RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

Chiffrage de scénarios de réforme de l'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire

SEPTEMBRE 2026

Anouk **CANET**
Adrien **CHARLET**

Émilie **FAUCHIER-MAGNAN**

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

Igas
Inspection Générale des Affaires Sociales

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Inspection générale des finances

N° 2026-E-013-02

Inspection générale des affaires sociales

N° 2025-111R2

RAPPORT

CHIFFRAGE DE SCÉNARIOS DE RÉFORME DE L'ARTICULATION ENTRE ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Établi par

ANOUK **CANET**
Inspectrice des finances

ADRIEN **CHARLET**
Data scientist au pôle science des données de l'IGF

ÉMILIE **FAUCHIER-MAGNAN**
Inspectrice des affaires sociales

– SEPTEMBRE 2026 –

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

igas
Inspection Générale des Affaires Sociales

SYNTHÈSE

Dans le contexte de la mission relative à l'articulation entre assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMC) confiée à quatre personnalités qualifiées, l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) ont été chargées, outre leur concours au rapport des personnalités qualifiées, de chiffrer l'impact de deux grands scénarios de réforme de l'articulation entre AMO et AMC, ainsi que de l'impact d'une évolution de la fiscalité relative aux contrats collectifs de complémentaire santé.

Le premier scénario est celui d'un plafonnement des restes à charge (RAC) après intervention de l'assurance-maladie obligatoire, dit « bouclier sanitaire » (BS). Il consiste à mettre en place un plafonnement des restes à charges après intervention de l'AMO, plafonds au-delà desquels l'AMO vient prendre en charge 100 % de la dépense de santé supplémentaire. En-deçà du plafond, les règles actuelles de prise en charge des dépenses par l'AMO resteraient en vigueur.

Le rapport permet d'actualiser les chiffrages réalisés par de précédentes missions, notamment la revue de dépense IGF-IGAS relative aux affections de longue durée[1], sur des données récentes (2023), mais aussi de présenter des scénarios de BS proportionnels au revenu.

Trois grandes familles de BS ont été chiffrées, déclinées en huit scénarios : un BS à plafond unique, un BS proportionnel au revenu, et un BS consistant à harmoniser l'ensemble des tickets modérateurs (TM), avec un plafond unique.

Parmi les scénarios à isocoût pour l'AMO, un bouclier sanitaire à plafond unique s'élèverait à 740 € annuels. Ce scénario diminuerait les restes à charge de 2,7 M d'assurés : le RAC après AMO baisserait en moyenne de 868 € pour les personnes en affection longue durée (ALD), et de 690 € pour les non ALD. À l'inverse, 8,3 M d'assurés en ALD verraient leur RAC augmenter de 345 € en moyenne, soit des proportions deux à trois fois plus faibles que les « gagnants » de la réforme.

Toujours à isocoût pour l'AMO, un bouclier proportionnel au revenu, égal à 2,8 % du revenu disponible du ménage, aurait des effets haussiers ou baissiers sur le RAC AMO pour le même nombre de ménages que le scénario précédent, mais présenterait des effets redistributifs importants entre déciles de niveau de vie. Cet effet redistributif se caractériserait par une baisse du RAC AMO moyen du premier décile de niveau de vie de près de 39 €, contre une augmentation de 64 € pour le dixième décile.

La mission a également étudié l'effet de plusieurs autres scénarios, d'une part permettant des économies pour l'AMO (ainsi, un bouclier à 1300€ permettrait de réduire les dépenses d'AMO de près de 3 Md€), d'autre part présentant des scénarios d'harmonisation des tickets modérateurs, détaillés dans l'annexe I du présent rapport.

[1] « Revue de dépenses sur les affections de longue durée », 2023, Igas-Igf

La mission souligne que ces travaux de chiffrage du BS n'épuisent pas les options possibles et que de nombreux paramètres du bouclier sanitaire devront faire l'objet d'une étude plus précise, en particulier s'agissant du BS proportionnel au revenu. L'articulation de ce dernier avec les contrats collectifs pose notamment des questions juridiques et opérationnelles non résolues. Une des limites des chiffrages réalisés tient par ailleurs à la difficulté à estimer l'impact des scénarios sur le marché des organismes complémentaires, le montant des primes et sur le comportement des assurés. Enfin, l'ensemble de ces scénarios nécessiterait un délai de mise en place estimé à au moins trois ans.

Le deuxième scénario est celui du « décroisement » du panier de soins, qui consiste à mettre fin, sur des postes de soins définis, au mécanisme de copaiement, pour laisser l'un ou l'autre des financeurs prendre en charge en totalité ces postes de soins, l'autre financeur s'en dégageant complètement.

La mission a étudié deux familles de scénarios de transferts de dépenses vers l'AMC. **Une première famille de scénarios consiste en un transfert de l'optique, de l'audioprothèse et du dentaire de l'AMO vers l'AMC**, sans contrepartie de l'AMC vers l'AMO. Ainsi, les postes de soins où les AMC sont d'ores et déjà financeurs majoritaires leur seraient intégralement confiés. Dans une version maximaliste, l'ensemble des dépenses de soins dentaires (conservateurs et prothétiques) serait confié à l'AMC, outre l'audioprothèse et l'optique, pour un montant total de 4,8 Md€. Dans une version plus minimaliste, seules les dépenses de soins prothétiques dentaires seraient transférées à l'AMC, pour un total de 1,6 Md€. Dans les deux cas, il résulterait de ce transfert un accroissement significatif des RAC AMO pour les foyers les plus âgés, plus important que chez les plus jeunes (entre +100 et +60€ par an pour les ménages dont le membre le plus âgé a plus de 70 ans ; entre +50 et +15 € pour les ménages dont le membre le plus âgé a moins de 40 ans). Les deux scénarios auraient également un léger effet redistributif entre ménages modestes et ménages aisés.

Un deuxième scénario a été étudié**, consistant en un transfert de l'audioprothèse, de l'optique et des transports sanitaires de l'AMO vers l'AMC, les dépenses d'hospitalisation étant, en contrepartie, transférées intégralement vers l'AMO**. Ce scénario représenterait un transfert net vers l'AMC de 2,4 Md€. Il serait quasiment sans effet sur les RAC des foyers jeunes, mais accroitrait de manière importante ceux des foyers les plus âgés (entre environ 120 et 130 € par an).

De la même manière que pour les scénarios de bouclier sanitaire, de nombreuses autres options de scénarios de décroisement existent. Il convient de noter que selon leur ambition, ces scénarios pourraient notamment soulever des questions de constitutionnalité.

Par ailleurs, les scénarios prévoient un transfert net pour l'AMC, conduisant mécaniquement, dans les chiffrages présentés par la mission, à une augmentation du RAC AMO pour les assurés. Cependant, ces hausses pourraient être contrebalancées par une baisse de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) pesant sur les contrats de complémentaire santé, acquittée *in fine* par les consommateurs, non chiffrée par la mission. Par ailleurs, dans l'hypothèse de l'absence de baisse de TSA, le transfert permettrait de diminuer le déficit de l'AMO, donc la dette sociale et partant la dette publique.

Dans l'ensemble des chiffrages des scénarios, la complémentaire santé solidaire (C2S) est conservée.

Enfin, la mission a chiffré l'impact d'une suppression des avantages socio-fiscaux liés aux contrats collectifs, c'est-à-dire les contrats souscrits par les employeurs des actifs, salariés ou fonctionnaires, ainsi que les contrats des indépendants. Ces contrats bénéficient à la fois d'exemptions sociales bénéficiant aux employeurs, et d'avantages fiscaux bénéficiant aux salariés et aux indépendants. Le coût total pour les finances publiques de ces avantages s'élève à environ 3,5 Md€. Cette évolution pourrait permettre une baisse corrélative de la TSA sur l'ensemble des contrats responsables estimée entre 3 et 8 points.

SOMMAIRE

INTRODUCTION **1**

1. LE « BOUCLIER SANITAIRE » **2**

1.1. Le « bouclier sanitaire » consiste en un plafonnement des restes à charge (RAC) après intervention de l'assurance-maladie obligatoire, pouvant prendre différentes formes 2

1.1.1. Une réforme de « bouclier sanitaire » viserait à limiter les restes à charge trop importants après intervention de l'AMO et renforcer l'équité des dispositifs d'exonération *2*

1.1.2. De nombreuses variantes du bouclier sanitaire ont été simulées par le passé, inspirées de modèles étrangers *5*

1.1.3. Les scénarios étudiés par la mission permettent d'actualiser certains travaux récents et surtout de modéliser un bouclier sanitaire fonction du revenu du ménage *8*

1.1.4. Dans les scénarios de plafonnement à isocoût pour l'AMO, le nombre d'assurés voyant leur RAC AMO augmenter est supérieur à celui des assurés voyant leur RAC baisser, mais la baisse de RAC de ces derniers est très significative *10*

1.2. Les travaux réalisés par la mission n'épuisent pas les options possibles et les caractéristiques et l'impact d'un bouclier sanitaire devront faire l'objet d'une instruction complémentaire 14

1.2.1. Sur le plan de la conception du bouclier sanitaire, de nombreuses options structurantes devront être tranchées *14*

1.2.2. La mise en place d'un bouclier sanitaire aura un impact sur le marché des OC, sur le montant des primes et sur le comportement des assurés difficile à anticiper *16*

1.2.3. Quel que soit le scénario retenu, la mise en œuvre technique sera complexe, la Cnam estimant ses délais minimaux à 3 ans *18*

2. LES « DÉCROISEMENTS » DU PANIER DE SOINS **19**

2.1. Le « décroisement » vise à rendre le système plus lisible pour les assurés et, en théorie, à améliorer la régulation de la dépense de santé 19

2.1.1. Les scénarios de décroisement consistent à mettre fin, sur des paniers de soins définis, au mécanisme de copaiement, dans un objectif de meilleure lisibilité et, en théorie, de meilleure régulation *19*

2.1.2. Des exemples de décroisement partiel ou total des paniers de soins existent dans de nombreux États *21*

2.2. Les scénarios étudiés par la mission sont d'ambition variable et sous-tendus par des logiques différentes 22

2.2.1. Le transfert de l'AMO vers l'AMC des postes où les OC sont aujourd'hui financeurs majoritaires : l'optique, le dentaire et les audioprothèses *23*

2.2.2. Le transfert de l'optique et des audioprothèses, ainsi que des transports sanitaires, dans un objectif de meilleure régulation des dépenses *25*

3. LA SUPPRESSION DES AVANTAGES FISCAUX ET SOCIAUX DES CONTRATS COLLECTIFS 26

3.1. Le coût des avantages fiscaux et sociaux applicables aux contrats santé collectif est mal connu 26

3.2. La « réinjection » des gains pour les finances publiques d'une suppression de tout ou partie de ces avantages pourrait rapporter entre 3 et 8 points de TSA . 29

INTRODUCTION

Par lettre de mission en date du 15 mai 2026, la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et le ministre de l'action et des comptes publics ont demandé à l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'étudier des scénarios d'amélioration de l'articulation entre assurance-maladie obligatoire et assurance-maladie complémentaire, dans un objectif de lisibilité pour les assurés, d'amélioration de l'accès aux soins et de contribution à la soutenabilité de la dépense.

Ces travaux avaient notamment vocation à alimenter la mission confiée à Mme Elisabeth Hubert et MM. Nicolas Bouzou, Stéphane Junique et Franck Von Lennep relative à l'articulation entre AMO et AMC par lettre de mission en date du 26 janvier 2026, à laquelle l'IGAS et l'IGF apportent par ailleurs leur concours.

Les trois familles de scénarios que la lettre de mission charge d'étudier sont les suivantes :

- une famille de scénarios de plafonnement du reste à charge après intervention de l'assurance-maladie obligatoire, dite de « bouclier sanitaire » ;
- une famille de scénarios de décroisement des paniers de soins ;
- un scénario dit à « architecture actuelle » de baisse des avantages sociaux et fiscaux des contrats collectifs et d'une baisse corrélative de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) sur l'ensemble des contrats responsables.

Ce rapport présente ces scénarios et les principaux résultats des chiffrages du bouclier sanitaire, détaillés en annexe I, et du décroisement, détaillés en annexe II. Il identifie les questions qui nécessiteront une expertise plus avancée que celle réalisée dans le cadre du présent rapport en cas de mise en œuvre d'un tel dispositif et présente de premiers éléments d'analyse de faisabilité technique, réalisés par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

Les membres de la mission sont Mme Émilie Fauchier-Magnan, inspectrice des affaires sociales, Mme Anouk Canet, inspectrice des finances, et M. Adrien Charlet, *data scientist* au pôle Sciences des données de l'Inspection générale des finances.

Pour la réalisation des chiffrages, la mission a bénéficié du concours constant des équipes de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), en particulier M. Alexandre Fauchon et M. Odran Bonnet, qu'elle remercie.

1. Le « bouclier sanitaire »

1.1. Le « bouclier sanitaire » consiste en un plafonnement des restes à charge (RAC) après intervention de l'assurance-maladie obligatoire, pouvant prendre différentes formes

1.1.1. Une réforme de « bouclier sanitaire » viserait à limiter les restes à charge trop importants après intervention de l'AMO et renforcer l'équité des dispositifs d'exonération

L'organisation du financement du système de santé français se caractérise par un système de co-paiement de de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'assurance complémentaire (AMC), du fait du mécanisme de « ticket modérateur », sur la plupart des postes de soins, qui est historiquement le principal espace d'intervention des AMC depuis la création de la Sécurité sociale en 1945.

Si d'autres systèmes de santé fonctionnent également selon ce principe, des études comparatives permettent de montrer que les paniers de soins couverts par l'AMC en France sont plus diversifiés que ceux couverts dans d'autres pays au modèle similaire et que la part de l'AMC dans la dépense globale de santé est plus importante qu'ailleurs[2].

Encadré 1 : Les grands modèles d'organisation des systèmes de santé

L'OCDE distingue schématiquement trois modèles de protection sociale : les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés, où l'assurance est obligatoire mais gérée par des entreprises privées ; les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques, d'inspiration bismarckienne ; et les services nationaux de santé, d'inspiration beveridgienne.
Dans chacun de ces systèmes, une assurance privée facultative s'est développée en marge du système obligatoire. Elle peut être « supplémentaire », quand elle est souscrite pour couvrir des prestations hors du panier de soins de base, « complémentaire » en cas de co-paiements avec l'assurance de base, ou « duplicative », lorsqu'elle sert à financer le recours à une offre de santé privée de meilleure qualité ou présentant de moindres délais d'attente que l'offre publique dans les pays disposant d'un service national de santé.

Source : Mission.

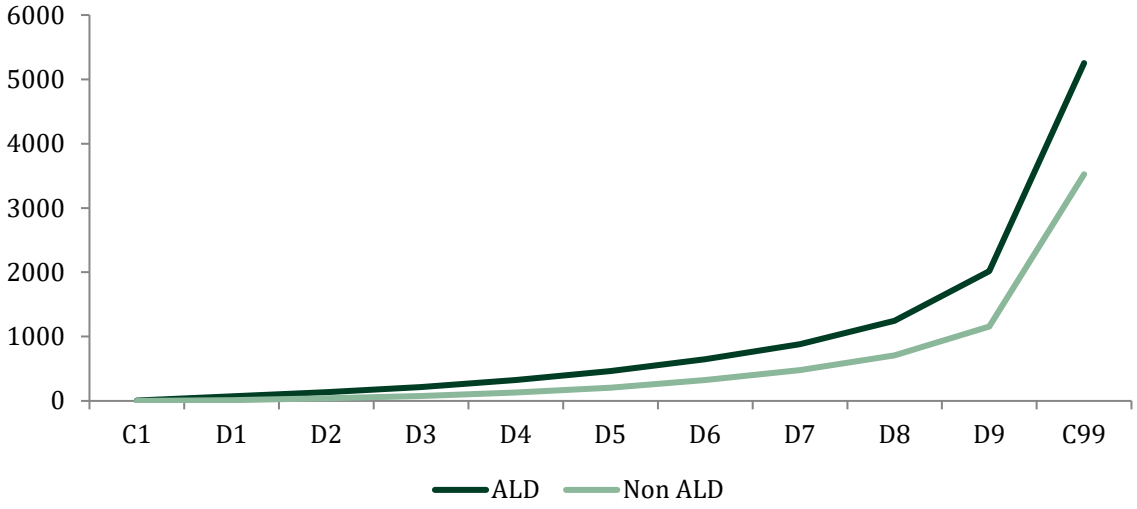
Dans un contexte où la couverture complémentaire est quasi-généralisée, où les AMC occupent une place importante dans la solvabilisation des dépenses, et où les règles de calcul des participations des patients sont complexes et divergentes selon les prestations, des restes à charge importants après intervention de l'AMO peuvent subsister.

L'analyse de la distribution des restes à charge révèle ainsi qu'une majorité d'assurés qu'ils soient reconnus en affection de longue durée (ALD) ou non, ont un RAC AMO inférieur à 500 € par an. En revanche, pour une minorité d'assurés, les RAC AMO sont significativement plus élevés. En particulier, le RAC atteint plus de 3 000 € en 2021 pour 1 % des consommants ayant le RAC le plus élevé (cf. graphique 1)[3].

[2] Drees, 2017 ; Drees, 2019, *L'assurance santé privée en Europe*, in *La complémentaire santé.*

[3] Source : rapport IGF-Igas relatif aux affections de longue durée.

Graphique 1 : Distribution des restes à charge annuels après l'AMO pour les assurés en ALD et sans ALD en 2021 (en €)



Source : Mission IGF-IGAS relative aux affections de longue durée, d'après la base de données RAC 2021. Lecture : L'axe des abscisses représente la distribution des assurés selon leurs restes à charge. Les graduations C1 et C99 désignent respectivement les seuils du premier centile et du dernier centile.

Par ailleurs, le système actuel repose sur une multitude d'exonérations du ticket modérateur qui est pour partie inéquitable. C'est notamment le cas du principal motif d'exonération existant qu'est l'ALD. Très peu réformé depuis les années 1980, ce dispositif, qui avait été conçu pour protéger les assurés contre le coût élevé des soins, cible de fait pour une part importante des bénéficiaires dont les dépenses de santé sont limitées. Ainsi, 30% des bénéficiaires présentent des dépenses de santé inférieures à la moyenne des assurés sans ALD de plus de 65 ans. À l'inverse, certains patients atteints de pathologie au traitement onéreux ne peuvent pas être reconnus en ALD[4].

Le bouclier sanitaire vise à mieux protéger les assurés contre des restes à charges AMO élevés, de façon plus équitable. Il consiste à mettre en place un plafonnement des restes à charges après intervention de l'AMO, plafonds au-delà desquels l'AMO vient prendre en charge 100 % de la dépense de santé supplémentaire.

Dans plusieurs pays étrangers (Allemagne, Belgique, Suède), le bouclier sanitaire constitue la principale protection contre les restes à charges élevés, et il n'existe pas de dispositif d'exonération similaire à celui des ALD.

[4] Cf. notamment le rapport IGF-IGAS relatif aux affections de longue durée, 2024.

Il se distingue du dispositif de franchise à la base (qui consiste à décaler l'intervention de la prise en charge par l'assurance à un seuil de dépenses cumulées)[5] par le fait qu'en-deçà du plafond, l'assuré ne prend pas en charge ses dépenses au premier euro : les règles actuelles de prise en charge des dépenses par l'AMO restent en vigueur. Il n'a donc un effet direct sur le reste à charge AMO que pour les derniers déciles des assurés (en fonction du niveau du bouclier défini). **Si le principe du bouclier sanitaire est simple, les scénarios d'application peuvent porter sur des dispositifs et des périmètres très variés :**

- ce plafonnement peut s'appliquer à l'ensemble du panier de soins AMO, ou ne porter que sur une partie du panier de soins : le bouclier peut ainsi couvrir uniquement le champ des soins de ville, où les RAC sont les plus fréquents ou, à l'inverse, l'hôpital où les RAC sont les plus extrêmes ; la couverture par le bouclier de certains postes de soins qui sont actuellement peu ou pas couverts par l'assurance maladie se poserait également (exemple des postes du 100% santé, notamment l'optique, ou encore les dépassements d'honoraire) ;
- le plafond peut être soit identique pour tous les assurés, soit modulé en fonction du revenu.

Il peut par ailleurs impliquer une refonte plus ou moins importante des règles de remboursement de l'AMO :

- les réflexions sur la mise en place d'un bouclier sanitaire en France ont toujours été associées à une suppression ou à une réforme en profondeur des motifs d'exonérations du ticket modérateur existant (en particulier, le plus coûteux d'entre eux, les ALD). Dans sa version la plus simplificatrice, il peut être associé à une suppression de l'ensemble des dispositifs d'exonérations, mais une partie des exonérations applicables aux actes ou aux catégories de risque ou de situations pourraient être maintenue (maternité, AT-MP) ;
- il peut être associé à une simplification des règles de calcul du ticket modérateur, par exemple en prévoyant un ticket modérateur unique.

Enfin, selon leur calibrage, ces scénarios peuvent avoir des impacts financiers divers pour l'AMO, négatifs ou positifs.

Conséquence de la variété des scénarios possibles, les objectifs d'un bouclier sanitaire sont multiples et non nécessairement compatibles entre eux :

- quand il est modulé en fonction du revenu, davantage protéger les ménages modestes et opérer une forme de redistribution ;
- mieux contenir la dépense de l'AMO, notamment à travers la suppression des exonérations pour ALD, dont la croissance n'est pas directement pilotable par les pouvoirs publics puisque dépendant des évolutions épidémiologiques. Un meilleur pilotage des dépenses d'assurance maladie suppose toutefois que le plafond soit régulièrement ajusté, en fonction de l'évolution des dépenses de santé ;
- rendre le système plus équitable en concentrant les dépenses de l'AMO sur les situations où les assurés subissent les RAC les plus élevés plutôt que dans une logique attachée à la pathologie ;
- en évitant les situations de RAC dits « catastrophiques »[6] pour les assurés non couverts par une AMC, faciliter le recouvrement des créances par les établissements hospitaliers notamment ;

[5] Ce mécanisme est mis en œuvre, en matière d'assurance-santé, en Suisse, aux Pays-Bas ou en Suède.

[6] Un reste à charge est dit « catastrophique » lorsqu'il représente plus de 40 % de la « capacité à payer pour des soins et services de santé », cette capacité étant définie comme la consommation totale du ménage à laquelle on soustrait un montant permettant de définir les besoins essentiels.

- quand il conduit à supprimer le dispositif ALD ou à simplifier le calcul des tickets modérateurs, il constitue une simplification des modalités de remboursement de l'AMO et des simplifications en gestion pour l'assurance maladie.

1.1.2. De nombreuses variantes du bouclier sanitaire ont été simulées par le passé, inspirées de modèles étrangers

Les exemples étrangers constituent une première source d'inspiration pour la réalisation d'un bouclier sanitaire. Plusieurs États de l'Union européenne ont ainsi mis en place un bouclier sanitaire (cf. encadré 2).

Encadré 2 : L'exemple de plafonnements des restes à charge, sous forme de boucliers sanitaires, mis en place en Belgique et en Allemagne

En Belgique, un système de plafonnement du montant annuel de participations financières des assurés a été introduit en 1994, selon le principe du « maximum à facturer » (MAF). Le calcul du MAF varie selon la situation de l'assuré. Coexistent ainsi :

- un MAF revenus : les plafonds sont fixés en fonction du revenu annuel net du ménage (avec cinq plafonds pour cinq tranches de revenus) ;
- un MAF pour les malades chroniques : leur plafond de MAF revenus est diminué de plus de 100 € par rapport à leur MAF revenus ;
- un MAF « social » permet à certains bénéficiaires de prestations sociales de type *minima sociaux* de voir leurs frais de santé plafonnés au-delà d'un certain montant (548,55 € par an en 2026) ;
- un MAF pour les enfants de moins de 19 ans : un plafond par enfant est fixé (792,35 € par an en 2026), quels que soient les revenus du ménage.

Les différents MAF peuvent se combiner, le plus avantageux étant retenu.

Barème du MAF revenus (2026)

Revenus (€)	Plafond (€)
≤ 13 402,43	270,60
De 13 402,44 à 23 977,39	548,55
De 23 977,40 à 36 860,74	792,35
De 36 860,75 à 49 744,15	1 219,00
De 49 744,16 à 62 090,73	1 706,60
≥ 62 090,74	2 194,20

À la différence du système français, le statut d'« affection chronique » et les avantages sociaux associés (plafond MAF plus bas, tiers payant, éventuelles aides directes) est accordé aux patients :

- ayant un montant minimum de dépenses de santé (y compris le ticket modérateur officiel mais pas les surfacturations) de 387,27 € en 2024 par trimestre pendant huit trimestres consécutifs ;
- bénéficiaires de paiements fixes pour les patients souffrant de maladies chroniques[7] ou couvert par l'assurance maladie obligatoire et souffrant d'une maladie rare ou orpheline.

Le statut d'affection chronique est octroyé pour deux ans, puis renouvelable d'année en année.

S'agissant de l'organisation du système d'assurance maladie, les 44 organismes qui financent l'assurance maladie obligatoire en Belgique (« mutualités ») doivent également proposer à leurs assurés un second segment de financement, dont la souscription par ces derniers est également

[7] Il s'agit de « l'intervention forfaitaire pour malades chroniques ». Les patients ont droit à cette aide forfaitaire au cours d'une année civile (1) si la part à la charge de l'assuré dans le coût des prestations de santé (i.e. le ticket modérateur) s'élevait à 450 € par an au cours de cette année civile et au cours de l'année civile précédente ; et (2) si le patient se trouve dans une situation de dépendance au cours de cette année civile (par exemple, le patient a séjourné dans un hôpital pendant une durée totale de 120 jours au moins au cours de l'année civile concernée et de l'année précédente, ou a été admis six fois au moins durant cette même période).

obligatoire. Le panier de soins de ce second segment varie d'une mutualité à l'autre, selon les priorités et sensibilités de leurs conseils d'administration. Ainsi, la grande majorité des mutualités couvrent à ce titre les tickets modérateurs et copaiements en dessous du plafond du « MAF » décrit *supra.* La plupart des mutualités proposent également le financement de prestations supplémentaires peu financées par l'assurance maladie obligatoire comme la kinésithérapie de confort, les soins psychologiques ou les orthophonistes.

En Allemagne, depuis 2004, il existe un plafonnement des RAC fixé à 2 % du revenu annuel individuel (1 % pour les personnes souffrant de maladies chroniques), qui porte sur les dépenses remboursées par l'AMO. Ce mécanisme de plafonnement est applicable pour les assurés couverts par l'AMO (89 % de la population en 2025). Les restes à charge pris en compte pour calculer le plafond sont les participations financières sur les médicaments, prothèses dentaires, transport sanitaire en vue d'une hospitalisation et d'un traitement en ambulatoire, soins paramédicaux (kinésithérapie, infirmiers à domicile…), hospitalisation, thalassothérapie ou séjours en soins de suite et réadaptation non liés à une hospitalisation en amont. Contrairement à la Belgique, où les exonérations de participation financière aux soins se font automatiquement une fois le plafond atteint, l'assuré doit en faire la demande auprès de caisse d'assurance maladie.

Pour les assurés couverts par l'assurance maladie privée, cette limitation des restes à charge ne s'applique pas puisque les assurés sont soumis aux conditions contractuelles spécifiques de leurs contrats d'assurance privés, y compris les franchises, les copaiements et les limites de couverture, qui peuvent varier en fonction du contrat.

Source : Mission, à partir du rapport IGF-IGAS relatif aux affections de longue durée.

Depuis 2007, de multiples réformes du système français de financement des soins tendant à plafonner les restes à charges ont été étudiées :

- en 2007, le rapport Briet-Fragonard[8] propose un premier un schéma de suppression de l'ensemble des exonérations, avec un taux de ticket modérateur unique, et une modulation du taux de ticket modérateur en fonction du revenu, à coût constant pour l'assurance-maladie ;
- en 2012, la direction générale du Trésor (DG Trésor) a étudié trois schémas de réforme, incluant (1) la mise en place d'une franchise, d'un ticket modérateur (TM) unique de 30 % et d'un plafond de reste à charge opposable fixe ; (2) la mise en place d'une franchise, d'un ticket modérateur unique de 30 % et d'un plafond de reste à charge variant en proportion du revenu par unité de consommation (UC) ; (3) la mise en place d'une franchise, d'un TM unique de 30 % et d'un plafond de reste à charge variant en proportion du revenu, mais différencié en fonction des pathologies subies[9] ;
- en 2022, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam)[10] a réalisé plusieurs chiffrages de plafonnement des restes à charge à l'hôpital uniquement, et en ville et à l'hôpital, sans modifier les règles d'exonération ou de calcul du ticket modérateur.

Sur la période récente, deux nouvelles études ont conçu et chiffré des scénarios d'évolution tendant à la mise en place d'un bouclier sanitaire : la revue de dépenses IGF-IGAS relative aux ALD de 2024 d'une part, et la DG Trésor, également en 2024. Ces deux scénarios s'inscrivent dans une réflexion autour de l'évolution du dispositif d'affection de longue durée, avec les objectifs sous-jacents d'une simplification voire d'une suppression du régime des ALD d'une part, et de meilleure maîtrise des dépenses associées à ce dispositif d'autre part.

---

[8] R. Briet, B. Fragonard, avec le concours de J.-P. Lancry, *Mission Bouclier sanitaire*, 28 septembre 2007.

[9] Reprenant les argumentaires développés par le Hcaam et le rapport Briet-Fragonard, la DG Trésor estimait que ces scénarios permettaient de répondre à deux limites du système de prise en charge : le foisonnement des exonérations, rendant le système peu lisible, et l'absence de couverture correcte contre les risques catastrophiques pour certains assurés.

[10] Annexe A2 du rapport *Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et assurance maladie complémentaire*, 2022.

Le rapport IGF-IGAS de 2024 a étudié la mise en place d'un plafonnement annuel du RAC opposable applicable en ville et à l'hôpital, à l'exception des dépenses d'équipements des dispositifs du 100 % Santé (audioprothèse, dentaire, optique). Ce scénario simulait la suppression du régime ALD dans son ensemble. En revanche, elle n'a pas pu simuler de scénario créant un plafond modulé selon les revenus, du fait de la base de données utilisée. Elle n'a pas produit de statistiques sur les RAC après intervention de l'AMC et les montants des primes d'AMC.

Tableau 1 : Synthèse des impacts sur les finances publiques en fonction du scénario, sur la population en ALD et la population non ALD (en Md€)

Plafond de ticket modérateur	RAC opposable ALD	Impact Fipu ALD	RAC opposable non ALD	Impact Fipu non ALD	Impact Fipu total
Situation initiale base RAC 2021	5,2	-	10,5	-	-
Sans bouclier sanitaire	20,1	14,9	10,5	0,0	14,9
S1 : 100 €	1,3	-3,9	3,6	-6,9	-10,8
S2 : 200 €	2,4	-2,8	5,6	-4,9	-7,7
S3 : 300 €	3,5	-1,7	6,8	-3,7	-5,4
S4 : 500 €	5,2	0,0	8,2	-2,3	-2,3
S5 : 1000 €	8,2	3,0	9,4	-1,1	1,9
S6 : 1500 €	10,1	4,9	9,8	-0,7	4,2
S7 : 2000 €	11,4	6,2	10,0	-0,5	5,7
S8 : 5000 €	15,3	10,1	10,4	-0,1	10,0

Source : Mission, à partir de la note Drees de mise à jour des chiffrages de la mission IGF-IGAS sur les ALD. Lecture : en 2021, le RAC opposable total s'élève à 5,2 Md€ pour la population en ALD et à 10,5 Md€ pour celle sans ALD. L'absence du dispositif ALD augmenterait ce RAC à 20,1 Md€ pour ses bénéficiaires. La mise en œuvre d'un bouclier sanitaire avec un plafond de 100 € réduirait le RAC opposable de la population en ALD à 1,3 Md€ et à 3,6 Md€ pour la population non-ALD. Le coût pour les finances publiques serait de 10,8 Md€.

La DG Trésor a étudié un scénario d'évolution structurelle du dispositif ALD, déployable en deux temps. Dans un premier temps, était prévue une suppression de l'exonération du ticket modérateur pour les personnes en ALD, remplacée par une prise en charge à 100 % de l'AMO des dépenses remboursables au-delà d'un reste à charge opposable individuel compris entre 1200 et 1500 €. L'objectif de ce scénario était de recentrer l'action de l'AMO sur les personnes présentant des dépenses de soins très élevées, en s'éloignant d'une logique par pathologie. Dans un second temps, il était envisagé d'étendre ce dispositif à l'ensemble des assurés, ce qui réduirait les économies. La DG Trésor suggérait de privilégier un plafond uniforme, sans prise en compte de critères de revenu, « afin de circonscrire l'action redistributive de l'AMO à son financement et ainsi conserver le caractère universel de la branche maladie »[11].

[11] Les chiffrages réalisés par la DG Trésor ne seront pas présentés dans cette annexe, ceux-ci ayant été menés avant la détection par la Drees d'une erreur dans les données mises à disposition pour établir les chiffrages sous-jacents à la revue de dépenses relative aux ALD. La correction de cette erreur conduit à réviser fortement à la hausse l'impact sur les finances publiques des différents scénarios analysés à l'époque.

1.1.3. Les scénarios étudiés par la mission permettent d'actualiser certains travaux récents et surtout de modéliser un bouclier sanitaire fonction du revenu du ménage

La mission a réalisé les chiffrages de différents scénarios de bouclier sanitaire, qui permettent (1) d'actualiser les chiffrages sur les données les plus récentes disponibles (2) de chiffrer les effets d'un bouclier sanitaire proportionnel au revenu et (3) d'examiner les impacts sur les primes d'AMC et les RAC après intervention de l'AMC.

Les scénarios étudiés sont les suivants :

- la mise en place d'un plafond unique pour tous, avec suppression de l'exonération ALD, à isocoût pour l'AMO (plafond de 740 €) et générant 2,9 Md€ d'économies pour l'AMO (plafond de 1300 €) ;
- la mise en place d'un plafond modulé en fonction du revenu, avec suppression de l'exonération ALD, à isocoût pour l'AMO (plafond fixé à 2,8 % du niveau de vie par unité de consommation) et générant 3,8 Md€ d'économies pour l'AMO (plafond de 6 % du niveau de vie) ;
- plusieurs scénarios de couplage entre un ticket modérateur unique (associé à la suppression de l'exonération ALD et de toutes les autres catégories d'exonérations) et un plafond, à isocoût pour l'AMO.

Pour le premier scénario, la mission a également étudié une variante tenant compte de la spécificité des ALD, qui bénéficieraient alors d'un plafond équivalent à 50 % du plafond des personnes non ALD, à isocoût pour l'AMO.

Dans l'ensemble des chiffrages des scénarios, la complémentaire santé solidaire (C2S) est conservée : ainsi, l'exonération de ticket modérateur pour les personnes dont les revenus se situent en-deçà du plafond de revenus prévu par la C2S est maintenue. Le tableau 2 présente la synthèse de l'impact des scénarios, incluant le nombre de gagnants et de perdants en ALD et hors ALD, ainsi que le montant supplémentaire ou moindre de leur reste à charge.

Tableau 2 : Synthèse des résultats des scénarios

			Impact sur les consommants (millions de personnes et *variation moyenne du RAC AMO par individu*)				
Scé-nario	**Montant du bouclier**	**TM**	**bALD[12] dont le RAC augmente**	**bALD dont le RAC baisse**	**Non ALD dont le RAC baisse**	**Non ALD dont le RAC augmente**	**Gain pour l'AMO (M€)**
Scénarios sans modifications des règles de TM							
Scénarios à isocoût pour l'AMO							
1	740 €	Règles actuelles	8,3 *(345)*	1,5 *(- 868)*	2,2 *(- 690)*	-	5
2	1 240 € (620 € ALD)	Règles actuelles	8 *(303)*	1,9 *(- 798)*	0,7 *(- 1239)*	-	0
3	2,8 % du niveau de vie	Règles actuelles	8,2 *(355)*	1,6 *(- 820)*	2,2 *(- 630)*	-	-5
Scénarios avec économies pour l'AMO							
4	1 300 €	Règles actuelles	9 *(506)*	0,7*(- 1 112)*	0,7 *(-1260)*	-	2900
5	6 % du niveau de vie	Règles actuelles	9,1 *(579)*	0,6 *(- 1 173)*	0,7 *(- 1142)*	-	3800

[12] Bénéficiaires d'une ALD.

			Impact sur les consommants (millions de personnes et *variation moyenne du RAC AMO par individu*)				
Scé-nario	**Montant du bouclier**	**TM**	**bALD[12] dont le RAC augmente**	**bALD dont le RAC baisse**	**Non ALD dont le RAC baisse**	**Non ALD dont le RAC augmente**	**Gain pour l'AMO (M€)**
Scénarios sans modifications des règles de TM							
Scénarios avec TM unique							
6	2 000 €	TM unique à 15%	8,6 *(582)*	3,4 *(- 271)*	38,4 *(- 132)*	5,9 *(166)*	24
7	750 €	TM unique à 25%	9,4 *(338)*	2,6 *(- 554)*	33,5 *(- 95)*	10,6 *(133)*	-42
8	460 €	TM unique à 40%	9 *(268)*	3 *(- 660)*	7,5 *(- 361)*	36,3 *(65)*	77

Source : Pôle sciences des données de l'IGF.

Les différents scénarios simulés conduisent à des répartitions globales de la dépense entre AMO, AMC et ménages proches de celles observées avant réforme : les OC prennent le relai, en fonction de la nature du contrat souscrit, de l'AMO et répercutent ensuite ces variations sur les primes des ménages.

Cependant, dans certaines configurations, les primes collectées par les OC peuvent diminuer en parallèle d'une diminution des dépenses de l'AMO, alors que ces deux agrégats devraient en principe évoluer dans des sens opposés. Ces variations s'expliquent par la structure de la consommation de soins et des obligations de prise en charge des OC sur certains postes dans le cadre des contrats responsables.

À titre d'exemple, si les dépenses de l'AMO augmentent sur des postes obligatoirement pris en charge par le CSR, mais ne baissent pas dans la même proportion sur des postes non obligatoirement pris en charge par ce contrat, le montant des primes collectées peut baisser (cf. tableau 3).

Tableau 3 : Partage des dépenses entre AMO, OC et ménages

Scénario	AMO (% de la dépense)	AMC (% de la dépense)	RAC Ménages (% de la dépense)	Variation des primes payées par les ménages (en M €)	Variation estimée de la TSA (en M€)
Actuel	81,9	13,4	4,8	-	-
1 (BS unique, 740 €)	81,9	13,2	4,9	-280	-37
2 (BS unique, divisé ALD)	81,9	13,3	4,9	-250	-33
3 (BS 2,8 % du niveau de vie)	81,8	13,3	4,9	-250	-33
4 (BS unique, 1300 €)	80,5	14,6	4,9	2610	+346
5 (BS 6 % du niveau de vie)	80,0	15,1	4,9	3560	+472
6 (TM unique, 15 %)	81,8	13,3	4,8	-80	-11
7 (TM unique, 25 %)	81,9	13,2	4,9	-360	-48
8 (TM unique, 40 %)	81,8	13,0	5,2	-770	-102

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; note : les dépenses de santé dans le champ du modèle s'élèvent à 207,62 Md€, les totaux peuvent ne pas sommer à 100 % en raison des arrondis.

1.1.4. Dans les scénarios de plafonnement à isocoût pour l'AMO, le nombre d'assurés voyant leur RAC AMO augmenter est supérieur à celui des assurés voyant leur RAC baisser, mais la baisse de RAC de ces derniers est très significative

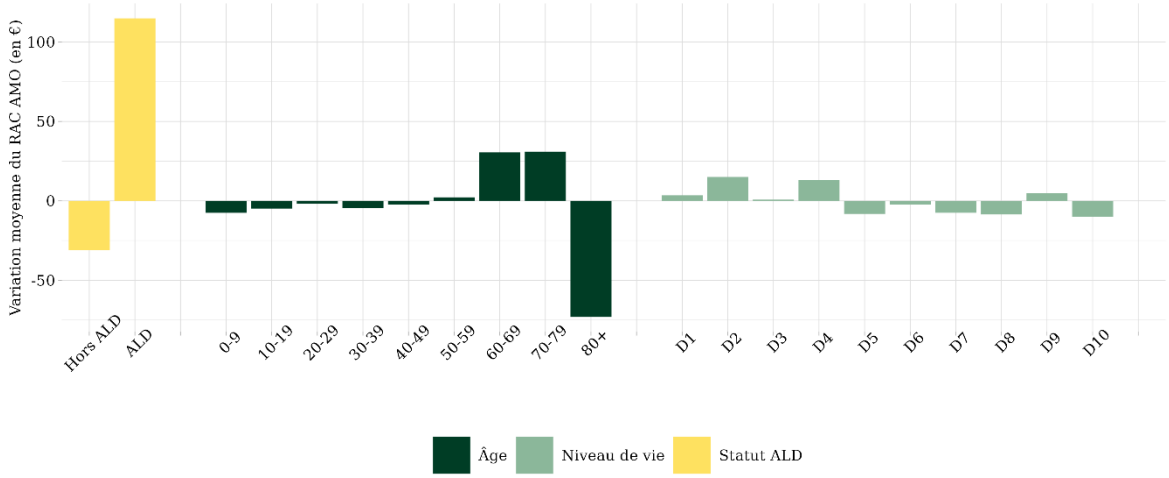
L'annexe I présente l'ensemble des hypothèses retenues pour le chiffrage de ces scénarios, leur impact sur le RAC AMO par tranche d'âge, par dixième de niveau de vie, et en fonction du statut ALD. Elle présente également l'impact de ces scénarios sur les RAC après intervention de l'AMC et sur les primes d'AMC.

