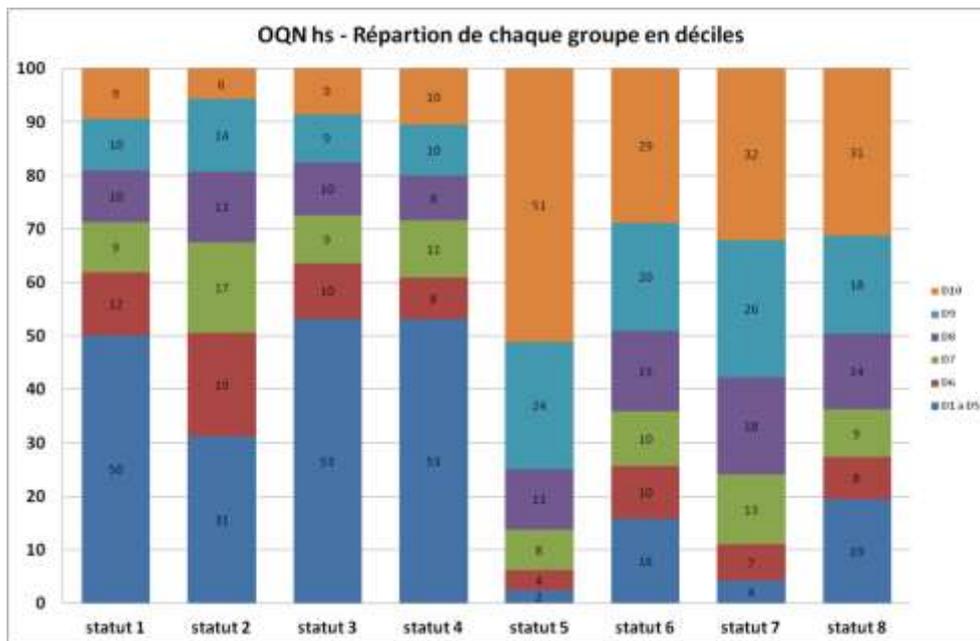


L'AMPLEUR ET LA GÉNÉRALISATION DES DEPASSEMENTS CONDUISENT À L'ABSENCE DE LIEN ENTRE LE STATUT DU PATIENT ET LE MONTANT DU RAC

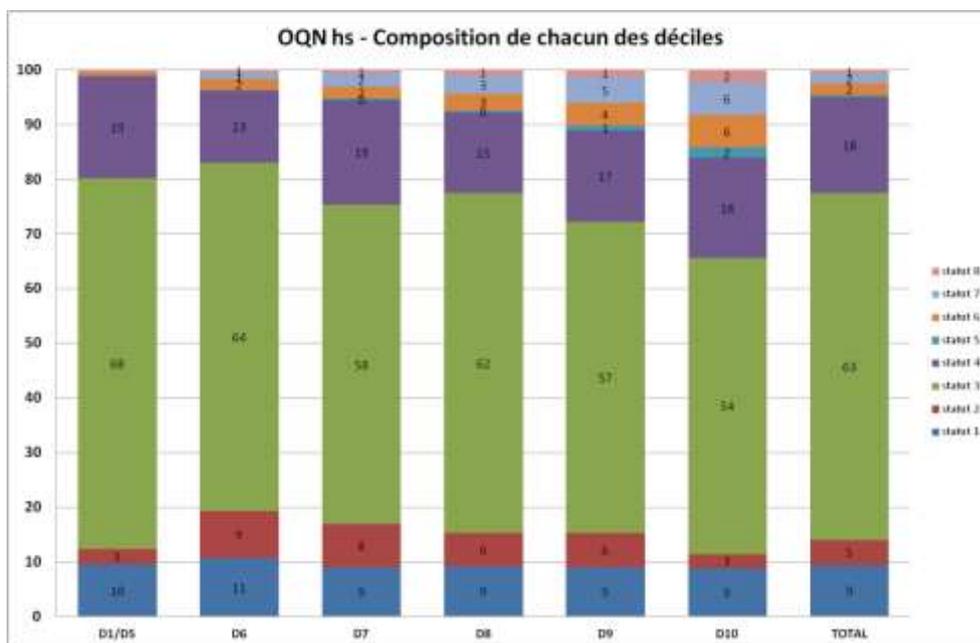
Le RAC annuel moyen atteint 224 € par patient mais cette moyenne n'est pas très représentative étant données les disparités de situation. La moitié des patients paie un RAC moyen de 34 € mais 10 % sont confrontés à un RAC de près de 1 100 €. Les graphiques suivants viennent compléter l'analyse des distributions.



Le graphique suivant présente pour chacun des statuts la répartition en décile. Ainsi, il apparaît que 50 % des personnes en ALD (statut 1) sont présentes dans les 5 premiers déciles (RAC moyen de 34 €) tandis que 9 % d'entre elles sont présentes dans le D10 (10 % des RAC les plus élevés, 1 091 €). On constate que d'une manière générale 3 cas purs (1, 3 et 4) se répartissent de manière assez homogène dans les déciles (50 % dans les 5 premiers déciles et environ 10 % par décile dans le suivant). Le groupe 2 (prise en charge à 80 %) est moins présent dans les déciles extrêmes (D1/D5 mais aussi D10). En revanche, les cas mixtes ont tendance à se retrouver davantage dans les déciles de RAC élevés (à partir de D7).



Le graphique suivant présente la composition de chaque décile. Le D10 est composé de 9 % de patients en ALD, de 5 % de personnes prises en charge à 80 %. L'élément frappant est que la composition de chaque décile est globalement à l'image de la répartition générale des patients (colonne TOTAL, tout à droite). Autrement dit, on trouve la même proportion de patients ALD dans chaque décile (9-11 %) que dans la population générale (9 %). Tout au plus, on peut constater que les cas mixtes sont davantage présents dans les déciles élevés.



Ceci implique, pour les cas purs notamment, que chaque patient, quel que soit son statut, peut se retrouver avec n'importe quel montant de RAC. Cette situation est la conséquence de l'existence des dépassements.

ANNEXE 3-4 : DOSSIER STATISTIQUE

LE RESTE À CHARGE À L'HÔPITAL DES PATIENTS AYANT ÉTÉ HOSPITALISÉS DANS LES DEUX SECTEURS

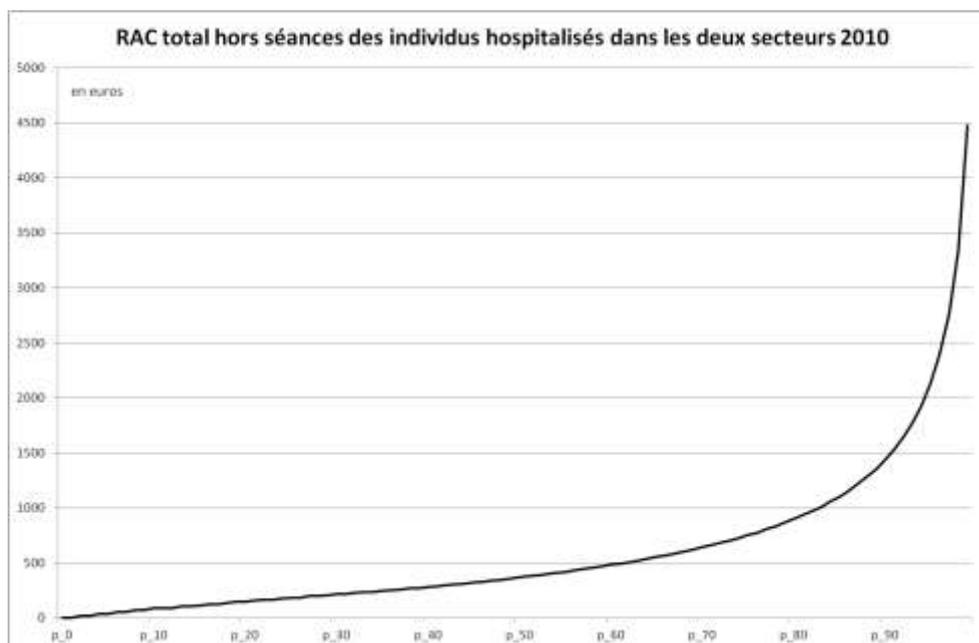
LE RAC DES PATIENTS AYANT ÉTÉ HOSPITALISÉS DANS LES DEUX SECTEURS EST PLUS ÉLEVÉ ET UN PEU MOINS CONCENTRÉ QUE POUR LES AUTRES ASSURÉS

L'analyse qui suit porte sur le reste à charge des patients qui ont été hospitalisés en 2010 dans les deux secteurs. Ils présentent des particularités marquées.

Nombre de séjours	1 850 866
Nombre de patients	586 125, soit 3,2 séjours par patient, en moyenne
Reste à charge	380 M€, soit 647 € par patient, en moyenne
Durée cumulée d'hospitalisation (complète + ambulatoire)	16,6 jours

- 5,5 % des patients ont été hospitalisés en 2010 dans les deux secteurs.
- Ces patients font en moyenne plus de 3 séjours dans l'année, ce qui est deux fois plus que l'ensemble des personnes hospitalisées.
- Leur durée d'hospitalisation cumulée est trois fois plus longue que pour les autres patients hospitalisés.
- Leur RAC moyen est plus de deux fois plus élevé que celui de l'ensemble des personnes hospitalisées.
- Leur âge moyen est nettement plus élevé que pour l'ensemble de la population (60 ans contre 47 ans).

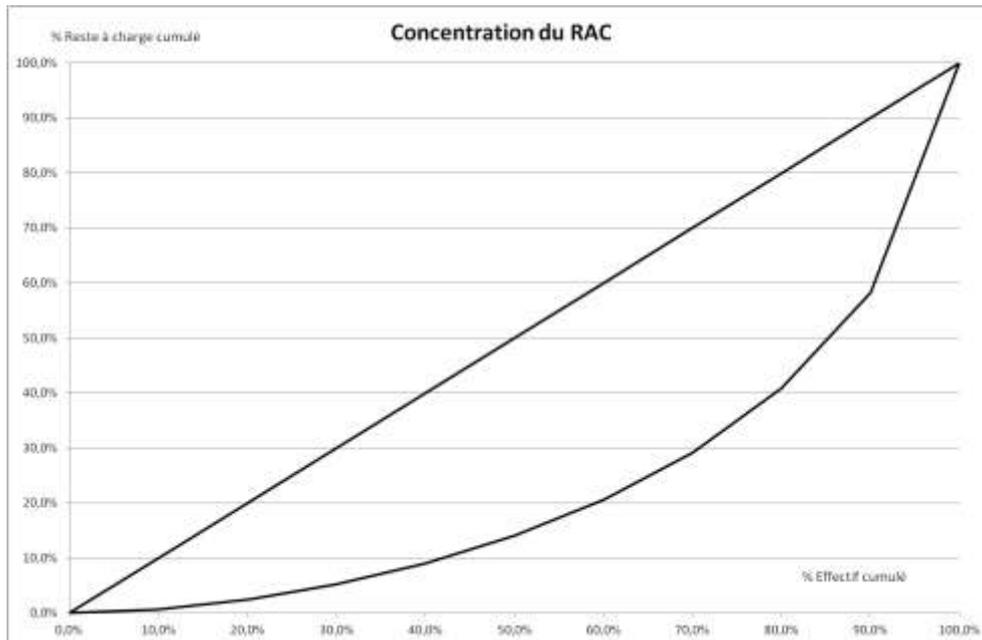
DISTRIBUTION DES RAC



- 1 % des patients n'ont pas de RAC à payer.
- 1 % des patients doit payer un RAC supérieur à 4 500 € (6 000 personnes).
- 39 % ont un RAC à payer supérieur à 500 €.

CONCENTRATION DES RAC

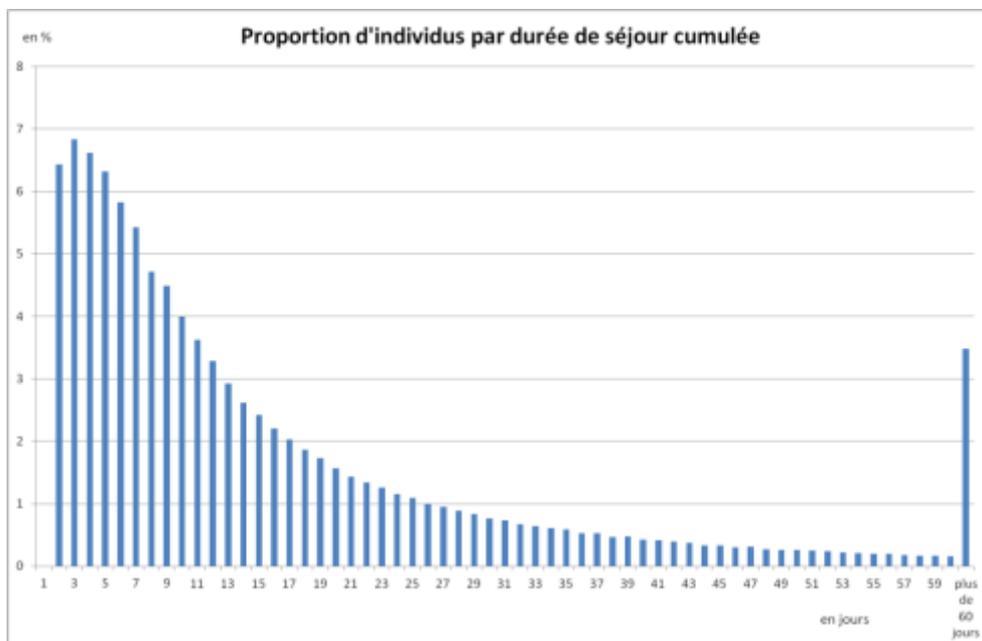
Les restes à charge sont moins concentrés.



- Les 20 % de patients aux les RAC les plus élevés supportent 60 % de la somme des RAC.

DUREE CUMULEE DES SÉJOURS

La durée cumulée des séjours par individu particulièrement longue.



- Aucun patient ne vient que pour une journée (puisque par définition il y a au moins deux séjours).
- 26 % des patients ont une durée d'hospitalisation cumulée dans les deux secteurs comprise entre 2 et 5 jours.
- 3,5 % des patients ont plusieurs séjours dont la durée cumulée dépasse 60 jours.

ANNEXES

La généralisation de la couverture complémentaire en santé

Rapport du HCAAM

1. Lettre de mission	91
2. La prise en charge des dépenses de santé selon l'âge	95
3. Le régime d'Alsace-Moselle.....	99
4. Les initiatives prises pour améliorer les garanties des contrats des bénéficiaires de l'ACS	103
5. La typologie des fonctions de l'assurance maladie complémentaire dans 12 pays ...	107
6. Les analyses théoriques et les études empiriques sur les effets de la couverture maladie	109
7. Deux exemples de réseaux ouverts	113
8. Le fonctionnement des réseaux d'optique et la comparaison des prix proposés par différents réseaux (optique, prothèses dentaires, audioprothèses)	115
9. La mise en concurrence de la gestion de l'assurance maladie - l'exemple des Pays-Bas	123
10. Glossaire.....	125

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES

Les Ministres

CAB POS - AD/013-2013

Paris, le 18 MARS 2013

Madame la Présidente,

L'assurance maladie complémentaire est devenue une composante importante de notre système de santé. Plus de 95 % de la population bénéficie aujourd'hui d'une couverture complémentaire, grâce à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ou dans le cadre d'un contrat collectif santé ou d'une couverture souscrite sur une base individuelle.

En 2010, l'assurance maladie complémentaire a couvert 13,5 % des dépenses de santé, contre 12,1 % en 1995, contribuant ainsi à la stabilité de la part directement supportée par les ménages. Ce constat global recouvre une grande diversité des niveaux d'intervention des organismes complémentaires sur les différents segments de la dépense de santé : s'ils interviennent de façon marginale – quoique croissante – dans la couverture des soins hospitaliers, ils sont en revanche les premiers financeurs des dépenses d'optique et de soins dentaires. Pour ces dépenses, disposer d'une complémentaire santé est devenu un élément essentiel de l'accès aux soins.

C'est la raison pour laquelle le Président de la République a annoncé lors de son discours de Nice du 20 octobre 2012 la généralisation de la complémentaire santé à l'horizon 2017, afin que, à cette date, la totalité de la population puisse effectivement être couverte. Le gouvernement, dans le plan quinquennal de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, a d'ores et déjà pris la décision de relever sensiblement le seuil de ressources ouvrant droit au bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), pour en élargir le bénéfice aux personnes situées en deçà du seuil de pauvreté. Par leur accord interprofessionnel du 11 janvier 2013, les partenaires sociaux ont eux-mêmes décidé de contribuer à cet objectif, sur le périmètre qui est le leur, en posant le principe de la généralisation des contrats collectifs santé à tous les salariés et à toutes les entreprises en 2016.

Madame Annick MOREL
Présidente du Haut Conseil pour
l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)
Ministère des affaires sociales et de la santé
14 avenue Duquesne
75 350 Paris 07 SP

...

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP – TÉL. (33) 01.40.56.60.00

La volonté de reconnaître le rôle des organismes complémentaires dans la régulation d'ensemble du système de santé a conduit à la création de l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM), conçue pour être le représentant officiel des complémentaires auprès des pouvoirs publics, et l'interlocutrice institutionnelle de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Un dispositif fiscal dérogatoire a été accordé à certains types de contrats, censés présenter des caractéristiques « solidaires et responsables » dans leurs prestations et leurs cotisations.

Mais toutes ces évolutions doivent être aujourd'hui mises en cohérence. Si la CMUC a permis de donner une couverture complémentaire à près de 4,5 millions de personnes, plus de 2,5 millions n'ont toujours pas de complémentaire santé. L'association des complémentaires à la régulation des secteurs sur lesquels leur contribution à la solvabilisation des dépenses est significative doit être mieux structurée. Les modalités de couverture complémentaire santé des bénéficiaires de l'ACS restent à améliorer. Si des contrats sont officiellement reconnus comme « solidaires et responsables », ce label est en réalité peu contraignant et son avantage fiscal est aujourd'hui peu discriminant. A l'inverse, le développement programmé des contrats collectifs santé va considérablement augmenter leur poids dans les aides publiques en faveur de la complémentaire santé et aura un impact sur le montant global de celles-ci. La Cour des comptes les avait évaluées à plus de 4 Md € en 2011, avant le relèvement de la taxe sur les conventions d'assurance des contrats solidaires et responsables opéré cette même année mais aussi avant l'assujettissement au forfait social de la contribution des employeurs au financement des contrats collectifs.

L'objectif de généralisation de la complémentaire santé conduit à réinterroger l'ensemble de ces dispositifs au regard des objectifs visés par la généralisation : quels leviers utiliser pour permettre aux personnes qui aujourd'hui n'ont pas de complémentaire santé d'accéder à cette couverture ? Quelle place donner aux organismes complémentaires dans le fonctionnement du système de santé pour améliorer l'accès aux soins ? Comment favoriser l'accès à des contrats de qualité pour les personnes à faibles ressources ? Comment préserver et développer les mécanismes de solidarité au sein de la couverture complémentaire ? Sur quels types de couvertures est-il en conséquence pertinent de concentrer les interventions publiques ?

L'analyse du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie permettra d'éclairer utilement le débat, dans le cadre de la stratégie nationale de santé lancée par le Gouvernement. C'est pourquoi je vous prie de bien vouloir intégrer le thème de la généralisation de la couverture complémentaire santé dans le programme de travail 2013 du HCAAM.

A partir des travaux déjà disponibles, il s'agit d'établir un diagnostic de la situation de l'assurance maladie complémentaire aujourd'hui dans toutes ses dimensions (économiques, juridiques, fiscales...) permettant notamment d'explicitier :

- l'état de la couverture complémentaire en France : nombre de personnes couvertes et non couvertes, types de couvertures, caractéristiques des contrats... ;
- les principaux secteurs d'intervention de l'assurance maladie complémentaire et la part que représente son intervention par rapport à l'assurance maladie obligatoire et à la contribution directe des ménages ;

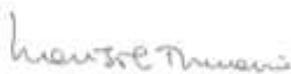
- les dispositions juridiques et fiscales qui encadrent aujourd'hui cette intervention : réglementation des contrats, rôle de l'UNOCAM, conventionnement... ;
- les aides publiques en faveur de la couverture maladie complémentaire et leur mode de financement.

Ce diagnostic permettra de formuler des propositions destinées à favoriser la généralisation de la complémentaire santé à l'horizon 2017. Il s'agit ainsi d'identifier les moyens les plus adaptés pour lever les obstacles à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé que rencontrent les personnes qui en sont aujourd'hui dépourvues ; de s'interroger sur l'évolution à donner au contrat responsable et solidaire dans le contexte d'une couverture complémentaire santé de qualité effectivement généralisée et sur les aménagements à opérer dans la réglementation de la complémentaire santé, pour que cette généralisation fasse progresser l'accès aux soins ; de préciser cette réflexion sur chacun des grands secteurs d'intervention des organismes complémentaires (dentaire, optique, médicament, etc.) ; de rechercher en conséquence la meilleure façon de mettre les aides publiques à la complémentaire santé au service de ces objectifs.

Ces propositions pourront également porter sur les moyens d'améliorer l'analyse de la couverture complémentaire santé, par une connaissance partagée tant en termes de contenu des contrats que de remboursements effectués.

La remise des conclusions des travaux du HCAAM est attendue d'ici l'été 2013.

Nous vous prions de recevoir, Madame la Présidente, l'expression de notre sincère considération.



Marisol TOURAINE



Jérôme CAHUZAC

ANNEXE 2 : LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES DE SANTÉ SELON L'ÂGE

Les données de la DREES²³ permettent d'analyser la prise en charge des dépenses de santé selon l'âge.

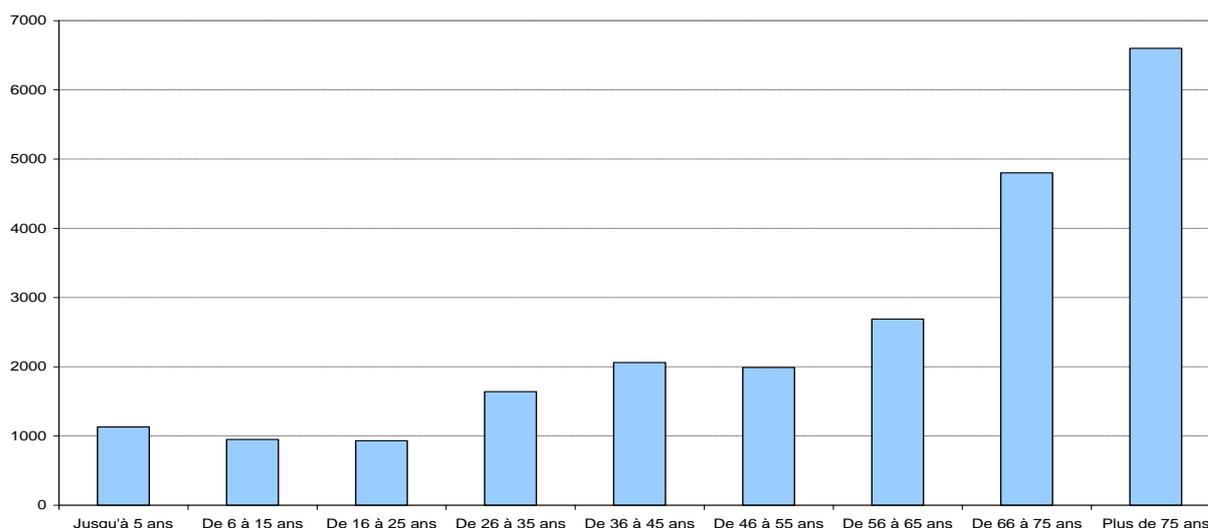
Les dépenses de santé

Les dépenses de santé s'élèvent progressivement au fur et à mesure qu'on avance en âge jusqu'à 55 ans puis plus rapidement (l'écart des dépenses entre les personnes de 66 à 75 ans et celles de 56 à 65 ans est particulièrement marqué).

Les personnes de plus de 75 ans ont des dépenses de santé quatre fois plus élevées que les jeunes adultes de 26 à 35 ans (6 500 € contre 1 650 €).

Graphique 1

Dépenses de santé présentées au remboursement selon l'âge



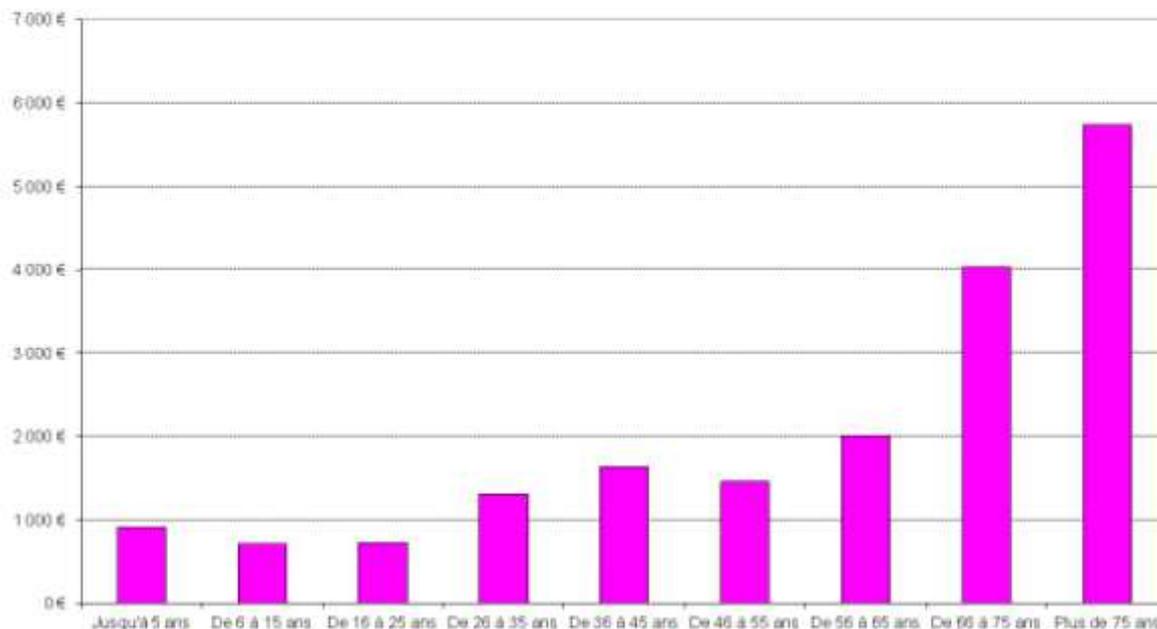
Les restes à charge après assurance maladie obligatoire

Les remboursements de l'assurance maladie obligatoire sont plus importants pour les âges élevés (au-delà de 66 ans) du fait de la plus forte prévalence des ALD (le taux de prise en charge est d'environ 85% contre 80 % pour l'ensemble de la population). Combinées à des dépenses de santé croissantes avec l'âge, les modalités de leur prise en charge par l'AMO conduisent à des remboursements AMO également croissants avec l'âge.

²³ Modèle INES-OMAR. « La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie », J. Duval R. Lardellier, DREES, Comptes de la santé 2011.

Graphique 2

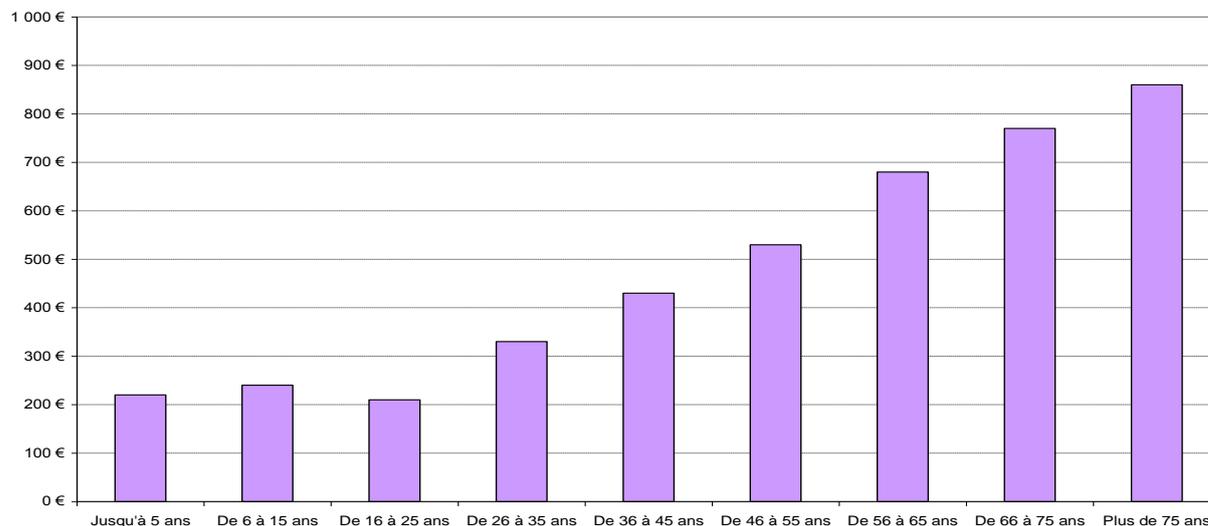
Remboursements AMO selon l'âge



Le reste à charge après assurance maladie obligatoire (RAC après AMO) est plus élevé pour les personnes âgées, malgré des remboursements plus importants. Néanmoins, l'écart entre les jeunes et les personnes âgées est très amorti par rapport à celui qui caractérise les dépenses (200 € à 850 €).

Graphique 3

RAC après AMO selon l'âge



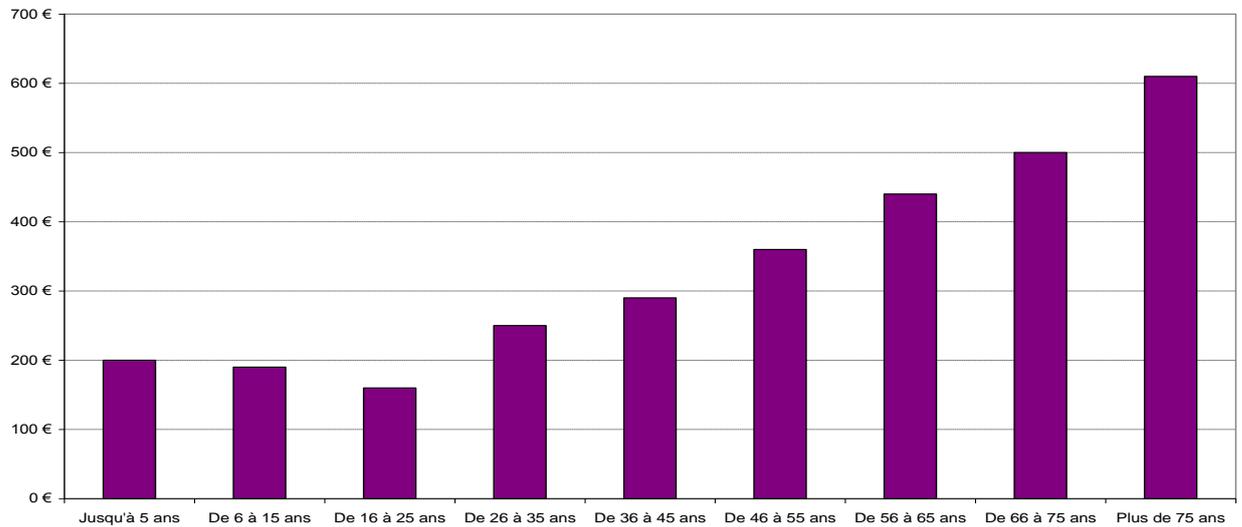
Les restes à charge après assurance maladie obligatoire et complémentaire

Les remboursements des assurances complémentaires sont aussi croissants avec l'âge, ce qui provient du niveau du RAC après AMO à assurer. En effet, le taux de prise en charge par les assurances complémentaires, rapportant le remboursement AMC au RAC après AMO, diminue

plutôt avec l'âge. Ce profil de prise en charge par les assurances complémentaires peut provenir d'une part du moins bon niveau des contrats souscrits par les personnes âgées et d'autre part de la structure de la dépense de soins, plus orientée pour les personnes âgées vers des produits ou des soins laissant plus de reste à charge aux ménages même après intervention des complémentaires (soins dentaires, audioprothèses, autre LPP).