S'agissant du RAC AMO, les principales conclusions des scénarios à isocoût pour l'AMO sont les suivantes :

- dans les deux scénarios de plafonnement sans modification des règles de ticket modérateur (TM) et sans prise en compte spécifique des ALD (scénarios 1 et 3), l'analyse montre que le nombre de personnes voyant leur RAC augmenter et baisser serait approximativement identique (entre 8,2 et 8,3 M de perdants uniquement parmi les ALD, entre 3, 6 et 3,8 M de gagnants). **Cependant, les « gagnants » voient leurs restes à charge diminuer de manière beaucoup plus significative que les « perdants », ce qui correspond bien à l'un des objectifs d'une telle mesure de réduction des RAC extrêmes :** alors que les perdants voient leur RAC augmenter environ de 350 €, les gagnants voient leur RAC diminuer de près du double de ce montant pour les patients hors ALD (entre 630 et 690 €) ;
- dans chacun de ces scénarios, les pertes et gains par classe d'âge sont également similaires : **les ménages dont la personne la plus âgée a entre 60 et 79 ans voient leur RAC AMO moyen augmenter d'une trentaine d'euros, tandis que les plus de 80 ans voient leur RAC baisser d'environ 90 € ;** l'effet est très faible pour les autres classes d'âge ;

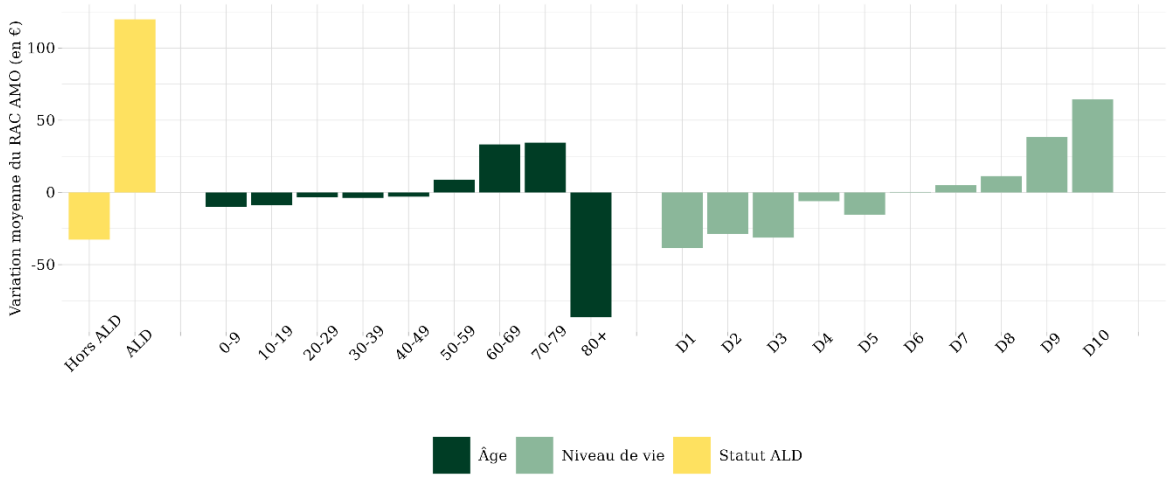
- enfin, le scénario 3 a, par construction, un effet redistributif fort : le RAC AMO des ménages du premier décile baisserait en moyenne de 39 €, tandis que celui des ménages du dixième décile augmenterait de 64 € (cf. graphique 2 et graphique 3).

Graphique 2 : Synthèse des variations des RAC AMO après réforme, scénario 1



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; Calculs : pôle Science des données de l'IGF.

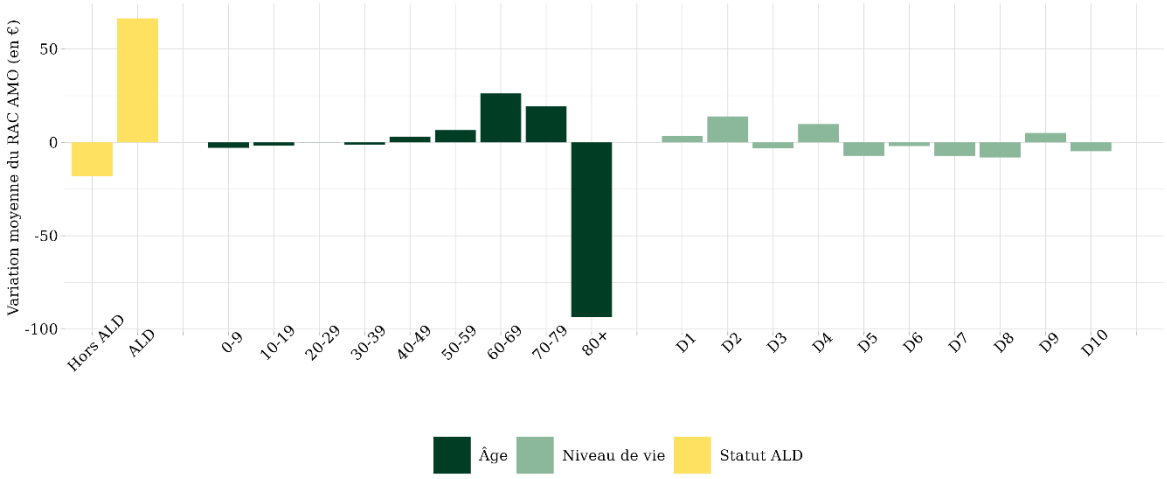
Graphique 3 : Synthèse des variations des RAC AMO après réforme, scénario 3



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; Calculs : pôle Science des données de l'IGF.

Le scénario 2, qui prévoit un plafond spécifique pour les personnes en ALD, crée logiquement moins de « perdants » parmi les bénéficiaires d'ALD, sans pour autant baisser drastiquement leur nombre (8 M de perdants contre 8,2 et 8,3 M dans les scénarios sans prise en compte spécifique de l'ALD). Il crée moins de gagnants chez les non-ALD (0,7 M contre 2,2 dans les scénarios 1 et 3). En termes d'impact par âge, il désavantagerait légèrement moins les 60-79 ans que les autres scénarios (cf. graphique 4).

Graphique 4 : Synthèse des variations des RAC AMO après réforme, scénario 2



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Enfin, les scénarios prévoyant une fusion des tickets modérateurs assortis d'un plafond unique présentent quant à eux des effets très différenciés :

- un TM bas (15 %) assorti d'un plafond élevé (2000 €, scénario 6) augmenterait massivement le RAC des personnes ALD perdantes (+ 582 € en moyenne). Il accroîtrait également le RAC des personnes de plus de 60 ans (entre 55 et 96 €). Il aurait également un effet anti-redistributif entre niveaux de vie (augmentation du RAC de 21 € en moyenne pour le premier décile, baisse de 39 € en moyenne pour le dixième décile) ;
- un TM élevé (40 %) assorti d'un plafond bas (460 €, scénario 8) pénaliserait à l'inverse moins les personnes en ALD perdantes (+268 € de RAC en moyenne), et augmenterait massivement celui des personnes âgées de plus de 80 ans (+ 200 €), sans effet notable par niveau de vie.

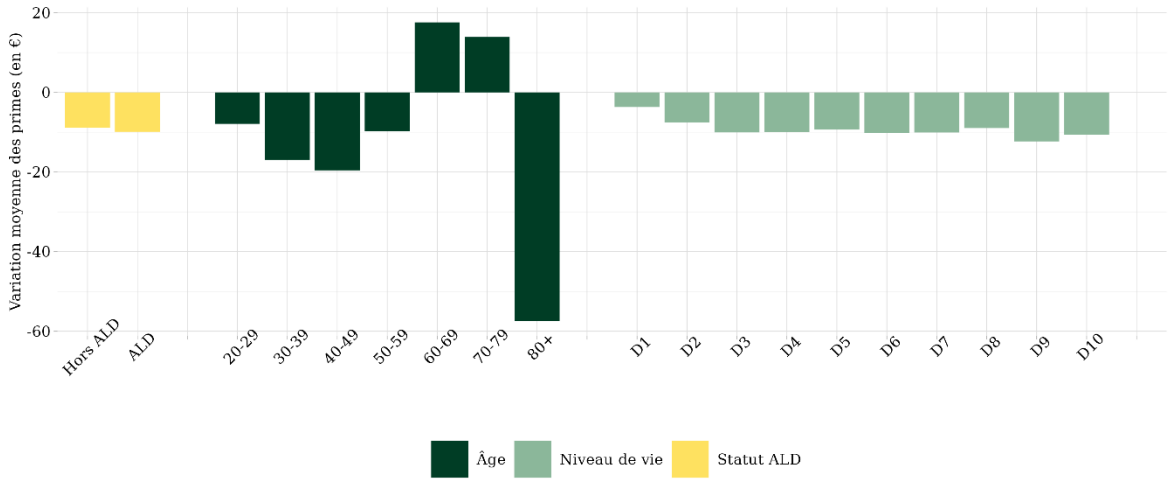
Pour estimer l'impact de ces scénarios sur le RAC AMC et le montant des primes, la mission a retenu une méthode dans laquelle la prime de chaque assuré est entièrement recalculée, en utilisant un profil théorique d'assuré, construit sur la base de l'âge, du type de contrat de complémentaire (contrat collectif ou individuel), du niveau du bouclier sanitaire, et du niveau de couverture (nombre et qualité des garanties du contrat). À chaque profil est associé un niveau de consommation moyen, duquel est déduit le montant de la prime. Cette méthode repose sur des hypothèses et des simplifications fortes et ne prend pas en compte d'éventuelles évolutions comportementales liées à la mise en place du bouclier sanitaire (cf. *infra*). Les estimations présentées ci-dessous doivent donc être considérées avec précaution.

Avec cette méthode, les résultats des deux scénarios centraux (scénario 1 et 3) montrent que :

- pour le scénario 1, la variation du montant des primes suit globalement la variation du RAC AMO par classe d'âge. Une très légère baisse est constatée pour tous les déciles de revenus. En revanche, la variation à la hausse du RAC AMO pour les bALD n'est pas répercutée sur les primes, les complémentaires ignorant, dans le modèle, la situation de santé de l'assuré (cf. graphique 5). La variation des RAC après intervention de l'AMC est faible pour toutes les catégories de population considérées (au maximum de 20 € annuels, pour les profils ALD, cf. annexe I, graphique 9) ;

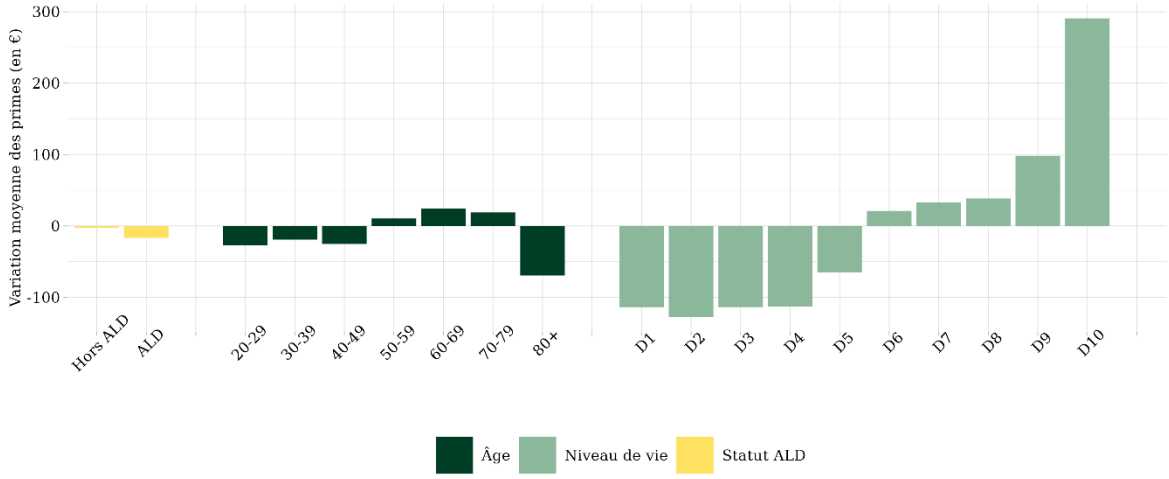
- pour le scénario 3, la variation du montant des primes présenterait globalement le même profil que celle du scénario 1, par classe d'âge et par statut ALD. En revanche, du fait de la mise en place d'un bouclier sanitaire, l'évolution du montant des primes serait fortement corrélée au revenu, avec une augmentation particulièrement forte pour le dernier décile (cf. graphique 6). Les variations des RAC AMC seraient, de la même manière que pour le scénario précédent, faibles (au maximum d'une quinzaine d'euros annuels, cf. annexe I, graphique 23).

Graphique 5 : Variation des primes après réforme, scénario 1



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Graphique 6 : Variation des primes après réforme, scénario 3



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les effets des autres scénarios sur le montant des primes et des RAC AMC sont présentés en annexe I.

1.2. Les travaux réalisés par la mission n'épuisent pas les options possibles et les caractéristiques et l'impact d'un bouclier sanitaire devront faire l'objet d'une instruction complémentaire

1.2.1. Sur le plan de la conception du bouclier sanitaire, de nombreuses options structurantes devront être tranchées

La mission attire l'attention sur le fait que des hypothèses fortes, liées notamment à la disponibilité des données, ont été prises pour chiffrer les scénarios présentés *supra* et dans l'annexe I, au-delà des options les plus évidentes (suppression ou non des ALD, fusion ou non des TM…) présentées dans les scénarios.

L'application d'un bouclier sanitaire peut s'envisager par assuré ou par ménage. Dans les scénarios chiffrés par la mission, le bouclier est appliqué à chaque membre du foyer : le montant du plafond est ainsi multiplié par le nombre de personnes que compte le ménage. Décidée en raison de contraintes techniques, cette option n'est cependant pas la seule envisageable. Pourrait ainsi être appliqué un bouclier sanitaire unique au niveau du ménage, quel que soit le nombre de personnes qu'il compte, notamment dans l'option d'un bouclier calculé en fonction du niveau de vie.

Dans l'option d'un plafond appliqué au niveau de l'assuré, la question de la prise en compte des enfants est particulièrement importante : ceux-ci pourraient également se voir appliquer un bouclier, ou à l'inverse être exclus du dispositif, avec un bouclier sanitaire d'un montant nul. On peut à cet égard rappeler que plusieurs des pays ayant mis en place un bouclier sanitaire prévoient une prise en charge à 100 % des dépenses de santé des enfants[13].

Dans le cas d'un bouclier sanitaire proportionnel au revenu, la base ressources utilisée devra être définie. Pour des raisons tenant à la structuration de la base de données INES-OMAR, la mission s'est appuyée sur un découpage de la population par dixième de niveau de vie pour estimer les ressources de chaque foyer et ainsi le montant de plafond applicable à chaque unité de consommation que compte ce ménage (cf. encadré 3).

Encadré 3 : Le niveau de vie

Le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation. Il est donc le même pour tous les individus d'un même ménage, en sachant que les UC sont calculées selon l'échelle d'équivalence de l'OCDE modifiée, qui attribue 1 UC au premier adulte, 0,5 UC aux autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC aux enfants de moins de 14 ans.

Le revenu disponible comprend les revenus d'activité nets des cotisations sociales, les indemnités de chômage, les retraites et pensions, les revenus du patrimoine et les autres prestations sociales perçues, nets des impôts directs (impôt sur le revenu, taxe d'habitation, contribution sociale généralisée, contribution à la réduction de la dette sociale et prélèvement sociaux sur les revenus du patrimoine)

Source : Insee.

Cette approche devra cependant être réinterrogée. D'une part, l'appréciation des ressources n'est pas nécessairement réalisée au niveau du ménage ; elle pourrait être réalisée au niveau de l'assuré, même si, compte tenu de l'organisation du système social et fiscal français, il semble plus naturel que le niveau du ménage soit retenu. D'autre part, de multiples options, plus ou moins extensives, sont envisageables pour appréhender les ressources en tant que telles, dans un contexte où coexistent plusieurs manières d'apprécier les conditions de ressources dans le système socio-fiscal français.

[13] En Allemagne ou en Suède.

Ainsi, pourrait être utilisée la base fiscale (revenu fiscal de référence), qui présente l'avantage d'être sans doute la mieux connue des assurés, et qui est par ailleurs utilisée pour le calcul de plusieurs prestations (comme les prestations familiales). Alternativement, une base ressources plus exhaustive, davantage inspirée des minima sociaux (C2S, RSA) pourrait être utilisée. Le choix entre ces options n'est pas évident. Il peut paraître cohérent, s'agissant d'une politique de santé, de retenir une base ressources correspondant à une prestation de santé comme la C2S ; cette base ressources est également plus « contemporaine » que la base fiscale, qui porte sur les revenus N-2. D'un autre côté, le choix d'une base fiscale peut paraître plus lisible, car celle-ci est mieux connue de la population dans son ensemble.

Encadré 4 : La base ressources de la C2S

La base ressources de la C2S comprend l'ensemble des ressources perçues par un foyer sur une période de 12 mois, à partir du 13e mois précédant le mois de dépôt de la demande.

- ce foyer se compose de l'auteur de la demande de C2S, de son conjoint ou concubin, ainsi que des enfants et autres personnes de moins de 25 ans soit rattachées au foyer fiscal du demandeur, soit ayant établi une déclaration d'impôt sur le revenu en leur nom propre mais vivant sous le même toit, soit recevant une pension alimentaire faisant l'objet d'une déduction fiscale, dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire ;
- les ressources comprennent notamment l'ensemble des revenus d'activité et les prestations sociales perçues par le demandeur. Certaines peuvent cependant faire l'objet d'un abattement : ainsi, les revenus d'activité sont abattus de 30 % si la personne qui dépose sa demande est en arrêt de travail depuis plus de 6 mois, au chômage, ou allocataire de l'allocation de solidarité spécifique ; certains minima sociaux sont également pris en compte avec un abattement d'un montant forfaitaire (allocation supplémentaire d'invalidité, allocation adulte handicapé, allocation de solidarité aux personnes âgées). La prise en compte des aides au logement est plafonnée à hauteur d'un forfait variant en fonction de la composition du foyer. Enfin, certaines prestations sont exclues de la base ressources (par exemple, et de manière non exhaustive, certaines prestations visant à compenser le handicap, certaines prestations familiales, etc.)

La majorité des informations relatives aux ressources sont récupérées automatiquement par l'assurance maladie, auprès des différents organismes qui les versent pour les prestations sociales, et via les déclarations des employeurs pour les salaires.

Source : Mission, à partir des articles R. 861-2 et suivants du code de la sécurité sociale.

Le choix de la base ressources reposera aussi nécessairement en partie sur des contraintes techniques, notamment la capacité à récupérer automatiquement tout ou partie des données de ressources à échéance régulière afin de limiter les obligations déclaratives pesant sur les assurés et le risque d'erreurs et de fraude. De ce point de vue, s'appuyer sur les données fiscales supprime tout besoin de renseignement de ressources complémentaires.

Quoi qu'il en soit, la mise en place d'un bouclier sanitaire ne devrait pas conduire à créer une nouvelle base ressources, mais à s'appuyer sur l'une des bases existantes.

Par ailleurs, le périmètre des dépenses incluses dans le bouclier sanitaire devra être déterminé. La question se pose notamment pour des dépenses aujourd'hui largement prises en charge par les OC, notamment les équipements relevant du 100 % Santé ou les dépassements d'honoraires.

Dans le cadre de ses chiffrages, la mission a retenu l'exclusion des dépassements d'honoraires, des médicaments remboursés à 15 et à 30 %, les remboursements des cures thermales, et, pour les équipements du 100 % Santé, le strict périmètre de la base de remboursement de la Sécurité sociale, soit un montant inférieur aux dépenses obligatoirement prises en charge par les OC dans le cadre du contrat responsable. D'autres options ont été écartées. En particulier :

- il aurait pu être envisagé d'intégrer le montant total des équipements des paniers du 100 % Santé dans le bouclier, dans la limite des montants plafonds fixés par voie réglementaire ou conventionnelle[14]. Cette option présentait l'avantage de répliquer, avec le bouclier sanitaire, le périmètre des garanties minimales obligatoires du contrat responsable. Cependant, compte tenu de l'importance du RAC AMO de ces équipements, elle aurait conduit une grande partie des personnes équipées à atteindre rapidement le plafond du bouclier, alors même que l'on peut considérer que le BS a vocation à couvrir les assurés contre des RAC résultant de risques majeurs et imprévisibles, notamment les hospitalisations. Cette option aurait d'ailleurs conduit à rehausser considérablement le montant du bouclier[15] ;
- à l'inverse, aurait pu être envisagée l'exclusion de l'ensemble des équipements du panier 100 % Santé (dentaire, optique, audioprothèses). Cette option, retenue dans le rapport IGF-IGAS relative aux ALD, constitue *de facto* un décroisement du panier de soins puisqu'elle exclut du périmètre AMO certains dispositifs médicaux aujourd'hui solvabilisés partiellement par l'assurance publique. Par volonté de distinguer clairement les différents scénarios de ce rapport (décroisement d'une part, bouclier sanitaire de l'autre), cette option a également été écartée.

S'agissant des dépassements d'honoraires, la mission a fait le choix de ne pas les intégrer dans le bouclier sanitaire, ce qui aurait conduit à leur solvabilisation intégrale, en cohérence avec la situation actuelle (absence de remboursement par l'AMO). La mission a enfin exclu la prise en charge des chambres particulières, qui s'apparente du point de vue de l'assuré à une prestation de confort, même si elles représentent au niveau macro une ressource significative pour les établissements de santé.

Enfin, des modalités spécifiques de revalorisation du plafond devront être fixées afin de pouvoir piloter la dépense de l'AMO. Celle-ci devrait sans doute utiliser un coefficient de revalorisation différent de celui utilisé pour la majorité des prestations sociales[16], afin de mieux suivre l'évolution des dépenses de santé, qui peut être plus dynamique que l'inflation.

1.2.2. La mise en place d'un bouclier sanitaire aura un impact sur le marché des OC, sur le montant des primes et sur le comportement des assurés difficile à anticiper

L'impact de la mise en œuvre d'un bouclier sanitaire sur le périmètre d'intervention des OC ainsi que sur leur politique de tarification est difficile à estimer.

---

[14] Ces prix limites de vente sont fixés par un avis relatif à la tarification des aides auditive en date du 28 novembre 2018, un avis relatif à la tarification des dispositifs et prestations d'optique médicale en date du 16 avril 2019, et par la convention dentaire pour les prothèses dentaires.

[15] En cas d'intégration totale des biens du 100 % Santé, dans la limite du montant maximum autorisé par le bouclier sanitaire, le montant d'un bouclier unique se serait élevé à 988 €, et celui d'un bouclier proportionnel aux revenus à 3,8 % du niveau de vie, à isocoût pour l'AMO.

[16] En particulier l'indice d'évolution des prix à la consommation hors tabac, défini à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, et sur lequel sont indexés les montants et le cas échéant les barèmes d'un grand nombre de prestations de sécurité sociale (pensions de base, prestations familiales notamment).

Le modèle d'estimation des RAC après AMC employé par la mission comprend des fragilités, évoquées *supra* et détaillées dans l'annexe I, encadré 1. Ce modèle n'intègre donc pas d'éventuels changements plus structurels dans les comportements des complémentaires face à un nouveau dispositif, notamment en termes d'offre de garanties proposées, ni dans les comportements des assurés (cf. *infra*).

Le comportement des assurés en cas de mise en place d'un bouclier, et partant la taille du marché des complémentaires santé, est ainsi difficile à prévoir, avec un risque de désaffiliation d'une partie d'entre eux. Plusieurs effets peuvent contribuer ou au contraire limiter le phénomène de désaffiliation :

- d'un côté, la définition d'un plafond peut d'abord inciter les souscripteurs d'une AMC dont le montant de primes annuel serait proche ou supérieur au montant du plafond à une désaffiliation ;
- plus généralement, une partie des assurés pourrait considérer que la mise en place d'un bouclier les protège des risques extrêmes et limite l'intérêt de recourir à un dispositif assurantiel, le montant maximal des dépenses de santé encourues étant connu à l'avance ;
- d'un autre côté, certaines dépenses resteraient vraisemblablement exclues du bouclier sanitaire (cf. 1.2.1), notamment les dépassements d'honoraires et au moins une partie du coût des équipements d'optique, d'audioprothèse et de prothèses dentaires. Le caractère potentiellement élevé des RAC liés à ces postes de soins devrait inciter les assurés à conserver une couverture ;
- enfin, l'obligation de souscription à une complémentaire prévue par l'accord national interprofessionnel (ANI) de 2013 pour les salariés et par l'accord interministériel de 2022 dans la fonction publique d'État est de nature à limiter tout phénomène de désaffiliation massive des assurés.

Dans le cas d'un bouclier sanitaire proportionnel au revenu, l'impact sur les contrats de complémentaire santé pose des questions juridiques et de gouvernance, notamment pour les contrats collectifs.

La tarification en fonction du revenu n'est pas une pratique entièrement nouvelle : certains contrats collectifs, notamment dans la fonction publique, comprennent une part de redistribution entre les bénéficiaires les mieux et les moins bien rémunérés par leur employeur. Dans l'absolu, aucune disposition n'interdit aux OC de demander aux assurés leur ressources pour pouvoir ainsi ajuster leur tarification. Le rapport Briet-Fragonard de 2007 considérait ainsi que les OC adapteraient naturellement leur mode de tarification au revenu, répercutant sur les primes de l'AMC l'effet redistributif du bouclier AMO.

Cependant, le cadre juridique a considérablement évolué depuis 2007 s'agissant des contrats collectifs : l'ANI de 2013, entré en vigueur en 2016, rend obligatoire la souscription d'un contrat collectif par les salariés ainsi que sa prise en charge partielle par l'employeur. L'accord interministériel du 6 mars 2022 a, de même, rendu obligatoire la souscription à un contrat collectif pour les fonctionnaires de l'État, obligation en vigueur depuis le 1er janvier 2026. Dans ce cadre, c'est au niveau de l'employeur ou de la branche que le contenu et le prix du contrat sont négociés.

Les effets de la mise en place d'un bouclier modulé selon le revenu modifieraient profondément les conditions de négociation des contrats collectifs : en effet, l'assureur aurait besoin de connaitre le niveau de revenu des salariés de la branche ou de l'entreprise pour tarifer ses prestations. Or, l'employeur ne connaît pas aujourd'hui l'intégralité des ressources du salarié et *a fortiori* de son foyer. On peut à cet égard souligner qu'une problématique similaire avait été soulevée pour la mise en place du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu : afin de préserver la confidentialité de leurs revenus vis-à-vis de l'employeur, les salariés peuvent ainsi choisir de se voir appliquer un taux par défaut sur la seule base du montant de leur salaire[17]. Si l'administration fiscale connaît l'intégralité des ressources du salarié et peut ainsi lui appliquer directement un solde à payer, il paraît en revanche beaucoup moins acceptable que les OC bénéficient d'un droit à disposer de l'ensemble des informations de revenu des salariés bénéficiaires d'un contrat collectif. Il existe donc une forte incertitude sur les modalités de mise en place de ce dispositif pour les contrats collectifs.

Toujours dans le cadre de la mise en place d'un bouclier sanitaire proportionnel aux revenus, la question d'un maintien de la C2S se pose également.

Si, dans le chiffrage à isocoût pour l'AMO d'un bouclier proportionnel au revenu, le plafond de bouclier pour les ménages du premier décile de niveau de vie s'élève à 278 € (cf. annexe 1), il pourrait être envisagé d'abaisser ce niveau pour les ménages les plus modestes, interrogeant l'opportunité d'un maintien de la C2S. Un tel choix aurait cependant de possibles conséquences pour les bénéficiaires actuels, en particulier en matière de périmètre du panier de soins. Si celui-ci était plus réduit que celui du contrat responsable aujourd'hui (cf. 1.2.1.), l'accès à certains soins des bénéficiaires pourrait ainsi être obéré.

Par ailleurs, la mise en place d'un BS proportionnel au revenu pourrait altérer le consentement à l'impôt des redevables de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), qui a pour objet de financer un dispositif de solidarité, alors même qu'un BS proportionnel au revenu comprend par essence un effet redistributif.

Enfin, et plus largement, il convient de souligner l'incertitude entourant l'acceptabilité politique d'un bouclier proportionnel au revenu. S'il met en place une redistribution entre plus modestes et plus aisés, ce dispositif mettrait fin au principe du « cotiser selon ses moyens, recevoir selon ses besoins » et à une forme d'universalité des prestations d'assurance-maladie. Les populations les plus aisées, assujetties aux boucliers sanitaires, pourraient ainsi contester ce mécanisme. Par ailleurs, la compatibilité de ce dispositif avec la Constitution, notamment le Préambule de 1946, devra être confirmée.

1.2.3. Quel que soit le scénario retenu, la mise en œuvre technique sera complexe, la Cnam estimant ses délais minimaux à 3 ans

Selon les premiers éléments transmis par la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), quel que soit le scénario retenu, le BS serait un projet de grande ampleur dont la durée de mise en œuvre est estimée au minimum à 3 ans.

Ainsi, outre les impacts sur le système des droits et de liquidation, il serait nécessaire de créer un téléservice permettant aux professionnels de santé de connaître l'état du « compteur » de l'assuré afin de savoir s'il y a lieu de facturer en 100% la prise en charge AMO.

La création d'un nouveau référentiel dans le système d'information de la Cnam serait nécessaire pour suivre l'atteinte du plafond et appliquer le bon traitement le cas échéant et rendre ce plafond paramétrable dans le référentiel par assuré pour les scénarios qui prévoient un plafond variable en fonction de l'atteinte successive ou selon le revenu.

[17] Article 204 H du code général des impôts, IV.

Le plafond variable en fonction du revenu pose des difficultés supplémentaires, et notamment l'absence de peuplement du dispositif de ressources mensuelles (DRM), à date, avec l'ensemble des revenus (il manque notamment à ce jour les travailleurs indépendants et les conjoints collaborateurs), même si celui-ci s'enrichira dans les prochaines années. Il restera par ailleurs des revenus exclus, comme ceux issus du capital, ainsi que les pensions alimentaires, par exemple.

Enfin, d'après les interlocuteurs rencontrés par la mission, la mise en place d'un plafonnement des RAC hospitaliers annuel constituerait un défi notamment du fait de la pratique courante de facturation tardive des hospitalisations dans les hôpitaux, ce qui pourrait nécessiter d'appliquer rétroactivement au patient le bouclier sanitaire.

2. Les « décroisements » du panier de soins

2.1. Le « décroisement » vise à rendre le système plus lisible pour les assurés et, en théorie, à améliorer la régulation de la dépense de santé

2.1.1. Les scénarios de décroisement consistent à mettre fin, sur des paniers de soins définis, au mécanisme de copaiement, dans un objectif de meilleure lisibilité et, en théorie, de meilleure régulation

Un scénario de « décroisement » consiste à mettre fin, sur un panier de soins défini, au mécanisme de copaiement décrit dans la partie 1.1.1, pour laisser l'un ou l'autre des financeurs prendre en charge en totalité ce panier de soins, l'autre financeur s'en dégageant complètement.

Dans une configuration maximaliste, ce scénario peut conduire à une suppression des copaiements sur l'ensemble du panier de soins, transformant les assurances santé en assurances « supplémentaires » plutôt que « complémentaires ».

D'autres versions plus modestes pourraient inclure un décroisement complet sur quelques postes de dépenses seulement, par exemple ceux qui sont majoritairement ou largement financé par les OC aujourd'hui, en maintenant un principe de co-paiement pour les autres ; ou encore la prise en charge, au sein de grands postes de soins, uniquement de certains publics ou certaines prestations (à titre d'exemple théorique, uniquement des publics non ALD).

Quelle que soit l'option retenue, ce scénario pose la question des équilibres « macro » entre les financements AMO et les financements AMC. Afin de garantir un équilibre global, plusieurs options peuvent être envisagées :

- soit le transfert vers l'AMC est compensé par un transfert en sens contraire, par exemple en diminuant ou en supprimant certains tickets modérateurs (par exemple sur le médicament à 65%, sur les paramédicaux, sur l'hôpital) ;
- soit ce transfert est compensé par une baisse du taux de la taxe de solidarité additionnelle (TSA, cf. encadré 5) : dans ce cas, le « gain » pour l'AMO est compensé par une baisse de ses recettes et le coût total des contrats d'AMC est diminué à due concurrence.

À l'inverse, ce transfert peut n'être pas compensé : il s'inscrit alors dans une trajectoire de limitation de la hausse des dépenses de l'AMO.

Encadré 5 : La taxe de solidarité additionnelle (TSA)

Assise sur le montant des cotisations acquittées par les assurés, la TSA a été initialement créée pour financer le dispositif de CMU-C. Elle a connu des relèvements réguliers de son taux, pour atteindre 13,27% en 2013 pour les contrats solidaires et responsables, taux stable depuis cette date[18]. Son produit s'élève à 6,1 Md€ en 2025 et finance aujourd'hui pour partie la C2S, et pour partie l'assurance-maladie obligatoire. Ainsi, en 2025, sur les 6,1 Md€ du produit de la TSA, 3,5 Md€ sont allés au financement de la C2S, le reliquat étant assigné au financement de l'AMO.

Source : Mission.

La mise en place d'un décroisement partiel ou total du panier de soins peut se justifier par plusieurs éléments.

En premier lieu, un décroisement pourrait en théorie permettre d'améliorer la régulation des dépenses, *via* plusieurs effets :

- la concurrence entre les organismes privés les inciterait à déployer des efforts de structuration de l'offre et de contractualisation avec les professionnels de santé, à travers notamment les réseaux de soins, voire à développer des offres de services concurrentielles ;
- il permettrait de faciliter les évolutions organisationnelles et tarifaires pouvant être bloquées par l'existence de deux payeurs, par exemple l'évolution vers un paiement à la capitation pour les médecins ou des modes de rémunération forfaitaires pour les professionnels de santé, même si de nouveaux modes de rémunération forfaitaire se développent actuellement, avec la contribution des OC, à l'instar des parcours coordonnés renforcés ;
- il pourrait rendre la conduite d'actions de gestion des risques et de lutte contre la fraude plus efficiente en rendant chaque assureur responsable d'un unique panier de soins : à l'heure actuelle, le poids relativement faible de certains postes dans sa dépense totale peut ainsi désinciter l'un des co-payeurs à agir[19] ;
- il pourrait éventuellement permettre de réduire les frais de gestion du système de santé en réduisant le nombre de copaiements, même si les effets d'un décroisement sur les charges de chaque assureur sont difficiles à objectiver.

En deuxième lieu, un décroisement accroîtrait la lisibilité du système pour les patients : aujourd'hui, le principe de copaiement contribue notamment à rendre les contrats peu lisibles du fait de la complexité des règles de prise en charge par l'AMO (notions de base de remboursement de la sécurité sociale, de dépassements d'honoraires et d'Optam pour les médecins…). Les garanties couvertes par une assurance complémentaire couvrant un panier « décroisé » bien défini seraient ainsi plus compréhensibles qu'aujourd'hui.

[18] Des contributions exceptionnelles assises sur les cotisations d'assurance maladie complémentaire ont été décidées en 2020 et 2021 dans le cadre de la crise sanitaire puis en 2026. Le taux de la contribution votée en PLFSS pour 2026 s'élève à 2,05 %. La nature juridique de ces contributions exceptionnelles diffère de la TSA en tant que telle dans la mesure où son redevable est l'OC, et non le cotisant à une complémentaire santé.

[19] À titre d'exemple, l'optique, qui représente un enjeu financier de 300 M€ pour l'AMO, n'est par construction pas un enjeu prioritaire pour la lutte contre la fraude à l'AMO.

Toutefois, certains de ces avantages théoriques doivent être considérés avec prudence :

- une réforme allant vers un décroisement total des paniers de soins serait très difficilement acceptable par les professionnels de santé, qui souhaitent tous continuer à bénéficier d'une prise en charge AMO, même minoritaire ;
- la capacité des AMC à mieux réguler la dépense de soins en interagissant directement avec les professions de santé qu'elle finance n'est pas entièrement démontrée : le dernier rapport sur les réseaux de soins, réalisé par l'Igas en 2017, montrait que les prix des équipements des réseaux étaient inférieurs à ceux du marché, mais n'a pas pu, faute de données ou d'indicateurs probants, mettre en évidence leur impact sur la qualité des soins ou sur la dépense totale de santé.

Encadré 6 : Les réseaux de soins et leur évaluation

Les réseaux de soins ont émergé dans les années 1990 et se sont progressivement imposés comme des acteurs majeurs dans les secteurs de l'optique, des audioprothèses et, dans une moindre mesure, du dentaire. Leur développement s'est accéléré à partir des années 2000, notamment avec la création de plateformes de gestion spécialisées.

Le cadre légal de ces réseaux est défini par la loi Le Roux du 27 janvier 2014, qui encadre les conventions passées entre les OC et les professionnels de santé. Ces conventions prévoient que les professionnels s'engagent à respecter des tarifs plafonds pour des prestations ou produits spécifiques, en échange de contreparties telles que la mise en avant auprès des assurés, la prise en charge du tiers payant, et parfois des remboursements complémentaires bonifiés. Dans l'ensemble, les réseaux de soins sont relativement peu régulés et contrôlés, en raison de l'absence de textes d'application précis, ce qui laisse une large marge d'interprétation et d'autorégulation, notamment par le droit de la concurrence.

Il n'existe pas de travaux d'évaluation récents concernant les réseaux de soins, en particulier depuis la mise en œuvre du 100% santé, alors que l'encadrement tarifaire mis en place dans ce cadre a percuté l'action de modération tarifaire qu'ils déployaient. Pour autant, un rapport Igas de 2016[20], montrait un impact sur les prix pour les prestations et produits consommés via ces réseaux sur le champ de l'optique, et de manière plus modérée mais significative, dans le secteur des audioprothèses. Dans le secteur dentaire, où les réseaux sont moins développés, les écarts de prix semblaient faibles. En revanche, ce rapport montrait que l'évaluation de l'impact sur les réseaux de soins est complexe, en raison de l'absence de référentiels communs et d'indicateurs fiables. Les plateformes se concentraient ainsi principalement sur le contrôle des moyens, sans que ces contrôles ne garantissent une qualité optimale des soins ou des produits, en l'absence d'évaluation approfondie des pratiques cliniques. Enfin, il montrait aussi un effet globalement favorable des réseaux sur l'accès aux soins, lié à l'écart important de RAC en faveur des assurés y recourant (- 50 % en optique, - 20 % en audioprothèse).

Source : Mission.

Enfin, la conformité au Préambule de la Constitution de 1946 d'une prise en charge totale par l'AMC de soins pouvant être considérés comme « essentiels » n'est pas acquise et nécessiterait une expertise juridique spécifique.

2.1.2. Des exemples de décroisement partiel ou total des paniers de soins existent dans de nombreux États

De nombreux systèmes de santé s'appuient sur une architecture combinant assurance maladie obligatoire et assurances dites « supplémentaires », qui prennent en charge des paniers de soins totalement exclus de la prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire.

[20] « Les réseaux de soins », Igas, 2017.

Parmi les pays de l'OCDE, le Canada, l'Autriche, Israël, l'Italie ou les Pays-Bas présentent ainsi un modèle de santé où certains paniers de soins sont entièrement à la charge des assurances privées facultatives[21].

L'exemple de quelques pays européens permet d'identifier de potentiels postes de dépenses de santé pouvant éventuellement faire l'objet d'un décroisement. Une comparaison internationale menée en 2017 par la Drees[22] montre ainsi que dans tous les pays considérés, sauf la France, l'optique est en-dehors de la couverture maladie de base « obligatoire ». Les soins dentaires, ainsi que les prothèses dentaires, sont également absents de ce panier de soins « obligatoire » dans deux des six pays considérés (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Paniers de soins pris en charge par la couverture maladie de base obligatoire, dans six pays européens

Poste	France	Allemagne	Suisse	Pays-Bas	Espagne	Royaume-Uni
Soins hospitaliers						
Généralistes, spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes...						
Analyses en laboratoire et transports sanitaires						
Médicaments et biens médicaux (hors optique et dentaire)*						
Soins et prothèses dentaires						
Optique						

Source : Mission, à partir d'une étude de la Drees. Lecture : les cases en vert correspondent à une prise en charge intégrale par l'assurance-maladie obligatoire, en orange à une prise en charge partielle, et en rouge à une absence de prise en charge.