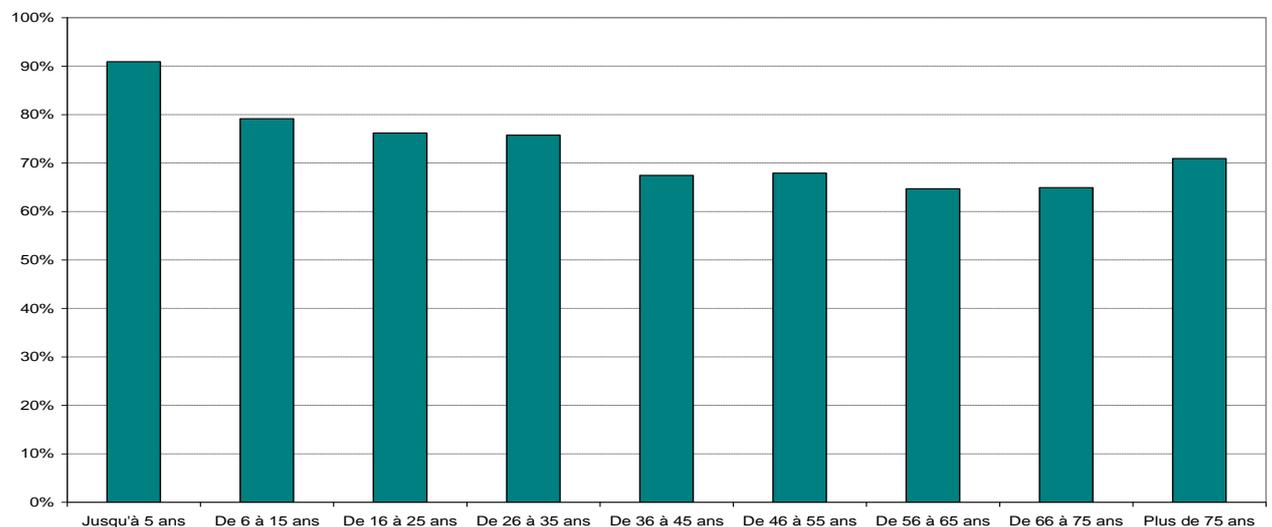
Graphique 4

Remboursements AMC selon l'âge



Graphique 5

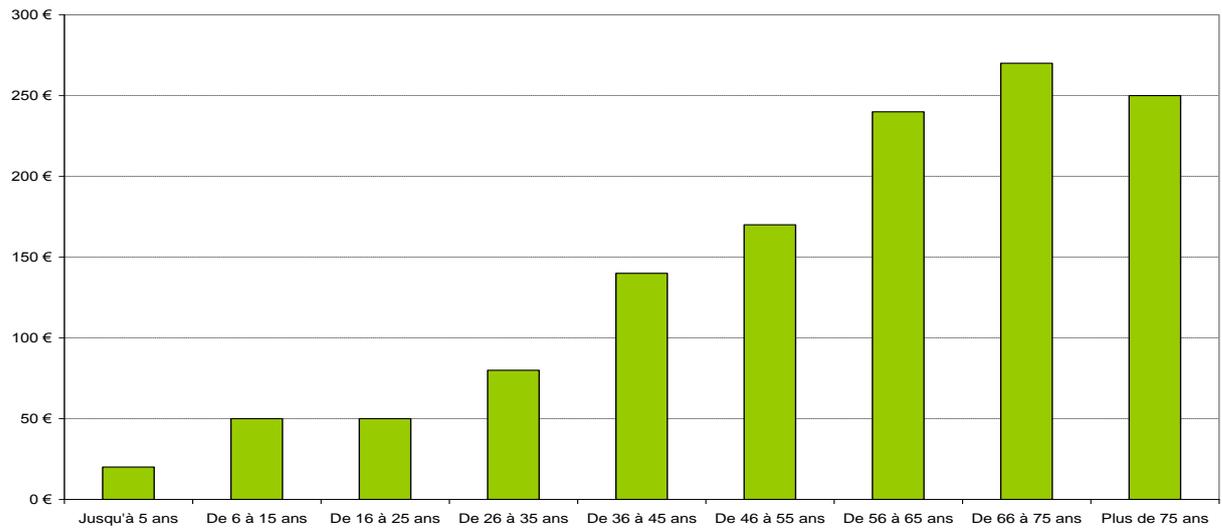
Remboursements AMC/RAC après AMO selon l'âge



Malgré ce profil de remboursements, le reste à charge après AMO et AMC est croissant avec l'âge. Toutefois, les écarts de reste à charge sont devenus faibles en valeur absolue (250 €) par rapport à l'écart caractérisant les dépenses de santé (5 500 €).

Graphique 6

RAC après AMO et AMC selon l'âge



Les primes versées aux complémentaires ne sont pas estimées ventilées par âge, notamment parce que les contrats peuvent couvrir plusieurs personnes.

ANNEXE 3 : LE RÉGIME D'ALSACE-MOSELLE

Caractéristiques et bénéficiaires

- Régime obligatoire complémentaire applicable dans 3 départements (Bas-Rhin, Haut Rhin, Moselle) applicable aux :
 - salariés du secteur privé et aux contractuels de droit public travaillant dans l'un des trois départements,
 - titulaires de revenus de remplacement (chômeurs) ayant suffisamment cotisé au régime local,
 - titulaires d'une pension de retraite ayant également suffisamment cotisé au régime.
- 2,1 millions de bénéficiaires et 1,4 million d'assurés – soit 2/3 population de ces trois départements
- N'en bénéficient pas : fonctionnaires, travailleurs indépendants, salariés des régimes spéciaux
- 81% des assurés du régime local ont une couverture complémentaire facultative (le niveau des primes est adapté)

Prestations

- Prise en charge partielle ou totale du ticket modérateur mais dans la limite du tarif de la sécurité sociale : pas de prise en charge des dépassements d'honoraires
 - Hospitalisation : complète le régime de base pour une prise en charge à 100% du tarif de la sécurité sociale
 - prise en charge du ticket modérateur hospitalier de 20%,
 - du forfait journalier,
 - de la participation forfaitaire pour les actes médicaux coûteux
 - Soins ambulatoires : principe d'une prise en charge complémentaire jusqu'à 90% du tarif de la sécurité sociale (= ticket modérateur résiduel de 10%) mais des évolutions récentes (2005)
 - Vignettes blanches : remboursement régime local à 25% donc régime de base + régime local = remboursement à 90%
 - Vignettes bleues : remboursement régime local à 50 % donc régime de base + régime local = remboursement à 80%
 - Vignettes orange : pas de remboursement par le régime local (15% régime de base)
 - Pas de prise en charge des participations forfaitaires ou franchises
- Total prestations : 450 M€ en 2010

Cotisations

- Cotisation salariale dé plafonnée depuis 1985 (1,5% depuis le 1er janvier 2012 – 1,6% de 2007 à 2011). Pas de cotisation patronale (il y en a une pour le régime local agricole)
- Élargissement aux revenus des retraités en 1987 (alignement des taux en 2002), aux autres revenus de remplacement en 1996 (même taux en 2002)
- Exonérations similaires à celles de la CSG
- Taux spécifique pour le régime agricole
- Non soumis à la fiscalité applicable aux OC

Gestion

- Pilotage
 - Régime autonome depuis 1994, géré par un conseil d'administration composé quasi exclusivement d'organisations syndicales de salariés
 - Compétences importantes du Conseil d'administration :
 - détermine les prestations (ne peut aller au-delà de 90% pour les soins de ville)
 - fixe le niveau des cotisations (dans une fourchette entre 0,75% et 2,5%), depuis 1995, les cotisations appliquées aux revenus d'activité ont été augmentées à deux reprises (2002 et 2006) et baissées cinq fois (1995, 2000, deux fois en 2007 puis 2012)
 - définit une politique de prévention et les crédits associés
 - Une structure de gestion très réduite (5 personnes)
- Prestations et cotisations gérées par les CPAM pour les prestations et les URSSAF pour les cotisations sur les revenus d'activité et prélèvements à la source pour les revenus de remplacement
- Principe de frais de gestion forfaitaires fixés par décret : 0,5% des prestations pour la CNAMTS et 0,5% des cotisations pour l'ACOSS

Résultats des simulations : coût total mensuel des cotisations pour
une couverture complémentaire (obligatoire et facultative)

	Mutuelle n° 1			Mutuelle n° 2		
	Régime général	Régime local	Gain (-) ou coût (+) régime local par rapport au régime général	Régime général	Régime local	Gain (-) ou coût (+) régime local par rapport au régime général
1) 1 adulte 36 ans 1 SMIC contrat de base	68,40 €	57,30 €	-19,37 %	66,65 €	52,04 €	-28,07 %
2) 1 adulte 36 ans 1 SMIC contrat maximal	108,15 €	97,05 €	-11,44 %	116,85 €	86,59 €	-34,95 %
3) famille (2 adultes et 2 enfants) 1 SMIC contrat de base	183,89 €	117,12 €	-57,01 %	161,85 €	101,79 €	-59,00 %
4) famille (2 adultes et 2 enfants) 1 SMIC contrat maximal	288,72 €	221,95 €	-30,08 %	279,85 €	101,79 €	-174,93 %
5) 1 adulte 36 ans 2 SMIC contrat de base	68,40 €	79,14 €	+13,57 %	66,65 €	73,88 €	+9,79 %
6) 1 adulte 36 ans 2 SMIC contrat maximal	108,15 €	118,89 €	+9,03 %	116,85 €	108,43 €	-7,77 %
7) famille (2 adultes et 2 enfants) 2 SMIC contrat de base	183,89 €	138,96 €	-32,33 %	161,85 €	123,63 €	-30,91 %
8) famille (2 adultes et 2 enfants) 2 SMIC contrat maximal	288,72 €	243,79 €	-18,43 %	279,35 €	199,68 €	-39,90 %
9) 1 adulte 36 ans 5 SMIC contrat de base	68,40 €	144,66 €	+52,72 %	66,65 €	144,66 €	+53,93 %
10) 1 adulte 36 ans 5 SMIC contrat maximal	108,15 €	184,41 €	+41,35 %	116,85 €	184,41 €	+36,64 %
11) famille (2 adultes et 2 enfants) 5 SMIC contrat de base	183,89 €	204,48 €	+10,07 %	161,85 €	189,15 €	+14,43 %
12) famille (2 adultes et 2 enfants) 5 SMIC contrat maximal	288,72 €	309,31 €	+6,66 %	279,35 €	265,20 €	-5,34 %
13) un retraité de 65 ans (adhésion tardive après 61 ans) au minimum vieillesse (742,28 €/mois)	134,84 €	68,69 €	-96,30 %	92,75 €	43,95 €	-111,04 %
14) un couple de retraité de 75 ans (adhésion tardive après 61 ans) assujetti à l'impôt sur le revenu (retraite de 2689 €/mois)	269,68 €	180,40 €	-49,49 %	170,60 €	134,57 €	-26,77 %

Source : Cour des comptes

²⁴ Communication à la commission des affaires sociales du Sénat. Le régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle. Cour des comptes. Novembre 2011.

ANNEXE 4 : LES INITIATIVES PRISES POUR AMÉLIORER LES GARANTIES DES CONTRATS DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ACS

Le label ACS prévu par l'article 55 de la LFSS pour 2012

Afin d'inciter les organismes complémentaires à améliorer la qualité et le rapport qualité prix des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS, l'article 55 de la LFSS pour 2012 a introduit dans le code de la sécurité sociale un article L. 863-7 prévoyant la mise en place, par la voie d'une convention entre l'État, l'UNOCAM et le Fonds CMU, d'un « label ACS », qui serait attribué aux « contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées ».

La convention devait définir précisément le contenu des contrats en termes de garantie, désigner l'autorité chargée de la labellisation, préciser les modalités d'identification des contrats l'ayant obtenu, déterminer la fréquence et la durée de délivrance du label, et prévoir les conditions de son contrôle, de son renouvellement et de son retrait.

Cependant, les négociations sur la convention relative au label ACS n'ont pas abouti, l'UNOCAM ayant refusé d'y participer. Celle-ci ne souhaite en effet pas s'avancer sur une double contrainte garanties/prix.

Les initiatives des complémentaires

Diverses initiatives, prises par quelques complémentaires telles que Malakoff Médéric et des mutuelles conjointement avec ATD Quart Monde prouvent pourtant qu'un contrat de meilleure qualité pour les bénéficiaires de l'ACS devrait être possible, sous certaines conditions néanmoins.

Ainsi, par exemple, Malakoff Médéric commercialise depuis septembre 2010 un contrat spécifiquement conçu pour les bénéficiaires de l'ACS (sans toutefois leur être exclusivement réservé), garantissant un reste à charge (RAC) quasiment nul ou du moins maîtrisé, notamment via les réseaux des professionnels de santé, avec une couverture des principaux champs :

- soins primaires ;
- dentaire - les personnes sont orientées vers les centres dentaires, mais il n'existe pas encore de réel réseau dans ce secteur ;
- optique - le passage par le réseau de professionnels de santé « Kalivia » (4200 opticiens) garantit un RAC nul dans 95% des cas ou un RAC maximal de 15 euros (avec un niveau de garantie incluant toutes les corrections et les verres traités),
- audioprothèse - mise en place d'un réseau de professionnels de santé en 2012.

Le prix de ce contrat varie de 18 € pour les moins de 16 ans à 100 € pour les 70 ans et plus, soit, compte tenu de l'ACS de moins de 11 € à moins de 60 € par mois.

Ce contrat assure un bon niveau de couverture avec des RAC faibles voire nuls, dès lors qu'il y a utilisation du réseau de soins.

Toutefois, ainsi que le précise Malakoff Médéric, ce contrat est peu commercialisé. Son intérêt repose surtout sur l'image sociale qu'il assure au groupe, ainsi que sur la perspective de fidéliser l'assuré s'il sort de l'ACS. Le contrat ne comporte pas explicitement de clause contractuelle sur un niveau de RAC maximal, en raison du risque juridique que cette clause comporterait dès lors que certains besoins, en optique par exemple, sont très particuliers et potentiellement très coûteux. Toutefois, en termes de communication, le contrat est présenté comme garantissant une absence de RAC ou un RAC maximal, dès lors qu'il y a utilisation du réseau de soins.

En outre, en juin 2013, un groupe de cinq mutuelles, Harmonie, Apréva, Eovi, Adréa et Ociane lancent un produit spécifique pour les bénéficiaires de l'ACS. Là aussi néanmoins, les mutuelles reconnaissent que ce contrat ne serait pas viable économiquement en cas de commercialisation à grande échelle.

Le Fonds CMU a défini, sur la base d'un travail mené avec un cabinet d'actuares, les exigences minimales d'un contrat labellisable.

L'étude du Fonds CMU permet de définir un socle minimal de garanties exigibles pour les contrats labellisables, dont le prix serait plafonné selon les tranches d'âges retenus pour l'ACS. Les OC resteraient libres de soumettre un ou plusieurs de leurs contrats à la labellisation pour déterminer, pour le prix défini, des garanties d'un niveau supérieur ou de proposer ces contrats à des personnes non bénéficiaires de l'ACS, lesquels s'acquitteraient alors du même tarif.

Les principales caractéristiques, sont, selon les variantes, les suivantes :

- prise en charge des consultations en secteur I (dans l'une des variantes cependant à hauteur de 130% pour les spécialistes) ;
- prise en charge des médicaments à 100% (mais à 70% pour les vignettes bleues) ;
- FJH pris en charge dans la limite de 90 jours ou sans limite ;
- TM hospitalier pris en charge à 100% (voire 130%)
- une prise en charge privilégiée :
 - o sur l'optique (50 € pour une monture, 100 ou 150 € pour deux verres simples, 200 ou 250 € pour des verres complexes mais un renouvellement tous les trois ans),
 - o sur le dentaire (250%, 300% ou 400% pour la couronne céramo-métallique contre 110% pour la plupart des contrats ACS, en classe D, permettant de diminuer le RAC de l'ordre de 60%)
 - o sur l'audioprothèse, tarif allant de 315 à 372 € pour les 16-49 ans (contre 416 € pour les ACS actuels classe D) et de 534 € à 638 € pour les 50-59 ans (contre 647 € pour les ACS actuels classe D). Le reste à charge sur les prix serait ainsi inférieur à 30 € mensuels.

La réduction du coût pour les assurés pourrait aller jusqu'à 60% par rapport aux coûts moyens des contrats actuellement constatés et dont les niveaux de garantie sont bien inférieurs au panier de soins retenu dans le contrat labellisable proposé.

Selon cette étude, il serait ainsi possible de proposer des contrats avec des garanties de bon niveau, notamment avec un renforcement des garanties pour les postes de soins où les dépassements sont les plus importants (dentaire, optique, audioprothèse), sans distorsion avec les prix du marché, et en garantissant à l'assuré un reste à charge faible sur le prix des contrats.

L'étude souligne le risque lié à une tarification basée sur les tranches d'âges de l'ACS, qui conduit à tarifier le contrat au même prix pour les personnes de 16 et 49 ans, alors que les besoins sont différents.

Les initiatives sur l'optique

Afin de réduire le renoncement aux soins des personnes bénéficiant de l'ACS, d'autres initiatives plus ponctuelles méritent d'être signalées. Ainsi celle de l'association « Optique Solidaire », créée en 2011 à la suite de travaux de la chaire HEC « Social business / Entreprises et pauvreté » co-présidée par Muhammad Yunus et Martin Hirsch (alors Haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté).

Concrètement, la collaboration entre des ophtalmologistes volontaires, des industriels (verres, montures, coffrets de lunettes), des opticiens et des complémentaires, travaillant dans le cadre de ce dispositif à marge zéro, permet de proposer (le lancement opérationnel est intervenu en juin 2012) un équipement optique de qualité avec verres progressifs, au prix de 120€ TTC avant intervention de la complémentaire santé (à rapporter au prix d'un équipement équivalent estimé à 350€).

L'équipement est composé d'une monture (parmi une collection dédiée de 11 modèles) et de verres progressifs.

Le réseau d'Optique Solidaire est actuellement constitué plus de 600 opticiens (nombre devant augmenter en fonction de l'adhésion de nouvelles complémentaires au dispositif). 12 000 dossiers ont été envoyés au cours du 2nd trimestre 2013 et 800 équipements réalisés, soit un taux de retour de 8%.

ANNEXE 5 : LA TYPOLOGIE DES FONCTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE DANS 12 PAYS

		Système assurantiel, national ou libéral	Couverture de base (% pop., Eco-Santé OCDE 2008)	Couverture primaire principale privée (% pop.)	% assurés avec soins intégrés (sources nationales)	Fonction des assurances privées	% de la population couverte par l'assurance privée hors primaire principale (Eco-Santé OCDE 2008)	% des dépenses privée de santé par rapport au PIB* (Eco-Santé OCDE 2008)	% des dépenses assurance privée de santé par rapport au PIB (Eco-Santé OCDE 2008)	% de contrats collectifs (sources nationales)
Système assurantiel avec un rôle complémentaire et/ou supplémentaire pour les assurances santé privées	France	Assurantiel	100%	0%		Complémentaire, supplémentaire	93%	20,3%	12,8%	34%
	Canada						66%	29,6%	14,5%	
	Japon						Très faible	17,8%	2,5%	30%
Système de managed competition sur l'assurance de base et rôle complémentaire et/ou supplémentaire des assurances privées	Suisse	Assurantiel	100%	100%	12%	Primaire, Complémentaire, supplémentaire	80%	39,7%	8,5%	0 % (base)
	Pays-Bas				68%		96%	18,2%	5,9%	57 % (base)
	Allemagne				10% (100% soumis à la concurrence)		24%	23,4%	9,4%	8%
Systèmes nationaux de santé avec un rôle duplicatif, supplémentaire et complémentaire des assurances privées	Suède	National	100%	0%		Duplicative, complémentaire, supplémentaire	4%	18,8%	0,3%	90%
	Irlande						52%	21,7%	8,4%	33%
	Royaume- Uni						11%	12,6%	1,0%	70%
	Australie						43%	32,8%	7,2%	Faible
	Espagne						12%	27,5%	27,5%	4%
	Italie						15%	22,9%	0,9%	54%
Système libéral	Etats-Unis	Libéral	87%	60%	96%	Principale (complémentaire)	67%	54,2%	36,0%	60%

Source : Comparaison internationale sur les choix effectués en matière d'assurance complémentaire. 2009. IGAS, CAS, ministère du budget, des comptes et de la fonction publique

ANNEXE 6 : LES ANALYSES THÉORIQUES ET LES ÉTUDES EMPIRIQUES SUR LES EFFETS DE LA COUVERTURE MALADIE

Les effets volume

Certaines études théoriques sont fondées sur le postulat que les assurés consommeraient davantage s'ils sont bien couverts (effet quantité), n'ayant plus d'arbitrage à faire entre la nécessité de se soigner et les dépenses à effectuer. Dès lors, les recherches se sont portées sur le « bon niveau » d'assurance, susceptible d'éviter les consommations inutiles.

Pour certains économistes dont Mark. V. Pauly²⁵, la « surconsommation » médicale, liée à l'aléa moral « ex post », serait néfaste pour la collectivité. Au niveau individuel, la multiplication des consultations, par exemple, à l'occasion d'épisodes pathologiques, conduirait à des bénéfices pour l'individu qui ne vaudraient pas leurs coûts pour la collectivité, contrainte d'augmenter les cotisations ou les primes dans l'hypothèse où tous les assurés adopteraient un comportement identique. En quelque sorte, l'augmentation des satisfactions individuelles, tirées de la consommation de plus de soins en cas de maladie, serait à l'origine de dépenses supplémentaires (« perte de surplus »), contraires au bien-être collectif, l'assuré couvert n'en supportant qu'indirectement le coût.

Des analyses sont venues compléter ou modérer les analyses de Pauly notamment sur le calcul de la perte de surplus :

- estimation variable de l'élasticité-prix de la demande de soins²⁶ (plus l'élasticité-prix est forte, plus la réduction du prix provoquée par l'assurance risque de conduire à une surconsommation, ce qui induit une préconisation de diminution de l'assurance). Ces études aboutissent ainsi à des résultats hétérogènes en raison de choix méthodologiques différents ;
- introduction²⁷ d'autres variables explicatives dans l'augmentation de la consommation de soins (substitution de la consommation de biens de santé à d'autres en raison d'une « désirabilité » supérieure ; augmentation du pouvoir d'achat des malades par un transfert des non malades qui n'aurait donc pas d'impact sur le bien-être collectif).

Quelles qu'en soient les nuances, les études théoriques, fondées sur le principe de l'élasticité-prix de la demande et d'un « tirage de la dépense » par la demande, préconisent in fine la responsabilisation financière du patient par l'instauration de freins à la consommation, par

²⁵ M.V. Pauly (1968) "The economic moral hazard: comment" in American economic review, 58.

²⁶ Voir les références données par S. Jacobzone. « Les politiques de santé face aux propriétés incitatives et redistributives des systèmes d'assurance maladie ». Économie et statistique. N°292.

²⁷ D. de Meza "Health insurance and the demand for medical Care". Journal of health economics.2; J. A. Nyman "The economics of moral hazard revisited". Journal of health economics.18; "The value of health insurance: the access motive". Journal of health economics.18.

l'instauration de tickets modérateurs ou de franchises qui peuvent être plafonnés pour ne pas pénaliser les plus atteints ou les plus pauvres.

D'autres économistes, en contraste avec ces études sur les externalités négatives pour la collectivité d'une bonne couverture, mettent en lumière les effets bénéfiques de l'assurance pour les personnes qui ne peuvent faire face aux dépenses de santé en raison d'un revenu insuffisant ou de soins très coûteux. Dans ce cas, c'est l'accès aux soins qui est en cause. Une couverture de qualité a dans ce cas des effets « externes » positifs, par une meilleure prévention et une préservation du capital humain « collectif », évitant également des conséquences financières catastrophiques pour les personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées).

Une autre façon de poser le problème, ou de le contourner, est de considérer que la dépense est tirée non par la demande mais par une « offre opportuniste »²⁸ des prescripteurs qui seuls connaissent la valeur des soins médicaux en raison de l'asymétrie de l'information. Dans ces analyses, la dépense devrait être régulée par un panier de soins rigoureux (traitements utiles), par un contrôle étroit des prescripteurs ainsi que par une bonne information des assurés.

Les études empiriques effectuées tant à l'étranger qu'en France confirment que les dépenses de santé des personnes couvertes par les assurances obligatoires et complémentaires sont plus importantes que celles des personnes non couvertes. Ce sont logiquement les effets recherchés de l'assurance.

La sensibilité de la demande des assurés aux prix des soins a été démontrée aux États-Unis par une expérience conduite par la Rand corporation²⁹ qui ne porte que sur des personnes assurées (6000), âgés de moins de 65 ans, et non sur des personnes dépourvues de couverture. Les familles, couvertes de façon aléatoire par des niveaux différents d'assurance (15), ont été suivies pendant 5 ans, la police minimale prenant en charge 5% des dépenses avec un plafond pour des dépenses catastrophiques ou la gratuité des soins hospitaliers. Au total, la dépense des personnes totalement assurées (sans ticket modérateur) était majorée de 50% par rapport à celles couvertes par une police minimale, l'application d'un copaiement de 95% à la charge des assurés réduisant les dépenses de 30% par rapport à la gratuité totale : la moitié de la décroissance était obtenue par le passage d'un ticket modérateur de 0 à 25%. L'impact du ticket modérateur était plus net sur le recours aux soins ambulatoires que sur le recours à l'hôpital.

En France, différentes études³⁰, effectuées à partir d'enquêtes sur la santé d'un échantillon représentatif des ménages, ont eu pour objectif de vérifier la corrélation positive entre la dépense de santé et la couverture du risque, confirmant l'influence de la complémentaire sur la probabilité de recours aux soins et donc la consommation. Deux études de la DREES³¹ notamment ont mesuré l'écart entre les dépenses ambulatoires des personnes couvertes par une complémentaire et celles qui ne le sont pas, les dépenses hospitalières étant moins sensibles à l'effet de la couverture (dépenses mieux couvertes par l'AMO, dépenses moins reportables) : 24% dans la première étude, 29% dans la seconde sur la base d'un échantillon d'assurés plus important (20% hors dépassements d'honoraires). Le recours aux soins serait moins lié aux niveaux de garanties qu'à la garantie elle-même.

²⁸ T. Rice. "Demand curves, economists and desert islands : a response to Feldman and Dowd". Journal of health economics. 12.

²⁹ J.P. Newhouse. "Free for all? Lessons from the Rand Health Insurance experiment" 1993.

³⁰ Voir les références de ces études dans « La régulation de la demande de soins : le rôle de l'assurance maladie dans la formation de la consommation de biens et de services de santé ». Laurent Caussat, Denis Reynaud. Revue d'économie financière. 76. 2004.

³¹ Les déterminants individuels des dépenses de santé. Denis Reynaud. Études et résultats n°182 juillet 2002, n°378 février 2005.

En ce qui concerne les personnes bénéficiaires de la CMU-C³², l'écart serait de 38% hors dépassements d'honoraires (41% avec dépassements d'honoraires), en raison de l'augmentation des postes des médicaments et les honoraires des généralistes. Une partie de l'écart constaté pourrait être lié à un état de santé plus dégradé que celui du reste de la population et à un effet de « rattrapage ».

Au total, les études empiriques conduisent à la même conclusion que les analyses théoriques. La couverture complémentaire a deux effets contrastés :

- elle tire vers le haut la dépense de santé totale et la dépense remboursée par l'AMO, puisqu'elle neutralise les effets des tickets modérateurs pour les assurés, en les réassurant. Elle peut être ainsi à l'origine de surconsommations non optimales et contrarier les efforts de maîtrise des régimes de base en compensant la baisse des taux de prise en charge de biens ou prestations ;
- elle permet en retour, lorsqu'elle est accessible aux ménages modestes ou aux personnes très malades, d'éviter le renoncement aux soins car les effets des tickets modérateurs sont différents selon les caractéristiques socio économiques des assurés. Dans le cas de revenus élevés, le RAC pourra être assumé alors qu'il ne le sera pas pour les assurés les plus pauvres ou les plus malades.

Le débat peut être résumé ainsi : « Les uns considèrent que les non assurés ont un problème d'accès aux soins et que l'absence d'assurance diminue leur bien être ; les autres considèrent que la bonne consommation de soins, celle qui garantit la meilleure allocation des ressources dans l'économie, est celle des non assurés, confrontés au prix réel des soins.³³ ». Finalement, c'est un arbitrage public qui doit équilibrer le système afin d'éviter les consommations inutiles (risque moral) mais aussi l'éviction du système de soin des personnes en mauvaise santé et défavorisées. Les politiques publiques de régulation des dépenses ont d'ailleurs emprunté aux deux écoles : une régulation simultanée de la demande et de l'offre de soins.

Les effets prix

Un deuxième effet de l'assurance serait d'entraîner une augmentation des prix des soins.

La concurrence que se font les complémentaires, notamment sur le marché de l'assurance collective, conduit à des garanties élevées pour de faibles coûts individuels, autorisés par les aides publiques (fiscales et sociales) des contrats collectifs d'entreprise.

Très bien couvert, l'assuré n'aura pas d'intérêt à chercher le prescripteur de soins offrant une même qualité pour un prix moindre (médecin en secteur 1 par exemple). D'un autre côté, lorsqu'ils disposent de la liberté tarifaire, les prestataires peuvent avoir tendance à ajuster les prix proposés à la qualité du contrat d'assurance et aux garanties offertes. Les augmentations de prix qu'il en résulterait tiendraient ainsi à part égale à l'assuré et à l'offreur de soins, conduisant à une augmentation des primes, elle-même entraînant une difficulté croissante des plus modestes à s'assurer.

³² Les déterminants individuels des dépenses de santé. Denis Reynaud. Etudes et résultats. N°378. Février 2005.

³³ « Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé ». D. Bardey, Agnès Cauffinhal, Michel Grignon. Questions d'économie de la santé. N°53. Juin 2002.

ANNEXE 7 : DEUX EXEMPLES DE RÉSEAUX OUVERTS

Les textes qui suivent sont issus des réseaux eux mêmes.

Le projet de réseau ouvert d'audioprothésistes de Carte blanche

« Carte Blanche Partenaires a depuis longtemps créé un réseau d'audioprothésistes, dont le renouvellement doit être effectué notamment au niveau des tarifs plafonds.

Mais cette expérience nous a permis de bien prendre en compte l'ensemble de la problématique de l'audition. En effet, bien que la consultation d'un ORL est, et doit impérativement rester, obligatoire afin d'accéder à un équipement auditif car elle permet de détecter des problèmes médicaux autres que la presbycusie ; la prescription de l'ORL ne donne aucune indication sur les modalités de la délivrance de l'audioprothèse.

Les audioprothésistes ont la formation, l'équipement et l'expérience pour déterminer le type de correction à appliquer et les prothèses répondant à ces corrections. Mais de ce fait la liberté de choix de l'équipement détenue par le professionnel de santé peut être trop forte et ne répond pas toujours au réel besoin du client.

50 % des audioprothèses achetées ne sont pas, ou très peu, utilisées ou encore certains équipements vendus sont déconnectés des réels besoins sociétaux du client et souvent le prix de cet équipement est bien trop élevé pour les capacités financières du client.

Pour remédier à cet état de fait nous avons lancé un cycle de réflexion avec un groupe de travail réunissant des médecins ORL, des audioprothésistes et des médecins généralistes, qui, ensemble, ont effectué un état des lieux du parcours actuel d'un malentendant en cherchant à définir le parcours optimal : le Parcours Auditif Coordonné ou PAC.

L'objectif de Carte blanche et des professionnels concernés est de construire un cadre de prise en charge optimale pour les malentendants afin de mettre en place un parcours organisé et pouvant être tracé.

L'ORL veut pouvoir communiquer à l'audioprothésiste son avis sur les besoins et attentes du patient et il souhaite avoir un retour sur les modalités de la correction apportées. L'audioprothésiste pourra alors utiliser un protocole respectant les conditions de Carte Blanche pour utiliser les indications de l'ORL et ses propres examens afin de proposer à son patient/client l'équipement le mieux adapté. La correction auditive devant être liée au besoin de vie et au tarif pour répondre à l'attente du client. L'audioprothésiste pourra alors informer l'ORL mais aussi le médecin traitant concernés de son constat et de l'équipement vendu.

La place du médecin traitant ne doit pas être négligée car c'est lui qui revoit le plus régulièrement le patient, il aura des moyens simples et rapides pour détecter les pertes d'audition et évaluer la qualité des corrections auditives. Le réseau, en collaboration avec l'audioprothésiste, pourra suivre

l'assuré/patient dans le temps afin de contrôler la bonne adéquation de l'équipement, son évolution et la réalité du suivi effectué par l'audioprothésiste (qui est payé à l'origine de la vente).