Certains systèmes de santé excluent davantage de prestations du panier de soins obligatoire, lesquelles relèvent dès lors d'une prise en charge par une complémentaire facultative. Au Canada, par exemple, la couverture publique obligatoire ne prend en charge ni les médicaments, ni les soins et prothèses dentaires, les audioprothèses, les lunettes, et ne prend en charge qu'une partie des soins paramédicaux et des dispositifs médicaux[23].

2.2. Les scénarios étudiés par la mission sont d'ambition variable et sous-tendus par des logiques différentes

La mission a étudié deux scénarios de décroisement, dont les ambitions, les effets financiers et les logiques sont différentes **:**

- un premier scénario prévoit le basculement des équipements d'optique, d'audioprothèses et de dentaire vers l'AMC ;
- un second scénario prévoit le basculement des équipements d'optique et d'audioprothèses, ainsi que des transports, vers l'AMC.

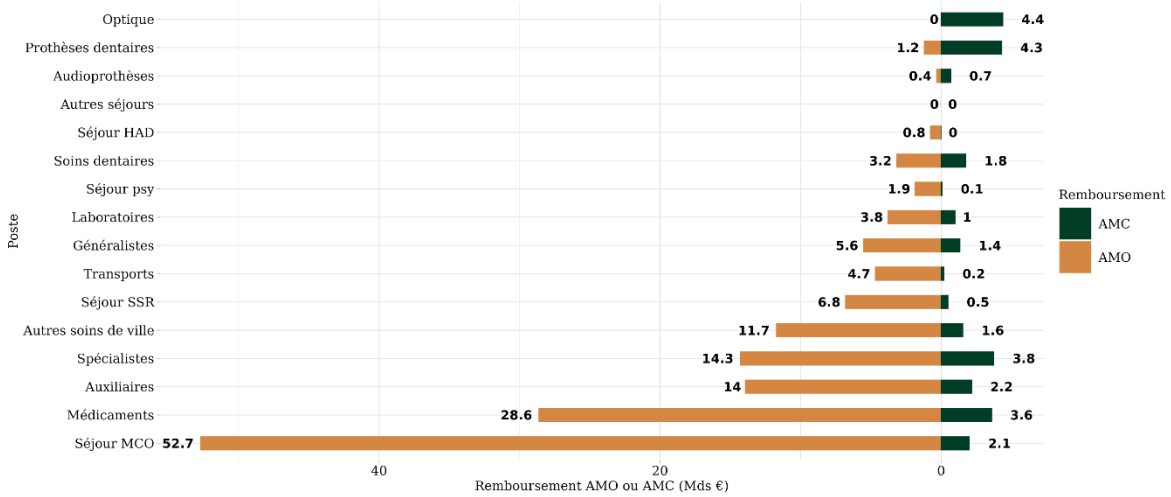
[21] Health care coverage in OECD countries in 2012 (EN)

[22] Drees, La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens, Dossiers de la Drees n° 19.

[23] Source : Commonwealth fund.

Le calcul de ces différents scénarios a été réalisé sur la base des dépenses de santé reconstituées à partir de la base INES-OMAR de la Drees, hors du champ de la C2S, dans la mesure où les décroisements simulés ne concerneraient pas les bénéficiaires de cette prestation[24]. Le graphique ci-dessous résume le poids de l'AMO et de l'AMC dans seize postes de santé reconstitués à partir d'INES-OMAR.

Graphique 7 : Répartition des dépenses entre AMO et AMC (en Md€, hors C2S)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Sciences des données de l'IGF.

Ces scénarios prévoient tous un transfert net positif vers l'AMC, ce qui conduit mécaniquement à une hausse du RAC AMO pour l'ensemble des assurés. Cependant, une baisse du taux de TSA concomitante permettrait de limiter les pertes pour les ménages, en réduisant le montant des primes d'AMC qu'ils acquittent. L'annexe II présente un tableau synthétique résumant l'impact sur le montant des primes d'une baisse de TSA à due concurrence du transfert vers l'AMC.

2.2.1. Le transfert de l'AMO vers l'AMC des postes où les OC sont aujourd'hui financeurs majoritaires : l'optique, le dentaire et les audioprothèses

Le premier scénario simulé vise à transférer à l'AMC l'ensemble des postes de soins sur lesquels elle est déjà financeur principal : optique, dentaire et audioprothèses.

Ce scénario se justifie par le fait que les OC sont, sur ces trois postes de soins, d'ores et déjà des financeurs majoritaires.

[24] Les soins relevant du panier « décroisé » resteraient ainsi pris en charge à 100 %, sur le panier de soins de la C2S.

Deux options peuvent être retenues :

- soit le transfert de l'ensemble du panier de soins dentaire, de l'optique et des audioprothèses à l'AMC ;
- soit le transfert des seules prothèses dentaires, ainsi que des dépenses d'optique et d'audioprothèse, dans un scénario plus minimaliste.

Dans le premier scénario, l'ensemble des dépenses de soins dentaires seraient transférées vers l'AMC, incluant les soins conservateurs, aux côtés de l'optique et des audioprothèses. Ce transfert complet des soins dentaires peut se justifier par le fait qu'il existe un « continuum » entre les soins dentaires conservateurs et les soins prothétiques : la qualité du parcours de soins dentaires conservateurs peut ainsi limiter le recours ultérieur à des prothèses. Conserver le même financeur de ces deux types de soins renforce ainsi, en théorie, son incitation à solvabiliser les soins conservateurs dans l'objectif de limiter les dépenses en prothèses.

Ces dépenses représentent 16 Md€ dans le modèle INES-OMAR pour l'AMO et l'AMC, dont 4,8 Md€ pris en charge par l'AMO et 11,2 Md€ par l'AMC (cf. tableau 5). Le décroisement reviendrait ainsi à transférer ces 4,8 Mds € vers les OC.

Tableau 5 : Remboursements dans le cadre du scénario 1
(en Md€, hors remboursements C2S)

Poste	Remboursements AMO	Remboursements AMC	Total
Optique	0	4,4	**4,4**
Prothèses dentaires	1,2	4,3	**5,5**
Audioprothèses	0,4	0,7	**1,1**
Soins dentaires	3,2	1,8	**5**
Total	**4,8**	**11,2**	**16**
Total des transferts	**4,8**	**-**	**-**

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; note : les transferts vers l'AMC sont surlignés en vert.

En termes d'impact sur les RAC AMO, ce scénario aurait notamment les effets suivants :

- l'impact serait plus fort pour les classes d'âge les plus élevées que pour les classes d'âge les plus jeunes : à titre d'exemple, le RAC moyen augmenterait d'environ 50 € pour les ménages dont le membre le plus âgé a entre 20 et 39 ans, contre environ 100 € pour les ménages dont le membre le plus âgé a plus de 70 ans ;
- il aurait un impact légèrement plus favorable pour les ménages les moins aisés (34 € de RAC supplémentaire pour le premier décile, 54 € pour le deuxième décile) que pour les ménages les plus aisés (82 € pour les huitième et neuvième déciles, 90 € pour le dixième décile).

Alternativement, il pourrait être décidé de ne transférer que les dépenses de prothèses dentaires (en sus des dépenses d'équipements d'optique et d'audioprothèses), en conservant un financement partiel de l'AMO pour les soins conservateurs dentaires. Si cette partition peut éventuellement désinciter à investir dans la prévention dans les soins conservateurs, elle peut aussi se justifier par le fait qu'une intervention publique reste nécessaire pour au moins une partie de ces soins, à la fois du fait des besoins de certains publics (enfants), ou encore du fait de l'impact de la prise en charge bucco-dentaire sur certaines pathologies lourdes.

Ces dépenses représentent 11 Md€ dans le modèle INES-OMAR pour l'AMO et l'AMC, dont 1,6 Md€ pris en charge par l'AMO, et 9,4 Md€ par l'AMC. Le décroisement reviendrait ainsi à transférer 1,6 Md€ vers les OC.

Tableau 6 : Remboursements dans le cadre du scénario (en Md €, hors remboursements CSS)

	Remboursements AMO	Remboursements AMC	Total
Optique	0	4,4	**4,4**
Prothèses dentaires	1,2	4,3	**5,5**
Audioprothèses	0,4	0,7	**1,1**
Total	**1,6**	**9,4**	**11**
Total des transferts	**1,6**	**-**	**-**

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; note : les transferts vers l'AMC sont surlignés en vert.

En termes d'impact sur le RAC AMO, ce scénario aurait des effets similaires au précédent : les RAC des foyers les plus âgés augmenteraient beaucoup plus fortement (près de 60 € pour les 70 ans et plus) que ceux des plus jeunes (moins de 15 € pour les moins de 40 ans). De même, il aurait des effets légèrement plus favorables pour les déciles les moins aisés (17€ d'augmentation moyenne pour les ménages du deuxième décile) que pour les déciles les plus aisés (environ 30 € pour les ménages du cinquième au dixième décile).

2.2.2. Le transfert de l'optique et des audioprothèses, ainsi que des transports sanitaires, dans un objectif de meilleure régulation des dépenses

Le deuxième scénario comprendrait toujours un transfert de l'optique et des audioprothèses vers l'AMC ; les transports sanitaires seraient également transférés vers l'AMC, pour l'ensemble des assurés [25]. Afin de rééquilibrer les charges entre AMO et AMC les dépenses liées aux hospitalisations seraient basculées à l'AMO (hors chambres particulières), l'AMC étant actuellement très minoritaire sur ce poste de dépenses.

Ce scénario s'inscrit en partie dans la logique du précédent, en transférant complètement à l'AMC le financement de deux paniers de soins où elle est aujourd'hui financeur majoritaire. S'y ajouterait le transfert des dépenses de transport sanitaire, hors transport urgent. Celles-ci paraissent être un terrain pertinent d'établissement de négociations entre OC et fournisseurs de prestations de soins. Certains OC proposent en effet d'ores et déjà une activité d'assistance dans laquelle elles ont des relations commerciales avec les transporteurs, voire assurent la gestion directe d'activités de transport sanitaire.

Afin de limiter un trop grand déséquilibre entre AMO et AMC, les soins dentaires (conservateurs et prothétiques) ne seraient plus inclus dans ce décroisement et resteraient financés selon les mêmes modalités qu'aujourd'hui.

Le décroisement simulé se traduirait ainsi par un transfert de 5,1 Md € vers l'AMC et de 2,7 Md € vers l'AMO, soit un transfert net vers l'AMC de 2,4 Md € (cf. tableau 7).

[25] La mission a également simulé un transfert vers l'AMC des dépenses de transports sanitaire uniquement pour les patients hors dispositif ALD estimées à 500 M €. Ce scénario reviendrait toutefois à créer un déséquilibre en défaveur de l'AMO et n'est ainsi pas détaillé dans cette note.

Tableau 7 : Remboursements dans le cadre du scénario 2
(en Md€, hors remboursements C2S)

Poste	Remboursements AMO	Remboursements AMC	Total
Optique	0	4,4	**4,4**
Audioprothèses	0,4	0,7	**1,1**
Transports sanitaires	4,7	0,2	**4,9**
Hospitalisation	62,2	2,7	**64,9**
Total	**67,3**	**8**	**75,3**
Total des transferts	**5,1**	**2,7**	**-**

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; note : les transferts vers l'AMC sont surlignés en vert, les transferts vers l'AMO en rouge.

En termes d'impact sur le RAC AMO, ce scénario aurait notamment les effets suivants :

- l'impact serait quasi-nul pour les ménages les plus jeunes (inférieur à 10 € pour tous les ménages dont le membre le plus âgé a moins de 39 ans) ; en revanche, il accroîtrait drastiquement le reste à charge pour les ménages les plus âgés (117 € pour les 60-69 ans, 136 € pour les 70-79 ans), principaux recourants aux transports sanitaires ;
- l'impact par niveau de vie est très hétérogène (suppléments de RAC allant de 13 à 60 €, sans corrélation avec la progression du niveau de vie).

3. La suppression des avantages fiscaux et sociaux des contrats collectifs

Il a été demandé à la mission de chiffrer, pour les besoins du rapport des personnalités qualifiées, la suppression des avantages fiscaux et sociaux des contrats collectifs et une baisse corrélative de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) sur l'ensemble des contrats responsables.

3.1. Le coût des avantages fiscaux et sociaux applicables aux contrats santé collectif est mal connu

Les primes d'assurance financées par les actifs (salariés et indépendants) et les employeurs bénéficient d'un traitement socio-fiscal avantageux qui permet de déduire tout ou partie de leur montant de l'assiette de l'impôt sur le revenu et des cotisations sociales :

- la part salariale de la cotisation est exclue de l'assiette de l'impôt sur le revenu (IR)[26]. Pour les travailleurs non-salariés, la cotisation est entièrement déductible du revenu imposable ;
- la contribution employeur à la complémentaire santé est exclue de l'assiette des cotisations sociales et soumise uniquement à un forfait social à taux réduit (8 % contre 20 % au taux normal), les entreprises de moins de onze salariés n'en étant par ailleurs pas redevables.

[26] La part patronale n'est en revanche plus exclue de l'assiette de l'IR depuis la loi de finances pour 2015.

On peut noter que cette dernière exemption est applicable à l'ensemble des contrats d'assurance souscrits au titre de la protection sociale complémentaire (PSC) en entreprise, c'est-à-dire aux contrats de prévoyance et aux contrats santé, et est conditionnée, en matière de contrats de santé, au fait que le contrat souscrit soit solidaire et responsable[27].

Le coût des dispositifs sociaux et fiscaux bénéficiant aux actifs est mal connu.

D'une part, la dépense fiscale n'est pas chiffrée formellement dans l'annexe *Voies et Moyens* du projet de loi de finances. Le dernier exercice de chiffrage remonte à 2022 et avait été réalisé par la Drees sur des données 2017.

D'autre part, comme le rappelle un récent rapport IGAS consacré à cette exemption[28], le coût de l'avantage social est mal connu : l'assiette exemptée totale (incluant prévoyance et santé) s'élève ainsi à environ 20 Md€, mais ce montant est incertain, les différentes bases de données possibles présentant des écarts très importants[29], et sa répartition entre contrats santé et prévoyance est difficile à établir.

L'IGAS estime, avec une marge importante d'incertitude, que le passage du taux de forfait social réduit à 8 % à un forfait social à taux normal de 20 % rapporterait 1,8 Md€ à la Sécurité sociale, tandis que la suppression de l'exemption de cotisations pour les seuls contrats complémentaires santé rapporterait 2,4 Md€ à la SS.

Tableau 8 : Estimation du coût des dispositifs fiscaux et sociaux associés

Niche	Montant (en M€)	Source	Date des données
Défiscalisation de la participation du salarié	830	Drees	2017
Défiscalisation des contrats des indépendants	410	Drees	2017
Taux de forfait social réduit pour l'ensemble des contrats de PSC	1 800	Igas	2024
Exemption de cotisations pour les contrats santé	2 400	Igas	2024

Source : Mission, à partir de données Drees, Igas, et DSS.

Ces dispositifs présentent en outre la particularité d'avoir, pour partie, des effets anti-redistributifs entre ménages aisés et ménages modestes, tout particulièrement s'agissant des dispositifs fiscaux bénéficiant aux salariés et aux indépendants.

Sur des données 2017, la Drees estimait ainsi que les aides aux contrats des indépendants rapportaient en moyenne 90 € par an aux ménages du dixième décile, contre 24 pour les ménages du neuvième et moins de 10 pour l'ensemble des autres déciles. S'agissant de l'abattement d'IR, celui-ci rapportait de même en moyenne 89 € par an aux ménages du dixième décile, 19 € par an aux ménages du cinquième décile et, par construction, rien aux ménages des premiers déciles (cf. graphique 8)[30].

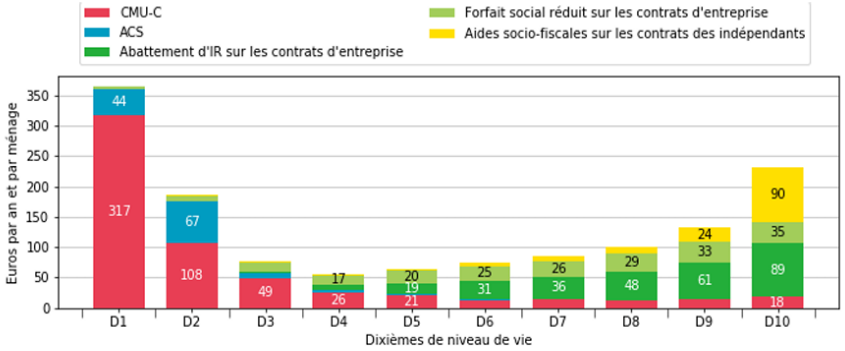
[27] Les contrats responsables, créés en 2004, doivent respecter des obligations fixées par la loi (art. L. 871-1 du CSS) et le règlement (art. R. 871-1 et suivants du CSS) qui prévoient à la fois la prise en charge obligatoire de certaines garanties et des restrictions pour d'autres type de garanties (par exemple, interdiction de prise en charge des franchises et participations forfaitaires, plafonnement des prises en charge pour les équipements optique et d'audioprothèses ou les dépassements d'honoraires).

[28] Igas, 2026, *Protection sociale complémentaire en entreprise*

[29] Selon les états prudentiels de l'ACPR, l'assiette exemptée était de 23,4 Md€ en 2024 ; selon les données de l'Urssaf, cette assiette exemptée est de 15,9 Md€ ; enfin, les données individuelles issues des déclarations sociales nominatives donnent un montant de 18 Md€, dont 2,5 Md€ liés à la retraite supplémentaire.

[30] Source : Drees, *Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie,* 2022.

Graphique 8 : Distribution de l'ensemble des aides à la complémentaire santé par ménage et selon le niveau de vie, en 2017, en €



Lecture > Les ménages du sixième dixième de niveau de vie reçoivent en moyenne 31 euros par an d'aide publique sous la forme d'abattement de l'assiette d'impôt sur le revenu de la part salariale de la cotisation de complémentaire santé, et 25 euros par an sous la forme d'un taux réduit de forfait social sur la part employeur.
Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.
Source > Ines-Omar 2017.

Source : Drees.

Dans ce contexte, des réflexions régulières ont été menées pour envisager un redéploiement total ou partiel de ces aides.

Dès 2005, le Hcaam rappelait ainsi que certaines aides aux contrats de complémentaire pouvaient contribuer 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 visant notamment « certains contrats collectifs aidés ». En 2013, il s'inquiétait du montant des dépenses nouvelles liées à la généralisation de la couverture collective, et s'interrogeait sur la possibilité d'un redéploiement partiel des aides dédiées aux contrats collectifs au profit de la couverture individuelle des ménages[31]. Le rapport étudiait ainsi plusieurs pistes :

- la création d'un plafond spécifique pour les exclusions d'assiette relatives à la participation des employeurs à la complémentaire santé ;
- la forfaitisation des exclusions d'assiette relatives à la participation des employeurs à la complémentaire santé ;
- l'application d'un forfait social au taux standard de 20 % sur la participation des employeurs à la complémentaire santé ;
- l'évolution des aides fiscales aux salariés couverts par des contrats collectifs, en particulier, a minima, l'inclusion de la participation de l'employeur dans l'assiette de l'impôt sur le revenu[32].

Plus récemment, le rapport IGAS relatif à la protection sociale complémentaire[33] en entreprise recommandait, à court terme, de limiter les soutiens publics aux seules garanties essentielles en complémentaire santé, de réformer l'exonération d'impôt sur le revenu, et d'appliquer le taux de droit commun au forfait social (20 %) aux primes.

[31] Hcaam, 2015, *La généralisation de la couverture complémentaire en santé.*

[32] Mesure finalement adoptée en PLF pour 2015.

[33] *Ibidem.*

3.2. La « réinjection » des gains pour les finances publiques d'une suppression de tout ou partie de ces avantages pourrait rapporter entre 3 et 8 points de TSA

Dans ces conditions, l'hypothèse d'une suppression de tout ou partie de ces avantages sociaux et fiscaux et d'une éventuelle « réinjection » de ceux-ci dans une baisse de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) a été envisagée.

La mission a examiné l'impact possible sur la TSA de différentes options. Pour ce faire, elle a soustrait du produit de la TSA en 2025 (6,1 Md€) le gain lié à la suppression de chaque avantage fiscal, et a calculé, le taux théorique de TSA nécessaire pour atteindre chacun de ces montants.

Cette méthode permet d'estimer la baisse possible de TSA entre 3 et 5 points, selon les différentes options possibles (cf. tableau 9). Il convient de noter que le produit de la TSA, en cas de suppression de l'ensemble des avantages fiscaux et sociaux, serait inférieur au montant actuellement fléché vers le financement de la C2S (3,5 Md€), ce qui compromettrait le financement de ce dispositif protecteur pour l'accès aux soins.

Tableau 9 : Évaluation des baisses de TSA (en points) permises par la suppression de certains avantages sociaux et fiscaux bénéficiant aux contrats des actifs

Nature de la mesure	Rendement (en M€)	Baisse possible de TSA (en pts)
Suppression des avantages fiscaux	1 240	-3
Suppression totale de l'exemption de cotisations sociales	2 400	-5
Rétablissement d'un forfait social à 20 %	1 800	-4
Suppression de tous les avantages	3 640	- 8

Source : Calculs mission.

À Paris, le 10 septembre 2026

Les membres de la mission,

L'inspectrice des finances,

Anouk Canet

L'inspectrice des affaires sociales,

Émilie Fauchier-Magnan

Le *data scientist* au pôle science des données de l'IGF,

Adrien Charlet

ANNEXES ET PIÈCE JOINTE

LISTE DES ANNEXES ET PIÈCE JOINTE

ANNEXE I :	**PLAFONNEMENT DU RESTE À CHARGE**
ANNEXE II :	**DÉCROISEMENT DES PANIERS DE SOINS**
PIÈCE JOINTE :	**LETTRE DE MISSION**

ANNEXE I

Plafonnement du reste à charge

Annexe I

SOMMAIRE

1. HYPOTHÈSES RETENUES DANS LE CADRE DES SIMULATIONS 1

2. MODÈLE MOBILISÉ POUR LA MICROSIMULATION ET DONNÉES DE CADRAGE ... 2

2.1. Présentation des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie dans le modèle INES-OMAR 2023 2

2.2. Présentation des restes-à-charges après assurance maladie complémentaire et des primes versées aux organismes complémentaires 5

2.3. La mesure du revenu dans INES-OMAR 7

3. MISE EN PLACE D'UN BOUCLIER SANITAIRE - SYNTHÈSE DES RÉSULTATS 8

3.1. Bouclier sanitaire unique à isocoût pour l'AMO, sans plafond personnalisé pour les personnes en ALD (740 €) 10

3.1.1. Analyse par âge 10

3.1.2. Analyse par niveau de vie 11

3.1.3. Analyse en fonction du statut ALD (bénéficiaire ou non) 13

3.1.4. Dispersion des RAC AMO après réforme 15

3.1.5. RAC AMC et primes 16

3.2. Bouclier sanitaire à isocoût pour l'AMO, avec un plafond spécifique pour les bénéficiaires ALD (1 240 € hors ALD, 620 € ALD) 18

3.2.1. Analyse par âge 18

3.2.2. Analyse par niveau de vie 19

3.2.3. Analyse par statut d'ALD 20

3.2.4. Dispersion des RAC AMO après réforme 23

3.2.5. RAC AMC et primes 25

3.3. Bouclier sanitaire proportionnel au niveau de vie, à isocoût pour l'AMO (bouclier à 2,8 % du niveau de vie) 26

3.3.1. Analyse par âge 27

3.3.1. Analyse par niveau de vie 28

3.3.1. Analyse selon le statut d'ALD 29

3.3.2. Dispersion des RAC AMO après réforme 32

3.3.1. RAC AMC et primes 33

3.4. Bouclier sanitaire de 1 300 € sans plafond personnalisé pour les personnes en ALD (2,9 Md€ d'économies AMO) 35

3.4.1. Analyse par âge 36

3.4.2. Analyse par niveau de vie 37

3.4.3. Analyse selon le statut ALD 38

3.4.4. Dispersion des RAC AMO après réforme 41

3.4.5. RAC AMC et primes 42

3.5. Bouclier sanitaire de 6 % du niveau de vie, sans plafond spécifique pour les bénéficiaires ALD (3,8 Md€ d'économies AMO) 44

3.5.1. Analyse par âge 45

3.5.2. Analyse par niveau de vie 45

3.5.3. Analyse par statut ALD 46

3.5.4. Dispersion des RAC AMO après réforme 49

3.5.5. RAC AMC et primes 50

3.6. Ticket modérateur unique de 15 % et bouclier sanitaire de 2 000 € 52
3.6.1. Analyse par âge 52
3.6.2. Par niveau de vie 53
3.6.3. Par statut ALD 54
3.6.4. Dispersion des RAC AMO après réforme 57
3.6.5. RAC AMC et primes 58
3.7. Ticket modérateur unique de 25 % et bouclier sanitaire de 750 € 60
3.7.1. Analyse par âge 60
3.7.2. Par niveau de vie 61
3.7.3. Par statut ALD 62
3.7.4. Dispersion des RAC AMO après réforme 65
3.7.5. RAC AMC et primes 66
3.8. Ticket modérateur unique de 40 % et bouclier sanitaire de 460 € 68
3.8.1. Analyse par âge 68
3.8.2. Par niveau de vie 69
3.8.3. Par statut ALD 70
3.8.4. Dispersion des RAC AMO après réforme 74
3.8.5. RAC AMC et primes 74

1. Hypothèses retenues dans le cadre des simulations

Le bouclier sanitaire est un mécanisme de plafonnement qui consiste à définir un plafond de reste à charge (RAC) individuel au-delà duquel un panier de dépenses de santé des individus fait l'objet d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Le montant maximum de RAC cumulés ne peut excéder, pour ces dépenses, ce plafond. Au-delà du plafond, les dépenses qui n'entrent pas dans le périmètre du bouclier sanitaire (par exemple, dans les scénarios simulés par la mission, les restes à charge sur les cures thermales, sur les médicaments à 15 ou 30 %, cf. la présentation des hypothèses *infra*) restent à la charge des assurés ; elles peuvent alors être prises en charge par les organismes complémentaires. En-dessous du plafond, les dépenses sont remboursées comme pour le droit commun actuel, c'est-à-dire que tous les assurés s'acquittent des franchises et participations forfaitaires, ainsi que du ticket modérateur (TM, ce dernier pouvant également être pris en charge par les complémentaires santé)

La mission a chiffré 8 variantes de bouclier sanitaire, selon les paramètres suivants :

- avec un plafond unique en euros, ou en fonction du revenu ; ce bouclier serait déterminé selon le niveau de vie du ménage et appliqué à chaque individu du ménage ;
- avec le maintien d'avantages pour les ALD ou non ;
- à isocoût pour l'AMO, ou générant des économies pour l'AMO ;
- avec le maintien des règles actuelles de ticket modérateur, ou avec la mise en place d'un TM unique.

Quels que soient les scénarios modélisés, les hypothèses suivantes ont été retenues :

- suppression de l'exonération du ticket modérateur pour les assurés en affection de longue durée (ALD) ;
- maintien de l'exonération du ticket modérateur pour les bénéficiaires de la C2S et des autres motifs d'exonérations (AT-MP, invalidité…), en dehors des ALD ;
- maintien des franchises et des participations forfaitaires ;
- les RAC AMO des cures thermales, des médicaments remboursés par l'AMO à hauteur de 15 %, ainsi que des médicaments remboursés à hauteur de 30 % ont été exclus du bouclier sanitaire ;
- pour les équipements d'optique, d'audioprothèse et les prothèses dentaires, seuls les biens du panier 100% santé sont intégrés à hauteur de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS), les restes à charge liés à la liberté tarifaire, c'est-à-dire les sommes déboursées au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale et en-deçà du prix limite de vente fixés pour les biens du 100 % Santé, étant exclus du panier. Les biens hors panier du 100 % Santé ne sont pas intégrés dans le bouclier.

Dans le cas des patients en ALD qui ne sont pas reportés vers un autre motif d'exonération (AT/MP, acte lourd[1]), plusieurs façons d'imputer des dépenses auxquelles ils feraient face suite à la suppression du statut ALD sont retenues en fonction du lieu de la consommation des soins :

- pour les soins de ville : calcul pour chaque poste de soin, parmi les personnes ne bénéficiant d'aucune exonération, du ratio entre les tickets modérateurs et les bases de remboursement. Ce taux est ensuite appliqué à la base de remboursement de chaque acte consommé par une personne ALD n'ayant droit à aucune forme d'exonération ;

[1] Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur est remplacé par une participation forfaitaire de 32 €.

- pour les passages aux urgences : acquittement du forfait urgence défini au niveau national, à taux plein ;
- pour les séjours en établissements publics : ticket modérateur égal à 20 % de la dépense pour les 30 premiers jours du séjour (ou forfait journaliser hospitalier de 20 € si le montant est plus élevé), auquel s'ajoute un forfait hospitalier journalier au-delà du 30ème jour ;
- pour les séjours en établissements privés : il n'y a pas de simulation, les patients étant basculés vers une situation d'exonération acte lourd dans la mesure où les séjours en établissements privés s'accompagnent quasi-systématiquement de l'accomplissement d'un acte lourd, particulièrement au titre de séjours en chirurgie[2].

Ces chiffrages sont statiques et ne prennent ainsi pas en compte les effets de comportement qui pourraient être induits par la réforme, notamment la possible augmentation du non-recours aux soins.

2. Modèle mobilisé pour la microsimulation et données de cadrage

2.1. Présentation des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie dans le modèle INES-OMAR 2023

Le modèle INES-OMAR permet, avant tout exercice de micro-simulation, de calculer les dépenses et restes à charge des ménages avant réforme. Ce chiffrage pré-réforme sert de contrefactuel à la mission afin de vérifier que les scénarios simulés respectent la contrainte d'une dépense constante pour l'AMO[3] avant variation de la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

Le modèle INES-OMAR permet d'estimer les dépenses totales de santé à 207,62 Md € en 2023, un niveau inférieur à celui estimé par les comptes nationaux[4] (249 Md€). Cet écart avec la comptabilité nationale s'explique par le fait que les comptes nationaux prennent en compte certaines dépenses non remboursées par l'AMO (comme l'ostéopathie) ainsi que les dépenses non individualisables (par exemple, les rémunérations sur objectif de santé publique des médecins), tandis que la base OMAR ne couvre que les dépenses individualisables et remboursables. Cet écart avec la comptabilité nationale est discuté par la DREES dans la note méthodologique INES-OMAR 2019[5].

La mission rappelle que les dépenses de santé sont intrinsèquement liées à l'âge des consommants (cf. graphique 1). **Cette augmentation des dépenses avec l'âge explique la sur-représentation des personnes les plus âgées parmi les personnes voyant leur RAC augmenter ou diminuer dans les réformes simulées.**

---

[2] Cette prépondérance forte des actes lourds peut interroger au regard du rôle des établissements privés dans les soins de psychiatrie (PSY) et les soins de suite et de réadaptation (SSR), où sont usuellement réalisés moins d'actes lourds. Elle s'explique notamment par le fait que les séjours en établissement privés en PSY sont traités comme des séjours en établissement publics dans le modèle, par convention. En sommant les séjours en MCO et SSR privés, une bascule par défaut vers un cas d'exonération actes lourds est réalisée car dans 95 % des cas de référence, un acte lourd est bien en jeu.

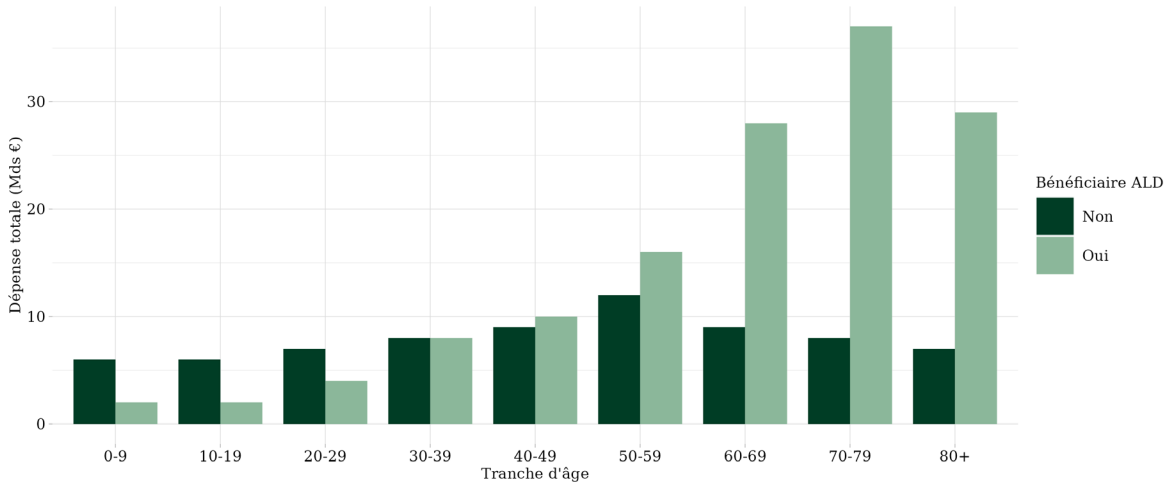
[3] Compte tenu des montants engagés des écarts de l'ordre de quelques millions d'euros seront tolérés.

[4] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24

[5] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-09/DM18.pdf

Annexe I

Graphique 1 : Dépenses de santé totales en fonction de l'âge et du statut ALD



Source : DREES, INES-OMAR 2023 ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; note : ce graphique présente les dépenses totales par tranche d'âge et non les dépenses moyennes individuelles ; lecture : les dépenses des consommants ALD de 40 à 49 ans représentaient 10 Md € en 2023.

Le reste à charge après remboursements de l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) s'élève au total à 37,66 Md € dans le modèle INES-OMAR, soit 18,1 % des dépenses totales de santé. Le modèle permet également de ventiler ces montants par poste de dépense (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Dépenses et RAC AMO par poste de soin

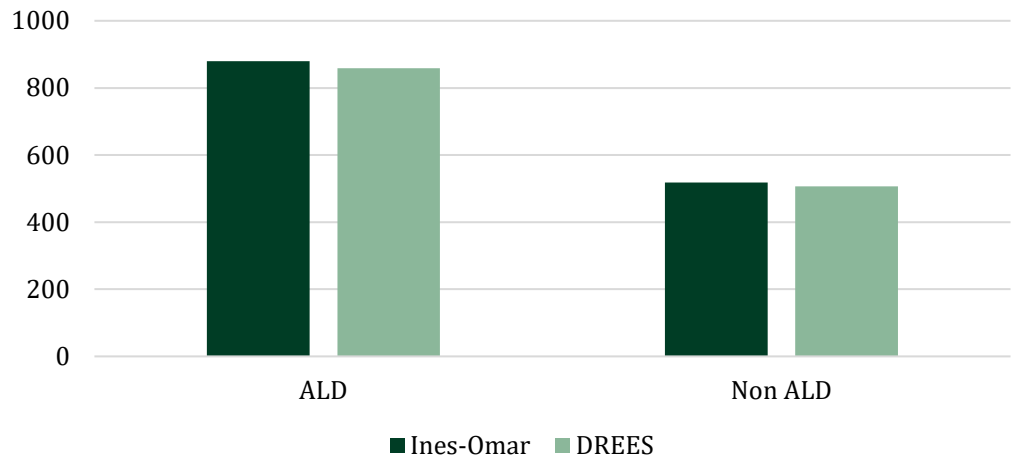
Poste	Dépense (M€)	RAC AMO (M€)	RAC AMO médian (€)	RAC AMO Ecart interquartile (€)
Optique	6 942	6 689	428	333
Soins dentaires prothétiques	7 521	6 042	555	852
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	19 850	4 574	52	99
Médicaments	33 558	4 418	40	82
Hôpital	83 627	4 418	145	383
Médecin généraliste	7 962	1 737	18	33
Autres dispositifs médicaux	9 528	1 699	21	73
Kinésithérapeute	6 112	1 542	79	156
Orthodontie	2 041	1 452	523	729
Prothèses auditives	1 861	1 410	1 920	1 280
Laboratoire	5 174	1 324	24	35
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	4 032	967	19	32
Infirmier	9 733	541	3	6
Autres auxiliaires médicaux	1 709	352	9	16
Transports	5 602	254	8	34
Autres frais	1 372	148	0	27
Sage-femme	550	61	11	13
Dépistages et vaccins (injections)	446	33	0	2
Total	**207 617**	**37 661**	**-**	**-**

Source : DREES, INES-OMAR 2023 ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; note : les postes de soins sont classés par ordre décroissant des RAC AMO associés

Il permet également de distinguer les RAC AMO en fonction de la présence ou non d'une ALD chez un individu. Chez les individus présentant au moins un remboursement pour motif d'ALD les RAC AMO observés correspondent principalement aux dépenses de santé sans lien avec l'ALD exonérante.

Ainsi, le modèle INES-OMAR permet d'estimer les RAC AMO moyens des patients présentant au moins une ALD à 880 €, contre 518 € pour les patients sans ALD (cf. graphique 2). Cette mesure est cohérente avec les chiffres publiés pour l'année 2023 par la Drees et mis à disposition sur l'outil interactif « Dépenses de santé et restes à charge » basé sur les données de la base « Restes à charge » issue d'un retraitement du système national des données de santé (SNDS)[6].

Graphique 2 : RAC AMO en fonction du statut ALD



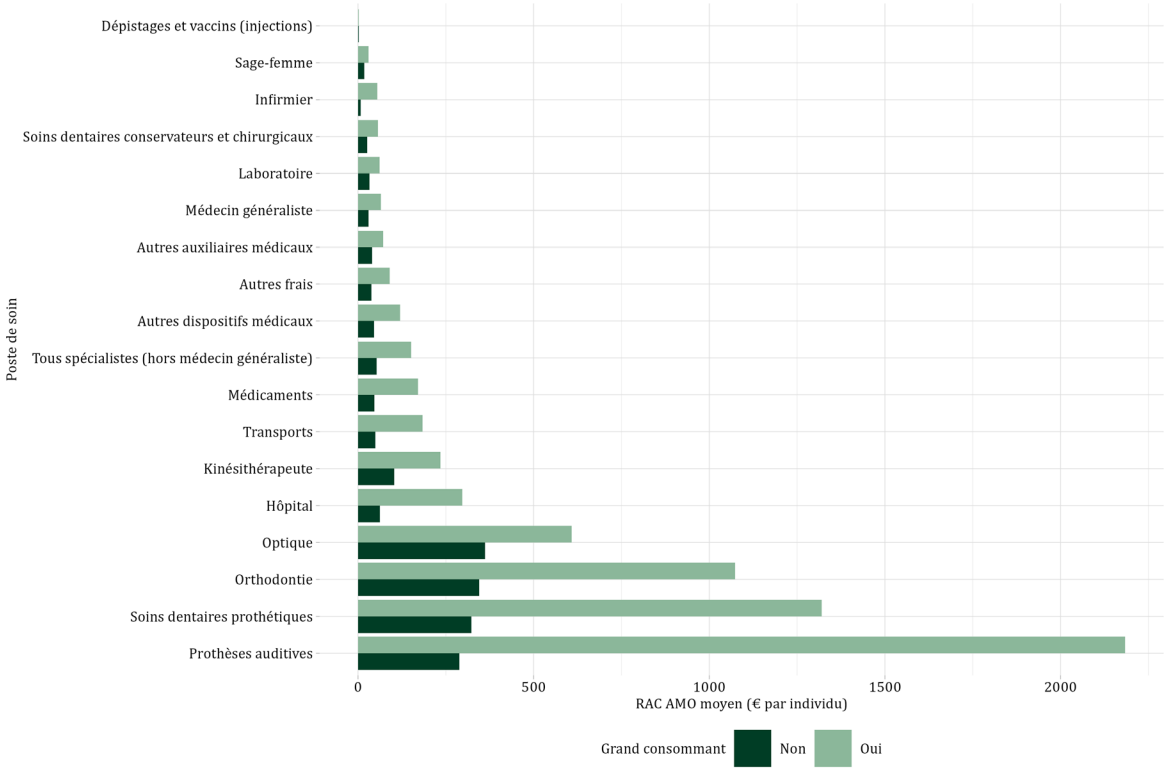
Source : INES-OMAR 2023 (DREES) et RAC 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF pour INES-OMAR

La mission a également produit des statistiques sur les « grands consommants » de soins en distinguant les individus avec plus de 1 100 € de RAC AMO (soit les 15 % d'individus avec les RAC AMO les plus élevés) du reste de la population.

En ventilant les dépenses de ces grands consommants non bénéficiaires du régime ALD entre les postes de soins on peut *a priori* identifier les principaux postes de dépenses sur lesquels les individus verraient leur RAC AMO diminuer (cf. graphique 3).

[6] https://drees.shinyapps.io/depenses_et_rac/

Graphique 3 : RAC AMO moyen par poste de soin en fonction du niveau de RAC AMO (non bénéficiaires ALD)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

2.2. Présentation des restes-à-charges après assurance maladie complémentaire et des primes versées aux organismes complémentaires

Le principal apport du modèle INES-OMAR est de fournir des informations sur les remboursements versés et les primes collectées par les organismes complémentaires (OC).

Avant mise en place d'un bouclier, le modèle indique que les remboursements des OC atteignaient 27,78 Md € en 2023, un niveau supérieur celui documenté dans la version 2019 du modèle (24,62 Md €) mais cohérent avec la progression des dépenses de santé de la population au cours des dernières années[7]. En proportion les remboursements des OC augmentent également : 13,4 % des dépenses dans le modèle 2023 contre 12,7 % dans le modèle 2019[8].

Concernant les primes collectées par les OC la version 2023 du modèle permet d'estimer que les cotisations hors taxes s'élèvent à 34,29 Md €, en progression par rapport au montant estimé dans le modèle 2019 (32,1 Md €).

Au final, le modèle permet d'estimer la répartition des dépenses de santé entre les ménages, l'AMO et les OC. En 2023 l'AMO aurait ainsi financé 81,9 % des dépenses de santé, un niveau proche de celui estimé dans le modèle INES-OMAR 2019 (cf. tableau 2, **compte tenu des évolutions méthodologiques entre les deux millésimes d'INES-OMAR ces indicateurs ne doivent pas être interprétés comme des évolutions**).

[7] Voir *Les dépenses de santé en 2024* (DREES) pour une évolution de la CSBM au cours de la décennie passée

[8] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-09/DM18.pdf, tableau 16

Tableau 2 : Répartition des dépenses de santé, Ines-Omar 2019 et 2023

Version du modèle	AMO (% de la dépense)	AMC (% de la dépense)	RAC ménages (% de la dépense)
2019	81,5	12,7	5,7
2023	81,9	13,4	4,8

Source : INES-OMAR (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF pour le modèle 2023

La modification des RAC AMO entrainant une modification des remboursements par les complémentaires, la mission s'est appuyée sur les travaux menés par la DREES visant à estimer la « réponse » des OC (cf. encadré 1) afin de quantifier d'une part le RAC AMC et d'autre part la variation des primes d'assurance après réforme.

Encadré 1 : Réponse des complémentaires

La méthode retenue diffère légèrement des choix opérés précédemment par la DREES, notamment par Bonnet et Fauchon dans leur note de 2026 visant à estimer l'impact du déremboursement de certains soins[9]. Plutôt que d'estimer comment les complémentaires répartissent entre leurs assurés le surcoût induit par une mesure, ce qui revient à ajouter une petite surprime à la prime de base, on recalcule entièrement la prime que doit acquitter l'assuré. **Ce choix se justifie par la nature des mesures simulées : en introduisant un bouclier sanitaire susceptible de varier en fonction du niveau de vie, le législateur fournit une information aux complémentaires santé qui sont susceptibles de s'en saisir pour refonder complètement leur tarification.** Les bénéficiaires d'une complémentaire santé sont divisés en plusieurs profils, définis à partir de leur âge (sauf si la complémentaire santé est un contrat d'entreprise), leur type de complémentaire santé (contrat d'entreprise versus autres contrats collectifs et contrats individuels), la qualité de la complémentaire santé (synthétisant le niveau global de garanties proposées par le contrat) et le montant du bouclier sanitaire dont bénéficie l'individu.

Le total des remboursements à assurer par la complémentaire santé de chaque individu est régressé sur une constante et sur l'ensemble des indicatrices décrivant les profils. La régression permet ainsi de prédire un coût moyen (pour la complémentaire santé) que représenterait un assuré sur la base de son profil.

Une complémentaire santé ne peut pas tarifer ses contrats en fonction de la consommation personnelle de chaque assuré, mais est susceptible de le faire sur la base de la consommation moyenne du profil auquel il se rattache. On considère ainsi que chaque assuré doit s'acquitter d'une prime égale à la consommation moyenne du profil duquel il relève.

Un recalage, négligeable, permet de s'assurer que la somme des primes acquittées permet bien de financer exactement les remboursements effectués par les complémentaires santé, et ceci par type de contrat. Les prestations des complémentaires santé sont ainsi complètement financées.

Cette simulation des primes ne prend pas en compte l'évolution des frais de gestion.

Afin de comparer les situations pré et post réforme, la mission a simulé les primes des assurés avant réforme en utilisant la méthodologie décrite précédemment. Ces primes simulées constituent le contrefactuel auquel les primes post réforme, également simulées, sont comparées. Cette façon de procéder permet de raisonner à « méthode de tarification » constante. Une comparaison des primes simulées post-réforme aux primes pré-réforme directement issues d'INES-OMAR aurait conduit à comparer des primes issues de deux méthodes de tarification différentes.

[9] Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ? *Les dossiers de la DREES n°135.*

Source : Mission, Drees.

Concernant les recettes de la TSA l'hypothèse est faite qu'elles varient selon la formule suivante : $Variation\ TSA = Variation\ primes * 13{,}27\ \%$ (13,27 % correspondant au taux de TSA appliqué aux contrats solidaires et responsables, qui représentent la très grande majorité des contrats de complémentaire santé).

2.3. La mesure du revenu dans INES-OMAR

Le revenu des individus n'est pas directement observé dans INES-OMAR, il est appréhendé au travers du concept de **niveau de vie.**

L'INSEE retient la définition suivante : *« Le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (UC), il correspond à ce qu'Eurostat nomme "revenu disponible équivalent". Les unités de consommation sont généralement calculées selon l'échelle d'équivalence dite de l'OCDE modifiée qui attribue 1 UC au premier adulte du ménage, 0,5 UC aux autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC aux enfants de moins de 14 ans. »*

Le niveau de vie est calculé à l'échelle du ménage, tous les individus du même ménage disposent ainsi du même niveau de vie. Dans le cadre des simulations mettant en place un bouclier sanitaire proportionnel au niveau de vie tous les individus d'un même ménage se voient ainsi affecter un bouclier individuel de même niveau.

3. Mise en place d'un bouclier sanitaire - synthèse des résultats

L'impact de la mise en place d'un bouclier sanitaire sur les différents types de consommants de soins est analysé afin de caractériser les populations les plus sensibles aux variations entrainées par une réforme.

La population bénéficiant d'une exonération pour cause d'ALD a fait l'objet d'une attention particulière dans la mesure où la suppression du statut ALD et la mise en place d'un bouclier sanitaire est, par construction, susceptible de davantage porter préjudice à cette population. Les analyses sont déclinées en trois volets : par âge, par niveau de vie et par statut ALD.

Tableau 3 : Synthèse sur les RAC AMO en cas de mise en place d'un bouclier sanitaire

			Impact sur les consommants (M de personnes et *variation moyenne du RAC AMO par individu*)				
Scé-nario	**Montant du bouclier**	**TM**	**Perdants ALD**	**Gagnants ALD**	**Gagnants hors ALD**	**Perdants hors ALD**	**Gain pour l'AMO (M €)**
Scénarios sans modifications des règles de TM							
Scénarios à isocoût pour l'AMO							
1	740 €	Règles actuelles	8,3 *(345)*	1,5 *(- 868)*	2,2 *(- 690)*	-	5
2	1 240 € (620 € ALD)	Règles actuelles	8 *(303)*	1,9 *(- 798)*	0,7 *(- 1239)*	-	0
3	2,8 % du niveau de vie	Règles actuelles	8,2 *(355)*	1,6 *(- 820)*	2,2 *(- 630)*	-	-5
Scénarios avec économies pour l'AMO							
4	1 300 €	Règles actuelles	9 *(506)*	0,7*(- 1 112)*	0,7 *(-1260)*	-	2900
5	6 % du niveau de vie	Règles actuelles	9,1 *(579)*	0,6 *(- 1 173)*	0,7 *(- 1142)*	-	3800
Scénarios avec TM unique							
6	2 000 €	TM unique à 15%	8,6 *(582)*	3,4 *(- 271)*	38,4 *(- 132)*	5,9 *(166)*	24
7	750 €	TM unique à 25%	9,4 *(338)*	2,6 *(- 554)*	33,5 *(- 95)*	10,6 *(133)*	-42
8	460 €	TM unique à 5=40%	9 *(268)*	3 *(- 660)*	7,5 *(- 361)*	36,3 *(65)*	77

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les différents scénarios simulés conduisent à des répartitions des dépenses entre AMO, AMC et ménages proches de celles observées pré réforme. Cela est dû à la méthodologie de calcul utilisée dans INES-OMAR : les OC prennent le relai, en fonction de la nature du contrat souscrit, de l'AMO en cas de variation des remboursements AMO et répercutent ensuite ces variations de remboursements sur les primes des ménages (cf. tableau 4).

Les ménages peuvent voir leurs primes d'assurance varier substantiellement. Cette différence entre les primes moyennes acquittées constitue une différence majeure entre les scénarios, y compris lorsque la part des dépenses à la charge des ménages (RAC AMC) est stable.

Tableau 4 : Partage des dépenses entre AMO, OC et ménages

Scénario	AMO (% de la dépense)	AMC (% de la dépense)	RAC Ménages (% de la dépense)	Variation des primes payées par les ménages (en M €)	Variation estimée de la TSA (en M€)
Actuel	81,9	13,4	4,8	-	-
1 (BS unique, 740 €)	81,9	13,2	4,9	-280	-37
2 (BS unique, divisé ALD)	81,9	13,3	4,9	-250	-33
3 (BS 2,8 % du niveau de vie)	81,8	13,3	4,9	-250	-33
4 (BS unique, 1300 €)	80,5	14,6	4,9	2610	+346
5 (BS 6 % du niveau de vie)	80,0	15,1	4,9	3560	+472
6 (TM unique, 15 %)	81,8	13,3	4,8	-80	-11
7 (TM unique, 25 %)	81,9	13,2	4,9	-360	-48
8 (TM unique, 40 %)	81,8	13,0	5,2	-770	-102

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; note : les dépenses de santé dans le champ du modèle s'élèvent à 207,62 Md€, les totaux peuvent ne pas sommer à 100 % en raison des arrondis.

Dans certaines configurations, les primes collectées par les OC peuvent diminuer en parallèle d'une diminution des dépenses de l'AMO alors que ces deux agrégats devraient en principe évoluer dans des sens opposés : si l'AMO diminue ses remboursements les OC doivent collecter plus de primes pour assurer les remboursements.

Il faut en effet tenir compte de la structure de la consommation de soins et des obligations de prise en charge des OC sur certains postes de soin dans le cadre des contrats solidaires et responsables (95 % des contrats). Ainsi, lorsque les dépenses de l'AMO augmentent sur des postes tels que les dépenses hospitalières, cela entraine une baisse des remboursements dus par les OC.

Si dans le même temps ces hausses de remboursements AMO ne sont pas contrebalancées par des baisses équivalentes sur d'autres postes obligatoirement pris en charge par les contrats solidaires et responsables, alors les OC peuvent être amenés à devoir rembourser moins de dépenses de santé qu'avant réforme (entrainant alors une baisse des primes collectées).

3.1. Bouclier sanitaire unique à isocoût pour l'AMO, sans plafond personnalisé pour les personnes en ALD (740 €)[10]

La mission a tout d'abord simulé un bouclier sanitaire unique, en conservant les règles actuelles de ticket modérateur, avec un niveau stable des dépenses AMO. Cela se traduit par un bouclier sanitaire au seuil de 740 €.

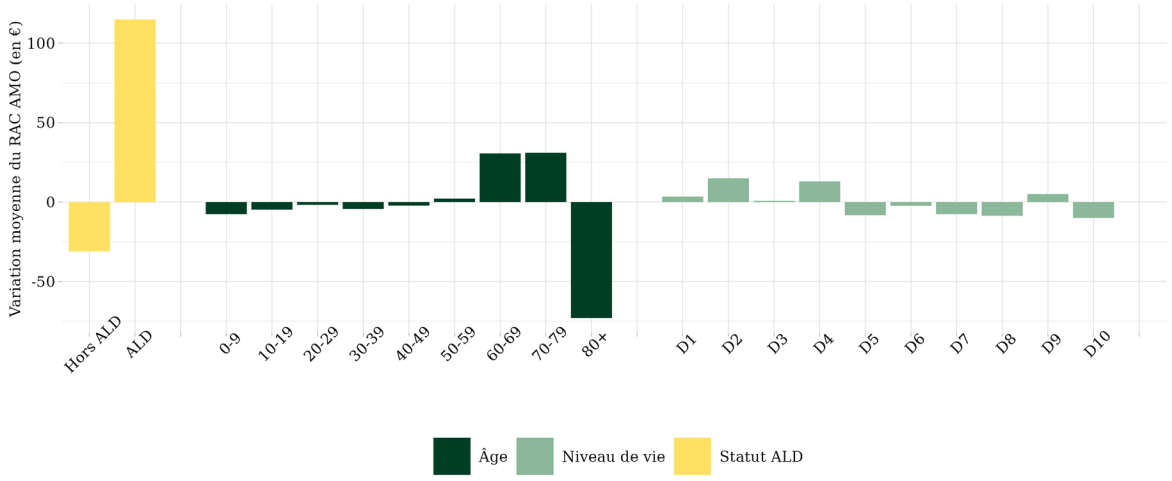
8,3 millions d'individus bénéficiant d'exonérations pour ALD verraient leur RAC AMO augmenter en cas de mise en place d'un tel bouclier (avec une perte moyenne de 345 €).

1,5 million de bénéficiaires ALD tireraient profit d'un passage à une logique de bouclier sanitaire (pour un gain moyen de 868 €).

Chez les individus non exonérés au titre d'une ALD, 2,2 millions d'individus bénéficieraient de la mise en place du bouclier pour un gain moyen de 690 €. Et aucun perdant ne serait, par construction, créé par une réforme.

A l'échelle globale, les bénéficiaires du régime ALD sont les plus nombreux à voir leur RAC AMO augmenter (indépendamment de leur âge ou de leur niveau de vie). Les individus appartenant à la tranche 60-79 ans seraient en moyenne plus affectés que le reste de la population tandis que les plus de 80 ans verraient leurs RAC AMO diminuer. L'impact de la réforme serait légèrement négatif pour les ménages les moins aisés et légèrement positif au-delà du 5e dixième de niveau de vie (cf. graphique 4), mais globalement très modéré.

Graphique 4 : Synthèse des variations des RAC AMO après réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)



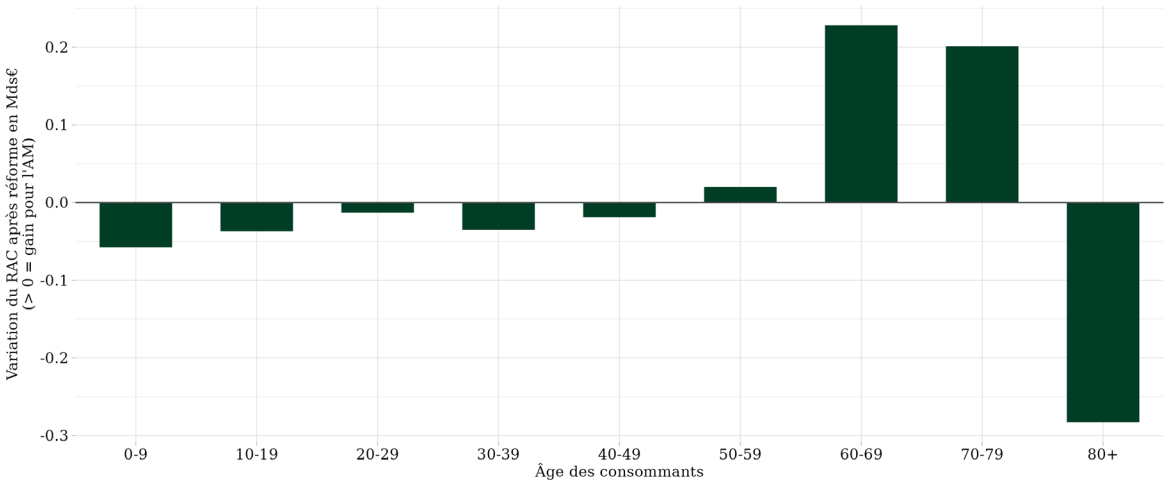
Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; note de lecture : chez les bénéficiaires du régime ALD le RAC AMO augmenterait en moyenne de 198 € après réforme.

3.1.1. Analyse par âge

La mise en place du bouclier sanitaire entrainerait, à l'échelle agrégée, des économies pour l'AMO principalement concentrées sur les individus de 60 à 79 ans. En dessous de 50 ans les individus verraient leurs RAC AMO diminuer mais les principaux gagnants seraient les individus de plus de 80 ans (cf. graphique 5). Ce phénomène s'explique par le fait que les individus les plus âgés sont à la fois les consommants de soins les plus importants à l'échelle individuelle : la dépense de santé globale de cette population est similaire à celle des 70-79 ans et des 60-69 ans, alors qu'elle est deux fois moins nombreuse.

[10] 5 M€ d'économies pour l'AMO

Graphique 5 : Répartition des gains et pertes par tranche d'âge (scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La variation médiane du RAC par individu serait de 0 € pour un bouclier à 740 € (cf. tableau 5) quelle que soit la tranche d'âge considérée. En moyenne ces variations seraient comprises entre - 73 et 31 € par an.

Au-delà de 60 ans des variations des RAC AMO de plusieurs centaines d'euros pourraient toutefois avoir lieu (voir colonne « 9e dixième »).

Tableau 5 : Variation des RAC AMO après réforme par âge (scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)

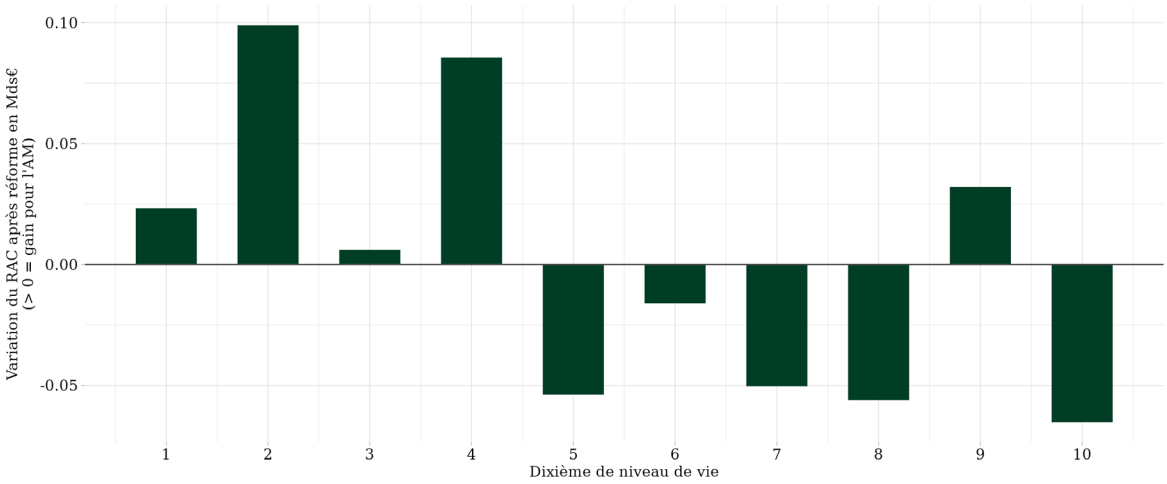
	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Tranche d'âge	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
0-9	0	-8	0	0
10-19	0	-5	0	0
20-29	0	-2	0	0
30-39	0	-4	0	0
40-49	0	-2	0	0
50-59	0	2	0	65
60-69	0	31	0	319
70-79	-143	31	0	478
80+	-570	-73	0	546

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.1.2. Analyse par niveau de vie

Le bouclier sanitaire aurait pour effet d'augmenter les RAC AMO des personnes présentes dans les ménages les plus modestes (cf. graphique 6). **Au sein des ménages les plus aisés, les RAC AMO diminueraient en moyenne.** Cet effet peut s'expliquer par le fait que les foyers modestes comptent davantage de bénéficiaires ALD.

Graphique 6 : Répartition des gains et pertes par dixièmes de niveau de vie (scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La variation médiane du RAC par individu serait de 0 € pour un bouclier à 740 € (cf. tableau 6) quelle que soit la tranche d'âge considérée. En moyenne, ces variations seraient comprises entre -10 à 15 € par an.

Il convient de noter que si des perdants apparaissent dans le 9e décile de variation, on ne voit pas apparaître de gagnants, qui se situent vraisemblablement dans les tout premiers centiles du premier décile. La mise en place d'un bouclier serait ainsi défavorable à une majorité des individus en termes de RAC AMO, tout en bénéficiant à quelques-uns qui se situent à l'extrémité du spectre, mais dont le reste à charge est particulièrement élevé.

Tableau 6 : Variation du RAC AMO après réforme par niveau de vie (scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile des restes à charge	Moyenne	Médiane	9e décile des restes à charge
1	0	3	0	0
2	0	15	0	222
3	0	1	0	168
4	0	13	0	214
5	0	-8	0	178
6	0	-2	0	180
7	0	-8	0	144
8	0	-9	0	63
9	0	5	0	74
10	0	-10	0	48

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.1.3. Analyse en fonction du statut ALD (bénéficiaire ou non)

3.1.3.1. Hétérogénéité des situations au sein de la population ALD

Sur l'ensemble de la population bénéficiant du régime ALD (soit 13,5 millions de personnes dans INES-OMAR,), **8,3 millions de personnes verraient leur RAC AMO augmenter en cas de mise en place d'un bouclier sanitaire. 1,5 million de consommants tireraient bénéfice de la mise en place d'un bouclier sanitaire tandis que pour 3,7 millions de personnes la situation serait inchangée (cf. tableau 7).**

Chez les individus pénalisés par le passage au bouclier sanitaire l'augmentation moyenne du RAC serait de 345 € par an, soit une augmentation totale pour cette population de 2,9 Md€ (et une économie équivalente pour l'AMO). Les individus gagnants verraient eux leur RAC diminuer de 868 € en moyenne par an, soit un coût supplémentaire pour l'AMO de 1,3 Md€.

Tableau 7 : Variation du RAC AMO chez les bénéficiaires du régime ALD (scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Gain AMO (M€)	Nombre d'individus (M)
Perdant	57	345	293	675	2861	8,3
Egal	0	0	0	0	0	3,7
Gagnant	-2010	-868	-456	-58	-1309	1,5

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

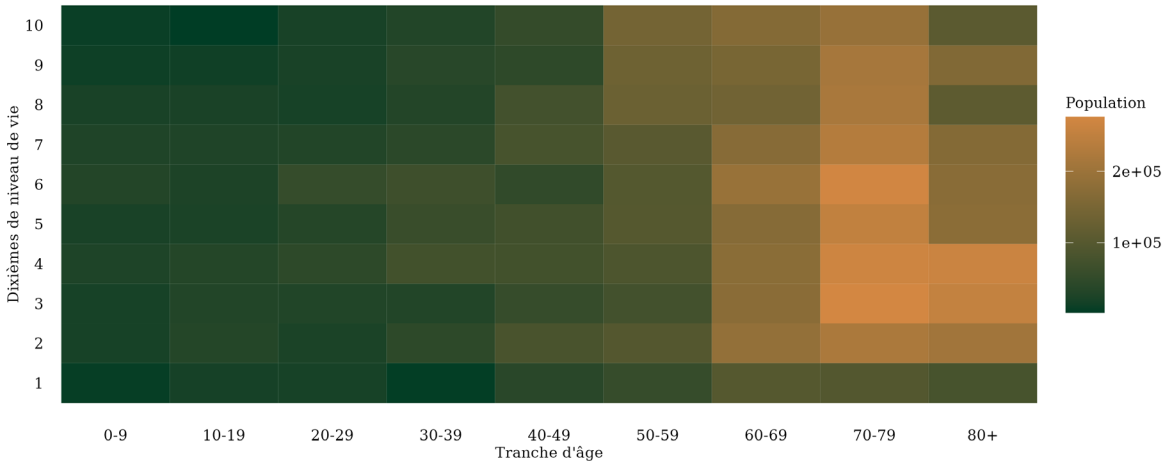
Les bénéficiaires du régime ALD qui verraient leur RAC AMO augmenter sont principalement des consommants âgés, sans distinction particulière liée à leur niveau de vie, dans la mesure où l'on observe que tous les dixièmes de niveau de vie sont concernés (cf. tableau 8 et graphique 7).

Tableau 8 : 5 catégories de bénéficiaires ALD les plus négativement impactées (en nombre d'individus ; scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)

Tranche d'âge	Dixième de niveau de vie du ménage	RAC AMO médian avant réforme	RAC AMO médian après réforme	Augmentation du RAC pour la catégorie (M €)	Population (M)
70-79	3	540	941	96	0,28
70-79	6	710	1063	104	0,27
70-79	4	485	902	102	0,27
80+	4	518	975	100	0,26
80+	3	543	946	83	0,25

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

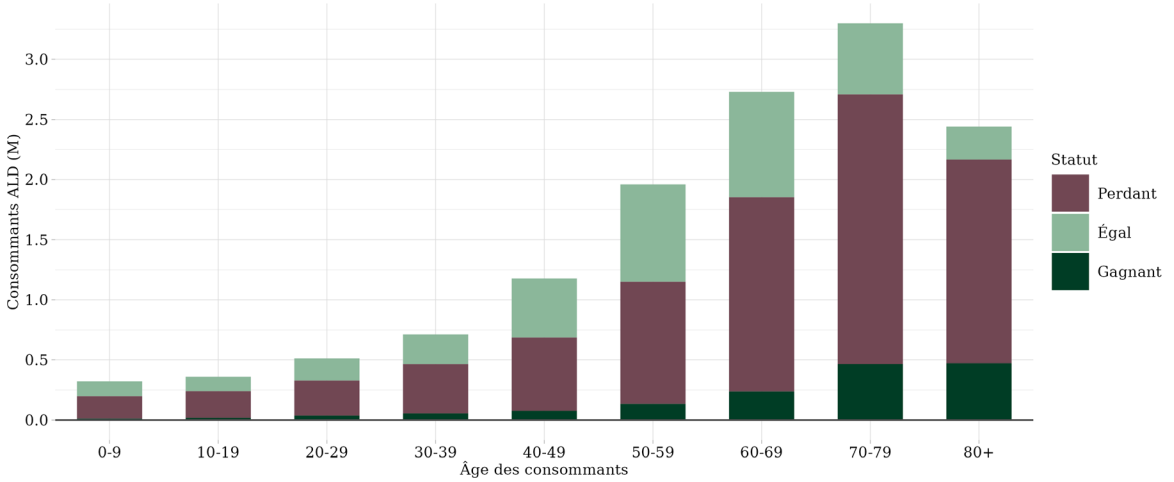
Graphique 7 : Nombre de bénéficiaires du régimes ALD qui verraient leur RAC AMO augmenter par tranche d'âge et dixième de niveau de vie (scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; lecture : cette carte de chaleur permet de visualiser, en fonction de la tranche d'âge et du niveau de vie, les populations ALD les plus impactées par la réforme (dans le cas présent la population de plus de 60 ans, à l'exception des occupants des ménages les moins aisés).

Les principaux perdants, au sein des bénéficiaires ALD, appartiendraient aux tranches d'âge les plus élevées ; les gagnants se trouveraient également au sein de ces tranches (cf. graphique 8).

Graphique 8 : Consommants ALD en fonction de leur âge et de leur statut après réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.1.3.2. Cas de la population hors ALD

Chez les consommateurs de soins qui ne bénéficient pas du régime ALD, les individus ne peuvent pas voir leur situation se dégrader après mise en place du bouclier sanitaire. Seuls des gagnants sont ainsi créés (cf. tableau 9).

Le nombre d'individus gagnants en cas de réforme resterait toutefois modéré : 2,2 millions de consommants pour 1,5 Md€ de dépenses supplémentaires pour l'AMO, soit un gain moyen de 690 € par individu.

Tableau 9 : Variation du RAC AMO chez les individus ne bénéficiant pas du régime ALD en 2023 (scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Variation totale (M€)	Nombre d'individus (M)
Egal	0	0	0	0	0	47,5
Gagnant	-1605	-690	-280	-39	-1547	2,2

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.1.4. Dispersion des RAC AMO après réforme

La mise en place du bouclier à 740 € diminuerait en particulier la dispersion des RAC AMO pour les dépenses hospitalières tandis que les RAC AMO seraient plus dispersés pour les dépenses liées aux médicaments, aux prothèses auditives et aux transports (cf. tableau 10).

Tableau 10 : Dépenses et RAC AMO par poste de soin (scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	RAC AMO après réforme (M€)	Ecart interquartile avant réforme (€)	Ecart interquartile après réforme (€)	Ecart inter décile avant réforme (€)	Ecart inter décile après réforme (€)
Optique	6 689	6 671	333	333	667	667
Soins dentaires prothétiques	6 042	4 948	852	847	2 044	2044
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	4 574	4 782	99	103	227	230
Médicaments	4 418	5 754	82	103	190	261
Hôpital	4 418	3 155	383	328	1 024	660
Médecin généraliste	1 737	1 977	33	37	70	77
Autres dispositifs médicaux	1 699	1 864	73	87	173	185
Kinésithérapeute	1 542	1 530	156	142	327	292
Orthodontie	1 452	1 452	729	729	1 176	1176
Prothèses auditives	1 410	1 251	1 280	1395	2 446	2491
Laboratoire	1 324	1 468	35	37	83	87
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	967	909	32	30	73	70
Infirmier	541	794	6	8	30	40
Autres auxiliaires médicaux	352	397	16	17	66	83
Transports	254	457	34	89	97	229
Autres frais	148	160	27	27	216	255
Sage-femme	61	61	13	14	45	45
Dépistages et vaccins (injections)	33	35	2	2	5	5

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.1.5. RAC AMC et primes

A l'échelle agrégée le modèle prévoit que les RAC AMC seraient de 10,17 Md € après réforme (cf. tableau 11) contre 9,88 Md € avant réforme, soit une augmentation de 2,9 %.

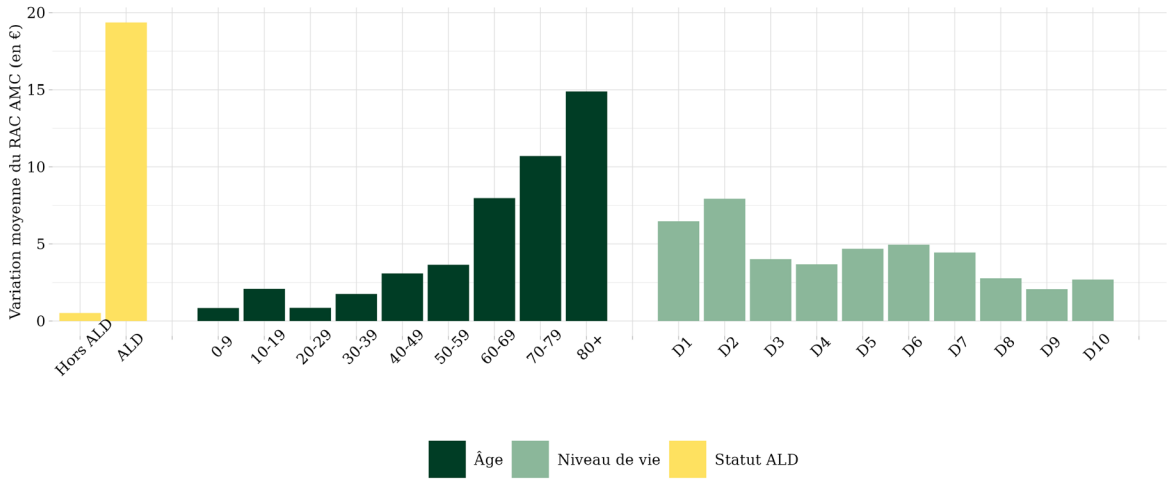
Tableau 11 : RAC AMC pré et post réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)

Pré réforme			Post réforme		
RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)	RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)
37,66	27,78	9,88	37,67	27,50	10,17

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Cette augmentation des RAC AMC serait croissante avec l'âge et toucherait ainsi principalement les individus les plus âgés. Les RAC AMC des individus appartenant aux ménages des deux premiers dixièmes de niveau de vie augmenteraient plus fortement que ceux du reste de la population (cf. graphique 9).

Graphique 9 : Variation des RAC AMC après réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

En parallèle de cette baisse des remboursements de l'AMO, les OC ajusteraient globalement les primes d'assurances à la baisse : - 0,28 Md € de primes collectées sur l'ensemble de la population (en lien avec la baisse des remboursements des OC). Cette baisse ne concernerait toutefois pas tous les ménages[11] dans la mesure où des augmentations toucheraient 8,7 millions de ménages tandis que 18,3 millions de ménages verraient leurs primes d'assurance diminuer (cf. tableau 12).

[11] A l'inverse des informations sur les RAC AMO ou RAC AMC qui sont individualisables dans INES-OMAR les informations sur les primes doivent être considérées à l'échelle du ménage.

Tableau 12 : Variation des primes d'assurance par ménage (scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)

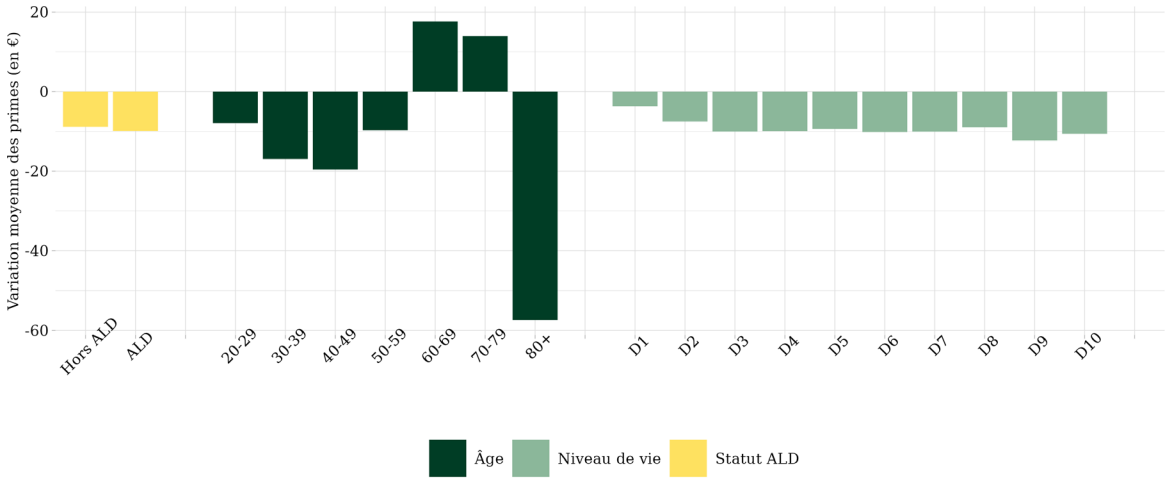
Variation de la prime	Bénéficiaire ALD au sein du ménage	Montant moyen de la variation (€ par ménage)	Montant médian de la variation (€ par ménage)	Variation totale pour les ménages (M€)
Baisse	Non	-24	-17	-287
Baisse	Oui	-44	-32	-273
Hausse	Non	25	13	118
Hausse	Oui	40	37	158

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Au total, le scénario conduirait à une répartition des dépenses proche de la situation actuelle : 81,9 % pris en charge par l'AMO (inchangé), 13,2 % pris en charge par les complémentaires (- 0,1 point) et 4,9 % à la charge des ménages (+ 0,1 point).

À l'échelle agrégée la baisse des primes collectées bénéficierait particulièrement aux ménages au sein desquels la personne la plus âgée a plus de 80 ans (cf. graphique 10).

Graphique 10 : Variation des primes après réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, bouclier fixe)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.2. Bouclier sanitaire à isocoût pour l'AMO, avec un plafond spécifique pour les bénéficiaires ALD (1 240 € hors ALD, 620 € ALD)[12]

Le deuxième scénario simulé par la mission consiste à mettre en place un bouclier sanitaire à partir de 1 240 € de reste à charge après AMO (RAC AMO). Ce niveau serait abaissé à 620 € pour les bénéficiaires du régime ALD.

Ce scénario raisonne également à dépense constante pour l'AMO. Avant réforme, les RAC AMO sont ainsi de 37,7 M€ et seraient identiques après réforme.

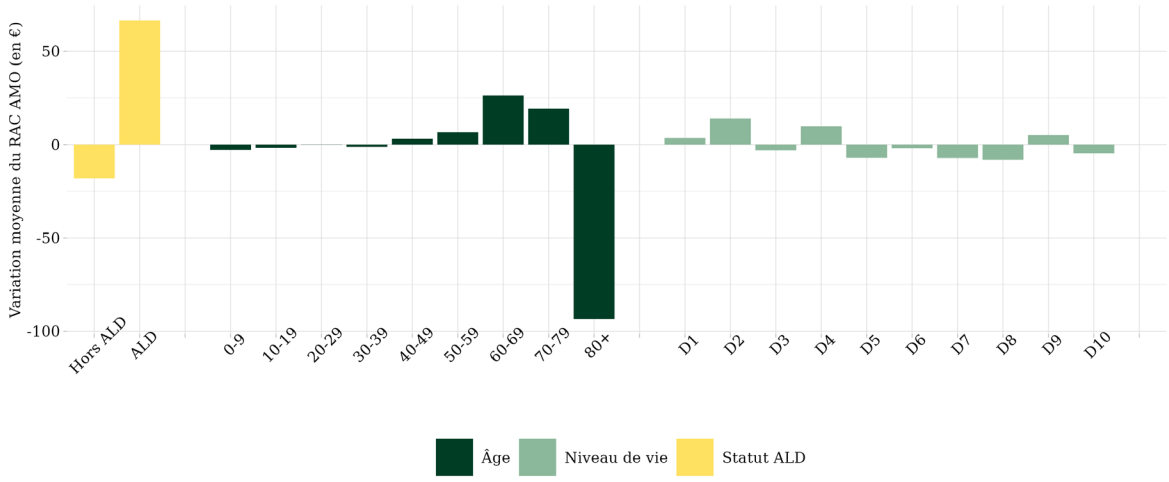
8 millions d'individus qui bénéficient du statut ALD verraient leur RAC augmenter en cas de mise en place du bouclier (en moyenne de 303 €).

1,9 millions de bénéficiaires du régime ALD verraient leurs RAC AMO diminuer grâce au bouclier (avec une diminution moyenne de 795 €).

700 000 consommants hors régime ALD seraient également gagnants suite à la mise en place de la réforme (gain moyen en termes de RAC AMO de 1 239 €).

A l'échelle individuelle, les bénéficiaires du régime ALD apparaissent toujours comme les principaux perdants (indépendamment de leur âge ou de leur niveau de vie) tandis que les individus de plus de 80 ans ressortent comme les principaux gagnants de la réforme. Le montant moyen d'augmentation du RAC AMO serait néanmoins et logiquement moins élevé que dans le précédent scénario.

Graphique 11 : Synthèse des variations des RAC AMO après réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)



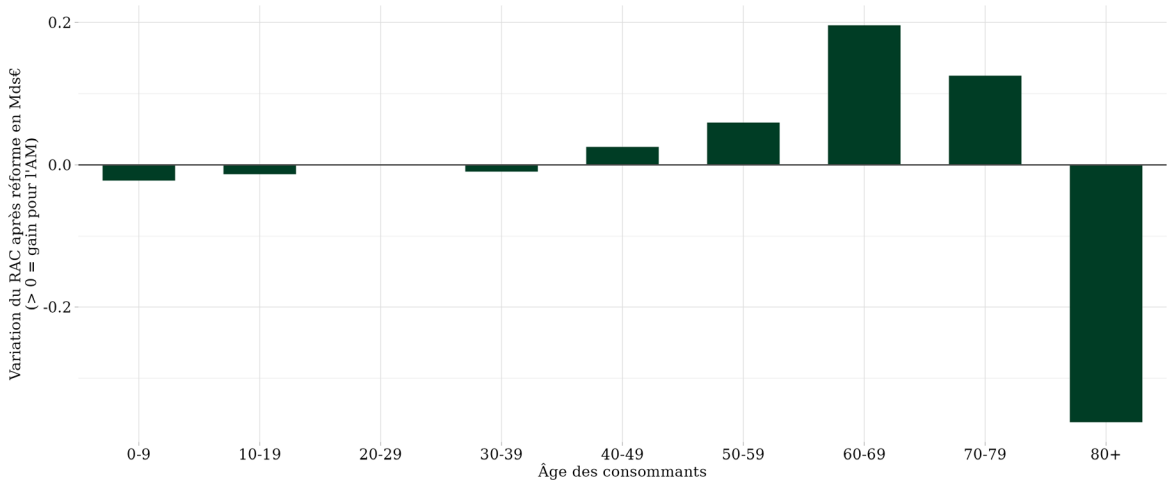
Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.2.1. Analyse par âge

La mise en place du bouclier sanitaire entrainerait des gains pour les individus de plus de 80 ans. La majeure partie des économies pour l'AMO seraient réalisés au niveau des individus de la tranche 50-79 ans (cf. graphique 12). Comme évoqué précédemment, cette disparité entre les plus et moins de 80 ans peut s'expliquer par le fait que les personnes très âgées sont de loin les plus consommatrices de soins.