L'objectif est de mettre en place un parcours alliant une démarche médicalisée et qualitative à un accompagnement des assurés/patients. Sur cette base, le réseau lancera un appel d'offre qui permettra la refonte du réseau d'audioprothésistes. ».

Le réseau dentaire de Santéclair

Le réseau dentaire comporte actuellement **2900 partenaires**. Il a été renouvelé pour la 2^{ème} fois depuis la création de la société au 1^{er} janvier 2010. C'est un réseau composé quasi exclusivement de cabinets libéraux. Ce réseau n'est pas limité en nombre et de nouveaux dentistes le rejoignent chaque mois.

En terme de proximité, **87 % des bénéficiaires ont un dentiste à moins de 15 km** : 56% dans leur commune, 71% à moins de 5 km.

Il n'y a pas de processus de sélection à l'entrée, mais un processus de surveillance plus intense sur les premiers dossiers. Pour autant les dentistes doivent bien évidemment accepter les engagements contractuels, dont les principaux sont les suivants :

- Assurer la **qualité et la pérennité** des plans de traitements
- S'engager sur la **traçabilité** des prothèses
- Respecter des **tarifs maxima** sur une cinquantaine d'actes (prévention, prothèses, implantologie de base, parodontie, orthodontie). Ces tarifs sont calibrés pour être **inférieurs de 15 à 20%** aux tarifs moyens observés
- Accepter le paiement des honoraires par **tiers payant**.

Le contrôle est organisé à deux niveaux

- Respect des tarifs maxima
- Respects des pratiques :
 - Le plan de traitement proposé est adapté à l'état buccal de l'assuré et pérenne: pas de sur traitement, respect des recommandations HAS ...
 - Absence d'optimisation de factures
 - La prothèse posée à l'assuré est conforme à la prothèse déclarée/ facturée (contrôle de la traçabilité)
 - Accueil professionnel du praticien : explications claires, recueil consentement et respect des règles d'hygiène (contacts assurés ...)

- Le non respect des engagements contractuels conduit à des résiliations anticipées de partenariat.

ANNEXE 8 : LE FONCTIONNEMENT DES RÉSEAUX D'OPTIQUE ET LA COMPARAISON DES PRIX PROPOSÉS PAR DIFFÉRENTS RÉSEAUX (OPTIQUE, PROTHÈSES DENTAIRES, AUDIOPROTHÈSES)

Le fonctionnement des réseaux

Les réseaux d'opticiens comportent en général des engagements réciproques sur quatre points :

- charte de qualité des services rendus aux assurés (gamme de produits et de services offerts, fournisseurs référencés, respect de certaines normes et pratiques professionnelles dont qualification du personnel, caractéristiques du magasin- accessibilité, certification etc.) ;
- mise en place du tiers-payant ;
- respect d'une certaine modération tarifaire sur la base de tarifs maxima définis par le professionnel pour les articles référencés et acceptés par le réseau ou fixés par ce dernier au sein du réseau (moins 40%, moins 30%...) ; l'assureur, selon la nature des garanties offertes par les contrats, définit quant à lui les conditions du remboursement, un contrôle des prestations rendues, via les devis transmis est susceptible d'aboutir à des déconventionnements ;
- enfin, orientation des assurés de l'OC concerné vers les professionnels de santé membres du réseau. Les coordonnées des partenaires membres du réseau sont communiquées au cas par cas aux assurés afin de ne pas encourir le reproche de détournement de clientèle : généralement, l'assuré a le choix entre trois noms le plus souvent tirés au sort parmi les partenaires proches de son domicile ou de son lieu de travail. Les informations sont également disponibles sur Internet, une fois l'assuré identifié par son numéro de contrat.

Du point de vue de la procédure de sélection des professionnels de santé, les OC, lorsqu'il s'agit de réseaux fermes, procèdent :

- généralement à la définition préalable de zones géographiques, essentiellement en fonction de la population et des zones de chalandise ;
- à un appel à candidatures fait par courrier ouvert à tous les professionnels et précisant les critères de sélection (qualité, tarifs etc..).

Lorsqu'il s'agit d'un réseau fermé, ces critères aboutissent à un score permettant de départager les candidats opérant sur un même territoire dans la limite des places disponibles. Les autres sont placés sur une liste d'attente. En cas de départ d'un professionnel du réseau ou d'une

décision du gestionnaire du réseau d'augmenter la densité sur une zone géographique donnée, les candidats sont inclus dans le réseau suivant leur rang sur la liste d'attente.

Des contrats de conventionnement individuels sont signés par chacun des professionnels retenus et le gestionnaire du réseau. Les durées du conventionnement sont variables (d'une année reconductible à 4 ans).

L'Autorité de la concurrence, saisie de recours formés par des professionnels contre des réseaux, observera dans chaque cas d'espèce :

- si les procédures de sélection du réseau ont respecté les conditions de transparence, d'objectivité et de non discrimination entre les postulants,
- si les effets des réseaux conduisent ou non à une position dominante des distributeurs adhérents aux réseaux, constituant ainsi une restriction d'accès aux marchés.

L'instance apprécie également les conséquences des pratiques tarifaires des réseaux pour les assurés. Elle a notamment jugé³⁴ que « *la fixation d'un taux maximum d'augmentation des honoraires peut être justifiée au regard de l'objectif poursuivi par la convention en cause* [dans le cas d'espèce il s'agissait de contenir l'évolution des honoraires et la charge résultant pour la MGEN de leur remboursement] *et n'est pas de nature à restreindre la concurrence par les prix susceptible de jouer entre les professionnels* ». Elle a, à l'inverse, souligné les effets pro-concurrentiels pouvant résulter des mécanismes de conventionnement de professionnels de santé par des OC et précisé que « [...] *à supposer qu'il y ait uniformisation des tarifs, il y a toute probabilité qu'il s'agisse d'une uniformisation à un niveau sensiblement moindre qu'en l'absence de tout mécanisme de contractualisation* ». Elle relève enfin que « *la discipline tarifaire négociée au sein des réseaux de soins agréés peut aussi avoir un effet d'entraînement sur les professionnels de santé non membres, qui souhaitent capter la clientèle des assurés éligibles ou conserver une clientèle d'assurés incitée à recourir aux professionnels du réseau* ».

Les comparaisons de prix

Méthode

Le HCAAM a déterminé avec 5 réseaux une liste de produits très vendus dans le secteur de l'optique et de l'audioprothèse dont les prix de marché ont été appréhendés par les réseaux dans une démarche déclarative. Dans le domaine dentaire, ont été identifiés des actes génériques.

Les 5 réseaux ont ensuite positionné leur grille tarifaire sur les produits référencés.

Les produits et les réseaux ayant répondu ont été anonymisés par le HCAAM.

Trois constats peuvent être faits sur la base de l'observation des résultats.

- Tous les réseaux permettent une baisse de prix importante dans le secteur de l'optique essentiellement mais aussi des prothèses auditives, à moindre degré dans celui des prothèses dentaires.

³⁴ Décision n° 03-D-37 du 23 juillet 2003 (relative à la convention MGEN-Syndicat des orthodontistes) ; Avis n° 09-A-46 du 9 septembre 2009 relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins ; avis 12-A-06 du 29 février 2012.

- Les baisses procurées en matière d'optique peuvent être significatives tant dans les réseaux ouverts que fermés.
- Les réseaux choisissent les produits où ils veulent marquer la différence (soit entrée de gamme, soit haut de gamme), c'est-à-dire qu'aucun n'a le « meilleur » prix sur l'ensemble des produits sélectionnés, témoignant ainsi des espaces qu'ils ménagent aux professionnels.

Actes dentaires									
Soins	Villes	Tarif maximum réseau pour l'acte réseau 1	Tarif maximum observé réseau pour l'acte réseau 2	Tarif maximum observé réseau pour l'acte réseau 3	Tarif maximum observé réseau pour l'acte réseau 4	Tarif maximum observé réseau pour l'acte réseau 5	Tarif maximum observé hors réseau pour l'acte réseau 2	Tarif maximum observé hors réseau pour l'acte réseau 1	
Couronne céramique sur métal non précieux	Paris	540€	572 €		619€	940€	671 €	637€	
	Lyon	485€	500 €		587€	800€	571 €	570€	
	Nice	540€	572 €		603€	1000€	621 €	591€	
	Toulouse	455€	500 €		500€	750€	520 €	525€	
	Hénin Beaumont	440€	500 €		510€	520€	520 €	488€	
Inlay core sur métal non précieux sans clavette	Paris	183€	184 €		Hors protocole	550€	293 €	250€	
	Lyon	183€	184 €			330€	252 €	205€	
	Nice	183€	184 €			600€	273 €	250€	
	Toulouse	183€	184 €			400€	231 €	192€	
	Hénin Beaumont	183€	184 €				231 €	183€	
Implant	Paris	500€	680 €			Hors protocole		1 009 €	1100€
	Lyon	500€	660 €					942 €	1000€
	Nice	500€	680 €					976 €	1100€
	Toulouse	500€	660 €					908 €	950€
	Hénin Beaumont								900€
Pilier implantaire	Paris	100€	230 €		Hors protocole			300 €	383,5€
	Lyon	100€	220 €					310 €	325€
	Nice	100€	230 €					350 €	383,5€
	Toulouse	100€	220 €					300 €	320€
	Hénin Beaumont								310€
Couronne sur implant	Paris	500€	580 €			Hors protocole		797 €	780€
	Lyon	500€	580 €					678 €	650€
	Nice	500€	580 €					737 €	780€
	Toulouse	500€	580 €					618 €	610€
	Hénin Beaumont								600€
ODF appareil multibague pour un semestre actif	Paris	655€	690 €		696€ pour les omniprat., 789€ pour les spé. ODF			822 €	740€
	Lyon	540€	non contractualisé					740 €	625€
	Nice	655€	non contractualisé					781 €	740€
	Toulouse	540€	non contractualisé					699 €	560€
	Hénin Beaumont								513€

PROTHESES AUDITIVES						
type d'appareil	tarif maxima pour un équipement bilatéral réseau 1	tarif maxima pour un équipement bilatéral réseau 2*	tarif maxima pour un équipement bilatéral réseau 3	tarif maxima pour un équipement bilatéral réseau 4	tarif maxima pour un équipement bilatéral réseau 5**	tarif maxima pour un équipement bilatéral hors réseau
CONTOUR 1 moyenne gamme	2134€	1460€	2800€	3380€	4100€	3,000/3380€
CONTOUR 2 haut de gamme	2302€	2053€	3980€	3980€	4100€	4000€
CONTOUR 3 entrée de gamme	1840€	1425€	2400€	3380€	4100€	2500€
CONTOUR 4 moyenne gamme	2156€	2113€	2900€	3680€	4100€	3500/3100€
CONTOUR 5 moyenne gamme	2028€	1424€	2700€	3380€	4100€	3300/3000€
CONTOUR 6 haut de gamme	2020€	1988€	3700€	3980€	4100€	3700€
CONTOUR 7 marque distributeur	2552€	1849€	3200€	3582€	4100€	3000€

*tarification incertaine

** réseau en redéfinition des tarifs

VERRES OPTIQUES UNIFOCALUX

caractéristiques génériques du verre	valeurs de sphère	valeurs de cylindre	Tarif maximum PAR VERRE réseau 1	Tarif maximum PAR VERRE réseau 2	Tarif maximum PAR VERRE réseau 3	Tarif maximum PAR VERRE réseau 4	Tarif maximum PAR VERRE réseau 5	Tarif maximum PAR VERRE hors réseau	Prix médian observé marché PAR VERRE
verre unifocal non aminci durci + SAR entrée de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	57€	50 €	50 €	45€	Antireflet non référencé		69,2€
verre unifocal non aminci durci	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	41€	30 €	38 €	37,8€	43€	53€	62,6€
verre unifocal aminci (indice 1,6) durci + SAR haut de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	67€	90 €	68 €	86€	96€ Verre non référencé depuis février 2013 car cet Antireflet n'existe plus	127€	120,5€
verre unifocal non aminci durci + SAR haut de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	67€	90 €	62 €		89€ Verre non référencé depuis février 2013 car cet Antireflet n'existe plus	117€	101,2€
verre unifocal non aminci durci	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	36€	30 €	37 €	42€	37€	48€	48,4€
verre unifocal non aminci durci + SAR haut de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	51€	64 €	56 €	40€	71€	101€	73,7€
verre unifocal non aminci durci + SAR entrée de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	45€	43 €	47 €	60€	55€	76€	69,1€
verre unifocal non aminci durci + SAR entrée de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	59€	50 €	54 €	59€	59€	82€	70,2€
verre unifocal aminci (indice 1,59) durci + SAR entrée de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	57€	65 €	50 €	56€	Antireflet non référencé		74,1€
verre unifocal non aminci durci + SAR entrée de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	52€	50 €	47 €	60€	63€	89€	69,5€
verre unifocal non aminci durci + SAR moyen de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	53€	55 €	51 €	43,2€	65€	101€	65,6€
verre unifocal aminci (indice 1,6) durci + SAR moyen de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	53€	55 €	-		80€	120€	84,3€

verre unifocal aminci (indice 1,59) durci + SAR haut de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	67€	90 €	68 €	89€	95€ Verre non référencé depuis février 2013 car cet Antireflet n'existe plus	126€	102,1€
verre unifocal non aminci durci + SAR entrée de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	49€	EN COURS	46 €	41,4€	65€	92€	70,5€
verre unifocal non aminci durci + SAR haut de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	64€	75 €	59 €	70€	85€	123€	89,7€
verre unifocal aminci (indice 1,6) durci	de 2,25 à 4,00	de 0,25 à 2,00	49€	45 €	38 €	48€	53€	67€	78,2€
verre unifocal très aminci (indice 1,67) durci + SAR haut de gamme	de 2,25 à 4,00	de 0,25 à 2,00	75€	100 €	78 €	97€	Verre non autorisé pour cette correction; Cet Antireflet n'existe plus		142,2€
verre unifocal asphérique très aminci (indice 1,67) durci + SAR haut de gamme	de 4,25 à 6,00	de 0,25 à 2,00	106€	120 €	98 €	115€	135€ Verre non référencé depuis février 2013 car cet Antireflet n'existe plus	181€	170,4€

VERRES OPTIQUES PROGRESSIFS ET MI DISTANCE

caractéristiques génériques du verre	valeurs de sphère	valeurs de cylindre	Tarif maximum PAR VERRE	Tarif maximum PAR VERRE	Tarif maximum PAR VERRE réseau 3	Tarif maximum PAR VERRE	Tarif maximum PAR VERRE	tarif maximum observé hors réseau	Prix médian observé réseau PAR VERRE
verre progressif haut de gamme non aminci durci + SAR haut de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	177 €	225 €	225 €	236€	255€ Verre non référencé depuis février 2013 car cet Antireflet n'existe plus	322 €	295,4€
verre progressif très haut de gamme non aminci durci + SAR entrée de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	140 €		-	130€	Verre non référencé		253,6€
verre progressif haut de gamme aminci (indice 1,6) durci + SAR haut de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	177 €	225 €	225 €		291€ Verre non référencé depuis février 2013 car cet Antireflet n'existe plus	368 €	348,8€

verre progressif haut de gamme aminci (indice 1,59) durci + SAR haut de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	177 €	225 €	225 €		288€ Verre non référencé depuis février 2013 car cet Antireflet n'existe plus	364 €	322,8€
verre progressif moyen de gamme aminci (indice 1,6) durci + SAR entrée de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	130 €	187 €	175 €	135€	199 €	282 €	254,1€
verre progressif entrée de gamme non aminci durci + SAR entrée de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	110 €		93 €		75 €	109 €	163,4€
verre progressif moyen de gamme non aminci durci + SAR haut de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	161 €	145 €	196 €		159 €	203 €	253,7€
verre progressif entrée de gamme non aminci durci	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	82 €	70 €	98 €	79€	105 €	135 €	115,9€
verre progressif moyen de gamme non aminci durci + SAR entrée de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	110 €	120 €	147 €	123,3€	163 €	232 €	186,7€
verre progressif entrée de gamme non aminci durci	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	92 €		88 €		56 €	83 €	153,7€
verre progressif haut de gamme très aminci (indice 1,67) durci + SAR haut de gamme	de 4,25 à 6,00	de 0,25 à 2,00	223 €	225 €	309 €		328€ Verre non référencé depuis février 2013 car cet Antireflet n'existe plus	414 €	374,7€
verre mi distance aminci (indice 1,6) durci + SAR haut de gamme	de 0,25 à 2,00	de 0,25 à 2,00	81 €	115 €	86 €	110€	130€ Verre non référencé depuis février 2013 car cet Antireflet n'existe plus	174 €	174,1€

ANNEXE 9 : LA MISE EN CONCURRENCE DE LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE - L'EXEMPLE DES PAYS-BAS

L'objet de la réforme

Les logiques en œuvre visent à mettre en concurrence les assureurs pour la gestion des prestations de base de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire (*Managed Competition*), en faisant le pari d'une gestion plus efficace des biens et services médicaux par une mise en compétition des opérateurs. Ce pari a été l'objectif de la réforme mise en œuvre en 2006 aux Pays-Bas.