[12] Impact de 0€ pour l'AMO

Graphique 12 : Répartition des gains et pertes par tranche d'âge (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La variation médiane du RAC par individu serait de 0 € (cf. tableau 13) quelle que soit la tranche d'âge considérée. En moyenne ces variations seraient comprises entre - 93 à 26 € par an par individu (les consommants de moins de 50 ans seraient toutefois peu impactés par la réforme).

Tableau 13 : Variation du RAC AMO après réforme par âge (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)

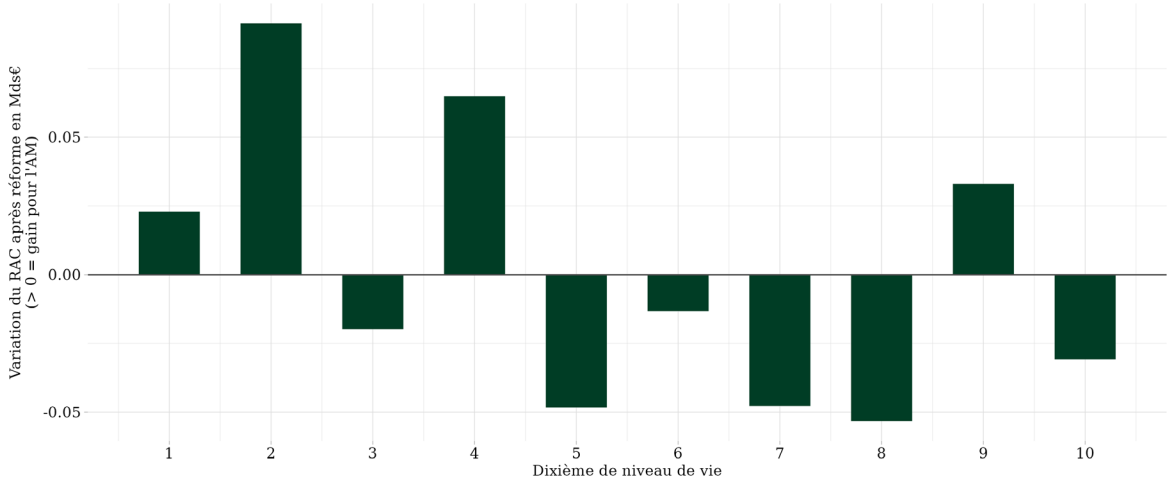
	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile des restes à charge	Moyenne	Médiane	9e décile des restes à charge
0-9	0	-3	0	0
10-19	0	-2	0	0
20-29	0	0	0	0
30-39	0	-1	0	0
40-49	0	3	0	0
50-59	0	7	0	46
60-69	0	26	0	273
70-79	-64	19	0	403
80+	-576	-93	0	463

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.2.2. Analyse par niveau de vie

Le bouclier sanitaire aurait pour effet d'augmenter les RAC AMO des personnes appartenant aux ménages du premier, deuxième et quatrième dixième de niveau de vie. A contrario, les ménages des dixièmes cinq à huit verraient leurs RAC AMO diminuer (cf. graphique 13).

Graphique 13 : Répartition des gains et pertes par dixièmes de niveau de vie (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Dans ce scénario la variation médiane du RAC par individu serait de 0 € (cf. tableau 14), quelle que soit la tranche d'âge considérée. Les variations moyennes iraient de - 8 à 14 €.

D'importantes hausses du RAC AMO pourraient avoir lieu dans les premiers dixièmes de niveau de vie (hausse du RAC AMO de 197 € dans 10 % des cas dans le second dixième).

Tableau 14 : Variation du RAC AMO après réforme par niveau de vie (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile des restes à charge	Moyenne	Médiane	9e décile des restes à charge
1	0	3	0	0
2	0	14	0	197
3	0	-3	0	141
4	0	10	0	188
5	0	-7	0	146
6	0	-2	0	142
7	0	-7	0	116
8	0	-8	0	43
9	0	5	0	59
10	0	-5	0	14

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.2.3. Analyse par statut d'ALD

3.2.3.1. Hétérogénéité des situations au sein de la population ALD

Sur l'ensemble de la population ayant bénéficié du régime ALD (soit 13,5 millions de personnes dans INES-OMAR), 8 millions de personnes verraient leur RAC AMO augmenter en cas de mise en place d'un bouclier sanitaire. Ces variations de RAC AMO entraineraient un gain pour l'AMO de 2,4 Md€.

1,9 millions de consommants en ALD tireraient bénéfice de la mise en place d'un bouclier sanitaire, représentant une perte de 1,5 Md€ pour l'AMO, tandis que pour 3,6 millions de personnes la situation serait inchangée (cf. tableau 15).

Tableau 15 : Variation du RAC AMO chez les individus bénéficiant du régime ALD en 2023 (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Gain AMO (M€)	Nombre d'individus (M)
Perdant	48	303	264	579	2 413	8,0
Egal	0	0	0	0	0	3,6
Gagnant	-1 943	-795	-389	-67	-1 515	1,9

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Chez les individus pénalisés par le passage au bouclier sanitaire l'augmentation moyenne du RAC serait de 303 € par an. Les individus gagnants verraient eux leur RAC diminuer de 795 € en moyenne par an.

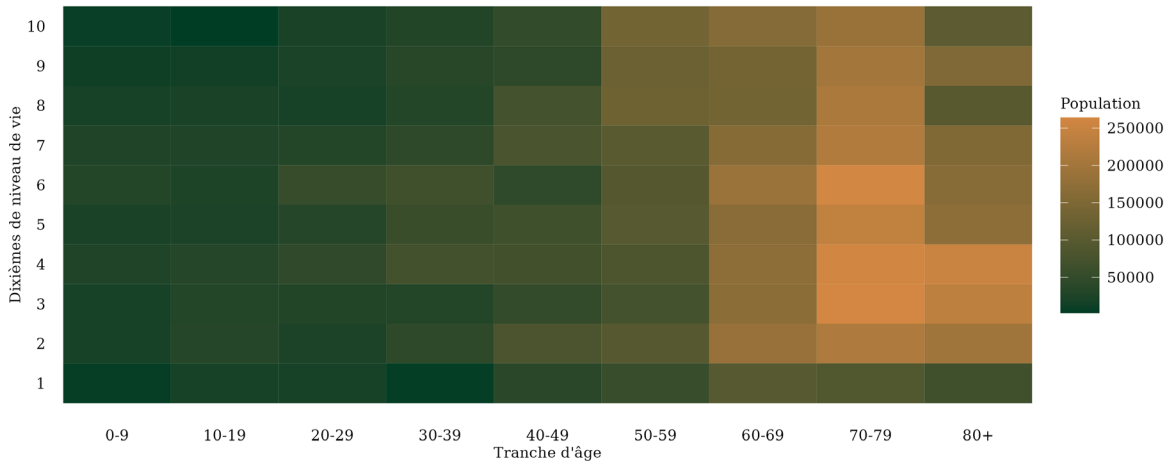
Chez les individus perdants, les personnes âgées seraient les plus impactées par la réforme (cf. tableau 16 et graphique 14).

Tableau 16 : 5 catégories de bénéficiaires ALD les plus impactées (en nombre d'individus)

Tranche d'âge	Dixième de niveau de vie du ménage	RAC AMO médian avant réforme	RAC AMO médian après réforme	Augmentation du RAC pour la catégorie (M €)	Population (M)
70-79	3	515	826	80	0,26
70-79	6	706	989	86	0,26
70-79	4	468	809	85	0,26
80+	4	484	863	81	0,25
70-79	5	478	830	71	0,24

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

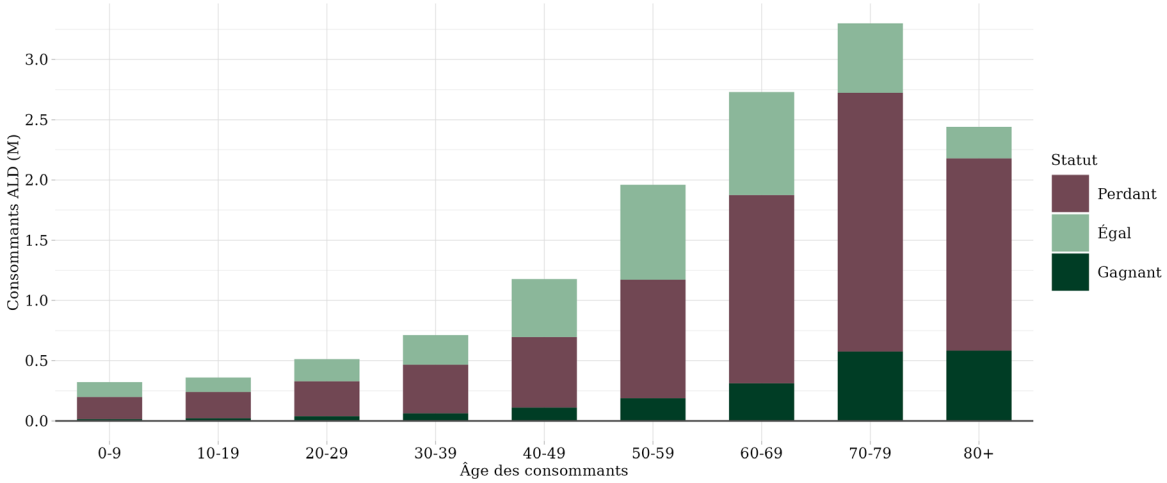
Graphique 14 : Nombre de bénéficiaires du régimes ALD qui verraient leur RAC AMO augmenter par tranche d'âge et dixième de niveau de vie (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF.

Cette réforme, d'une manière analogue à la première réforme simulée, générerait principalement des perdants ALD parmi les consommants les plus âgés. C'est également au sein de ces catégories de consommants que la majeure partie des gagnants de la réforme se trouveraient (cf. graphique 15).

Graphique 15 : Consommants ALD en fonction de leur âge et de leur statut après réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

D'une manière générale, les RAC AMO des consommants ALD diminueraient pour les postes de dépenses liés aux hospitalisations, aux prothèses dentaires et auditives, et dans une moindre mesure, à l'optique et aux soins dentaires chirurgicaux. Les RAC AMO sur les autres postes de dépenses augmenteraient (cf. tableau 17).

Les évolutions les plus importantes concerneraient les RAC AMO pour les médicaments (+ 70 %) et les RAC AMO auprès des infirmiers (+ 84 %). Les RAC AMO liés aux dépenses de santé à l'hôpital diminueraient de 49 %.

Tableau 17 : RAC AMO cumulés par poste de dépense pour les bénéficiaires du régime ALD (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Médicaments	1575	2682
Infirmier	262	484
Médecin généraliste	216	398
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	1160	1333
Transports	110	255
Autres dispositifs médicaux	382	497
Laboratoire	622	684
Autres auxiliaires médicaux	41	79
Kinésithérapeute	72	83
Autres frais	7	9
Dépistages et vaccins (injections)	4	4
Sage-femme	70	70
Orthodontie	1655	1654
Optique	696	665
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	185	151
Prothèses auditives	453	415
Soins dentaires prothétiques	2200	2152
Hôpital	2182	1176

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.2.3.2. Cas de la population hors ALD

Chez les consommateurs de soins qui ne bénéficient pas du régime ALD les gains seraient en moyenne de 1 239 € pour les individus tirant profit de la réforme (0,7 millions d'individus, contre 49 millions qui ne seraient pas impactés, cf. tableau 18). Ces gains engendreraient une perte pour l'AMO de l'ordre de 897 M€.

Tableau 18 : Variation du RAC AMO chez les individus ne bénéficiant pas du régime ALD en 2023 (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Variation totale (M€)	Nombre d'individus (M)
Egal	0	0	0	0	0	49,0
Gagnant	-3 042	-1 239	-582	-93	-897	0,7

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Ces consommants non ALD bénéficieraient en premier d'une réduction de leur RAC AMO lié aux dépenses hospitalières (- 473 M€ de RAC AMO en cumulé) et aux dépenses de médicaments (- 114 M€, cf. tableau 19).

Tableau 19 : RAC AMO par poste de dépense pour les personnes hors régime ALD (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Autres frais	77	0
Orthodontie	1382	0
Sage-femme	57	0
Optique	5033	0
Dépistages et vaccins (injections)	26	0
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	781	-6
Prothèses auditives	714	-7
Soins dentaires prothétiques	3842	-7
Autres auxiliaires médicaux	311	-9
Médecin généraliste	1475	-17
Laboratoire	942	-19
Kinésithérapeute	1089	-41
Transports	144	-42
Autres dispositifs médicaux	1077	-46
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	3414	-47
Infirmier	325	-68
Médicaments	2844	-114
Hôpital	2236	-473

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.2.4. Dispersion des RAC AMO après réforme

Dans la mesure où pour la majorité de la population, la réforme serait neutre[13] les écarts interquartiles des RAC AMO mesurés par postes de soins seraient proches pré et post réforme.

[13] Le bouclier à 1250€ étant très élevé, il ne s'appliquerait concrètement qu'aux personnes ayant les RAC les plus extrêmes, donc une très faible fraction de la population.

La mise en place du bouclier sanitaire conduirait en particulier à faire baisser la dispersion des RAC AMO pour les dépenses hospitalières tandis que les RAC AMO seraient plus dispersés pour les dépenses de médicament, les prothèses auditives et les transports (cf. tableau 20).

Tableau 20 : Dépenses et RAC AMO par poste de soin (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	RAC AMO après réforme (M€)	Ecart interquartile avant réforme (€)	Ecart interquartile après réforme (€)	Ecart inter décile avant réforme (€)	Ecart inter décile après réforme (€)
Optique	6 689	6 671	333	333	667	667
Soins dentaires prothétiques	6 042	4 948	852	847	2 044	2044
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	4 574	4 782	99	102	227	231
Médicaments	4 418	5 754	82	103	190	256
Hôpital	4 418	3 155	383	328	1 024	657
Médecin généraliste	1 737	1 977	33	37	70	77
Autres dispositifs médicaux	1 699	1 864	73	86	173	183
Kinésithérapeute	1 542	1 530	156	143	327	295
Orthodontie	1 452	1 452	729	729	1 176	1176
Prothèses auditives	1 410	1 251	1 280	1401	2 446	2580
Laboratoire	1 324	1 468	35	37	83	86
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	967	909	32	30	73	71
Infirmier	541	794	6	7	30	40
Autres auxiliaires médicaux	352	397	16	17	66	84
Transports	254	457	34	79	97	200
Autres frais	148	160	27	26	216	255
Sage-femme	61	61	13	15	45	46
Dépistages et vaccins (injections)	33	35	2	2	5	5

Source : DREES, INES-OMAR 2023 ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.2.5. RAC AMC et primes

A l'échelle agrégée, le modèle prévoit une hausse des RAC AMC dans ce scénario : 10,13 Md € après réforme (cf. tableau 21) contre 9,88 Md € avant réforme, soit une augmentation de 2,6 %. Cette hausse des RAC AMC serait en partie liée à une diminution des remboursements versés par les OC.

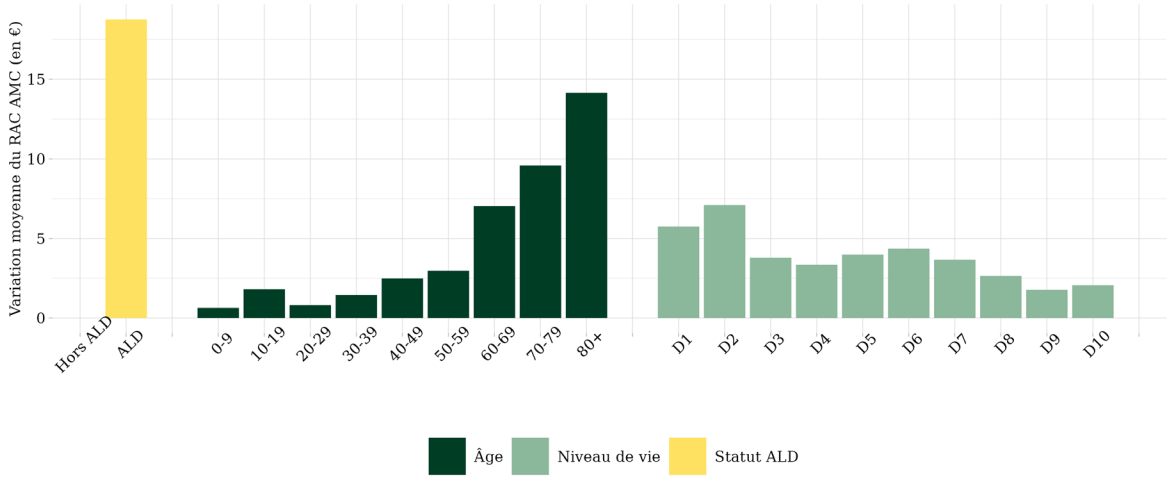
Tableau 21 : RAC AMC pré et post réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)

Pré réforme			Post réforme		
RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)	RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)
37,66	27,78	9,88	37,66	27,52	10,13

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

L'augmentation des RAC AMC serait croissante avec l'âge. A l'échelle agrégée, les consommants non bénéficiaires du régimes ALD ne connaitraient pas de variation de leur RAC AMC (cf. graphique 16).

Graphique 16 : Variation des RAC AMC après réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Compte tenu de la baisse des remboursements à la charge de l'AMC les OC ajusteraient les primes d'assurances à la baisse : - 0,25 Md€ de primes collectées sur l'ensemble de la population. Cette baisse ne concernerait pas tous les ménages : 7,4 millions de ménages seraient négativement affectés par la réforme, tandis que 19,6 millions de ménages verraient leurs primes d'assurance diminuer (cf. tableau 22).

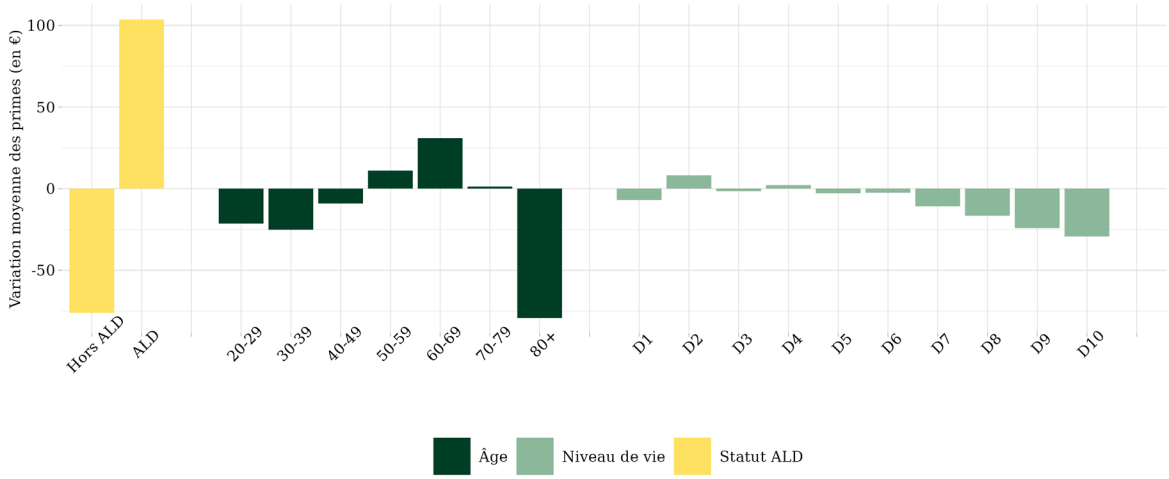
Tableau 22 : Variation des primes d'assurance par ménage (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)

Variation de la prime	Bénéficiaire ALD au sein du ménage	Montant moyen de la variation (€ par ménage)	Montant médian de la variation (€ par ménage)	Variation totale pour les ménages (M€)
Baisse	Non	-87	-78	-1461
Baisse	Oui	-70	-50	-202
Hausse	Non	36	43	4
Hausse	Oui	192	161	1407

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les ménages au sein desquels au moins l'un des occupant est bénéficiaire du régime ALD seraient négativement impactés par la réforme, leurs primes d'assurances augmentant sensiblement[14] (les ménages sans bénéficiaire ALD verraient, eux, leurs primes baisser, cf. graphique 17).

Graphique 17 : Variation des primes après réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, plafond spécifique pour les bALD)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Au final, le scénario conduirait à une répartition des dépenses très proche de la répartition actuelle et similaire à celle du scénario précédent : 81,9 % pris en charge par l'AMO, 13,3 % pris en charge par les AMC et 4,9 % à la charge des ménages.

3.3. Bouclier sanitaire proportionnel au niveau de vie, à isocoût pour l'AMO (bouclier à 2,8 % du niveau de vie)

Après avoir simulé des plafonds nominaux dans les précédentes sections la mission a simulé un plafond relatif au niveau de vie des ménages. Le taux retenu est celui de 2,8 % du niveau de vie, ce niveau permettant de simuler un niveau de dépense comparable au niveau de dépense actuel (5 M€ de pertes pour l'assurance maladie).

Une limite du modèle INES-OMAR vient du fait que le niveau de vie n'est pas directement observé : les dépenses de santé sont imputées par dixième de niveau de vie. Ce qui conduit à appliquer à tous les ménages d'un même dixième de niveau le même niveau de bouclier (et le même niveau de bouclier à tous les individus du ménage). A chaque dixième de niveau de vie est associé le niveau de vie moyen calculé par l'Insee afin de calculer le niveau du bouclier (cf. tableau 23).

[14] Ces résultats sont à prendre avec précaution : dans le modèle, le niveau du bouclier (qui révèle l'information sur la présence ou non d'une ALD dans ce scénario spécifique) est une variable utilisée pour déterminer le niveau des primes (cf. encadré 1). Or, les bALD présentent en moyenne des dépenses de santé et des RAC plus élevés que le reste de la population (cf. graphiques 1 et 2), ce qui conduirait les OC à leur imposer une tarification moins avantageuse. .Cette hypothèse, qui tient aux choix méthodologiques réalisés pour modéliser le montant des primes, représente une rupture par rapport au régime actuel dans lequel les OC ne sont pas autorisés à tarifer en fonction de l'état de santé, interdiction dont la modélisation n'a pu tenir compte. En vie réelle, dans ce schéma, il serait vraisemblablement décidé d'interdire aux OC d'appliquer une tarification en fonction du statut d'ALD ; les résultats présentés ici s'en trouveraient sensiblement affectés

Tableau 23 : Dixièmes de niveau de vie et niveau du bouclier sanitaire (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)

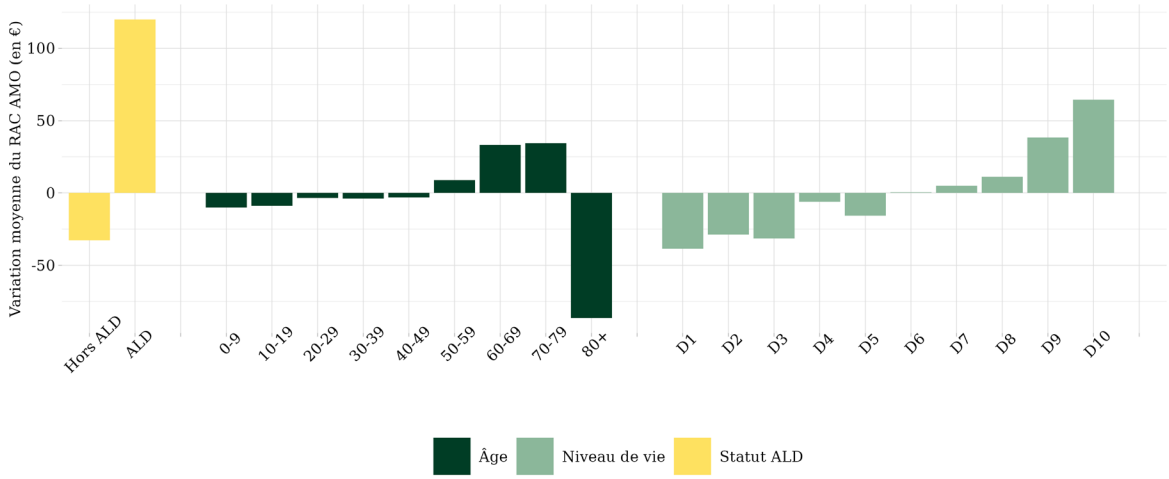
Dixième	Niveau de vie moyen (€)	Montant du bouclier (€)
D1	9 930	278
D2	15 300	428
D3	18 640	522
D4	21 620	605
D5	24 380	683
D6	27 160	760
D7	30 400	851
D8	34 730	972
D9	41 500	1162
D10	72 560	2032

Source : INES-OMAR 2023 (DREES), Insee pour les niveaux de vie.

8,2 millions d'individus bénéficiant d'exonérations pour ALD verraient leur RAC augmenter en cas de mise en place d'un bouclier représentant 2,8 % du niveau de vie de leur ménage (pour une augmentation moyenne du RAC AMO de 355 €).

A l'échelle individuelle les bénéficiaires du régime ALD apparaissent toujours comme les seuls perdants (indépendamment de leur âge ou de leur niveau de vie) tandis que les individus de plus de 80 ans ressortent comme les principaux gagnants de la réforme (cf. graphique 18).

Graphique 18 : Synthèse des variations des RAC AMO après réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)



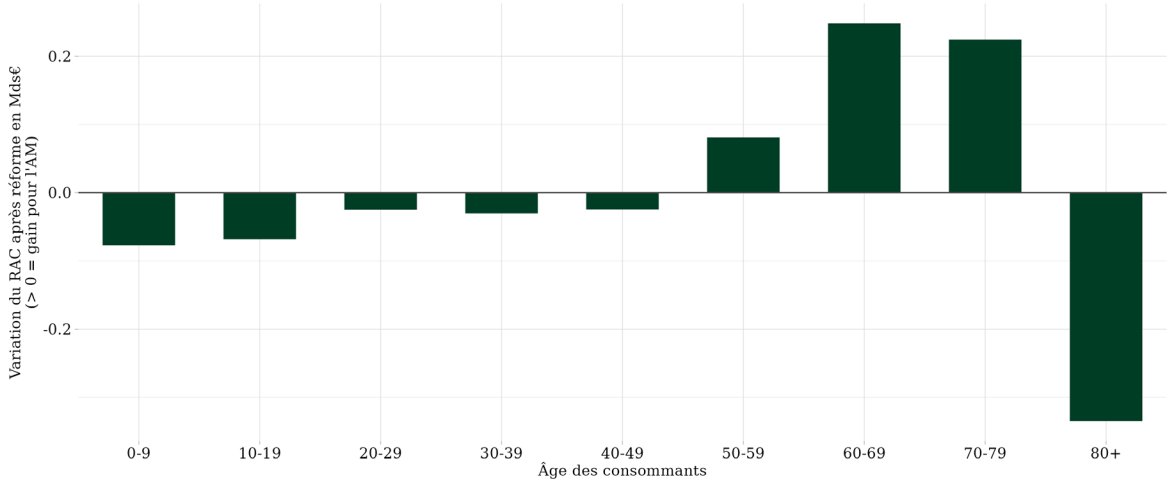
Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Ce scénario se distingue des scénarios 1 et 2 par son caractère par construction plus redistributif (avant prise en compte des remboursements par les OC) : les ménages ayant les niveaux de vie les plus faibles seraient majoritairement gagnants tandis que les ménages les plus aisés verraient leurs RAC AMO augmenter.

3.3.1. Analyse par âge

La mise en place d'un bouclier proportionnel au niveau de vie profiterait en premier lieu aux individus de moins de 50 ans ainsi qu'à ceux de plus de 80 ans. A contrario les individus âgés de 50 à79 ans verraient leurs RAC AMO augmenter suite à la mise en place du bouclier (cf. graphique 19).

Graphique 19 : Répartition des gains et pertes par tranche d'âge (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)



Source : DREES, INES-OMAR 2023 ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La variation médiane du RAC par individu serait de 0 € (cf. tableau 24), quelle que soit la tranche d'âge considérée tandis qu'en moyenne ces variations seraient comprises entre - 86 à 34 € par an et par individu.

Tableau 24 : Variation du RAC AMO après réforme par âge (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile des restes à charge	Moyenne	Médiane	9e décile des restes à charge
0-9	0	-10	0	0
10-19	0	-9	0	0
20-29	0	-3	0	0
30-39	0	-4	0	0
40-49	0	-3	0	0
50-59	0	9	0	65
60-69	0	33	0	294
70-79	-143	34	0	461
80+	-573	-86	0	520

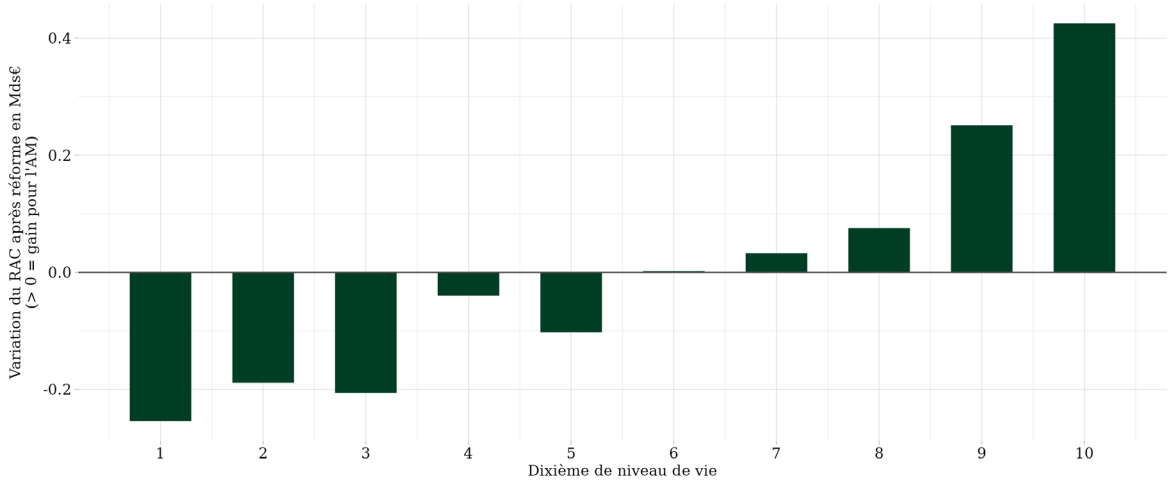
Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.3.1. Analyse par niveau de vie

La mise en place du bouclier proportionnel au niveau de vie aurait mécaniquement pour effet de réduire les RAC AMO des individus les moins aisés. Ainsi, les individus appartenant aux ménages des dixièmes 1 à 5 verraient leurs RAC AMO diminuer, tandis que ceux situés au-delà du sixième dixième connaitraient une augmentation.

En ce sens, et avant prise en compte de la prise en charge des OC, la réforme aurait un effet redistributif plus marqué que les scénarios 1 et 2 (cf. graphique 20).

Graphique 20 : Répartition des gains et pertes par niveau de vie (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)



Source : DREES, INES-OMAR 2023 ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

En termes de variation des RAC AMO pré et post réforme, la variation médiane serait de 0 € tandis que la variation moyenne irait de - 39 à 64 € (cf. tableau 25).

Tableau 25 : Variation du RAC AMO après réforme par niveau de vie (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
1	-6	-39	0	0
2	0	-29	0	120
3	-25	-31	0	103
4	0	-6	0	186
5	0	-16	0	167
6	0	0	0	189
7	0	5	0	168
8	0	11	0	107
9	0	38	0	154
10	0	64	0	157

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.3.1. Analyse selon le statut d'ALD

3.3.1.1. Hétérogénéité des situations au sein de la population ALD

Au sein de la population ayant bénéficié du régime ALD **8,2 millions de personnes verraient leur RAC AMO augmenter en cas de mise en place d'un bouclier sanitaire.**

1,6 millions de consommants tireraient bénéfice de la mise en place d'un bouclier proportionnel au niveau de vie tandis que pour 3,7 millions de personnes, la situation serait inchangée (cf. tableau 26).

Tableau 26 : Variation du RAC AMO chez les individus bénéficiant du régime ALD en 2023 (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)

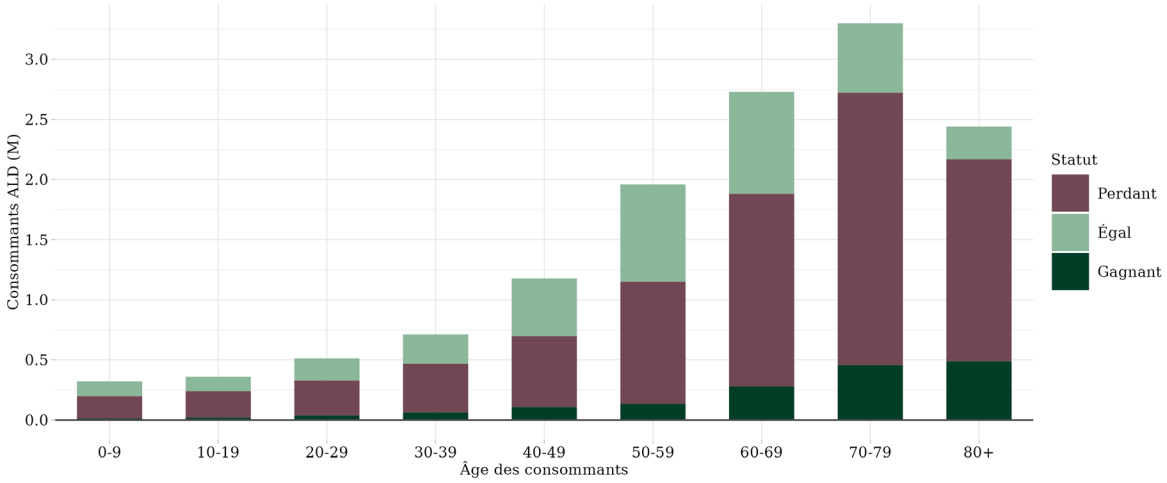
	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Gain AMO (M€)	Nombre d'individus (M)
Perdant	58	355	277	709	2931	8,2
Egal	0	0	0	0	0	3,7
Gagnant	-2018	-820	-405	-45	-1311	1,6

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Chez les individus pénalisés par le passage au bouclier sanitaire l'augmentation moyenne du RAC serait de 355 € par an, soit une augmentation totale des RAC AMO pour cette population de 2,9 Md€. Les individus gagnants verraient eux leur RAC diminuer de 820 € en moyenne par an, soit un coût supplémentaire pour l'AMO de 1,3 Md€.

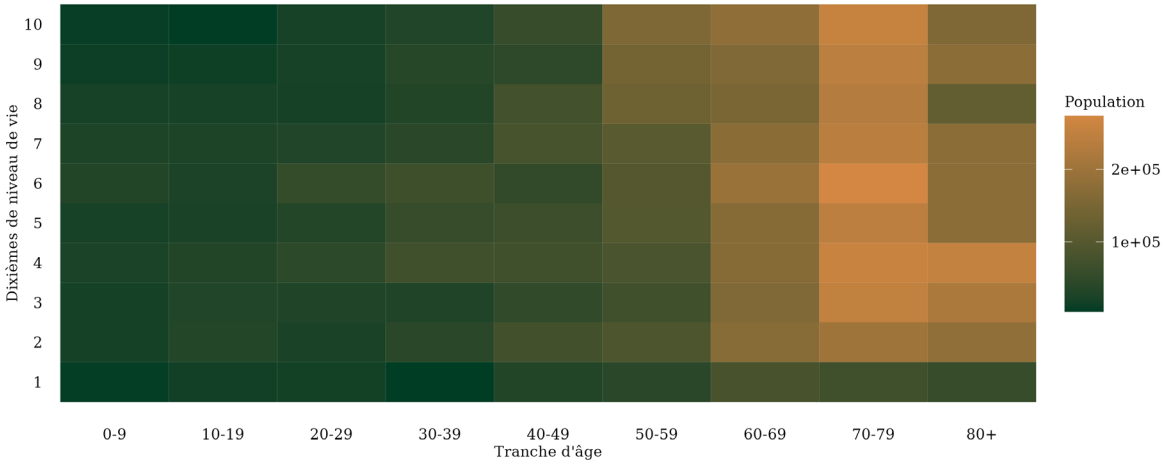
Chez les bénéficiaires du régime ALD les personnes âgées seraient, comme dans le scénario 1, les plus impactées par la réforme sans distinction liée à leur niveau de vie (cf. graphique 21 et graphique 22)

Graphique 21 : Consommants ALD en fonction de leur âge et de leur statut après réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Graphique 22 : Nombre de bénéficiaires du régimes ALD qui verraient leur RAC AMO augmenter par tranche d'âge et dixième de niveau de vie (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

A l'échelle macroéconomique les RAC AMO des consommants ALD augmenteraient pour des postes tels que les médicaments (+ 83 %), les consultations de spécialistes (+ 21 %) et les soins infirmiers (+ 92 %). Les RAC AMO liés aux transports sanitaires augmenteraient de 170 %.

A contrario les RAC AMO liés à l'hôpital diminueraient sensiblement : - 38 % (cf. tableau 27).

Tableau 27 : RAC AMO par poste de dépense pour les personnes en ALD (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Médicaments	1575	1301
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	1160	242
Médecin généraliste	262	241
Infirmier	216	198
Transports	110	188
Laboratoire	382	147
Autres dispositifs médicaux	622	128
Autres auxiliaires médicaux	41	48
Kinésithérapeute	453	30
Autres frais	72	12
Dépistages et vaccins (injections)	7	3
Sage-femme	4	0
Orthodontie	70	0
Optique	1655	-2
Prothèses auditives	696	-23
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	185	-24
Soins dentaires prothétiques	2200	-35
Hôpital	2182	-835

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.3.1.2. Cas de la population hors ALD

Chez les consommateurs de soins qui ne bénéficient pas du régime ALD les gains seraient en moyenne de 630 € pour les individus tirant profit de la réforme (2,6 millions d'individus, contre 47,2 millions qui ne seraient pas impactés, cf. tableau 28). Ces gains pour les consommants non ALD génèreraient un surcout pour l'AMO de l'ordre de 1,63 Md€.

Tableau 28 : Variation du RAC AMO chez les individus ne bénéficiant pas du régime ALD en 2023 (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Variation totale (M€)	Nombre d'individus (M)
Egal	0	0	0	0	0	47,2
Gagnant	-1493	-630	-280	-38	-1626	2,2

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les consommants non ALD bénéficieraient en premier d'une réduction de leur RAC AMO lié aux dépenses hospitalières (- 644 M€ de RAC AMO en cumulé) et aux dépenses de médicaments (- 216 M€, cf. tableau 29).

Tableau 29 : RAC AMO par poste de dépense pour les personnes non ALD (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Orthodontie	1382	0
Autres frais	77	0
Optique	5033	-1
Dépistages et vaccins (injections)	26	-1
Sage-femme	57	-2
Prothèses auditives	714	-17
Soins dentaires prothétiques	3842	-25
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	781	-27
Autres auxiliaires médicaux	311	-45
Laboratoire	942	-58
Médecin généraliste	1475	-58
Transports	144	-68
Autres dispositifs médicaux	1077	-99
Infirmier	325	-113
Kinésithérapeute	1089	-123
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	3414	-128
Médicaments	2844	-216
Hôpital	2236	-644

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.3.2. Dispersion des RAC AMO après réforme

Le scénario d'un bouclier proportionnel au niveau de vie étant également neutre pour la majeure partie des individus l'écart interquartile pré et post réforme ne varie que légèrement sur la majorité des postes de soins.

La dispersion des RAC AMO augmenterait toutefois sensiblement pour les dépenses liées aux transports sanitaires et aux prothèses auditives. Elle diminuerait sur les dépenses hospitalières (cf. tableau 30).

Tableau 30 : Dépenses et RAC AMO par poste de soin (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	RAC AMO après réforme (M€)	Ecart interquartile avant réforme (€)	Ecart interquartile après réforme (€)	Ecart inter décile avant réforme (€)	Ecart interdécile après réforme (€)
Optique	6 689	6 671	333	333	667	667
Soins dentaires prothétiques	6 042	4 948	852	847	2 044	2044
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	4 574	4 782	99	102	227	229
Médicaments	4 418	5 754	82	101	190	256
Hôpital	4 418	3 155	383	322	1 024	682
Médecin généraliste	1 737	1 977	33	36	70	76
Autres dispositifs médicaux	1 699	1 864	73	83	173	181
Kinésithérapeute	1 542	1 530	156	142	327	290
Orthodontie	1 452	1 452	729	729	1 176	1176
Prothèses auditives	1 410	1 251	1 280	1411	2 446	2528
Laboratoire	1 324	1 468	35	36	83	86
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	967	909	32	30	73	70
Infirmier	541	794	6	7	30	39
Autres auxiliaires médicaux	352	397	16	18	66	82
Transports	254	457	34	81	97	215
Autres frais	148	160	27	27	216	255
Sage-femme	61	61	13	16	45	45
Dépistages et vaccins (injections)	33	35	2	2	5	5

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.3.1. RAC AMC et primes

Les RAC AMC augmenteraient dans ce scénario : 10,12 Md € après réforme (cf. tableau 31) contre 9,88 Md € avant réforme, soit une augmentation de 2,4 %.

Tableau 31 : RAC AMC pré et post réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)

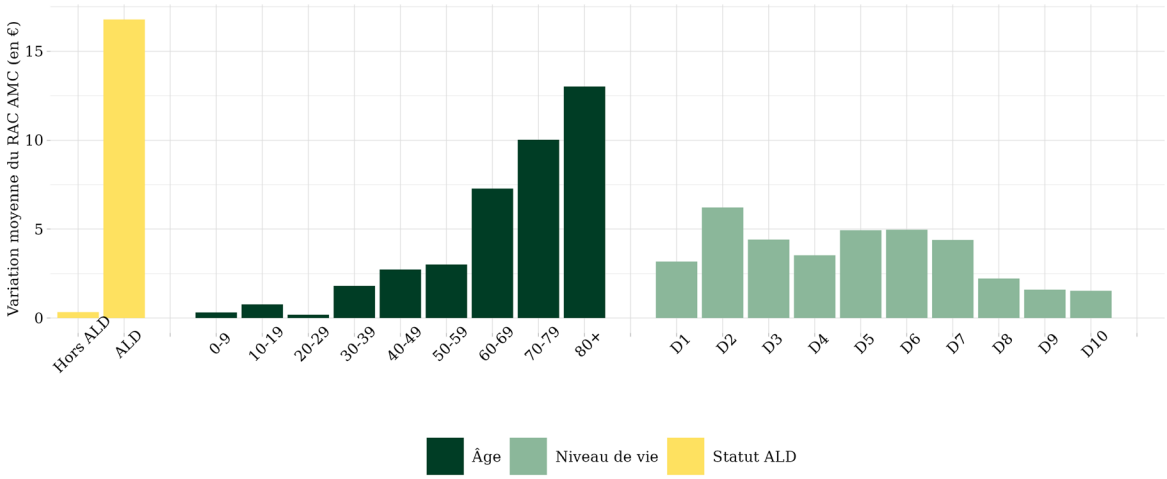
Pré réforme			Post réforme		
RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)	RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)
37,66	27,78	9,88	37,65	27,54	10,12

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Ce scénario visant, comme les scénarios 1 et 2, à assurer une dépense constante pour l'AMO les résultats des simulations sont proches de ceux obtenus dans les précédents scénarios : Les RAC AMC augmenteraient indifféremment du niveau de vie du ménage mais seraient croissants en fonction de l'âge (cf. graphique 23).

Si la réforme pouvait apparaitre comme redistributive au regard des RAC AMO (baisse des RAC AMO dans les premiers dixièmes de niveau de vie, hausse dans les derniers), la prise en compte des remboursements par les OC nuance ce résultat : les RAC AMC augmenteraient pour toute la population sans que les ménages les moins aisés soient avantagés, avec même un effet légèrement favorable aux ménages des trois déciles de niveau de vie les plus élevés.

Graphique 23 : Variation des RAC AMC après réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Afin de prendre en compte la baisse de leurs remboursements les OC ajusteraient les primes d'assurances à la baisse : - 0,25 Md€ de primes collectées sur l'ensemble de la population. 12,9 millions de ménages seraient négativement impactés par la réforme tandis que 14,2 millions de ménages verraient leurs primes d'assurance diminuer (cf. tableau 32).

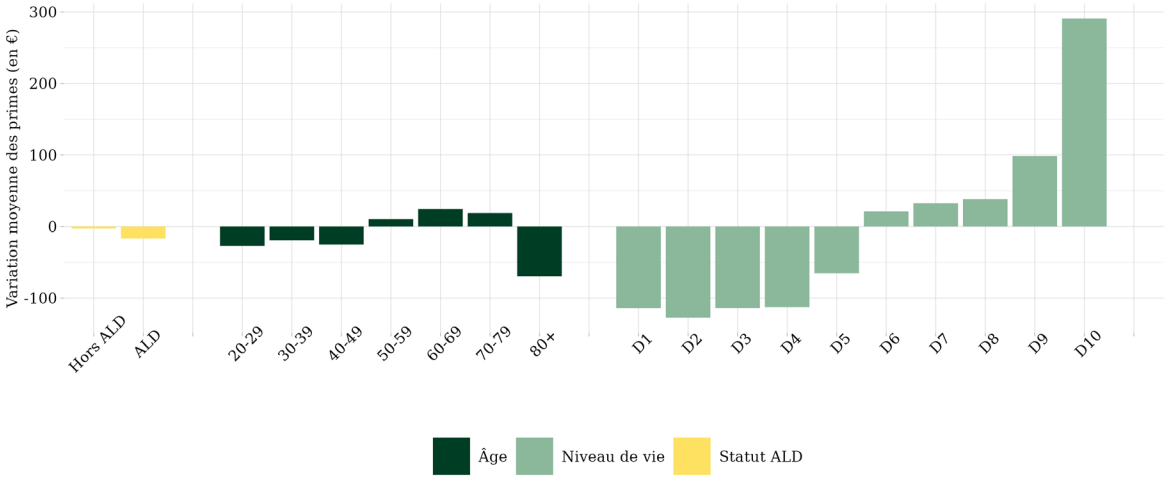
Tableau 32 : Variation des primes d'assurance par ménage (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)

Variation de la prime	Bénéficiaire ALD au sein du ménage	Montant moyen de la variation (€ par ménage)	Montant médian de la variation (€ par ménage)	Variation totale pour les ménages (M€)
Baisse	Non	-118	-86	-1036
Baisse	Oui	-173	-141	-940
Hausse	Non	121	70	981
Hausse	Oui	156	98	746

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les hausses de primes toucheraient principalement les ménages les plus aisés (au-delà du 5e dixième de niveau de vie, cf. graphique 24).

Graphique 24 : Variation des primes après réforme (scénario à isocoût pour l'AMO, avec un bouclier proportionnel au revenu)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Au final, le scénario conduirait à une répartition des dépenses proche de la répartition actuelle et similaire à celle du scénario 1 : 81,8 % pris en charge par l'AMO, 13,3 % pris en charge par les AMC et 4,9 % à la charge des ménages.

3.4. Bouclier sanitaire de 1 300 € sans plafond personnalisé pour les personnes en ALD (2,9 Md€ d'économies AMO)

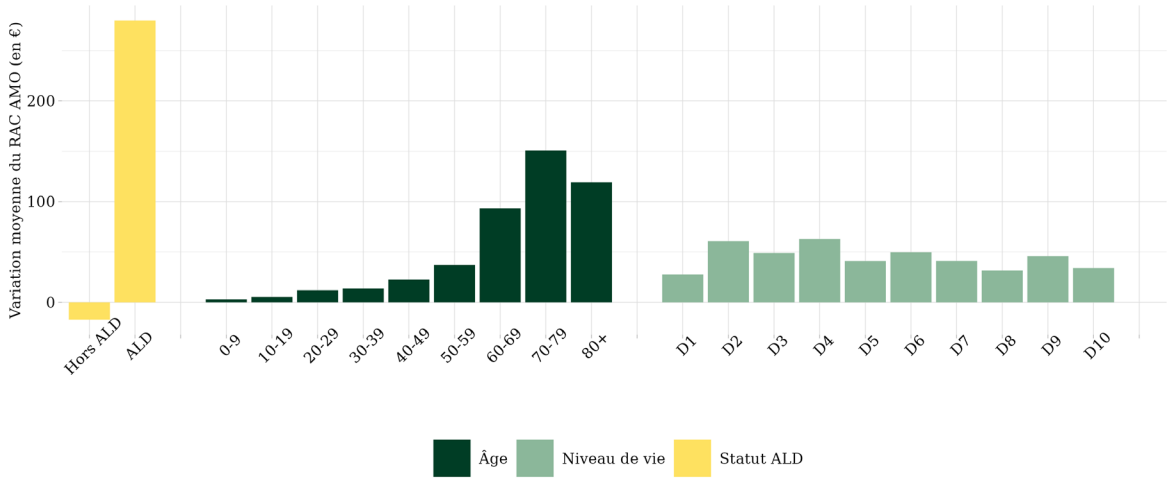
Le quatrième scénario modélisé par la mission consiste à mettre en place un bouclier sanitaire permettant de générer des économies pour l'AMO. Le niveau de 1 300 € a été retenu et **permettrait d'après les simulations de générer des économies de l'ordre de 2,9 Md€ pour l'AMO**.

Cette réduction des dépenses d'AMO conduirait nécessairement, dans ce scénario, à créer plus de perdants, en termes de RAC AMO, que les scénarios simulés à dépense quasi-constante pour l'AMO.

Dans ce scénario le nombre d'individus gagnants serait par ailleurs très limité par rapport aux précédents : environ 680 000 au sein de la population ALD et 680 000 au sein de la population ne bénéficiant pas du régime ALD.

En moyenne toutes les tranches d'âge seraient négativement affectées, avec des pertes plus importantes au-delà de 60 ans. De la même façon les ménages seraient, en moyenne, tous négativement touchés indépendamment de leur niveau de vie (cf. graphique 25).

Graphique 25 : Synthèse des variations des RAC AMO par individu après réforme (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.4.1. Analyse par âge

Un bouclier sanitaire de 1 300 € entrainerait d'importantes hausses des RAC AMO pour l'ensemble de la populationAvec, a un effet particulièrement notable sur les populations au-delà de 50 ans : de + 37 € en moyenne pour la tranche 50-59 ans à + 119 € au-delà de 80 ans (cf. tableau 33). Au-delà des variations moyennes, d'importantes augmentations des RAC AMO pourraient toucher la population : + 766 € de RAC AMO dans 10 % des cas dans la tranche 70-79 ans par exemple.

Tableau 33 : Variation du RAC AMO après réforme par âge (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)

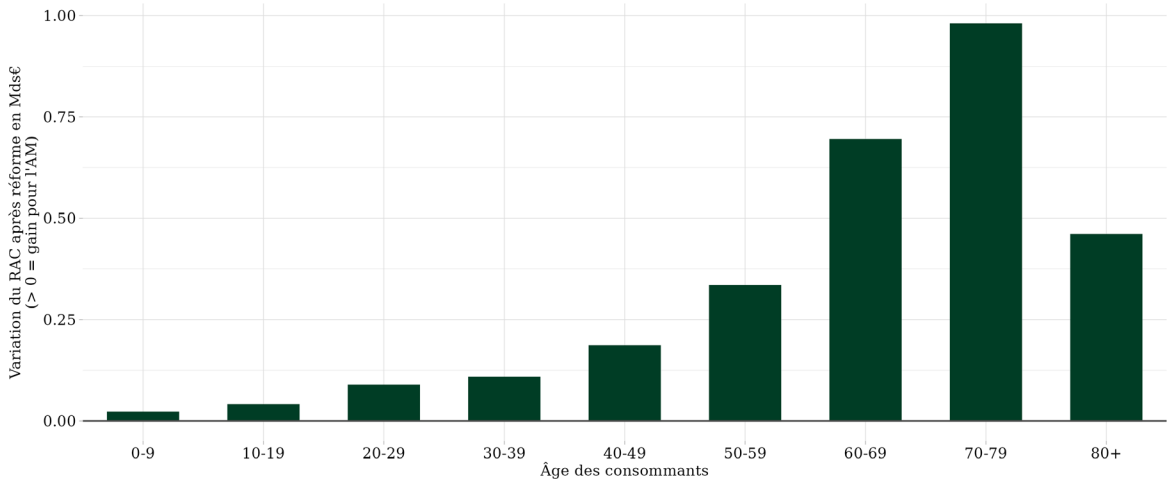
	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
0-9	0	3	0	0
10-19	0	5	0	0
20-29	0	12	0	0
30-39	0	14	0	0
40-49	0	23	0	0
50-59	0	37	0	98
60-69	0	93	0	452
70-79	0	151	0	766
80+	-17	119	0	970

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Ces variations moyennes se traduiraient en cumulé par des hausses de RAC AMO de 0,98 Md€ pour les 70-79 ans et de 0,46 Md€ pour les plus de 80 ans[15] (cf. graphique 26). Les consommants de plus de 50 ans seraient les principaux contributeurs aux économies de l'AMO.

[15] Comme évoqué *supra*, la coexistence d'une hausse moindre en termes de dépense agrégée et de pertes individuelles fortes pour cette classe d'âge s'explique par le fait que ces foyers sont moins nombreux que ceux des autres classes d'âge.

Graphique 26 : Répartition des pertes par tranche d'âge (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)

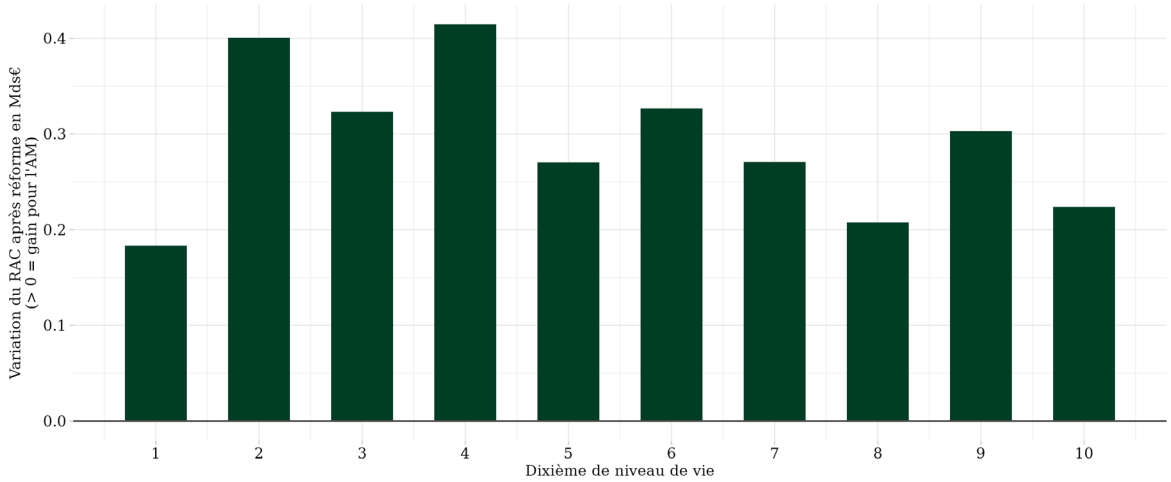


Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.4.2. Analyse par niveau de vie

L'augmentation des RAC AMO suite à la mise en place d'un bouclier sanitaire à hauteur de 1 300 € affecterait tous les consommants indépendamment du niveau de vie de leur ménage (cf. graphique 27).

Graphique 27 : Répartition des pertes par niveau de vie (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

En moyenne, les hausses des RAC AMO s'échelonneraient de 28 € pour le premier dixième à 63 € pour le quatrième dixième (cf. tableau 34).

Tableau 34 : Variation du RAC AMO après réforme par niveau de vie (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
1	0	28	0	0
2	0	61	0	267
3	0	49	0	248

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
4	0	63	0	280
5	0	41	0	234
6	0	50	0	270
7	0	41	0	220
8	0	32	0	133
9	0	46	0	159
10	0	34	0	106

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.4.3. Analyse selon le statut ALD

3.4.3.1. Hétérogénéité des situations au sein de la population ALD

Au sein de la population bénéficiant du régime ALD, **9 millions de personnes verraient leur RAC AMO augmenter en cas de mise en place d'un bouclier sanitaire d'un montant de 1 300 €. 0,7 millions de consommants ALD tireraient bénéfice de la mise en place du bouclier et la situation serait inchangée pour 3,9 millions de personnes (cf. tableau 35).**

Tableau 35 : Variation du RAC AMO chez les individus bénéficiant du régime ALD en 2023 (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Gain AMO (M€)	Nombre d'individus (M)
Perdant	71	506	394	1129	4532	9,0
Egal	0	0	0	0	0	3,9
Gagnant	-2471	-1112	-638	-90	-753	0,7

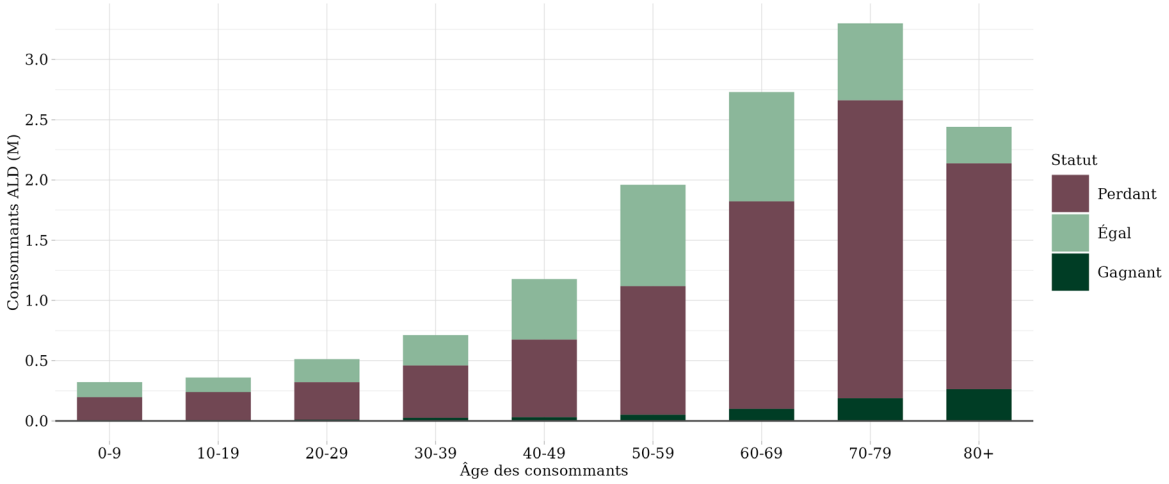
Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Chez les individus pénalisés par la réforme, l'augmentation moyenne du RAC serait de 506 € par an, soit une augmentation totale des RAC AMO pour cette population de 4,5 Md€. Les individus gagnants verraient eux leur RAC diminuer de 1 112 € en moyenne par an, soit un coût supplémentaire pour l'AMO de 0,7 Md€.

Chez les bénéficiaires du régime ALD les personnes âgées seraient les plus impactées par la réforme sans distinction liée à leur niveau de vie (cf. graphique 28 et graphique 29).

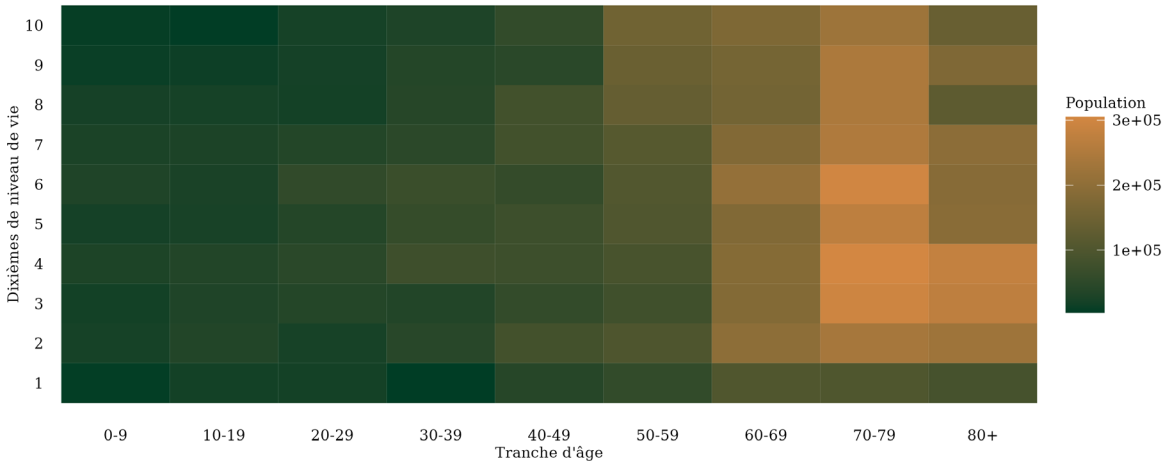
Ce scénario créerait très peu de gagnants, y compris chez les individus les plus âgés, et se différencie ainsi nettement des scénarios précédemment étudiés.

Graphique 28 : Consommants ALD en fonction de leur âge et de leur statut après réforme (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Graphique 29 : Nombre de bénéficiaires du régimes ALD qui verraient leur RAC AMO augmenter par tranche d'âge et dixième de niveau de vie (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

En termes de postes de soins les principales variations toucheraient les médicaments (+ 116 %) et les soins infirmiers (+ 216 %). Les RAC AMO liés aux transports augmenteraient également (+ 305 %) tandis que ceux liés aux dépenses réalisées à l'hôpital diminueraient (- 416 M€, soit une baisse de 19 %).

Tableau 36 : RAC AMO par poste de dépense pour les personnes en ALD (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Médicaments	1575	1834
Infirmier	216	468
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	1160	406
Autres dispositifs médicaux	622	375
Transports	110	336
Médecin généraliste	262	321
Laboratoire	382	235
Kinésithérapeute	453	151

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Autres auxiliaires médicaux	41	75
Autres frais	72	12
Dépistages et vaccins (injections)	7	4
Sage-femme	4	1
Orthodontie	70	0
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	185	0
Optique	1655	-1
Prothèses auditives	696	-10
Soins dentaires prothétiques	2200	-13
Hôpital	2182	-416

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.4.3.2. Cas de la population hors ALD

Au sein de la population qui ne bénéficie pas du régime ALD, les gains seraient en moyenne de 1 260 € pour les individus tirant profit de la réforme (0,7 million d'individus, contre 49,1 millions qui ne seraient pas impactés, cf. tableau 37). Ces gains pour les consommants non ALD génèreraient un surcout pour l'AMO de l'ordre de 0,86 Md€.

Tableau 37 : Variation du RAC AMO chez les individus ne bénéficiant pas du régime ALD en 2023 (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Variation totale (M€)	Nombre d'individus (M)
Egal	0	0	0	0	0	49,1
Gagnant	-3055	-1260	-618	-111	-855	0,7

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les consommants non ALD bénéficieraient en premier d'une réduction de leur RAC AMO lié aux dépenses hospitalières (- 453 M€ de RAC AMO en cumulé) et aux médicaments (- 107 M€, cf. tableau 38).

Tableau 38 : RAC AMO par poste de soin pour les personnes non ALD (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Orthodontie	1382	0
Autres frais	77	0
Sage-femme	57	0
Optique	5033	0
Dépistages et vaccins (injections)	26	0
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	781	-5
Soins dentaires prothétiques	3842	-5
Prothèses auditives	714	-7
Autres auxiliaires médicaux	311	-8
Médecin généraliste	1475	-15
Laboratoire	942	-18
Kinésithérapeute	1089	-36

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Autres dispositifs médicaux	1077	-44
Transports	144	-44
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	3414	-46
Infirmier	325	-66
Médicaments	2844	-107
Hôpital	2236	-453

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.4.4. Dispersion des RAC AMO après réforme

Le scénario d'un bouclier de 1 300 € faisant peu de gagnants, les RAC AMO augmentent de manière générale dans la population. Cette augmentation se traduirait par une hausse globale des écarts interquartiles par rapport à la situation pré réforme (cf. tableau 39).

Tableau 39 : Dépenses et RAC AMO par poste de soin (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	RAC AMO après réforme (M€)	Ecart interquartile avant réforme (€)	Ecart interquartile après réforme (€)	Ecart interdécile avant réforme (€)	Ecart interdécile après réforme (€)
Optique	6 689	6 671	333	333	667	667
Soins dentaires prothétiques	6 042	4 948	852	853	2 044	2044
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	4 574	4 782	99	109	227	242
Médicaments	4 418	5 754	82	108	190	284
Hôpital	4 418	3 155	383	380	1 024	909
Médecin généraliste	1 737	1 977	33	40	70	82
Autres dispositifs médicaux	1 699	1 864	73	97	173	219
Kinésithérapeute	1 542	1 530	156	160	327	336
Orthodontie	1 452	1 452	729	729	1 176	1176
Prothèses auditives	1 410	1 251	1 280	1440	2 446	2446
Laboratoire	1 324	1 468	35	40	83	96
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	967	909	32	31	73	73
Infirmier	541	794	6	9	30	45
Autres auxiliaires médicaux	352	397	16	13	66	87
Transports	254	457	34	121	97	323
Autres frais	148	160	27	28	216	255
Sage-femme	61	61	13	15	45	46
Dépistages et vaccins (injections)	33	35	2	2	5	5

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.4.5. RAC AMC et primes

Le scénario conduisant à une hausse notable des RAC AMO, le modèle prévoit une hausse des remboursements des OC afin de pallier le repli de la part de l'AMO. Cette hausse ne compenserait toutefois pas entièrement l'augmentation des RAC AMO et les RAC AMC augmenteraient : 10,2 Md € après réforme (cf. tableau 40) contre 9,88 Md € avant réforme, soit une augmentation de 3,2 %.

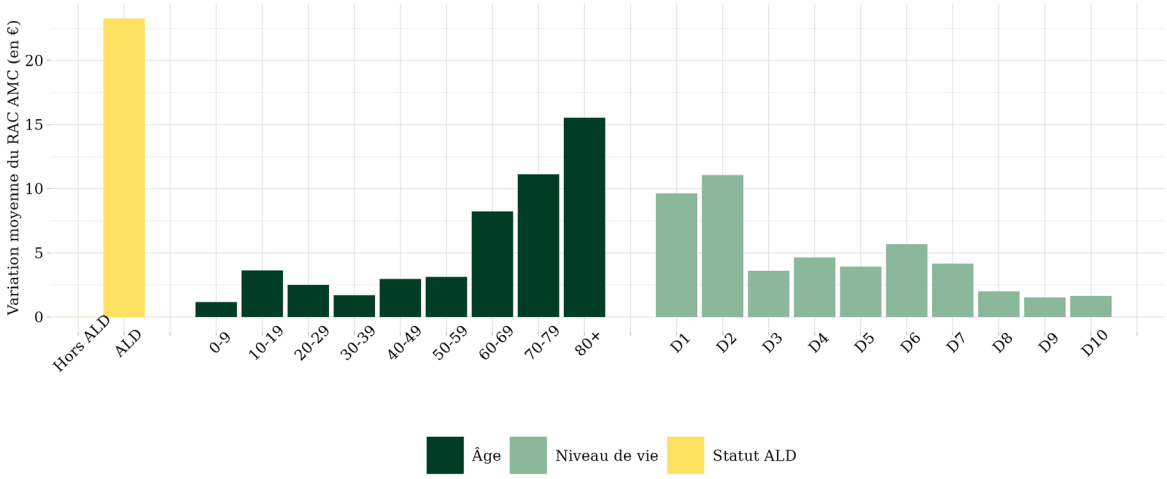
Tableau 40 : RAC AMC après réforme (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)

Pré réforme			Post réforme		
RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)	RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)
37,66	27,78	9,88	40,58	30,39	10,20

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Ce scénario visant à réduire les dépenses pour l'AMO, les résultats des simulations diffèrent de ceux obtenus dans les précédents scénarios : les RAC AMC augmenteraient pour toute la population et seraient croissants en fonction de l'âge. Les ménages les moins aisés verraient leurs restes à charge augmenter plus fortement que les ménages des derniers dixièmes (cf. graphique 30).

Graphique 30 : Variation des RAC AMC après réforme (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Ces augmentations des RAC AMC resteraient en apparence modestes, mais serait accompagnées par ailleurs uned' augmentation notable des primes d'assurances payées par les ménages.

Ainsi, afin de prendre en compte la hausse de leurs remboursements les OC ajusteraient les primes d'assurances à la hausse : + 2,61 Md € de primes collectées sur l'ensemble de la population. 26,7 millions de ménages seraient négativement affectés par la réforme tandis que seul 0,3 million de ménages verraient leurs primes d'assurance diminuer (cf. tableau 41).

Tableau 41 : Variation des primes d'assurance par ménage (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)

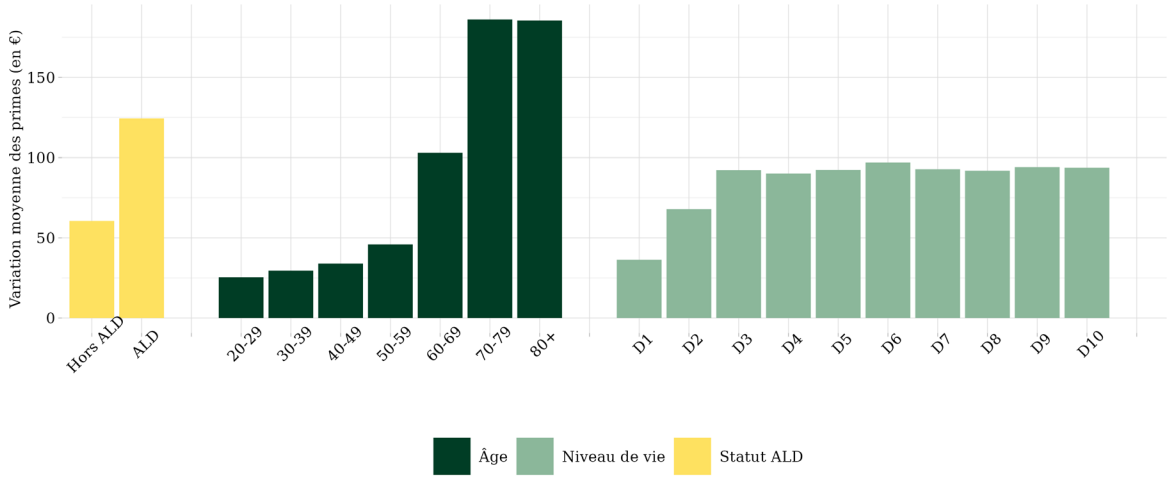
Variation de la prime	Bénéficiaire ALD au sein du ménage	Montant moyen de la variation (€ par ménage)	Montant médian de la variation (€ par ménage)	Variation totale pour les ménages (M€)
Baisse	Non	-16	-14	-5

Variation de la prime	Bénéficiaire ALD au sein du ménage	Montant moyen de la variation (€ par ménage)	Montant médian de la variation (€ par ménage)	Variation totale pour les ménages (M€)
Baisse	Oui	-13	-6	-1
Hausse	Non	70	50	1165
Hausse	Oui	143	132	1447

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Ces hausses de primes toucheraient toute la population, mais seraient plus fortes pour les ménages dont l'occupant le plus âgé aurait plus de 70 ans (cf. graphique 31).

Graphique 31 : Variation des primes après réforme (bouclier sanitaire unique fixé à 1300 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Au total, le scénario conduirait à une répartition des dépenses éloignée de la répartition actuelle : 80,5 % pris en charge par l'AMO (- 1,4 point), 14,6 % pris en charge par les AMC (+ 1,2 points) et 4,9 % à la charge des ménages (+ 0,1 point).

3.5. Bouclier sanitaire de 6 % du niveau de vie, sans plafond spécifique pour les bénéficiaires ALD (3,8 Md€ d'économies AMO)

Afin de simuler un nouveau scénario permettant de réaliser des économies pour l'AMO la mission a retenu un taux retenu de 6 % du niveau de vie afin de fixer le niveau du bouclier sanitaire (cf. tableau 42). Ce taux permet de simuler des gains pour l'AMO de l'ordre de 3,8 Md €.

Tableau 42 : Dixièmes de niveau de vie et niveau du bouclier sanitaire (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)

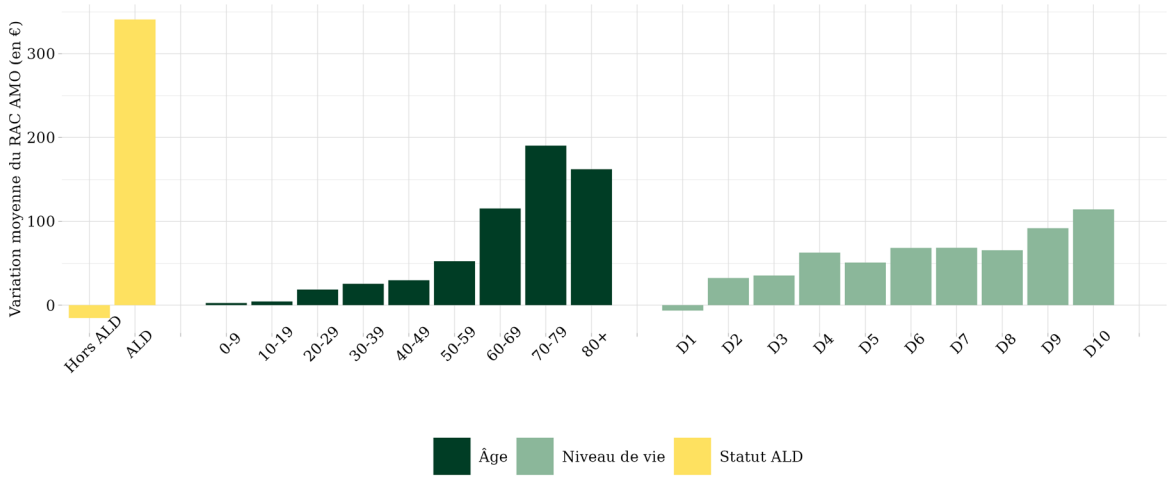
Dixième	Niveau de vie moyen (€)	Montant du bouclier (€)
D1	9 930	596
D2	15 300	918
D3	18 640	1118
D4	21 620	1297
D5	24 380	1463
D6	27 160	1630
D7	30 400	1824
D8	34 730	2084
D9	41 500	2490
D10	72 560	4354

Source : INES-OMAR 2023 (DREES), Insee pour les niveaux de vie.

9 millions d'individus bénéficiant d'exonérations pour ALD verraient leur RAC augmenter en cas de mise en place d'un bouclier représentant 6 % du niveau de vie de leur ménage (pour une augmentation moyenne du RAC AMO de 579 €).

A l'échelle individuelle les bénéficiaires du régime ALD seraient les principaux perdants (indépendamment de leur âge ou de leur niveau de vie). Les individus de plus de 50 ans ressortiraient également comme les principaux perdants de la réforme. Seuls les individus des ménages du premier dixième de niveau de vie verraient leur RAC AMO diminuer (cf. graphique 32).

Graphique 32 : Synthèse des variations des RAC AMO après réforme (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)

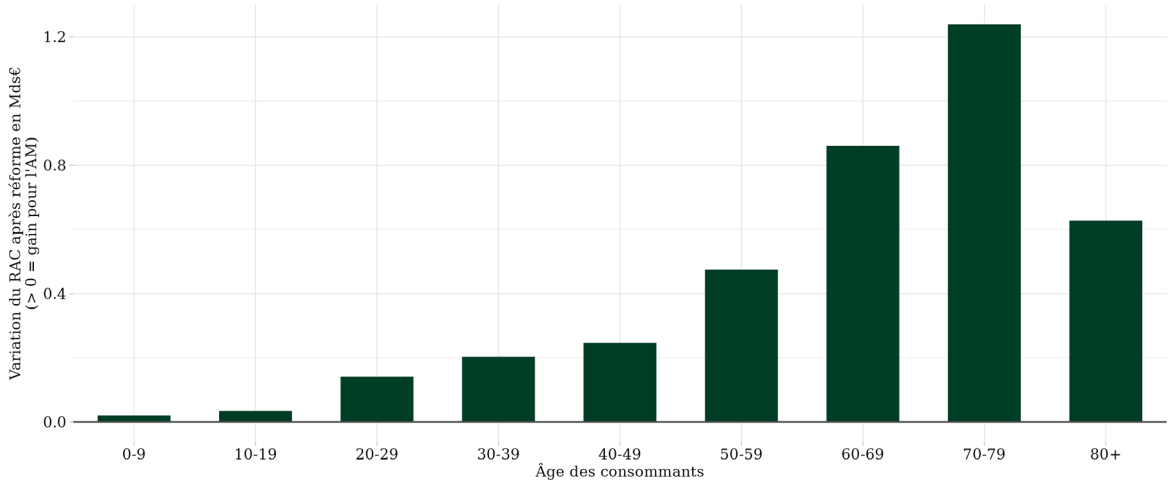


Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.5.1. Analyse par âge

La mise en place du bouclier ne bénéficierait à aucune tranche d'âge particulière (même si les individus les plus jeunes seraient moins affectés, cf. graphique 33).

Graphique 33 : Répartition des gains et pertes par tranche d'âge (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)



Source : DREES, INES-OMAR 2023 ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La variation médiane du RAC par individu serait de 0 € (cf. tableau 43) quelle que soit la tranche d'âge considérée tandis qu'en moyenne ces variations seraient comprises entre 3 et 190 € par an et par individu.

Tableau 43 : Variation du RAC AMO après réforme par âge (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
0-9	0	3	0	0
10-19	0	4	0	0
20-29	0	19	0	0
30-39	0	26	0	0
40-49	0	30	0	0
50-59	0	53	0	103
60-69	0	115	0	469
70-79	0	190	0	806
80+	-5	162	0	991

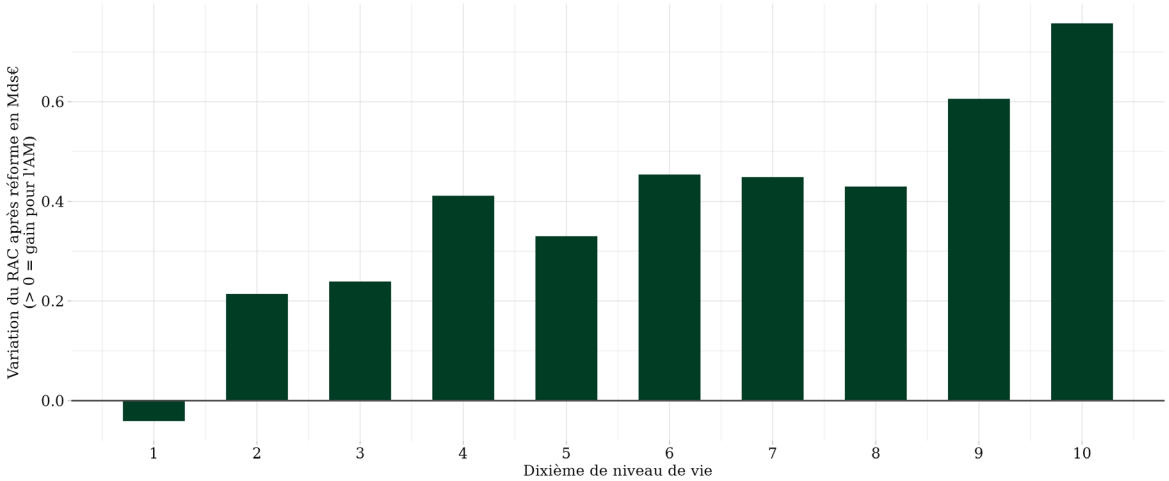
Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.5.2. Analyse par niveau de vie

La mise en place du bouclier proportionnel à 6 % du niveau de vie ne serait pas protectrice pour les individus les moins aisés. Ainsi, hormis les individus appartenant aux ménages du premier dixième, tous les consommants verraient leurs RAC AMO augmenter.

En ce sens, et avant prise en compte de la réponse des OC, la réforme n'aurait pas d'effet redistributif (cf. graphique 34).

Graphique 34 : Répartition des gains et pertes par niveau de vie (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)



Source : DREES, INES-OMAR 2023 ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

En termes de variation des RAC AMO pré et post réforme la variation médiane serait de 0 € tandis que la variation moyenne irait de - 6 à 114 € (cf. tableau 44). Les RAC AMO extrêmes seraient plus forts chez les individus des premiers dixièmes que ceux simulés pour les ménages les plus aisés.