Le système de protection maladie est d'abord réformé par la loi sur l'assurance soins « *Zorgverzekeringswet ZVW* », entrée en vigueur le 1er janvier 2006 qui instaure un socle de base universel et obligatoire. Outre la couverture de base universelle (98,5% de la population), une couverture supplémentaire facultative est possible : 96% de la population dispose d'une assurance supplémentaire couvrant les dépenses de santé et 75% une couverture de soins dentaires.

Le marché des soins de santé est libéralisé en 2006 par la loi « *Wet Marktordening Gezondheidszorg – WMG* » (1 octobre 2006). Les compagnies d'assurance maladie peuvent négocier avec les professionnels de santé sur les prix et la qualité des soins (mise en place de réseaux). Cependant, l'interdiction de recourir à un prestataire de soins non intégré au réseau ne doit pas être excessive, les « *Preferred provider organization* » (PPO) sont autorisés mais pas les systèmes totalement intégrés. De plus, les assureurs ne peuvent négocier les prix que pour un nombre limité de services de soins hospitaliers et spécialisés.

Si les opérateurs de l'assurance maladie obligatoire sont tous privés et interviennent dans un contexte très concurrentiel, le marché est fortement régulé par l'État :

- obligation pour les assureurs d'accepter toute personne qui demande à s'assurer ;
- liberté à chaque assureur d'établir son niveau de prime (niveaux de franchise compris entre un plafond et un plancher, niveau de couverture) mais obligation d'offrir la même couverture de base et interdiction de sélection des risques liés à l'âge, au sexe ou à l'état de santé³⁵ ;
- définition d'un panier de soins pour l'AMO, mais les assureurs peuvent définir le panier qu'ils prennent en charge et le niveau de primes ;
- péréquation sophistiquée des risques entre les assureurs *a priori* et *a posteriori*, de façon à limiter les gains ou pertes liées à la structure de risques de chaque assureur :
 - o un fond national ajuste de manière prospective les ressources des assureurs en fonction du nombre d'adhérents et des facteurs de risques ;
 - o un système de compensation intervient *a posteriori* pour soutenir les assureurs qui ont couvert des assurés « coûteux »
- mise en place des outils d'aide au choix des assureurs.

³⁵ Les assurés payent une prime indépendante du revenu mais les plus modestes reçoivent une subvention publique pour aider au paiement de la prime. En outre, il existe une contribution sur les revenus reversé au fonds de compensation qui permet la péréquation des risques entre les assurances. Celles-ci sont donc financées non seulement par les primes mais également par des recettes provenant du fonds national de péréquation des risques.

Un bilan mitigé

Il convient d'observer que la réforme n'a pas conduit à une réduction des dépenses de santé pour plusieurs raisons :

- la concurrence importante entre les assureurs qui ont d'abord fixé des primes à des niveaux inférieurs aux coûts pour gagner des parts de marché puis augmenté ces primes ultérieurement. Parallèlement, les subventions publiques aux personnes les plus modestes destinées à payer les primes d'assurance ont donc augmenté ;
- le faible usage du pouvoir de négociation des assureurs vis-à-vis des offreurs de soins (difficulté d'apprécier la qualité des soins, réticence des prescripteurs, limitation de l'offre de soins, notamment en matière d'offre hospitalière - un seul hôpital par région) ;

En outre, plus que sur la régulation de l'offre de soins, l'action des assureurs s'est focalisée sur la gestion administrative de l'assurance santé et sur la qualité du service aux assurés. En effet, on constate une amélioration dans l'accès aux soins par la diminution des files d'attente, qui caractérisait antérieurement le système public, et par l'organisation de réseaux de soins intégrés.

En raison de ce bilan mitigé, certains pensent que la « libéralisation » du système n'est pas allée assez loin et que la régulation par les pouvoirs publics (socle obligatoire défini) empêche les assureurs d'être plus efficaces.

Plus généralement, la régulation des dépenses de santé par la concurrence des opérateurs ne donne pas de résultats concluants pour différentes raisons.

La régulation de l'offre des soins est couteuse pour les opérateurs privés et se heurte à l'hostilité des professionnels de santé, voire à celle des assurés. De façon générale, ils exercent moins de contrôle que les régimes publics sur les prestataires car ils sont plus dispersés.

Les OC doivent être peu nombreux et puissants pour faire jouer l'effet taille face aux offreurs de soins mais ne doivent pas être en situation de monopsonne.

Enfin, si les assureurs peuvent augmenter les primes ou sélectionner les risques, ils ne sont pas contraints de gagner en efficacité. Des dispositifs de régulation par les pouvoirs publics peuvent donc être utiles pour limiter la sélection des risques et ainsi contraindre à la recherche de l'efficacité dans une meilleure gestion.

Les augmentations de primes non contrôlées ont pour effet d'augmenter les aides publiques aux ménages les plus modestes mais l'indexation du montant des subventions à l'achat sur le taux de croissance des dépenses de santé n'est pas garantie : l'écart risque ainsi de se creuser entre le montant des primes et celui des subventions.

ANNEXE 10 : GLOSSAIRE

AAH : Allocation aux adultes handicapés
ACAM : Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles
ACOSS : Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACP : Autorité de contrôle prudentiel
ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
AGIRC : Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD : Affection de longue durée
AMC : Assurance maladie complémentaire
AMO : Assurance maladie obligatoire
ANI : Accord national interprofessionnel
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ARCCO : Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ARS : Agence régionale de santé
ASI : Allocation supplémentaire d'invalidité
ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASS : Allocation de solidarité spécifique
BRSS : Base de remboursement de la sécurité sociale
C3S : Contribution sociale de solidarité des sociétés
CA : Chiffre d'affaires
CAF : Caisse d'allocations familiales
CANAM : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCAM : Classification commune des actes médicaux
CCAMIP : Commission de contrôle de l'assurance, des mutuelles et des institutions de prévoyance
CCMIP : Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance
CCN : Convention collective nationale
CCSF : Comité consultatif du secteur financier
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CEPS : Comité économique des produits de santé
CET : Contribution économique territoriale
CGI : Code général des impôts
CIP : Code Identifiant de Présentation
CMU : Couverture maladie universelle
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
COMAREP : Commission des accords de retraite et de prévoyance
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux
CSG : Contribution sociale généralisée
CSS : code de la sécurité sociale
CSND : Confédération nationale des syndicats dentaires
CTIP : Centre technique des institutions de prévoyance
DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGT : Direction générale du travail

DRE : Demande de remboursement électronique
 DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
 DSS : Direction de la sécurité sociale
 EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 ESPS : Enquête santé – protection sociale (de l'IRDES)
 FFSA : Fédération française des sociétés d'assurance
 FJH : Forfait journalier hospitalier
 FMF : Fédération des mutuelles de France
 FNATH : Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés
 FNIM : Fédération nationale indépendante des mutuelles
 FNMF : Fédération nationale de la mutualité française
 FNMI : Fédération nationale de la mutualité interprofessionnelle
 FSE : Feuille de soins électroniques
 GAMEX : Groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles
 GEMA : Groupement des entreprises mutuelles d'assurance
 GPS : Groupe de protection sociale
 HAS : Haute autorité de santé
 IDS : Institut des données de santé
 IGAS : Inspection générale des affaires sociales
 IGF : Inspection générale des finances
 INCA : Institut national du cancer
 INES-OMAR : Outil de Microsimulation pour l'Analyse des Restes à charge de l'INSEE-DREES
 IP : Institutions de prévoyance
 IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
 IRS : Institutions de retraite supplémentaire
 LEDa-LEGOS : Laboratoire d'économie de Dauphine, Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé
 LFI : Loi de finances initiale
 LFR : Loi de finances rectificative
 LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
 HPST : (Loi) Hôpital, Patients, Santé et Territoires
 LPP : Liste des produits et prestations
 MAP : Modernisation de l'action publique
 MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
 MFP : Mutualité fonction publique
 MGEN : Mutuelle générale de l'éducation nationale
 MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
 MSA : Mutualité sociale agricole
 MSI : Mutuelle sans intermédiaire
 NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels
 OC : Organismes complémentaires
 OGD : Objectif global de dépenses (de soins pour les personnes âgées et handicapées)
 PAJE : Prime d'accueil au jeune enfant
 PASS : Plafond annuel de la sécurité sociale
 PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
 PPO : *Preferred provider organization*
 PSCE : Protection sociale complémentaire de l'entreprise (enquête de l'IRDES)
 QES : Questions d'économie de la santé (publications de l'IRDES)
 RAC : Reste à charge
 RO : Régime obligatoire
 ROAM : Réunion des organismes d'assurance mutuelle
 RSA : Revenu de solidarité active

RSI : Régime social des indépendants
SAM : Société d'assurance mutuelle
SGAM : Société de groupe d'assurance mutuelle
SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMR : Service médical rendu
SPR : Soins prothétiques
TC : Tarif conventionnel
TJP : Tarif journaliers de prestation
TM : Ticket modérateur
TO : Soins orthodontiques
TSA : Taxe de solidarité additionnelle
TSCA : Taxe spéciale sur les conventions d'assurance
UES : Union d'économie sociale
UFC : Union française des consommateurs
UGM : Union de groupe mutualiste
UMG : Union mutualiste de groupe
UNAPL : Union nationale des professions libérales
UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

ANNEXES

Les dépenses de santé à moyen et long terme

Étude du HCAAM

Modèle de projection de la consommation de soins et de biens médicaux, le modèle PROMEDE de la direction générale du Trésor

Ce modèle de projection est décrit dans un document publié en décembre 2013 par la direction générale du Trésor, consultable en ligne (<http://www.tresor.economie.gouv.fr/File/394409>)

Note de méthodologie de la DREES - La projection des dépenses de santé des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2060.....133

Ce document réactualise, compte tenu des dernières données disponibles, une précédente fiche synthétisant et présentant les principales hypothèses effectuées par la DREES pour projeter la dépense de santé des personnes âgées dépendantes³⁶ à l'horizon 2060 dans le cadre de l'exercice demandé par le HCAAM et le HCFi.

La projection s'effectue en euros constants 2011 mais, dans un souci de calage sur les dernières prévisions de court terme disponibles, les dépenses 2012, 2013 et 2014 sont supposées égales à celles constatées ou prévues, telles qu'issues du rapport de la CCSS de septembre 2013³⁷. De ce fait, l'exercice de projection commence véritablement en 2015 pour s'achever en 2060.

Dans un souci de bonne appropriation des résultats par le lecteur, les principaux enseignements des projections sont présentés de trois façons différentes ; ces concepts et leurs avantages respectifs sont précisés à l'encadré 1.

Encadré 1 - les concepts retenus par la DREES pour la présentation des résultats

Les projections réalisées par la DREES - sous hypothèses rappelées à l'annexe 1 - sont présentées à la fois en euros constants 2011, en parts de PIB et en « valeur équivalente de 2011 ».

Les euros constants présentent l'avantage d'exprimer les grandeurs économiques considérées en valeurs réelles, c'est-à-dire corrigées de la hausse des prix attendue sur la période 2011-2060. Parce qu'ils neutralisent l'inflation prévisionnelle, ils facilitent les comparaisons inter-temporelles entre grandeurs économiques, ce qui constitue un atout important en particulier sur des périodes de moyenne ou longue durée (l'indice de prix du PIB croît d'une base 100 en 2011 à plus de 230 à l'horizon 2060 sous les hypothèses retenues).

Néanmoins, le concept d'euros constants ne permet pas de neutraliser l'effet de la croissance économique sur longue période : même exprimé dans l'euro d'une même année, un même niveau d'excédent ou de déficit ne représentera pas la même grandeur macroéconomique en 2011 et en 2060 (ainsi, à l'horizon 2060, le PIB en volume est multiplié par 2,27 par rapport à sa valeur 2011 dans le scénario macroéconomique B, qui constitue l'hypothèse centrale). Aussi est-il usuellement proposé de ramener les excédents ou les déficits au PIB de l'année courante afin de neutraliser cette difficulté : c'est le sens de la seconde présentation proposée ici : en parts de PIB.

La présentation des résultats en parts de PIB présente toutefois l'inconvénient d'être souvent moins parlante pour le lecteur qu'une explicitation des montants et enjeux financiers en question. Aussi, est-il proposé ici de retenir également une troisième grille de lecture dite « en valeur équivalente de 2011 ».

Il s'agit concrètement de ramener la masse des déficits ou excédents constatés l'année N à un niveau plus facilement appréhendable par le lecteur : celui qui neutralise l'effet de la croissance attendue du PIB entre 2011 et l'année N. Ce montant, qui devient alors directement comparable à celui d'excédents ou de déficits de 2011, permet de « dédramatiser » l'ampleur de certains déficits, ceux-ci croissant mécaniquement sur longue période en euros constants du simple fait de la croissance du PIB. D'un point de vue technique, il s'obtient par une simple règle de trois en multipliant le niveau du déficit ou de l'excédent constaté l'année N (en euros constants 2011) par le PIB de l'année 2011 et en le divisant par le PIB de l'année N (également exprimé en euros constants 2011).

³⁶ À la demande du secrétariat général du HCAAM, un exercice de projection a également été réalisé par la DREES, sous des hypothèses conventionnelles, sur le champ de l'objectif global de dépenses médico-sociales (voir annexe 2).

³⁷ Pour les années 2011 à 2014, les dépenses sont déflatées de l'évolution du prix du PIB telle que communiquée par la DG Trésor. Les principales hypothèses économiques et démographiques sous-tendant les projections présentées ici sont rappelées en annexe 1.

1 – Le champ des dépenses projetées par la DREES

Les dépenses projetées peuvent être décomposées en trois blocs :

- celles relevant de l'objectif global de dépenses médico-sociales en faveur des personnes âgées (OGD PA), telles que rappelées pour les années de base 2011 à 2014 au tableau 1 ;
- celles supposées relever des soins de ville spécifiques aux personnes âgées sur certains actes « traceurs » de la dépendance : d'après les travaux d'exploitation menés à partir de l'enquête handicap-santé en ménages ordinaires (HSM)³⁸, les seules dépenses de soins dont les montants semblent significativement différents entre les populations des personnes âgées selon qu'elles sont ou non présumées dépendantes sont celles relatives aux actes infirmiers cotés AIS, aux actes de kinésithérapie, aux transports sanitaires et à certains consommables spécifiques à la prise en charge de la perte d'autonomie (matériels – de type lit médicalisé, appareillage...– et prothèses autres que dentaires). Le surcroît de dépenses lié à la dépense, qui seraient quasi-intégralement prises en charge par l'assurance maladie, peut être estimé à près de 1,7 Md€ pour l'année 2011;
- celles correspondant aux unités de soins de longue durée (USLD), qui atteignent 1,0 Md€ en 2011 à la charge de l'assurance maladie, supposées correspondre à des prises en charge de personnes dépendantes en fin de vie.

Afin de mener à bien l'exercice de projection des besoins de financement à l'horizon 2060, des ressources ont également été projetées.

S'agissant du champ de l'OGD PA, la ressource associée à la dépense est constituée de la somme :

- de l'ONDAM médico-social personnes âgées (qui croîtrait de 7,59 Md€ en 2011 à 8,27 Md€ en 2014, en euros constants 2011, de source CCSS de septembre 2013) ;
- de la fraction de contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) qui constitue la contribution propre de la CNSA au champ médico-social personnes âgées (à savoir 38% de la recette de CSA en 2011, puis 39% à compter de 2012 – soit environ 0,9 Md€ par an sur la période 2011-2014, en euros constants 2011).