Tableau 44 : Variation du RAC AMO après réforme par niveau de vie (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
1	0	-6	0	0
2	0	33	0	233
3	0	36	0	228
4	0	63	0	280
5	0	51	0	247
6	0	68	0	288
7	0	68	0	241
8	0	66	0	162
9	0	92	0	192
10	0	114	0	165

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.5.3. Analyse par statut ALD

3.5.3.1. Hétérogénéité des situations au sein de la population ALD

Au sein de la population ayant bénéficié du régime ALD, **9,1 millions de personnes verraient leur RAC AMO augmenter en cas de mise en place d'un bouclier sanitaire. 0,6 million de consommants tireraient bénéfice de la mise en place du bouclier, tandis que pour 3,9 millions de personnes la situation serait inchangée (cf. tableau 45).**

Tableau 45 : Variation du RAC AMO chez les individus bénéficiant du régime ALD en 2023 (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)

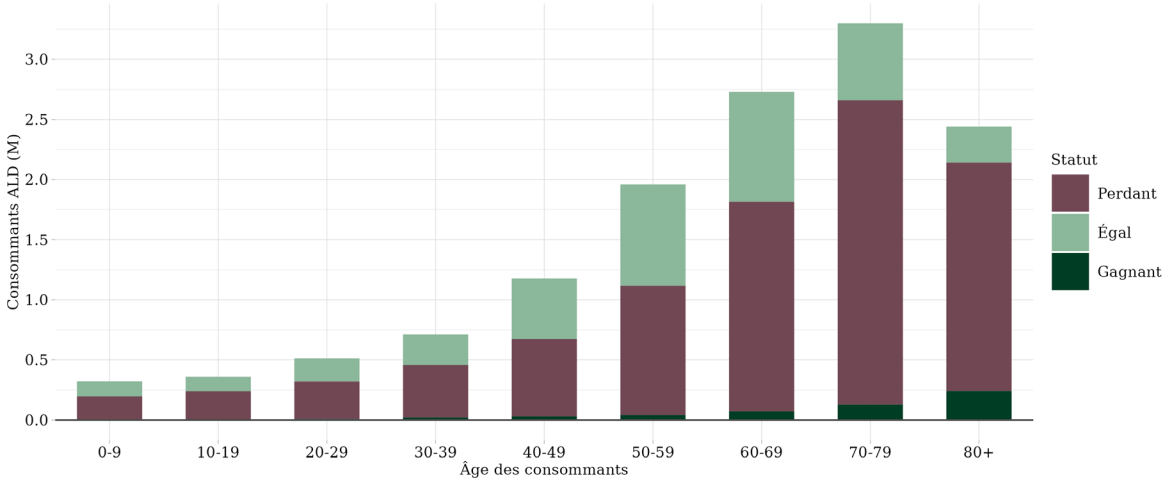
	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Gain AMO (M€)	Nombre d'individus (M)
Perdant	71	579	400	1 275	5 253	9,1
Egal	0	0	0	0	0	3,9
Gagnant	-2 474	-1 173	-752	-90	-648	0,6

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Chez les individus pénalisés par le passage au bouclier sanitaire l'augmentation moyenne du RAC serait de 579 € par an, soit une augmentation totale des RAC AMO pour cette population de 5,2 Md€. Les individus gagnants verraient eux leur RAC diminuer de 1 173 € en moyenne par an, soit un coût supplémentaire pour l'AMO de 0,6 Md€.

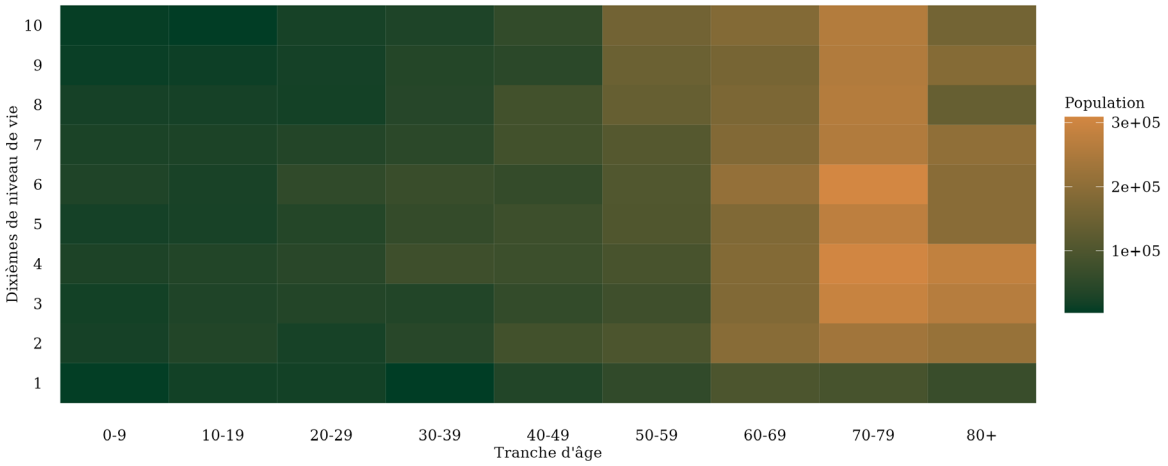
Chez les bénéficiaires du régime ALD, les personnes âgées seraient, comme dans les autres scénarios, les plus touchées par la réforme sans distinction liée à leur niveau de vie (cf. graphique 35 et graphique 36)

Graphique 35 : Consommants ALD en fonction de leur âge et de leur statut après réforme (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Graphique 36 : Nombre de bénéficiaires du régimes ALD qui verraient leur RAC AMO augmenter par tranche d'âge et dixième de niveau de vie (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

A l'échelle macroéconomique, les RAC AMO des consommants ALD augmenteraient pour des postes tels que les médicaments (+ 132 %), les transports (+ 352 %) et les soins infirmiers (+ 218 %). Seuls les RAC AMO liés aux dépenses hospitalières diminueraient sensiblement : - 5 % (cf. tableau 46).

Tableau 46 : RAC AMO par poste de dépense pour les personnes en ALD (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Médicaments	1575	2077
Infirmier	216	472
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	1160	464
Autres dispositifs médicaux	622	452
Transports	110	389
Médecin généraliste	262	327
Laboratoire	382	255
Kinésithérapeute	453	195
Autres auxiliaires médicaux	41	81
Autres frais	72	12
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	185	6
Dépistages et vaccins (injections)	7	4
Sage-femme	4	1
Orthodontie	70	0
Optique	1655	-1
Prothèses auditives	696	-6
Soins dentaires prothétiques	2200	-8
Hôpital	2182	-116

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.5.3.2. Cas de la population hors ALD

Chez les consommateurs de soins qui ne bénéficient pas du régime ALD, les gains seraient en moyenne de 1 141 € pour les individus tirant profit de la réforme (0,7 million d'individus, contre 49,1 millions qui ne seraient pas impactés, cf. tableau 47). Ces gains pour les consommants non ALD génèreraient un surcout pour l'AMO de l'ordre de 0,8 Md€.

Tableau 47 : Variation du RAC AMO chez les individus ne bénéficiant pas du régime ALD en 2023 (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Variation totale (M€)	Nombre d'individus (M)
Egal	0	0	0	0	0	49,1
Gagnant	-2 854	-1 142	-405	-44	-759	0,7

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les consommants non ALD bénéficieraient en premier d'une réduction de leur RAC AMO lié aux dépenses hospitalières (- 397 M€ de RAC AMO en cumulé) et aux médicaments (- 87 M€, cf. tableau 48).

Tableau 48 : RAC AMO par poste de dépense pour les personnes non ALD (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Autres frais	77	0
Sage-femme	57	0
Orthodontie	1382	0
Dépistages et vaccins (injections)	26	0
Optique	5033	0
Soins dentaires prothétiques	3842	-5
Prothèses auditives	714	-5
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	781	-5
Autres auxiliaires médicaux	311	-8
Médecin généraliste	1475	-15
Laboratoire	942	-16
Kinésithérapeute	1089	-36
Transports	144	-39
Autres dispositifs médicaux	1077	-39
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	3414	-40
Infirmier	325	-66
Médicaments	2844	-87
Hôpital	2236	-397

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.5.4. Dispersion des RAC AMO après réforme

Le scénario conduirait à une augmentation des écarts interquartile sur la majorité des postes de soin (cf. tableau 49). Et en particulier sur des postes parmi les plus importants : consultations de spécialistes, médicaments et dépenses hospitalières. L'écart interquartile augmenterait également de manière substantielle pour les transports sanitaires.

Tableau 49 : Dépenses et RAC AMO par poste de soin (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	RAC AMO après réforme (M€)	Ecart interquartile avant réforme (€)	Ecart interquartile après réforme (€)	Ecart interdécile avant réforme (€)	Ecart interdécile après réforme (€)
Optique	6 689	6 671	333	333	667	667

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	RAC AMO après réforme (M€)	Ecart interquartile avant réforme (€)	Ecart interquartile après réforme (€)	Ecart interdécile avant réforme (€)	Ecart interdécile après réforme (€)
Soins dentaires prothétiques	6 042	4 948	852	849	2 044	2044
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	4 574	4 782	99	109	227	245
Médicaments	4 418	5 754	82	109	190	288
Hôpital	4 418	3 155	383	408	1 024	974
Médecin généraliste	1 737	1 977	33	40	70	82
Autres dispositifs médicaux	1 699	1 864	73	97	173	222
Kinésithérapeute	1 542	1 530	156	161	327	344
Orthodontie	1 452	1 452	729	729	1 176	1176
Prothèses auditives	1 410	1 251	1 280	1426	2 446	2461
Laboratoire	1 324	1 468	35	40	83	98
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	967	909	32	32	73	73
Infirmier	541	794	6	9	30	46
Autres auxiliaires médicaux	352	397	16	13	66	87
Transports	254	457	34	123	97	352
Autres frais	148	160	27	28	216	255
Sage-femme	61	61	13	15	45	46
Dépistages et vaccins (injections)	33	35	2	2	5	5

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.5.5. RAC AMC et primes

Le modèle prévoit une hausse des RAC AMC dans ce scénario : 10,17 Md € après réforme (cf. tableau 50) contre 9,88 Md € avant réforme, soit une augmentation de 2,9 %.

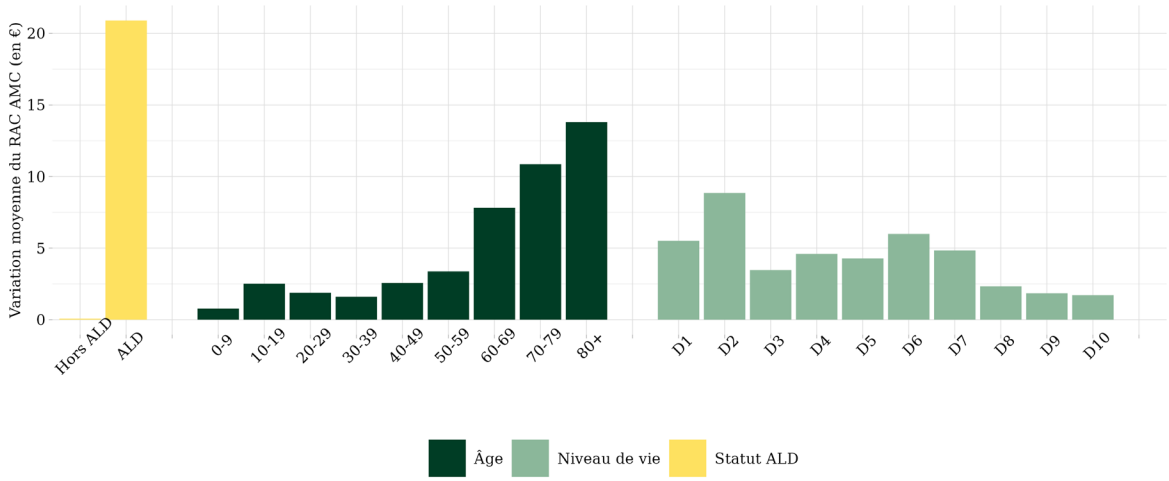
Tableau 50 : RAC AMC pré et post réforme (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)

Pré réforme			Post réforme		
RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)	RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)
37,66	27,78	9,88	41,51	31,34	10,17

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les RAC AMC augmenteraient plus fortement pour les individus des ménages les moins aisés. Ils seraient croissants en fonction de l'âge (bien que les premières tranches d'âge soient relativement peu impactées par la réforme, cf. graphique 37).

Graphique 37 : Variation des RAC AMC après réforme (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Afin de prendre en compte la hausse de leurs remboursements, les OC ajusteraient les primes d'assurances à la hausse : + 3,56 Md € de primes collectées sur l'ensemble de la population. 19,9 millions de ménages seraient négativement impactés par la réforme tandis que 7,2 millions de ménages verraient leurs primes d'assurance diminuer (cf. tableau 51).

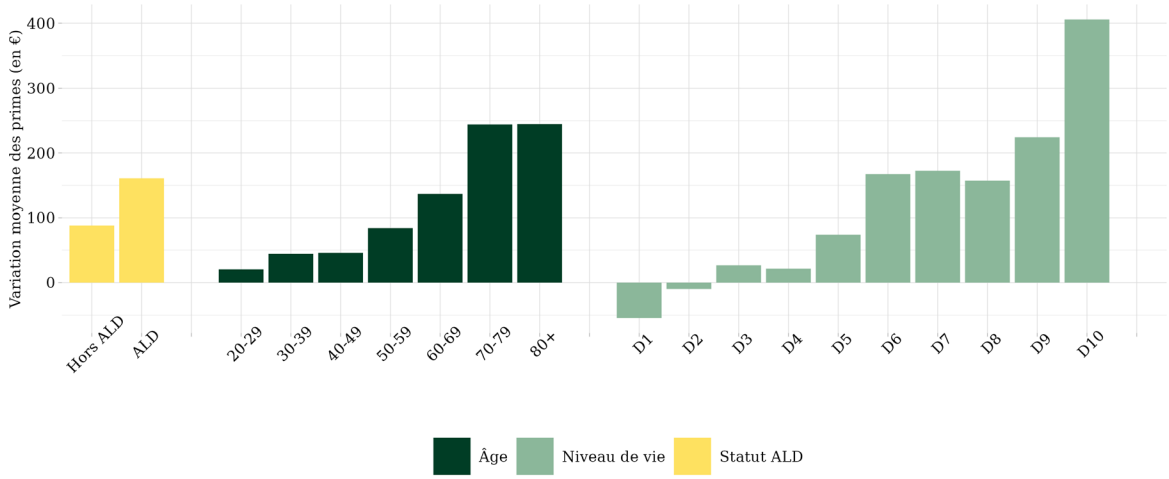
Tableau 51 : Variation des primes d'assurance par ménage (bouclier sanitaire à 6 % du niveau de vie)

Variation de la prime	Bénéficiaire ALD au sein du ménage	Montant moyen de la variation (€ par ménage)	Montant médian de la variation (€ par ménage)	Variation totale pour les ménages (M€)
Baisse	Non	-81	-63	-397
Baisse	Oui	-86	-64	-199
Hausse	Non	174	121	2084
Hausse	Oui	262	190	2073

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les hausses de primes toucheraient tous les ménages, à l'exception notable des ménages des deux premières dixièmes de niveau de vie (cf. graphique 38).

Graphique 38 : Variation des primes après réforme



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Au total, le scénario conduirait à une répartition des dépenses plus éloignée du système actuel que les précédents : 80 % pris en charge par l'AMO (- 1,9 point), 15,1 % pris en charge par les AMC (+ 1,7 point) et 4,9 % à la charge des ménages (+ 0,1 point).

3.6. Ticket modérateur unique de 15 % et bouclier sanitaire de 2 000 €[16]

Dans une logique de simplification et de renforcement de la lisibilité du système, la mise en place d'un bouclier sanitaire pourrait être associé à celle d'un ticket modérateur unique (à l'instar de l'option retenue par le rapport Briet-Fragonard), avec une suppression des participations et franchises. Ce TM unique serait couplé à un bouclier sanitaire. Le scenario simulé permet de garantir un isocoût pour l'AMO.

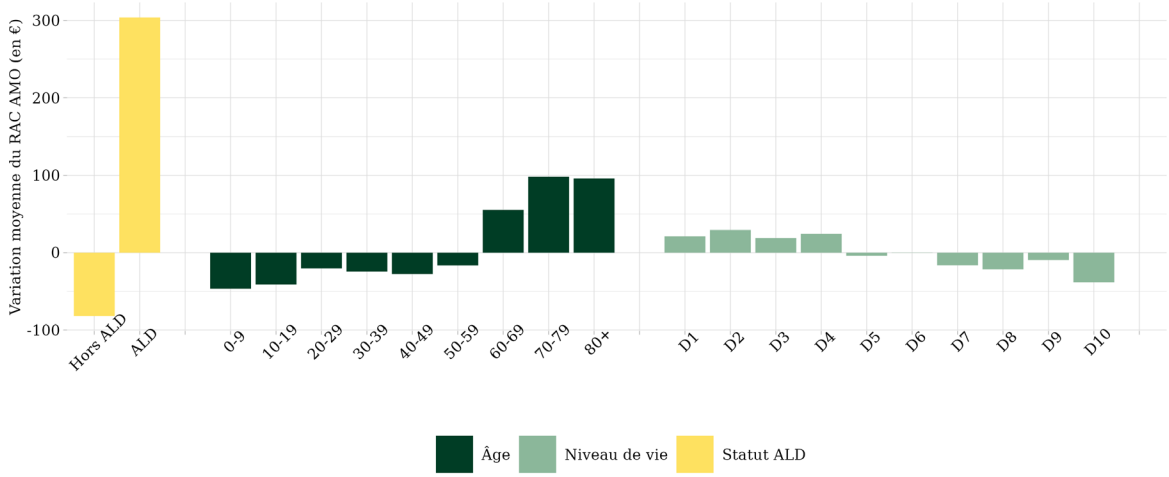
Dans la première simulation le taux du TM unique retenu est de 15 % et afin de garantir un isocoût pour l'AMO le niveau de bouclier sanitaire associé serait de 2 000 € (gain de 24 M€).

8,6 millions d'individus bénéficiant d'exonérations pour ALD verraient leur RAC augmenter en cas de mise en place de ce scénario, contre 3,4 millions de bénéficiaires ALD qui connaitraient une diminution de leur RAC AMO.

A l'échelle individuelle les bénéficiaires du régime ALD seraient toutefois les principaux perdants (indépendamment de leur âge ou de leur niveau de vie). Les individus de plus de 60 ans ressortiraient également comme les principaux perdants de la réforme tandis que les individus de moins de 50 ans verraient leurs RAC AMO diminuer.

Seuls les individus des ménages les moins aisés verraient leur RAC AMO augmenter (tandis que les individus les plus aisés connaitraient des diminutions, cf. graphique 39).

Graphique 39 : Synthèse des variations des RAC AMO après réforme (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)



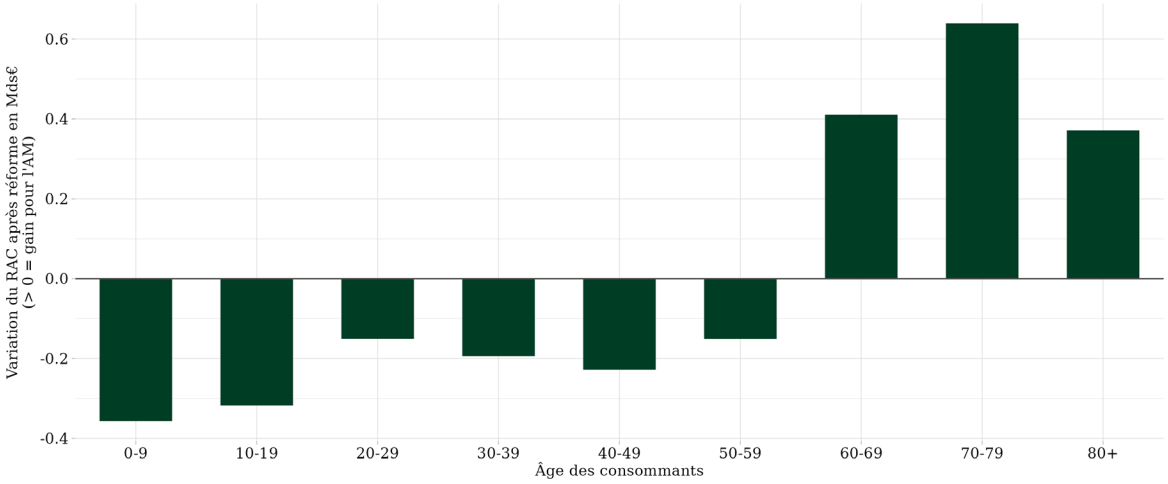
Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.6.1. Analyse par âge

La population de plus de 60 ans serait mise à contribution dans ce scénario tandis que les individus plus jeunes tireraient avantage de la réforme (cf. graphique 40).

[17] Scénario générant 42 M€ de moindres dépenses pour l'AMO.

Graphique 40 : Répartition des gains et pertes globaux (en Md€) par tranche d'âge (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)



Source : DREES, INES-OMAR 2023 ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La variation médiane du RAC par individu serait comprise entre – 38 et 7 € tandis qu'en moyenne ces variations seraient comprises entre - 47 et 98 € par an et par individu (cf. tableau 52).

Tableau 52 : Variation du RAC AMO après réforme par âge (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)

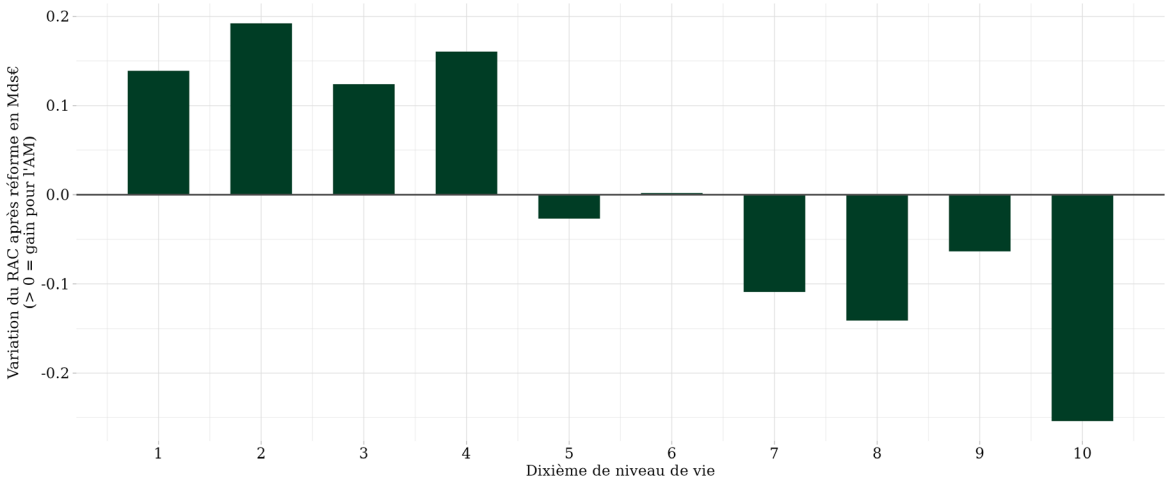
	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
0-9	-138	-47	-20	9
10-19	-144	-41	-23	8
20-29	-152	-20	-23	15
30-39	-183	-24	-27	42
40-49	-216	-28	-35	66
50-59	-253	-17	-38	154
60-69	-278	55	-27	505
70-79	-341	98	-15	870
80+	-428	96	7	1229

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.6.2. Par niveau de vie

La mise en place du TM unique à 15 % couplée à un bouclier à 2 000 € ne permettrait pas de diminuer les RAC AMO des individus les moins aisés. Un effet opposé se produirait même : les individus des ménages les moins aisés verraient leurs RAC AMO augmenter tandis que ceux des ménages les plus aisés seraient avantagés par la réforme (cf. graphique 41).

Graphique 41 : Répartition des gains et pertes par niveau de vie (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)



Source : DREES, INES-OMAR 2023 ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

En termes de variation des RAC AMO pré et post réforme la variation médiane serait comprise entre - 48 et 0 € tandis que la variation moyenne irait de - 39 à 29 € (cf. tableau 53). Les RAC AMO extrêmes seraient plus forts chez les individus des premiers dixièmes, que ceux simulés pour les ménages les plus aisés (exception faite du premier dixième).

Tableau 53 : Variation du RAC AMO après réforme par niveau de vie (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
1	-102	21	0	22
2	-181	29	0	243
3	-218	19	-21	275
4	-222	24	-23	352
5	-219	-4	-32	225
6	-256	0	-40	278
7	-246	-17	-36	205
8	-230	-21	-41	182
9	-242	-10	-41	177
10	-271	-39	-48	115

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.6.3. Par statut ALD

3.6.3.1. Hétérogénéité des situations au sein de la population ALD

Au sein de la population ayant bénéficié du régime ALD, **8,6 millions de personnes verraient leur RAC AMO augmenter en cas de mise en place d'un bouclier sanitaire. 3,4 millions de consommants tireraient bénéfice de la mise en place du bouclier, tandis que pour 1,5 million de personnes la situation serait inchangée (cf. tableau 54).**

Tableau 54 : Variation du RAC AMO chez les individus bénéficiant du régime ALD en 2023 (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Gain AMO (M€)	Nombre d'individus (M)
Perdant	38	582	322	1607	5024	8,6
Egal	0	0	0	0	0	1,5
Gagnant	-536	-271	-106	-17	-918	3,4

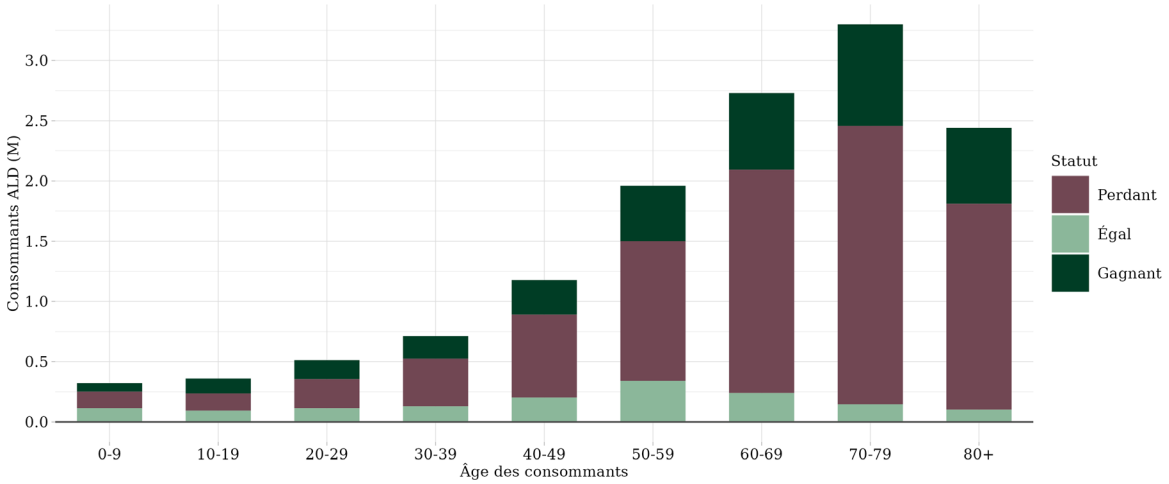
Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Chez les individus pénalisés par le passage au bouclier sanitaire, l'augmentation moyenne du RAC serait de 582 € par an, soit une augmentation totale des RAC AMO pour cette population de 5 Md€. Les individus gagnants verraient eux leur RAC diminuer de 271 € en moyenne par an, soit un coût supplémentaire pour l'AMO de 0,9 Md€.

Chez les bénéficiaires du régime ALD les personnes âgées seraient, comme dans les autres scénarios, les plus impactées par la réforme sans distinction liée à leur niveau de vie (cf. graphique 42 et graphique 43).

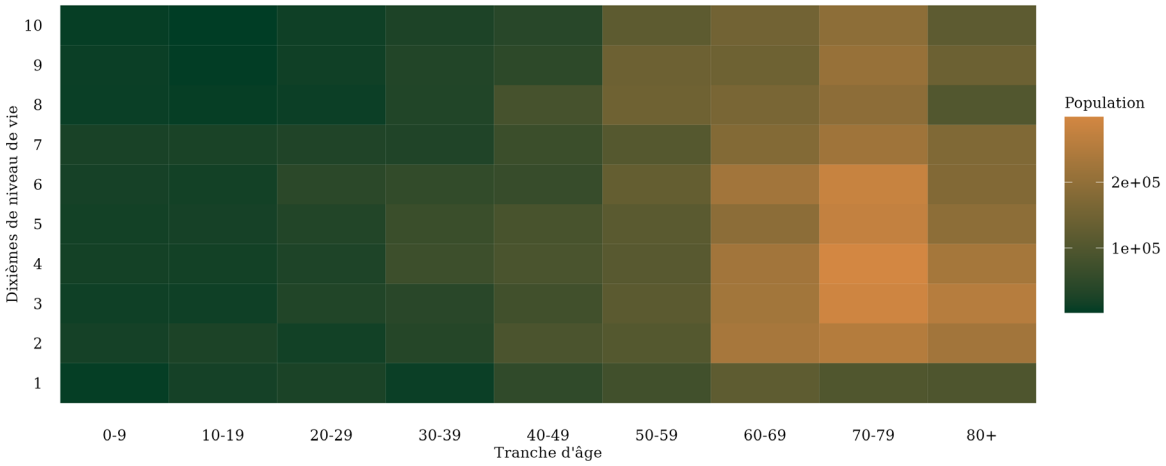
La combinaison d'un TM unique et d'un bouclier permettrait de générer un nombre de gagnants plus important que dans le cadre des boucliers précédents.

Graphique 42 : Consommants ALD en fonction de leur âge et de leur statut après réforme (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Graphique 43 : Nombre de bénéficiaires du régimes ALD qui verraient leur RAC AMO augmenter par tranche d'âge et dixième de niveau de vie (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

A l'échelle macroéconomique les RAC AMO des consommants ALD augmenteraient notamment pour les dépenses hospitalières (+ 73 %), les soins infirmiers (+ 242 %) et les transports (+ 231 %). Seuls les RAC AMO liés aux soins dentaires conservateurs diminueraient sensiblement : - 28 % (cf. tableau 55).

Tableau 55 : RAC AMO par poste de dépense pour les personnes en ALD (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Hôpital	2182	1583
Médicaments	1575	1029
Infirmier	216	524
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	1160	411
Transports	110	255
Autres dispositifs médicaux	622	199
Médecin généraliste	262	199
Autres auxiliaires médicaux	41	35
Laboratoire	382	23
Dépistages et vaccins (injections)	7	19
Autres frais	72	17
Orthodontie	70	3
Sage-femme	4	2
Optique	1655	-3
Kinésithérapeute	453	-24
Prothèses auditives	696	-47
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	185	-52
Soins dentaires prothétiques	2200	-68

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.6.3.2. Cas de la population hors ALD

Chez les consommateurs de soins qui ne bénéficient pas du régime ALD les gains seraient en moyenne de 132 € pour les individus tirant profit de la réforme (38,4 millions d'individus, contre 5,9 millions qui verraient leurs RAC AMO augmenter, cf. tableau 56). Ces gains pour les consommants non ALD génèreraient un surcout pour l'AMO de l'ordre de 5,1 Md€.

Tableau 56 : Variation du RAC AMO chez les individus ne bénéficiant pas du régime ALD en 2023 (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Variation totale (M€)	Nombre d'individus (M)
Gagnant	-290	-132	-69	-12	-5075	38,4
Perdant	5	166	51	495	993	5,9
Égal	0	0	0	0	0	5,4

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les consommants non ALD bénéficieraient en premier d'une réduction de leur RAC AMO lié aux dépenses hospitalières (- 397 M€ de RAC AMO en cumulé) et aux médicaments (- 87 M€, cf. tableau 57).

Tableau 57 : RAC AMO par poste de dépense pour les personnes non ALD (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Hôpital	2236	598
Orthodontie	1382	61
Sage-femme	57	15
Dépistages et vaccins (injections)	26	9
Optique	5033	-9
Autres frais	77	-19
Prothèses auditives	714	-58
Transports	144	-63
Infirmier	325	-133
Soins dentaires prothétiques	3842	-169
Autres auxiliaires médicaux	311	-177
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	781	-318
Autres dispositifs médicaux	1077	-347
Laboratoire	942	-426
Kinésithérapeute	1089	-519
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	3414	-545
Médecin généraliste	1475	-563
Médicaments	2844	-1419

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.6.4. Dispersion des RAC AMO après réforme

Le scénario conduirait à une augmentation des écarts interquartile sur la majorité des postes de soin (cf. tableau 58), en particulier sur des postes parmi les plus importants : consultations de spécialistes, médicaments et dépenses hospitalières. L'écart interquartile augmenterait également de manière substantielle pour les transports sanitaires.

Tableau 58 : Dépenses et RAC AMO par poste de soin (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	RAC AMO après réforme (M€)	Ecart interquartile avant réforme (€)	Ecart interquartile après réforme (€)	Ecart interdécile avant réforme (€)	Ecart interdécile après réforme (€)
Optique	6 689	6 671	333	333	667	671
Soins dentaires prothétiques	6 042	4 948	852	832	2 044	1989
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	4 574	4 782	99	96	227	217
Médicaments	4 418	5 754	82	63	190	163
Hôpital	4 418	3 155	383	674	1 024	1585
Médecin généraliste	1 737	1 977	33	23	70	53
Autres dispositifs médicaux	1 699	1 864	73	79	173	147
Kinésithérapeute	1 542	1 530	156	83	327	194
Orthodontie	1 452	1 452	729	773	1 176	1234
Prothèses auditives	1 410	1 251	1 280	1290	2 446	2346
Laboratoire	1 324	1 468	35	23	83	54
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	967	909	32	17	73	42
Infirmier	541	794	6	5	30	29
Autres auxiliaires médicaux	352	397	16	7	66	41
Transports	254	457	34	83	97	236
Autres frais	148	160	27	32	216	176
Sage-femme	61	61	13	17	45	68
Dépistages et vaccins (injections)	33	35	2	3	5	6

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.6.5. RAC AMC et primes

Le modèle prévoit une hausse des RAC AMC dans ce scénario : 9,98 Md € après réforme (cf. tableau 59) contre 9,88 Md € avant réforme, soit une augmentation de 1 %.

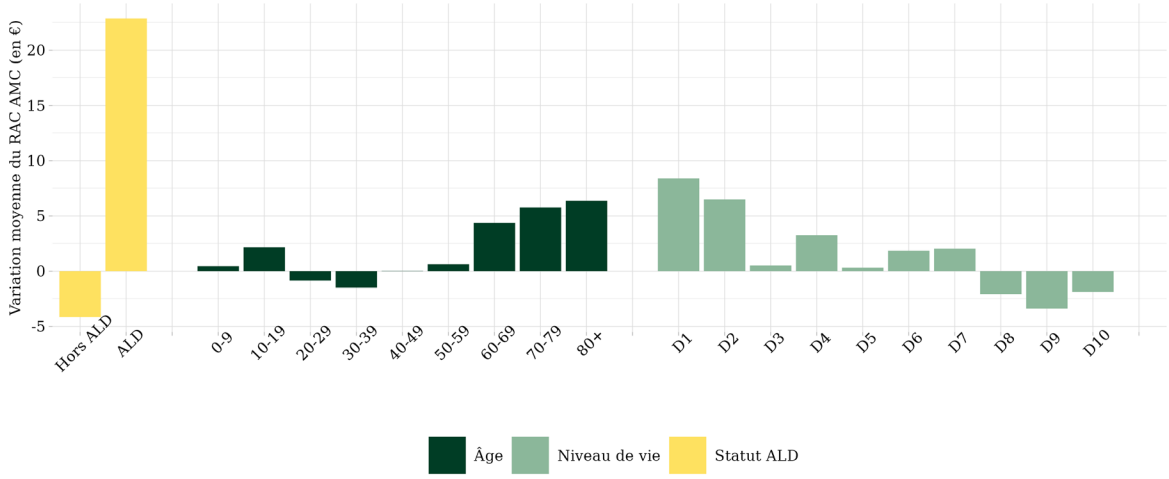
Tableau 59 : RAC AMC pré et post réforme (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)

Pré réforme			Post réforme		
RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)	RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)
37,66	27,78	9,88	37,68	27,70	9,98

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les RAC AMC augmenteraient plus fortement pour les individus des ménages les moins aisés et les individus les plus âgés connaitraient les hausses les plus marquées (bien que les premières tranches d'âge soient relativement peu impactées par la réforme, cf. graphique 44).

Graphique 44 : Variation des RAC AMC après réforme (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Afin de prendre en compte la baisse de leurs remboursements, les OC ajusteraient les primes d'assurances à la baisse : - 0,08 Md € de primes collectées sur l'ensemble de la population. 11 millions de ménages seraient négativement affectés par la réforme tandis que 16 millions de ménages verraient leurs primes d'assurance diminuer (cf. tableau 60).

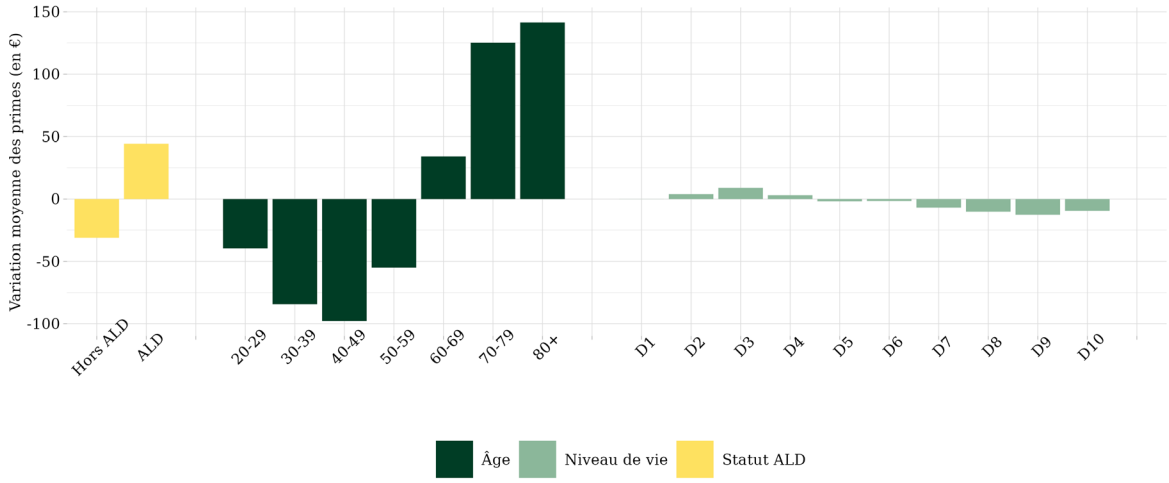
Tableau 60 : Variation des primes d'assurance par ménage (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)

Variation de la prime	Bénéficiaire ALD au sein du ménage	Montant moyen de la variation (€ par ménage)	Montant médian de la variation (€ par ménage)	Variation totale pour les ménages (M€)
Baisse	Non	-83	-57	-1021
Baisse	Oui	-95	-75	-353
Hausse	Non	93	95	426
Hausse	Oui	134	122	868

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La hausse des primes toucherait principalement les ménages au sein desquels la personne la plus âgée à plus de 60 ans. Les ménages composés d'au moins un bénéficiaire du régime ALD seraient également touchés par des hausses de prime (cf. graphique 45)

Graphique 45 : Variation des primes après réforme (TM à 15 %, bouclier de 2000 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Au final, le scénario conduirait à une répartition des dépenses très proche du système actuel : 81,8 % pris en charge par l'AMO, 13,3 % pris en charge par les AMC et 4,8 % à la charge des ménages.

3.7. Ticket modérateur unique de 25 % et bouclier sanitaire de 750 €[17]

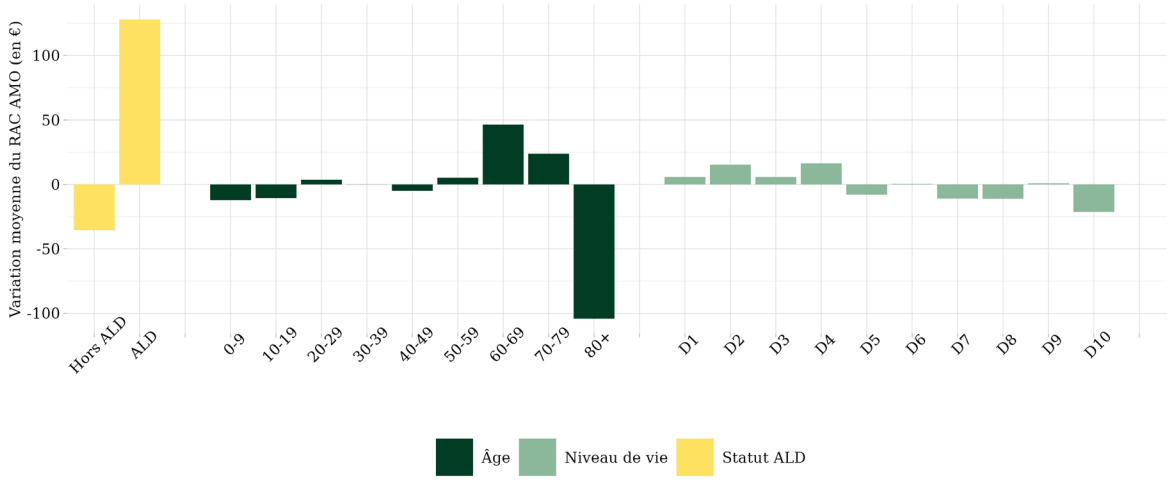
Dans la seconde simulation le taux du TM unique retenu est de 25 %afin. A de garantir un isocoût pour l'AMO, le niveau de bouclier sanitaire associé serait de 750 € (perte de 42 M€).

9,4 millions d'individus bénéficiant d'exonérations pour ALD verraient leur RAC augmenter en cas de mise en place de ce scénario, contre 2,6 millions de bénéficiaires ALD qui connaitraient une diminution de leur RAC AMO.

A l'échelle individuelle les bénéficiaires du régime ALD seraient les principaux perdants (indépendamment de leur âge ou de leur niveau de vie). Les individus de plus de 80 ans ressortiraient comme les principaux bénéficiaires de la réforme.

L'impact de la réforme serait négatif pour les individus les moins aisés et positif pour les ménages les plus riches (cf. graphique 46).