Pour les deux dernières catégories de dépenses, il a conventionnellement été supposé une recette fictive équilibrant le compte en 2011. À compter de 2012 et sur l'ensemble de la période de projection, cette recette est supposée évoluer comme le PIB en volume, en fonction des hypothèses macroéconomiques retenues (son évolution diverge donc selon les scénarios économiques considérés dès l'année 2012).

S'agissant des autres dépenses et de l'ensemble des ressources considérées dans cet exercice, celles-ci sont calées sur les données et prévisions de la Commission des comptes de septembre 2013 jusqu'en 2014 inclus et ne diffèrent donc selon le scénario macroéconomique considéré qu'à compter de 2015.

³⁸ Cf. dossier solidarité-santé N°42 de la DREES « Les dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes » de Lucie Calvet et Alexis Montaut, paru en août 2013.

Tableau 1 – Les dépenses de santé spécifiques aux personnes âgées prises en charge par la collectivité et les recettes associées, telles que supposées pour la période 2011-2014

Recettes (Md€ constants 2011)	2011	2012	2013	2014
Produits - champ médico-social PA	8,47	8,84	9,05	9,18
ONDAM MS PA	7,59	7,93	8,13	8,27
CSA PA	0,89	0,92	0,91	0,92
Produits fictifs SDV PA et USLD (sc. central)	2,68	2,80	2,88	2,92
Dépenses publiques (Md€ constants 2011)	2011	2012	2013	2014
OGD PA	8,30	8,61	8,84	9,10
ONDAM MS PA	7,59	7,93	8,13	8,27
Dép CNSA PA	0,71	0,68	0,71	0,83
Soins de ville PA	1,67	1,72	1,77	1,82
USLD	1,01	1,03	1,05	1,08
Solde sur le champ PA (Md€ constants 2011)	0,17	0,29	0,26	0,11

Source : CCSS de septembre 2013 (sauf produits fictifs, soins de ville PA, USLD et solde : estimations DREES, scénario central) ; valeurs ramenées en euros 2011 par application d'un déflateur du PIB de 1,5% en 2012, 1,6% en 2013 et de 1,4% en 2014.

Notations : PA : personnes âgées, CSA : contribution de solidarité pour l'autonomie.

Nota Bene : s'agissant des soins de ville, seuls sont présentés ici les surcoûts spécifiques aux personnes âgées dépendantes pris en charge par la collectivité et non la dépense totale financée par la puissance publique.

La décomposition des dépenses et des recettes projetées en trois agrégats présente l'avantage d'isoler un « compte du médico-social » ainsi qu'un « surcoût de la santé des personnes dépendantes » tout en fournissant au HCAAM des modules indépendants permettant d'éviter tout double-compte avec les autres éléments de projection effectués par ailleurs sur le champ de la maladie.

À titre d'exemple, si la connaissance du surcoût de dépenses de soins de ville attribuables aux personnes âgées dépendantes est indispensable à la projection d'un compte de la dépendance à horizon 2060, elle est déjà implicitement incluse dans la projection réalisée par la DG Trésor sur le champ des dépenses de santé et ne doit donc pas y être ajoutée. Il en va de même pour le compte des USLD.

2 – Les hypothèses de croissance des dépenses à l'horizon 2060 et les scénarios présentés

Les postes projetés ont été présentés de manière synthétique au paragraphe précédent, mais, s'agissant des personnes âgées, il faut garder à l'esprit que les dépenses ont en fait été évaluées de manière distincte selon le groupe iso-ressources supposé de la personne dépendante³⁹ et son mode d'hébergement, les coûts de la prise en charge n'étant pas les mêmes à domicile et en établissement.

Dans les simulations effectuées, les dépenses évoluent donc en fonction des effectifs de personnes dépendantes (par GIR et par mode d'hébergement) mais aussi en fonction de la croissance projetée du PIB par habitant. En effet, il a été fait l'hypothèse, qu'à long terme, la part dans le PIB des dépenses de santé spécifiques aux personnes âgées dépendantes évoluait comme leur part dans la population générale.

Pour ce faire, la simulation s'appuie sur les projections de la DREES, sous chacun des trois scénarios démographiques de personnes âgées dépendantes, tels que décrits à l'annexe 1 ; ceux-ci aboutissent à une croissance plus ou moins vive des effectifs de personnes âgées selon leur niveau de dépendance (du GIR 1 au

³⁹ Plus exactement, ont été constitués des groupes de pseudo-GIR (au sens de la grille AGGIR) à l'aide des données d'enquêtes connues, de la manière suivante : GIR 1-2, GIR 3-4 et, si pertinent, GIR 5-6.

GIR 4) à l'horizon 2060. L'évolution des personnes en GIR 5 et 6 se déduit par différence entre l'évolution de la population totale des plus de 60 ans pour la France entière à l'horizon 2060.

La répartition des effectifs entre domicile et établissement repose quant à elle sur les enquêtes réalisées par la DREES sur les modes d'hébergement ; elle est supposée stable pour chaque GIR en projection⁴⁰.

S'agissant des recettes, une fois connue l'année de base telle que décrite précédemment, celles-ci sont supposées croître au rythme du PIB dans chacun des scénarios. Enfin, que l'on considère les dépenses ou les recettes, on raisonne dans tous les cas à législation inchangée.

Les sept scénarios auxquels on aboutit sur ces bases en retenant comme pivot le scénario macroéconomique noté B sont les suivants (voir annexe 1 pour plus de détails sur les hypothèses retenues) :

- des scénarios avec une hypothèse démographique intermédiaire d'effectifs de personnes dépendantes croisés avec les scénarios macroéconomiques notés A', A, B, C et C' ;
- deux variantes du scénario macroéconomique B, l'une avec des effectifs de personnes dépendantes plus élevés, l'autre avec des effectifs plus bas ;

Dans tous les cas, l'évolution de la population générale et celle des 60 ans et plus sont supposées suivre celles du scénario central de projection démographique de l'INSEE à l'horizon 2060.

3 – Les principaux résultats des projections des soins des personnes âgées dépendantes et de leur financement par la puissance publique à l'horizon 2060

3a – Présentation détaillée des enseignements du scénario central : un besoin de financement moindre et à une échéance bien plus lointaine que dans le cas des retraites.

Les dépenses publiques de soins des personnes âgées dépendantes sont présentées par grand poste au tableau 2 en milliards d'euros constants 2011, ainsi qu'en valeur équivalente 2011 et en points de PIB aux tableaux 2bis et 2ter. Notons qu'il s'agit là de la dépense de soins spécifique des personnes âgées dépendantes telle que définie au paragraphe 1 et non de la totalité de leurs soins.

Sous cette acception, la dépense afférente aux GIR 1 à 4 passerait de près de 11 Md€ en 2011 à plus de 41 Md€ à l'horizon 2060, en euros constants. Celle de l'ensemble des personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 6) serait un peu supérieure à cet horizon (près de 44 Md€ constants) ce qui rend compte du fait que des personnes classées en GIR 5 et 6 bénéficient également de soins médico-sociaux, notamment en institution.

Cette multiplication par près de quatre de la dépense est à relier à deux facteurs : d'une part, l'augmentation du coût de la prise en charge (supposé évoluer comme le PIB, qui est multiplié par 2,27 en termes réels sur la période), d'autre part, au phénomène de forte croissance prévisionnelle du nombre de personnes dépendantes (les effectifs de GIR 1 à 4 sont supposés doubler sur la période 2011-2060, voir annexe 1). Seuls jouent en atténuation de la croissance de la dépense le fait que la croissance des effectifs serait un peu moins rapide pour les personnes les plus dépendantes (les GIR 1 et 2 verraient leurs effectifs croître de 89% de 2011 à 2060 dans le scénario central) et pour celles hébergées en établissement (en hausse de 96% sur la même période), qui nécessitent les prises en charge les plus lourdes.

⁴⁰ Toutefois, en raison d'un effet de structure (la proportion des personnes résidant en institution étant croissante avec le niveau de dépendance), dans la projection, qui est effectuée séparément pour chaque groupe iso-ressource, la répartition des personnes par mode d'hébergement varie – dans des proportions différentes selon les scénarios – à l'horizon 2060.

Tableau 2 – Les dépenses publiques de soins des personnes dépendantes à l’horizon 2060 en Md€ constants 2011 (scénario central)

<i>En Md€ constants 2011</i>	2011	2015	2025	2040	2060
Soins de ville	1,67	1,88	2,57	4,26	6,69
SSIAD	1,48	1,68	2,27	3,66	5,78
Forfaits de soins (EHPA, EHPAD)	6,50	7,36	9,93	15,82	25,08
USLD	1,01	1,12	1,49	2,32	3,71
Total GIR 1 à 4	10,67	12,04	16,27	26,07	41,27
Total GIR 5 & 6	0,32	0,36	0,59	1,12	2,70
Total GIR 1 à 6	10,98	12,40	16,86	27,18	43,97

Source : DREES.

Exprimée en valeur équivalente de 2011, la dépense publique de soins des personnes âgées dépendantes apparaît nettement moindre : elle ressort à environ 18 Md€ pour les GIR 1 à 4 à l’horizon 2060, ce qui représente toutefois un montant près de 70% supérieur à sa valeur observée en 2011.

Tableau 2bis – Les dépenses publiques de soins des personnes dépendantes à l’horizon 2060 en valeur équivalente de 2011 (scénario central)

<i>En Md€ équivalents 2011</i>	2011	2015	2025	2040	2060
Soins de ville	1,67	1,83	2,01	2,59	2,94
SSIAD	1,48	1,63	1,78	2,22	2,54
Forfaits de soins (EHPA, EHPAD)	6,50	7,17	7,78	9,61	11,02
USLD	1,01	1,09	1,17	1,41	1,63
Total GIR 1 à 4	10,67	11,72	12,74	15,84	18,13
Total GIR 5 & 6	0,32	0,35	0,46	0,68	1,19
Total GIR 1 à 6	10,98	12,07	13,20	16,52	19,31

Source : DREES.

On retrouve logiquement le même type de résultat une fois la dépense ramenée en points de PIB : la part de la dépense des GIR 1 à 4 croît continûment de 0,53 point de PIB en 2011 à 0,79 point en 2040 et à 0,91 point au terme de la projection, en 2060. À titre de comparaison, l’exercice Charpin mené en 2011 aboutissait à des niveaux de dépense supérieurs (0,97 point de PIB en 2040 dans le scénario central), essentiellement en raison d’un point initial plus élevé (0,72 point de PIB pour l’année de base 2010).

Tableau 2ter – Les dépenses publiques de soins des personnes dépendantes à l’horizon 2060 en points de PIB (scénario central)

<i>En points de PIB</i>	2011	2015	2025	2040	2060
Soins de ville	0,08%	0,09%	0,10%	0,13%	0,15%
SSIAD	0,07%	0,08%	0,09%	0,11%	0,13%
Forfaits de soins (EHPA, EHPAD)	0,32%	0,36%	0,39%	0,48%	0,55%
USLD	0,05%	0,05%	0,06%	0,07%	0,08%
Total GIR 1 à 4	0,53%	0,59%	0,64%	0,79%	0,91%
Total GIR 5 & 6	0,02%	0,02%	0,02%	0,03%	0,06%
Total GIR 1 à 6	0,55%	0,60%	0,66%	0,83%	0,97%

Source : DREES.

La comparaison des dépenses avec les ressources publiques supposées affectées à ce risque permet de donner un aperçu des perspectives financières sur la période, comme présenté aux tableaux 3 et suivants. D’une situation initialement supposée équilibrée en début de période, le solde deviendrait déficitaire dès 2015 pour se creuser durablement chaque année jusqu’au terme de la projection. Ainsi, le déficit dépasserait 7 Md€ constants en 2040 et 16 Md€ à l’horizon 2060.

Tableau 3 – L'équilibre financier sur le champ des soins des personnes dépendantes à l'horizon 2060 sous le scénario central, en Md€ constants 2011

<i>En Md€ constants 2011</i>	2011	2015	2025	2040	2060
Dépenses totales	10,98	12,40	16,86	27,18	43,97
dont GIR 5 & 6	0,32	0,36	0,59	1,12	2,70
Ressources totales	11,16	12,31	15,31	19,73	27,29
dont champ OGD PA	8,47	9,34	11,61	14,97	20,70
Solde annuel	0,17	- 0,09	- 1,55	- 7,46	- 16,68

Source : DREES.

Convertis en valeur équivalente de 2011, les déficits sous le scénario central apparaissent toutefois sensiblement moins élevés : un peu plus de 4 Md€ en 2040 et environ 7 Md€ en 2060.

Tableau 3bis – L'équilibre financier sur le champ des soins des personnes dépendantes à l'horizon 2060 sous le scénario central, en valeur équivalente de 2011

<i>En Md€ équivalents 2011</i>	2011	2015	2025	2040	2060
Dépenses totales	10,98	12,07	13,20	16,52	19,31
dont GIR 5 & 6	0,32	0,35	0,46	0,68	1,19
Ressources totales	11,16	11,99	11,99	11,99	11,99
dont champ OGD PA	8,47	9,09	9,09	9,09	9,09
Solde annuel	0,17	- 0,08	- 1,21	- 4,53	- 7,33

Source : DREES.

En points de PIB, les déficits sous le scénario central croîtraient à 0,23 point à l'horizon 2040 puis à 0,37 point d'ici 2060, ce qui illustre le fait que les enjeux financiers portant sur cette fraction du risque dépendance n'apparaîtraient qu'à une échéance plus lointaine que ceux projetés fin 2012 par le COR pour le risque retraite (pour mémoire, dans le scénario central, ceux-ci atteindraient leur pic de 1,0 point de PIB dès 2020, en dépit de la montée en charge des réformes).

Tableau 3ter – L'équilibre financier sur le champ des soins des personnes dépendantes à l'horizon 2060 sous le scénario central, en points de PIB

<i>En points de PIB</i>	2011	2015	2025	2040	2060
Dépenses totales	0,55%	0,60%	0,66%	0,83%	0,97%
dont GIR 5 & 6	0,02%	0,02%	0,02%	0,03%	0,06%
Ressources totales	0,56%	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%
dont champ OGD PA	0,42%	0,45%	0,45%	0,45%	0,45%
Solde annuel	0,01%	0,00%	-0,06%	-0,23%	-0,37%

Source : DREES.

3b – Comparaison du scénario central, de ses variantes et des scénarios alternatifs : des besoins de financement compris entre 0,27 et 0,45 point de PIB à l'horizon 2060.

Le tableau 4 ci-après synthétise les résultats des projections sous les différents scénarios et variantes étudiés.

S'agissant des dépenses, celles-ci apparaissent à terme d'autant plus élevées en euros constants que le scénario macroéconomique est favorable. Les résultats de la dépense publique de soins des personnes dépendantes varient ainsi de plus de 39 Md€ constants à l'horizon 2060 sous le scénario C', le plus dégradé, à environ 53 Md€ sous le scénario A', le plus optimiste. Cela s'explique par le fait qu'en période de plus forte croissance économique, les salaires par tête et donc le coût des soins sont également supposés croître plus rapidement. Dans les variantes du scénario macroéconomique B pour lesquelles le nombre de personnes supposées dépendantes est supposé varier à des rythmes différents, on retrouve logiquement des dépenses à terme plus importantes dans la variante élevée d'effectifs de dépendants (48 Md€ constants en 2060) que dans la variante basse (40 Md€ constants en 2060), ces deux variantes encadrant le scénario central (44 Md€ constants en 2060).

S'agissant des ressources, celles-ci sont en revanche identiques dans toutes les variantes du scénario B (27 Md€ à l'horizon 2060) car le système, projeté à législation constante, n'est pas supposé financé par des prélèvements assis sur les populations dépendantes mais sur la richesse nationale. On retrouve là aussi la gradation mise en évidence pour les dépenses, à savoir que les ressources sont d'autant plus élevées que la croissance économique projetée est forte : à l'horizon 2060, celles-ci s'étagent donc, du scénario C' au scénario A', d'un peu plus de 21 Md€ constants à plus de 32 Md€.

Les ressources deviennent à terme inférieures aux dépenses de soins spécifiques des personnes âgées dépendantes, dans tous les cas de figure. Aussi, des besoins de financement apparaissent dans chacun des scénarios.

En termes de besoins de financement, la sensibilité aux effectifs de personnes âgées dépendantes joue un rôle prépondérant puisque les déficits extrêmes seraient atteints pour les variantes du scénario central avec effectifs bas (-12 Md€ constants en 2060) et hauts (-20 Md€ à cet horizon).

Dans cette approche en euros constants, les besoins de financement ressortent toutefois à des degrés divers selon le scénario macroéconomique considéré : à population dépendante donnée, ces besoins de financement seraient plus élevés dans les variantes de plus forte croissance économique : en raisonnant avec des effectifs intermédiaires de personnes âgées dépendantes, ils atteindraient ainsi 20 Md€ constants en 2060 dans le scénario A', contre 13 Md€ dans le scénario C'. Il s'agit là toutefois d'un artefact qui illustre les limites de cette approche, limites qui n'affectent pas les suivantes: en points de PIB comme en valeur équivalente de 2011, les besoins de financement sont bien identiques pour une année donnée dans les scénarios A', A, B, C et C' (voir tableaux 4bis et 4ter).

Tableau 4 – Les dépenses publiques totales et les recettes et les soldes associés à l’horizon 2060 sous les différents scénarios, en Md€ constants 2011

<i>En Md€ constants 2011</i>	2011	2015	2025	2040	2060
Dépenses totales - sc. central (B)	10,98	12,40	16,86	27,18	43,97
sc. A', effectifs inter.	10,98	12,40	17,21	29,55	52,71
sc. A, effectifs inter.	10,98	12,40	17,12	28,58	49,03
sc. C, effectifs inter.	10,98	12,40	16,58	25,50	39,65
sc. C', effectifs inter.	10,98	12,40	16,30	23,99	35,15
sc. B, effectifs hauts	10,98	12,45	17,25	28,64	47,64
sc. B, effectifs bas	10,98	12,33	16,29	25,29	39,59
Ressources totales - sc. central (B)	11,16	12,31	15,31	19,73	27,29
sc. A', effectifs inter.	11,16	12,31	15,62	21,44	32,72
sc. A, effectifs inter.	11,16	12,31	15,55	20,74	30,43
sc. C, effectifs inter.	11,16	12,31	15,05	18,51	24,61
sc. C', effectifs inter.	11,16	12,31	14,80	17,41	21,82
sc. B, effectifs hauts	11,16	12,31	15,31	19,73	27,29
sc. B, effectifs bas	11,16	12,31	15,31	19,73	27,29
Solde, sc. central (B)	0,17	- 0,09	- 1,55	- 7,46	- 16,68
sc. A', effectifs inter.	0,17	- 0,09	- 1,58	- 8,10	- 19,99
sc. A, effectifs inter.	0,17	- 0,09	- 1,58	- 7,84	- 18,60
sc. C, effectifs inter.	0,17	- 0,09	- 1,53	- 6,99	- 15,04
sc. C', effectifs inter.	0,17	- 0,09	- 1,50	- 6,58	- 13,33
sc. B, effectifs hauts	0,17	- 0,13	- 1,94	- 8,91	- 20,35
sc. B, effectifs bas	0,17	- 0,01	- 0,98	- 5,56	- 12,30

Source : DREES.

Exprimée en valeur actuelle de 2011, la hiérarchie des besoins de financement est logiquement inchangée mais les besoins de financement apparaissent bien moindres : ils varieraient, dans les variantes extrêmes, de plus de 5 Md€ à environ 9 Md€ à l’horizon 2060 (voir tableau 4bis). Le phénomène le plus notable est qu’en valeur actuelle de 2011, plus aucun des scénarios macroéconomiques ne se différencie des autres : puisque ce mode de présentation neutralise totalement l’impact de la croissance économique sur la période, seules jouent les variantes d’effectifs de population dépendante.

Tableau 4bis – Les dépenses publiques totales et les recettes et les soldes associés à l’horizon 2060 sous les différents scénarios, en valeur équivalente de 2011

<i>En Md€ équivalents 2011</i>	2011	2015	2025	2040	2060
Dépenses tot. - sc. A', A, B, C & C'	10,98	12,07	13,20	16,52	19,31
sc. B, effectifs hauts	10,98	12,12	13,51	17,40	20,93
sc. B, effectifs bas	10,98	12,00	12,76	15,37	17,39
Ressources totales, tous scénarios	11,16	11,99	11,99	11,99	11,99
Soldes, - sc. A', A, B, C & C'	0,17	- 0,08	- 1,21	- 4,53	- 7,33
Solde, sc. B, effectifs hauts	0,17	- 0,13	- 1,52	- 5,41	- 8,94
Solde, sc. B, effectifs bas	0,17	- 0,01	- 0,77	- 3,38	- 5,41

Source : DREES.

Traduit en points de PIB au tableau 4ter, cela aboutit à des déficits de 0,37 point à l’horizon 2060 dans l’ensemble des scénarios avec effectifs intermédiaires. Dans les variantes d’effectifs bas et hauts, les déficits seraient plus extrêmes et compris entre 0,27 et 0,45 point de PIB à cet horizon.

Tableau 4ter – Les dépenses publiques totales et les recettes et les soldes associés à l’horizon 2060 sous les différents scénarios, en points de PIB 2011

<i>En points de PIB</i>	2011	2015	2025	2040	2060
<i>Dépenses tot. - sc. A', A, B, C & C'</i>	0,55%	0,60%	0,66%	0,83%	0,97%
sc. B, effectifs hauts	0,55%	0,61%	0,67%	0,87%	1,05%
sc. B, effectifs bas	0,55%	0,60%	0,64%	0,77%	0,87%
<i>Ressources tot. - sc. A', A, B, C & C'</i>	0,56%	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%
<i>Soldes, - sc. A', A, B, C & C'</i>	0,01%	0,00%	-0,06%	-0,23%	-0,37%
Solde, sc. B, effectifs hauts	0,01%	-0,01%	-0,08%	-0,27%	-0,45%
Solde, sc. B, effectifs bas	0,01%	0,00%	-0,04%	-0,17%	-0,27%

Source : DREES.

ANNEXES

ANNEXE 1 – Les principales hypothèses démographiques et macroéconomiques sous-tendant la projection des soins de santé des personnes dépendantes

ANNEXE 2 – Éléments de projection relatifs aux personnes handicapées

ANNEXE 1 – Les principales hypothèses démographiques et macroéconomiques sous-tendant la projection des soins de santé des personnes dépendantes

La démographie générale de source INSEE et l'évolution des populations âgées dépendantes estimées par la DREES (selon trois scénarios) et utilisée pour les projections sont synthétisées au tableau ci-dessous :

<i>Démographie</i>	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Population totale (millions)	65,1	66,5	68,0	69,5	70,8	72,1	73,2	74,1	74,9	75,7	76,4
dont plus de 60 ans	14,3	15,7	17,2	18,7	20,2	21,6	22,4	23,0	23,5	24,0	24,3
Pop. Dépendante (sc inter.)	1 176	1 294	1 404	1 481	1 581	1 765	1 982	2 145	2 244	2 311	2 355
dont GIR 1-2 (milliers)	420	460	497	518	540	588	658	719	755	777	792
dont GIR 3-4 (milliers)	755	834	906	963	1 041	1 176	1 324	1 427	1 489	1 534	1 563
Pop. Dépendante (sc haut)	1 176	1 311	1 447	1 554	1 691	1 922	2 189	2 398	2 541	2 653	2 740
dont GIR 1-2 (milliers)	420	460	497	518	540	588	658	719	755	777	792
dont GIR 3-4 (milliers)	755	852	950	1 036	1 152	1 334	1 531	1 679	1 786	1 876	1 948
Pop. Dépendante (sc bas)	1 176	1 266	1 338	1 375	1 430	1 557	1 715	1 825	1 876	1 899	1 903
dont GIR 1-2 (milliers)	420	460	497	518	540	588	658	719	755	777	792
dont GIR 3-4 (milliers)	755	806	841	858	890	969	1 057	1 106	1 121	1 122	1 111
Résidents en institution (GIR 1-4)											
sc. haut	463	513	561	596	639	716	810	887	937	974	1 001
sc. inter	463	508	551	578	612	677	760	825	864	890	907
sc. bas	463	501	535	552	575	626	694	746	774	788	796

Sources : INSEE, DREES.

Le tableau ci-dessous reprend les principales hypothèses macroéconomiques (estimations du PIB à l'horizon 2060 selon les cinq scénarios actualisés à l'automne 2013 retenus par le HCAAM et le HCFi) et de population de l'INSEE retenus pour cet exercice de projection :

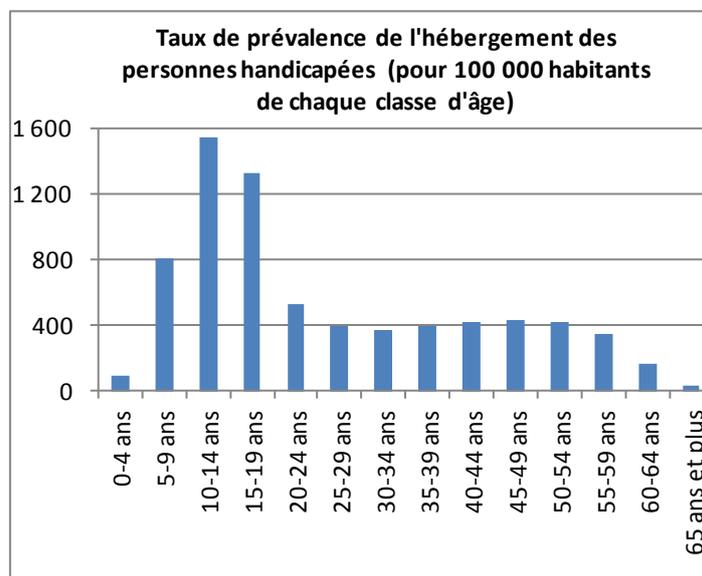
<i>Hypothèses macroéconomiques</i>	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
PIB en volume, sc. A' (Md€ 2011)	2 001	2 056	2 297	2 609	2 908	3 211	3 580	3 972	4 420	4 909	5 462
PIB en volume, sc. A (Md€ 2011)	2 001	2 056	2 294	2 596	2 869	3 136	3 463	3 805	4 192	4 611	5 080
PIB en volume, sc. B (central)	2 001	2 056	2 288	2 556	2 802	3 028	3 294	3 566	3 872	4 196	4 556
PIB en volume, sc. C (Md€ 2011)	2 001	2 056	2 281	2 513	2 689	2 868	3 090	3 312	3 561	3 822	4 109
PIB en volume, sc. C' (Md€ 2011)	2 001	2 056	2 274	2 472	2 606	2 738	2 907	3 070	3 252	3 439	3 643
Indice de PIB /hab. - sc.A'	100,0	100,6	109,8	122,2	133,6	144,9	159,1	174,3	191,9	211,1	232,6
Indice de PIB /hab. - sc.A	100,0	100,6	109,7	121,6	131,8	141,6	153,9	167,0	182,0	198,2	216,4
Indice de PIB /hab. - sc.B (central)	100,0	100,6	109,4	119,7	128,8	136,7	146,4	156,5	168,1	180,4	194,0
Indice de PIB /hab. - sc.C	100,0	100,6	109,1	117,7	123,6	129,5	137,3	145,4	154,6	164,3	175,0
Indice de PIB /hab. - sc.C'	100,0	100,6	108,8	115,8	119,7	123,6	129,2	134,7	141,2	147,9	155,1
Indice de prix du PIB	100,0	106,3	115,9	126,4	137,8	150,3	163,9	178,8	195,0	212,7	231,9

Sources : INSEE, scénario macroéconomique retenu par le HCAAM et le HCFi (octobre 2013).

ANNEXE 2 – Éléments de projection relatifs aux personnes handicapées

S'agissant des personnes handicapées, la méthodologie a été revue par rapport à celle retenue jusqu'ici qui se résumait à une simple évolution des dépenses et des ressources conforme à celle du PIB⁴¹ à partir des niveaux constatés sur la période 2011-2014.

Plus précisément, si, s'agissant des ressources, cette hypothèse conventionnelle a été maintenue, s'agissant des dépenses⁴², un facteur relatif à la structure par âge des personnes handicapées prises en charge a été intégré. Il a été supposé que le taux de prévalence de l'hébergement des personnes handicapées dans les structures médico-sociales demeurerait constant à l'horizon 2060 pour chaque classe d'âge prise isolément. Ces taux de prévalence, présentés pour 100 000 habitants au graphique suivant, ont été calculés en rapprochant les résultats de l'enquête DREES « établissements et services » réalisée en 2010 des effectifs INSEE de population par classe d'âge.



Source : calculs DREES sur données INSEE et enquête ES 2010.

Il s'agit toutefois là d'une projection qui demeure très fragile, faute d'éléments prospectifs disponibles quant à l'évolution prévisionnelle des niveaux de sévérité des handicaps et à leur mode de prise en charge à l'horizon 2060. En particulier, l'hypothèse consistant à maintenir constant le taux de prise en charge par classe d'âge dans les structures médico-sociales constitue une hypothèse forte.

⁴¹ Celle-ci se décomposait implicitement en un facteur purement démographique (la croissance démographique générale, le nombre de personnes handicapées étant supposé évoluer homothétiquement à tout âge) et en un facteur de coût (le PIB par tête, *proxy* de l'évolution projetée des salaires des aidants). Dès lors, la dépense de handicap en euros constants projetée précédemment évoluait comme le PIB en volume tel que décrit dans chacun des cinq scénarios économiques simulés.

⁴² Il n'a pas été jugé pertinent de se référer à la tendance passée d'évolution de cette dépense, elle-même fortement contingente aux politiques impulsées par les pouvoirs publics sur ces périodes et non nécessairement prédictive des évolutions à venir.

Les principaux résultats de cette simulation réalisée à l'horizon 2060 sur le champ de l'objectif national de dépenses médico-sociales en faveur des personnes handicapées (OGD PH) sont présentés aux tableaux ci-après, sous le scénario central⁴³, dans les trois formats décrits à l'encadré 1 de la note.

Les dépenses médico-sociales prises en charge par la puissance publique pour les personnes handicapées et les recettes associées

<i>En Md€ constants 2011</i>	2011	2015	2025	2040	2060
Dépenses OGD PH	8,48	8,99	10,84	13,29	18,13
dont dépense CNSA	0,23	0,26	0,31	0,38	0,52
Ressources totales	8,53	9,07	11,28	14,53	20,10
dont recette CSA PH	0,28	0,31	0,39	0,50	0,69
Solde annuel	0,05	0,08	0,44	1,24	1,97

Source : DREES.

<i>En Md€ équivalents 2011</i>	2011	2015	2025	2040	2060
Dépenses OGD PH	8,48	8,75	8,49	8,08	7,96
dont dépense CNSA	0,23	0,25	0,24	0,23	0,23
Ressources totales	8,53	8,83	8,83	8,83	8,83
dont recette CSA PH	0,28	0,30	0,30	0,30	0,30
Solde annuel	0,05	0,08	0,34	0,76	0,87

Source : DREES.

<i>En points de PIB</i>	2011	2015	2025	2040	2060
Dépenses OGD PH	0,42%	0,44%	0,42%	0,40%	0,40%
dont dépense CNSA	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
Ressources totales	0,43%	0,44%	0,44%	0,44%	0,44%
dont recette CSA PH	0,01%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%
Solde annuel	0,00%	0,00%	0,02%	0,04%	0,04%

Source : DREES.

Par construction, les ressources projetées demeurent identiques en projection à leur niveau atteint en 2014 lorsqu'on raisonne en parts de PIB ou en valeur équivalente à celle de 2011. Seules les ressources exprimées en euros constants 2011 apparaissent augmenter du fait de la croissance du PIB en volume qui sous-tend la projection.

S'agissant des dépenses, celles-ci augmenteraient, sous les hypothèses retenues, moins rapidement que les ressources, car la population jeune – davantage représentée dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées - croîtrait moins vite à l'horizon 2060 que la population plus âgée.

Dès lors, d'un quasi-équilibre initial (0,05 Md€), céderait la place à des excédents atteignant 0,87 Md€ en valeur équivalente de 2011 à l'horizon 2060.

Quelle que soit la variante macroéconomique testée, on aboutirait à des ressources, à des dépenses et à un solde identiques à l'horizon 2060 en valeur équivalente de 2011 (0,87 Md€, s'agissant du solde) et en points de PIB (0,04%).

⁴³ Si les effectifs de personnes handicapées sont supposés identiques dans l'ensemble des scénarios, ceux-ci se différencient par les cinq hypothèses macroéconomiques alternatives postulées (A', A, B, C et C'), le scénario B constituant le scénario central.