Graphique 46 : Synthèse des variations des RAC AMO après réforme (TM à 25 %, bouclier de 750 €)



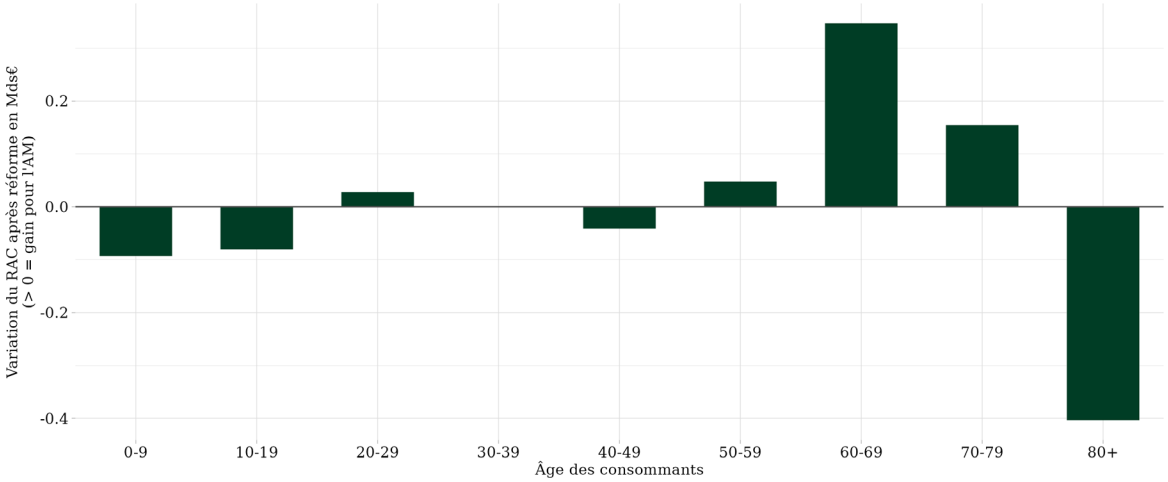
Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.7.1. Analyse par âge

Les individus des tranches 60-69 ans et 70-79 ans seraient mis à contribution dans ce scénario tandis que les individus plus jeunes tireraient avantage de la réforme (cf. graphique 47).

[17] Scénario générant 42 M€ de moindres dépenses pour l'AMO.

Graphique 47 : Répartition des gains et pertes par tranche d'âge (TM à 25 %, bouclier de 750 €)



Source : DREES, INES-OMAR 2023 ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La variation médiane du RAC par individu serait comprise entre - 9 et 0 € tandis qu'en moyenne ces variations seraient comprises entre - 104 et 46 € par an et par individu (cf. tableau 61).

Tableau 61 : Variation du RAC AMO après réforme par âge (TM à 25 %, bouclier de 750 €)

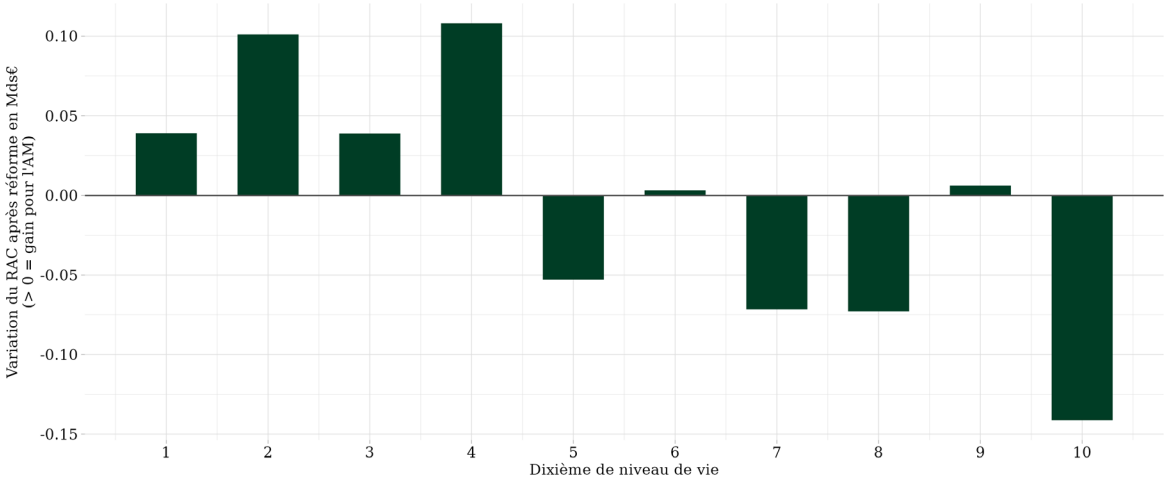
	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
0-9	-59	-12	-3	61
10-19	-63	-11	-5	61
20-29	-67	4	-5	98
30-39	-84	0	-7	146
40-49	-103	-5	-10	163
50-59	-129	5	-9	264
60-69	-152	46	0	483
70-79	-237	24	0	530
80+	-624	-104	13	529

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.7.2. Par niveau de vie

La mise en place du TM unique à 25 % couplée à un bouclier à 750 € ne permettrait pas de diminuer les RAC AMO des individus les moins aisés. Un effet opposé se produirait même : les individus des ménages les moins aisés verraient leurs RAC AMO augmenter tandis que ceux des ménages les plus aisés seraient avantagés par la réforme (cf. graphique 48).

Graphique 48 : Répartition des gains et pertes par niveau de vie (TM à 25 %, bouclier de 750 €)



Source : DREES, INES-OMAR 2023 ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

En termes de variation des RAC AMO pré et post réforme la variation médiane serait comprise entre - 15 et 0 € tandis que la variation moyenne irait de - 21 à 16 € (cf. tableau 62). Les RAC AMO extrêmes seraient plus forts chez les individus des premiers dixièmes, que ceux simulés pour les ménages les plus aisés (exception faite du premier dixième).

Tableau 62 : Variation du RAC AMO après réforme par niveau de vie (TM à 25 %, bouclier de 750 €)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
1	-40	6	0	68
2	-91	15	0	319
3	-118	6	-3	322
4	-113	16	-5	376
5	-125	-8	-8	292
6	-127	0	-9	360
7	-125	-11	-11	284
8	-114	-11	-13	259
9	-131	1	-13	269
10	-145	-21	-15	203

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.7.3. Par statut ALD

3.7.3.1. Hétérogénéité des situations au sein de la population ALD

Au sein de la population ayant bénéficié du régime ALD **9,4 millions de personnes verraient leur RAC AMO augmenter en cas de mise en place d'un bouclier sanitaire. 2,6 millions de consommants tireraient bénéfice de la mise en place du bouclier tandis que pour 1,5 million de personnes la situation serait inchangée (cf. tableau 63).**

Tableau 63 : Variation du RAC AMO chez les individus bénéficiant du régime ALD en 2023 (TM à 25 %, bouclier de 750 €)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Gain AMO (M€)	Nombre d'individus (M)
Perdant	56	338	296	685	3174	9,4
Egal	0	0	0	0	0	1,5
Gagnant	-1566	-554	-151	-14	-1446	2,6

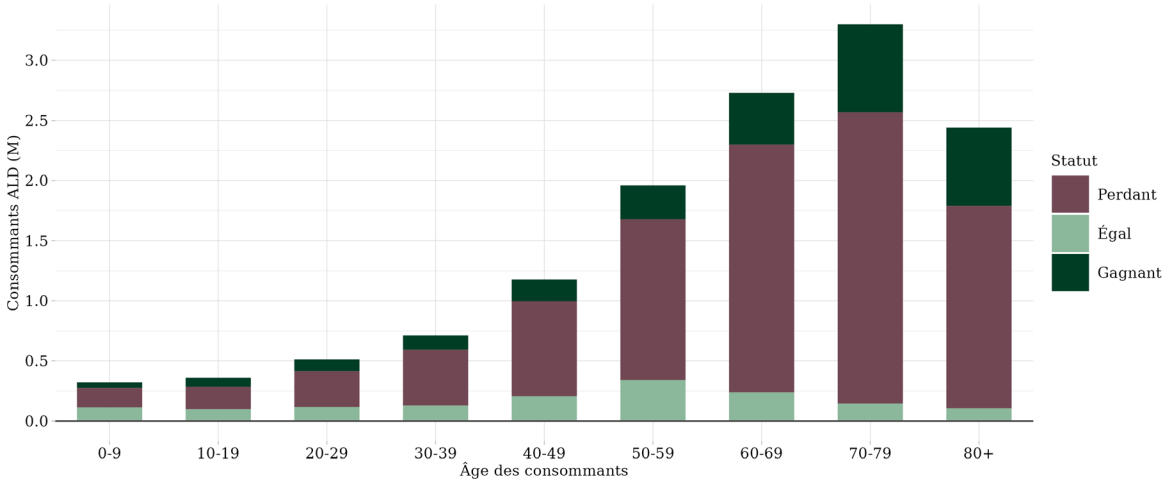
Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Chez les individus pénalisés par le passage au bouclier sanitaire l'augmentation moyenne du RAC serait de 338 € par an, soit une augmentation totale des RAC AMO pour cette population de 3,2 Md€. Les individus gagnants verraient eux leur RAC diminuer de 554 € en moyenne par an, soit un coût supplémentaire pour l'AMO de 1,4 Md€.

Chez les bénéficiaires du régime ALD les personnes âgées seraient les plus impactées par la réforme sans distinction liée à leur niveau de vie (cf. graphique 49 et graphique 50).

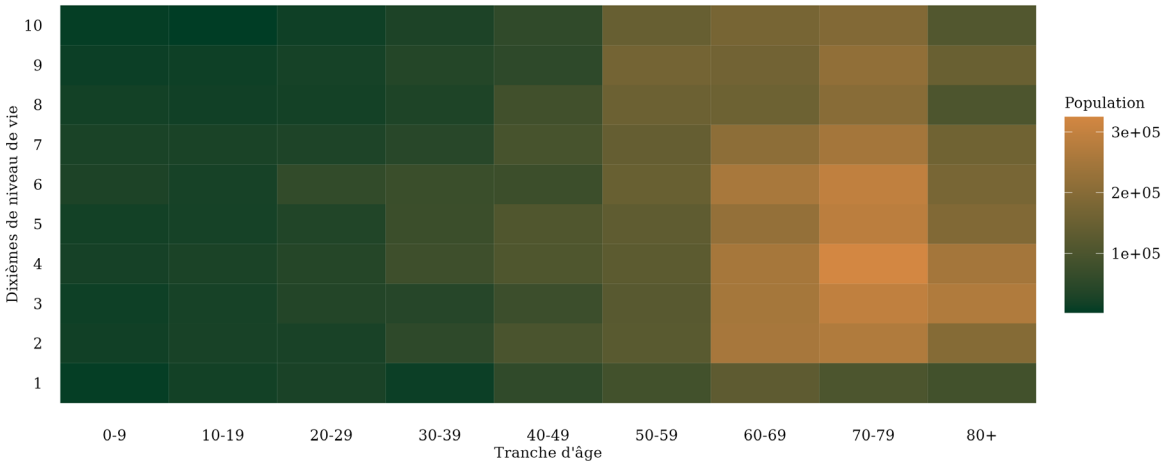
La combinaison d'un TM unique et d'un bouclier permettrait toutefois de générer un nombre de gagnants plus important que dans le cadre de mise en place d'un « bouclier pur ».

Graphique 49 : Consommants ALD en fonction de leur âge et de leur statut après réforme (TM à 25 %, bouclier de 750 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Graphique 50 : Nombre de bénéficiaires du régimes ALD qui verraient leur RAC AMO augmenter par tranche d'âge et dixième de niveau de vie (TM à 25 %, bouclier de 750 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

A l'échelle macroéconomique les RAC AMO des consommants ALD augmenteraient notamment pour les dépenses de médicaments (+ 53 %), les consultations de généralistes (+ 100 %) et les transports (+ 131 %). A contrario les RAC AMO liés aux dépenses hospitalières diminueraient sensiblement : - 11 % (cf. tableau 64).

Tableau 64 : RAC AMO par poste de dépense pour les personnes en ALD (TM à 25 %, bouclier de 750 €)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Médicaments	1575	860
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	1160	427
Médecin généraliste	262	263
Infirmier	216	224
Transports	110	145
Autres dispositifs médicaux	622	74
Laboratoire	382	48
Autres auxiliaires médicaux	41	35
Dépistages et vaccins (injections)	7	27
Autres frais	72	21
Orthodontie	70	5
Sage-femme	4	3
Optique	1655	-3
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	185	-27
Prothèses auditives	696	-41
Kinésithérapeute	453	-46
Soins dentaires prothétiques	2200	-48
Hôpital	2182	-240

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.7.3.2. Cas de la population hors ALD

Chez les consommateurs de soins qui ne bénéficient pas du régime ALD les gains seraient en moyenne de 95 € pour les individus tirant profit de la réforme (33,5 millions d'individus, contre 10,6 millions qui verraient leurs RAC AMO augmenter, cf. tableau 65). Ces gains pour les consommants non ALD génèreraient un surcout pour l'AMO de l'ordre de 3,2 Md€.

Tableau 65 : Variation du RAC AMO chez les individus ne bénéficiant pas du régime ALD en 2023 (TM à 25 %, bouclier de 750 €)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Variation totale (M€)	Nombre d'individus (M)
Gagnant	-160	-95	-32	-5	-3181	33,5
Perdant	5	133	64	391	1410	10,6
Égal	0	0	0	0	0	5,6

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les consommants non ALD bénéficieraient en premier d'une réduction de leur RAC AMO lié aux dépenses de médicaments (- 939 M€ de RAC AMO en cumulé) et aux actes des masseurs kinésithérapeutes (-345 M€). Les RAC AMO augmenteraient toutefois sur les dépenses hospitalières (+ 490 M€) et l'orthodontie (+ 107 M€, cf. tableau 66).

Tableau 66 : RAC AMO par poste de dépense pour les personnes non ALD (TM à 25 %, bouclier de 750 €)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Hôpital	2236	490
Orthodontie	1382	107
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	3414	57
Dépistages et vaccins (injections)	26	28
Sage-femme	57	25
Optique	5033	-5
Autres frais	77	-6
Prothèses auditives	714	-43
Transports	144	-67
Soins dentaires prothétiques	3842	-76
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	781	-79
Autres auxiliaires médicaux	311	-107
Infirmier	325	-139
Médecin généraliste	1475	-183
Autres dispositifs médicaux	1077	-242
Laboratoire	942	-247
Kinésithérapeute	1089	-345
Médicaments	2844	-939

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.7.4. Dispersion des RAC AMO après réforme

Le scénario conduirait à une augmentation des écarts interquartile sur la majorité des postes de soin (cf. tableau 67). En particulier sur des postes parmi les plus importants : consultations de spécialistes, dépenses hospitalières et transports. L'écart se réduirait sur un nombre restreint de postes de soin tels que les prothèses dentaires et dépenses en laboratoires.

Tableau 67 : Dépenses et RAC AMO par poste de soin (TM à 25 %, bouclier de 750 €)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	RAC AMO après réforme (M€)	Ecart interquartile avant réforme (€)	Ecart interquartile après réforme (€)	Ecart interdécile avant réforme (€)	Ecart interdécile après réforme (€)
Optique	6 689	6 671	333	333	667	670
Soins dentaires prothétiques	6 042	4 948	852	842	2 044	2026
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	4 574	4 782	99	114	227	247
Médicaments	4 418	5 754	82	82	190	204
Hôpital	4 418	3 155	383	460	1 024	808
Médecin généraliste	1 737	1 977	33	36	70	71
Autres dispositifs médicaux	1 699	1 864	73	77	173	168
Kinésithérapeute	1 542	1 530	156	101	327	217
Orthodontie	1 452	1 452	729	800	1 176	1270
Prothèses auditives	1 410	1 251	1 280	1380	2 446	2386
Laboratoire	1 324	1 468	35	28	83	63
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	967	909	32	26	73	63
Infirmier	541	794	6	6	30	31
Autres auxiliaires médicaux	352	397	16	9	66	60
Transports	254	457	34	74	97	181
Autres frais	148	160	27	32	216	238
Sage-femme	61	61	13	22	45	69
Dépistages et vaccins (injections)	33	35	2	5	5	10

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.7.5. RAC AMC et primes

Le modèle prévoit une hausse des RAC AMC dans ce scénario : 10,2 Md € après réforme (cf. tableau 68) contre 9,88 Md € avant réforme, soit une augmentation de 3,3 %.

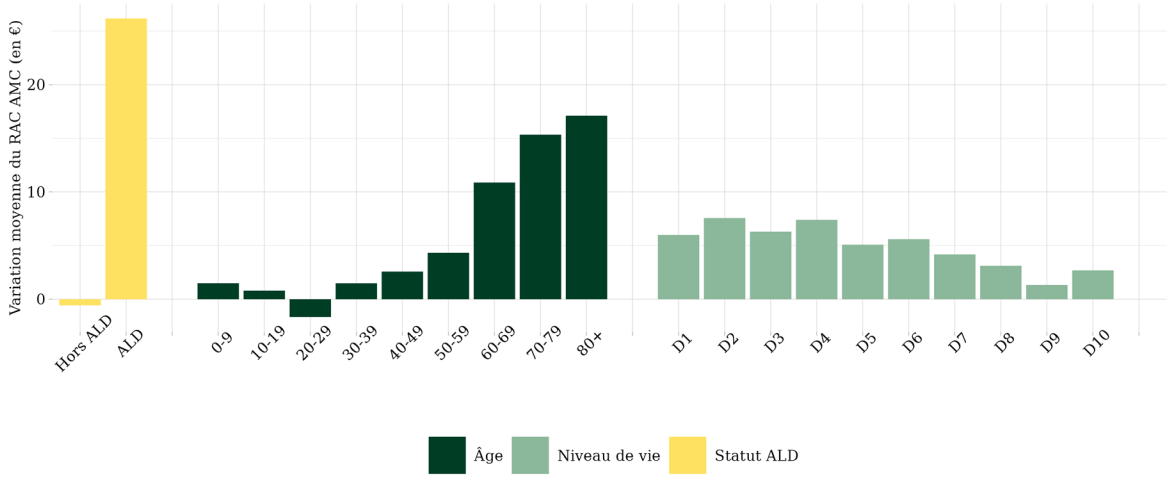
Tableau 68 : RAC AMC pré et post réforme (TM à 25 %, bouclier de 750 €)

Pré réforme			Post réforme		
RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)	RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)
37,66	27,78	9,88	37,62	27,42	10,20

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les RAC AMC augmenteraient plus fortement chez les individus des ménages les moins aisés, et les individus les plus âgés connaitraient les hausses les plus marquées (bien que les consommants de moins de 50 ans soient relativement peu touchés par la réforme, cf. graphique 51).

Graphique 51 : Variation des RAC AMC après réforme (TM à 25 %, bouclier de 750 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Afin de prendre en compte la baisse de leurs remboursements les OC ajusteraient les primes d'assurances à la baisse : - 0,36 Md € de primes collectées sur l'ensemble de la population. 11,3 millions de ménages seraient négativement impactés par la réforme tandis que 15,8 millions de ménages verraient leurs primes d'assurance diminuer (cf. tableau 69).

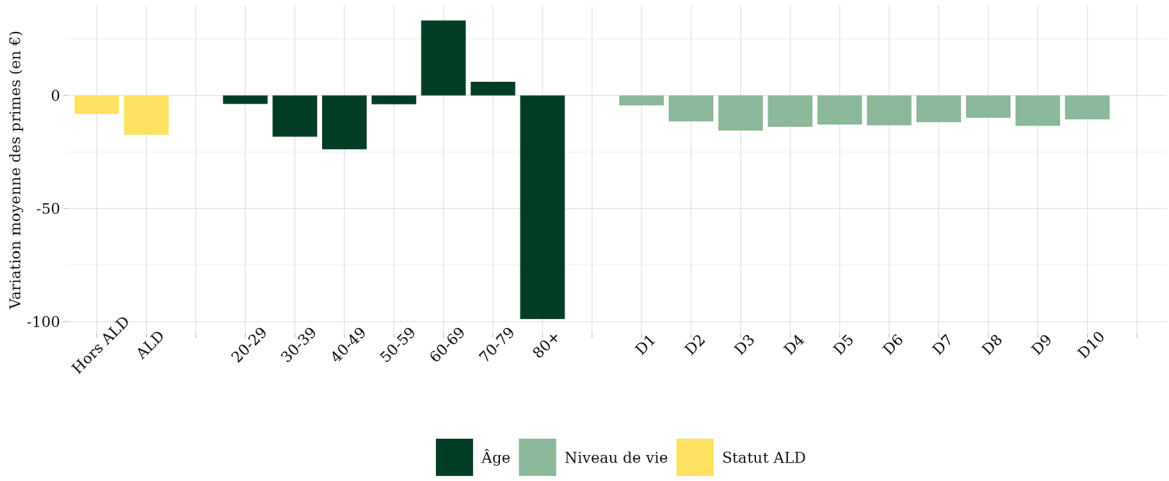
Tableau 69 : Variation des primes d'assurance par ménage (TM à 25 %, bouclier de 750 €)

Variation de la prime	Bénéficiaire ALD au sein du ménage	Montant moyen de la variation (€ par ménage)	Montant médian de la variation (€ par ménage)	Variation totale pour les ménages (M€)
Baisse	Non	-35	-23	-352
Baisse	Oui	-71	-61	-412
Hausse	Non	28	20	196
Hausse	Oui	47	41	210

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Cette baisse des montants des primes bénéficierait principalement aux ménages des individus les plus âgés. La baisse toucherait tous les ménages indépendamment du niveau de vie (cf. graphique 52)

Graphique 52 : Variation des primes après réforme (TM à 25 %, bouclier de 750 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Au final, le scénario conduirait à une répartition des dépenses très proche du système actuel : 81,9 % pris en charge par l'AMO, 13,2 % pris en charge par les AMC et 4,9 % à la charge des ménages.

3.8. Ticket modérateur unique de 40 % et bouclier sanitaire de 460 €[18]

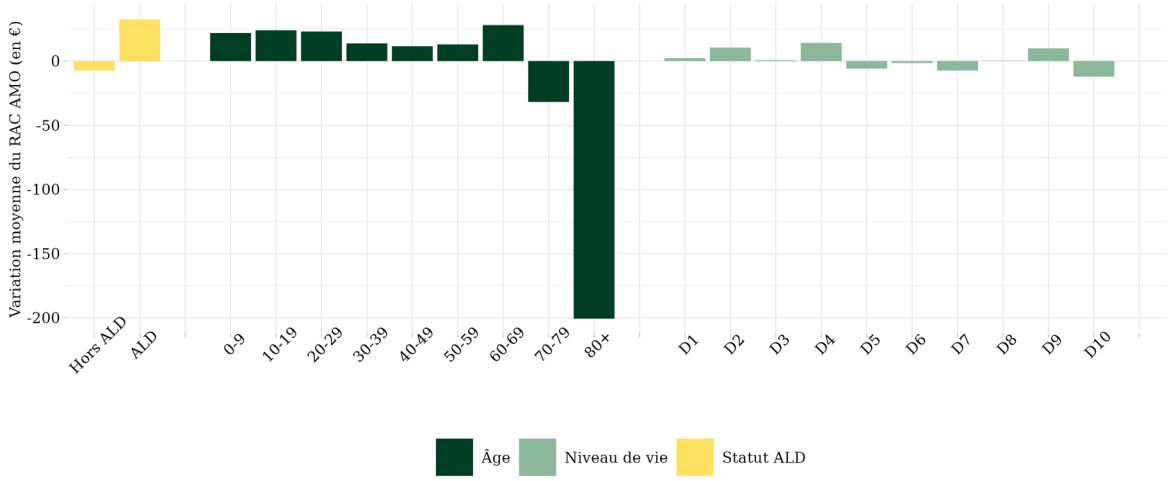
Dans la troisième simulation le taux du TM unique retenu est de 40 %, et afin de garantir un isocoût pour l'AMO le niveau de bouclier sanitaire associé serait de 460 € (gain de 77 M€).

9 millions d'individus bénéficiant d'exonérations pour ALD verraient leur RAC augmenter en cas de mise en place de ce scénario, contre 3 millions de bénéficiaires ALD qui connaitraient une diminution de leur RAC AMO.

A l'échelle individuelle les bénéficiaires du régime ALD seraient les principaux perdants (indépendamment de leur âge ou de leur niveau de vie). Les individus de plus de 80 ans seraient les principaux bénéficiaires de la réforme.

L'impact de la réforme serait globalement négatif pour les individus appartenant aux 40 % de ménages les moins aisés et positif au-delà (cf. graphique 53).

Graphique 53 : Synthèse des variations des RAC AMO après réforme (TM à 40 %, bouclier à 460 €)



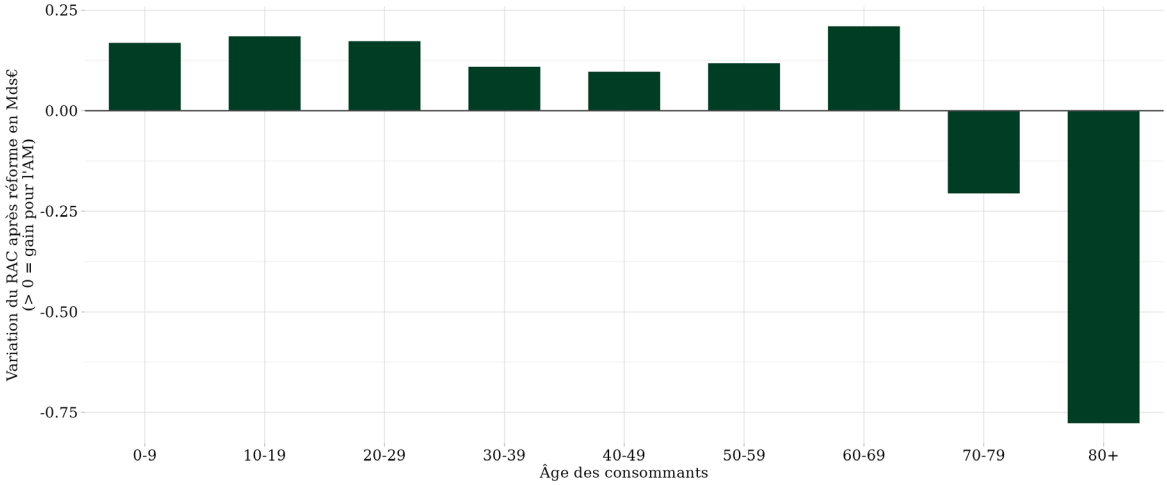
Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.8.1. Analyse par âge

Les individus de moins de 70 ans seraient mis à contribution dans ce scénario tandis que les individus plus âgés tireraient avantage de la réforme (cf. graphique 54).

[18] Moindre dépense de 77 M€ pour l'AMO

Graphique 54 : Répartition des gains et pertes par tranche d'âge (TM à 40 %, bouclier à 460 €)



Source : DREES, INES-OMAR 2023 ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La variation médiane du RAC par individu serait comprise entre 11 et 44 € tandis qu'en moyenne ces variations seraient comprises entre - 201 et 28 € par an et par individu (cf. tableau 70).

Tableau 70 : Variation du RAC AMO après réforme par âge (TM à 40 %, bouclier à 460 €)

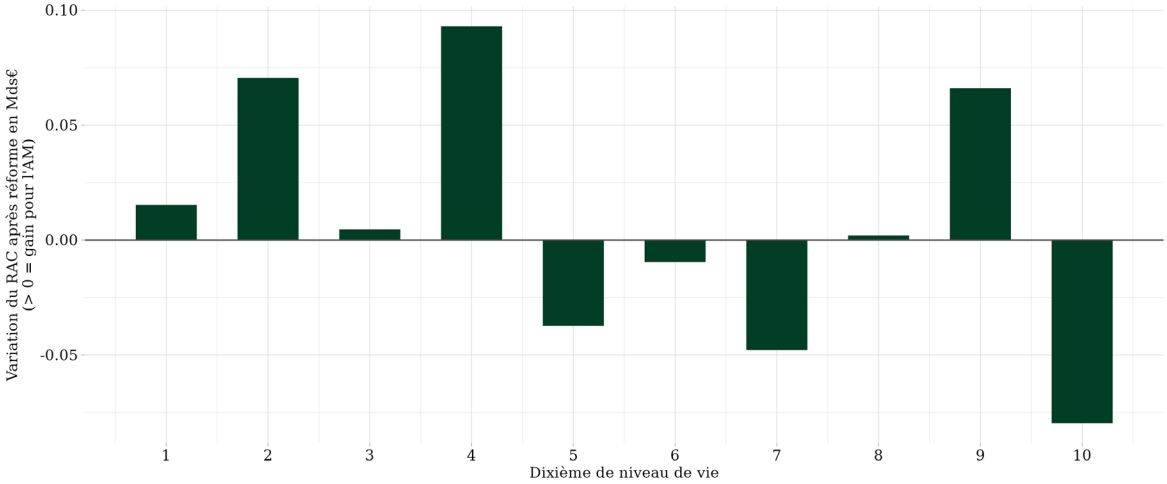
	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
0-9	0	22	17	145
10-19	0	24	16	145
20-29	-4	23	11	155
30-39	-10	14	12	154
40-49	-41	12	15	199
50-59	-123	13	20	271
60-69	-210	28	34	366
70-79	-448	-32	44	374
80+	-896	-201	34	375

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.8.2. Par niveau de vie

La mise en place du TM unique à 40 % couplée à un bouclier à 460 € ne permettrait pas de diminuer les RAC AMO des individus les moins aisés. Un effet opposé se produirait : les 40 % de ménages les moins aisés verraient leurs RAC AMO augmenter tandis que ceux des ménages les plus aisés seraient avantagés par la réforme (cf. graphique 55).

Graphique 55 : Répartition des gains et pertes par niveau de vie (TM à 40 %, bouclier à 460 €)



Source : DREES, INES-OMAR 2023 ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

En termes de variation des RAC AMO pré et post réforme la variation médiane serait comprise entre - 15 et 0 € tandis que la variation moyenne irait de - 21 à 16 € (cf. tableau 71). Les RAC AMO extrêmes seraient plus forts chez les individus des premiers dixièmes, que ceux simulés pour les ménages les plus aisés (exception faite du premier dixième).

Tableau 71 : Variation du RAC AMO après réforme par niveau de vie (TM à 40 %, bouclier à 460 €)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
1	0	2	0	129
2	-17	11	5	292
3	-116	1	18	271
4	-115	14	24	294
5	-118	-6	25	280
6	-152	-1	28	286
7	-146	-7	23	260
8	-104	0	26	243
9	-109	10	23	237
10	-186	-12	23	206

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.8.3. Par statut ALD

3.8.3.1. Hétérogénéité des situations au sein de la population ALD

Au sein de la population ayant bénéficié du régime ALD **9 millions de personnes verraient leur RAC AMO augmenter en cas de mise en place d'un bouclier sanitaire. 3 millions de consommants tireraient bénéfice de la mise en place du bouclier tandis que pour 1,5 million de personnes la situation serait inchangée (cf. tableau 72).**

Tableau 72 : Variation du RAC AMO chez les individus bénéficiant du régime ALD en 2023 (TM à 40 %, bouclier à 460 €)

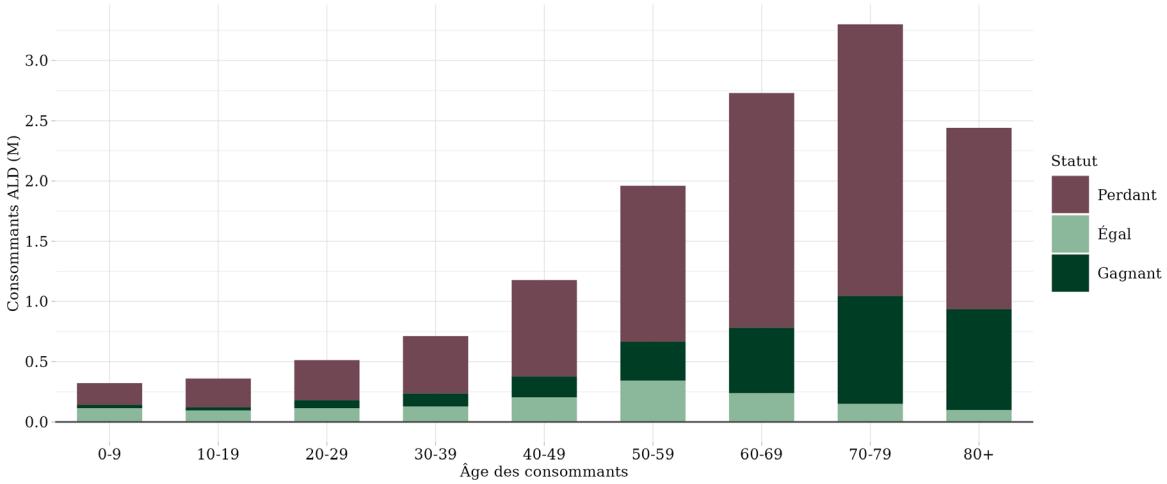
	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Gain AMO (M€)	Nombre d'individus (M)
Perdant	62	268	264	458	2419	9,0
Egal	0	0	0	0	0	1,5
Gagnant	-1682	-660	-313	-43	-1981	3,0

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Chez les individus perdants l'augmentation moyenne du RAC serait de 268 € par an, soit une augmentation totale des RAC AMO pour cette population de 2,4 Md€ (et un gain équivalent pour l'AMO). Les individus gagnants verraient eux leur RAC diminuer de 660 € en moyenne par an, soit un coût supplémentaire pour l'AMO de 2 Md€.

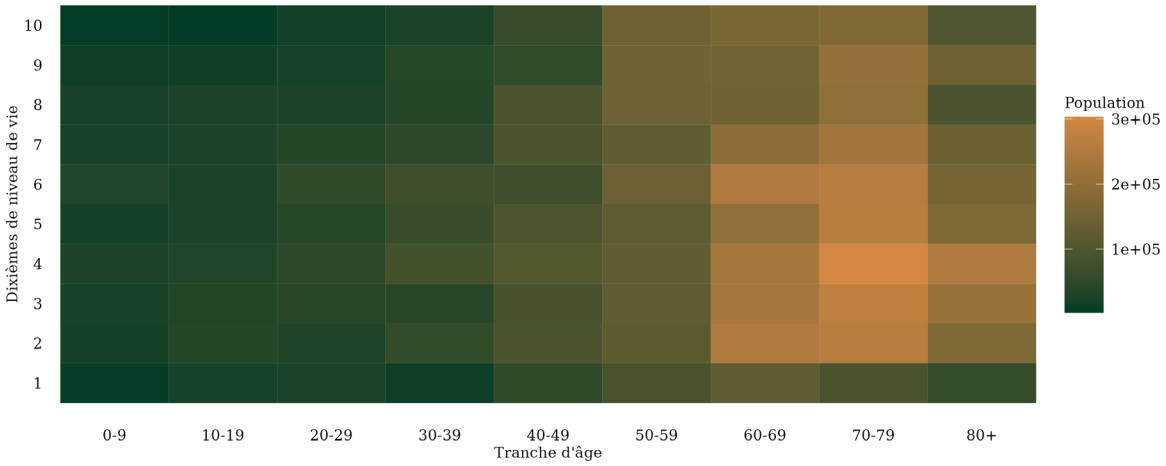
Chez les bénéficiaires du régime ALD les personnes âgées seraient les plus affectées par la réforme sans distinction liée à leur niveau de vie (cf. graphique 56 et graphique 57).

Graphique 56 : Consommants ALD en fonction de leur âge et de leur statut après réforme (TM à 40 %, bouclier à 460 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Graphique 57 : Nombre de bénéficiaires du régimes ALD qui verraient leur RAC AMO augmenter par tranche d'âge et dixième de niveau de vie (TM à 40 %, bouclier à 460 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

A l'échelle macroéconomique les RAC AMO des consommants ALD augmenteraient notamment pour les dépenses de médicaments (+ 48 %), les consultations de généralistes (+ 100 %) et les transports (+ 79 %). A contrario les RAC AMO liés aux dépenses hospitalières diminueraient fortement : - 43 %, les dépenses liées aux actes des masseurs kinésithérapeutes diminueraient également (- 26 %, cf. tableau 73).

Tableau 73 : RAC AMO par poste de dépense pour les personnes en ALD (TM à 40 %, bouclier à 460 €)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Médicaments	1575	761
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	1160	332
Médecin généraliste	262	263
Infirmier	216	120
Transports	110	87
Autres frais	72	39
Laboratoire	382	33
Dépistages et vaccins (injections)	7	27
Autres auxiliaires médicaux	41	23
Orthodontie	70	6
Sage-femme	4	3
Optique	1655	-3
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	185	-30
Prothèses auditives	696	-51
Autres dispositifs médicaux	622	-54
Soins dentaires prothétiques	2200	-62
Kinésithérapeute	453	-116
Hôpital	2182	-942

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.8.3.2. Cas de la population hors ALD

Chez les consommateurs de soins qui ne bénéficient pas du régime ALD les gains seraient en moyenne de 361 € pour les individus tirant profit de la réforme (7,5 millions d'individus, contre 36,3 millions qui verraient leurs RAC AMO augmenter, cf. tableau 74). Ces gains pour les consommants non ALD génèreraient un surcout pour l'AMO de l'ordre de 2,7 Md€. Cette perte pour l'AMO serait contrebalancée par une économie de 2,4 Md€ sur les consommants non ALD « perdants ».

Tableau 74 : Variation du RAC AMO chez les individus ne bénéficiant pas du régime ALD en 2023 (TM à 40 %, bouclier à 460 €)

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)					
Statut après bouclier sanitaire	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Variation totale (M€)	Nombre d'individus (M)
Gagnant	-789	-361	-136	-6	-2711	7,5
Perdant	5	65	32	169	2350	36,3
Égal	0	0	0	0	0	5,9

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les consommants non ALD bénéficieraient en premier d'une réduction de leur RAC AMO lié aux dépenses de médicaments (- 505 M€ de RAC AMO en cumulé) et aux actes des masseurs kinésithérapeutes (- 284 M€). Les RAC AMO augmenteraient toutefois sur les dépenses auprès de spécialistes (+ 495 M€), de généralistes (+ 199 M€) et l'orthodontie (+ 167 M€, cf. tableau 75).

Dans ce scénario, et contrairement aux résultats obtenus lors des autres simulations, les RAC AMO liés aux dépenses hospitalières seraient proches de leur niveau actuel (- 3 %).

Tableau 75 : RAC AMO par poste de dépense pour les personnes non ALD (TM à 40 %, bouclier à 460 €)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	Variation du RAC AMO liée à la réforme (M€)
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	3414	495
Médecin généraliste	1475	199
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	781	171
Orthodontie	1382	167
Dépistages et vaccins (injections)	26	48
Sage-femme	57	42
Autres frais	77	16
Optique	5033	-1
Soins dentaires prothétiques	3842	-18
Prothèses auditives	714	-39
Hôpital	2236	-63
Autres auxiliaires médicaux	311	-67
Transports	144	-80
Laboratoire	942	-97
Infirmier	325	-142
Autres dispositifs médicaux	1077	-201
Kinésithérapeute	1089	-284
Médicaments	2844	-505

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.8.4. Dispersion des RAC AMO après réforme

Le scénario conduirait à une augmentation des écarts interquartile sur la majorité des postes de soin (cf. tableau 76). L'écart se réduirait sur un nombre limité de postes de soin : autres dispositifs médicaux et actes de masseurs kinésithérapeutes.

Tableau 76 : Dépenses et RAC AMO par poste de soin (TM à 40 %, bouclier à 460 €)

Poste	RAC AMO avant réforme (M€)	RAC AMO après réforme (M€)	Ecart interquartile avant réforme (€)	Ecart interquartile après réforme (€)	Ecart interdécile avant réforme (€)	Ecart interdécile après réforme (€)
Optique	6 689	6 671	333	333	667	667
Soins dentaires prothétiques	6 042	4 948	852	856	2 044	2048
Tous spécialistes (hors médecin généraliste)	4 574	4 782	99	121	227	258
Médicaments	4 418	5 754	82	97	190	222
Hôpital	4 418	3 155	383	398	1 024	682
Médecin généraliste	1 737	1 977	33	44	70	85
Autres dispositifs médicaux	1 699	1 864	73	71	173	157
Kinésithérapeute	1 542	1 530	156	103	327	218
Orthodontie	1 452	1 452	729	831	1 176	1315
Prothèses auditives	1 410	1 251	1 280	1416	2 446	2450
Laboratoire	1 324	1 468	35	33	83	73
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	967	909	32	35	73	87
Infirmier	541	794	6	6	30	31
Autres auxiliaires médicaux	352	397	16	17	66	73
Transports	254	457	34	63	97	158
Autres frais	148	160	27	33	216	330
Sage-femme	61	61	13	26	45	83
Dépistages et vaccins (injections)	33	35	2	8	5	14

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.8.5. RAC AMC et primes

Le modèle prévoit une hausse des RAC AMC dans ce scénario : 10,73 Md € après réforme (cf. tableau 77) contre 9,88 Md € avant réforme, soit une augmentation de 8,6 % (la plus importante obtenue parmi les scénarios simulés).

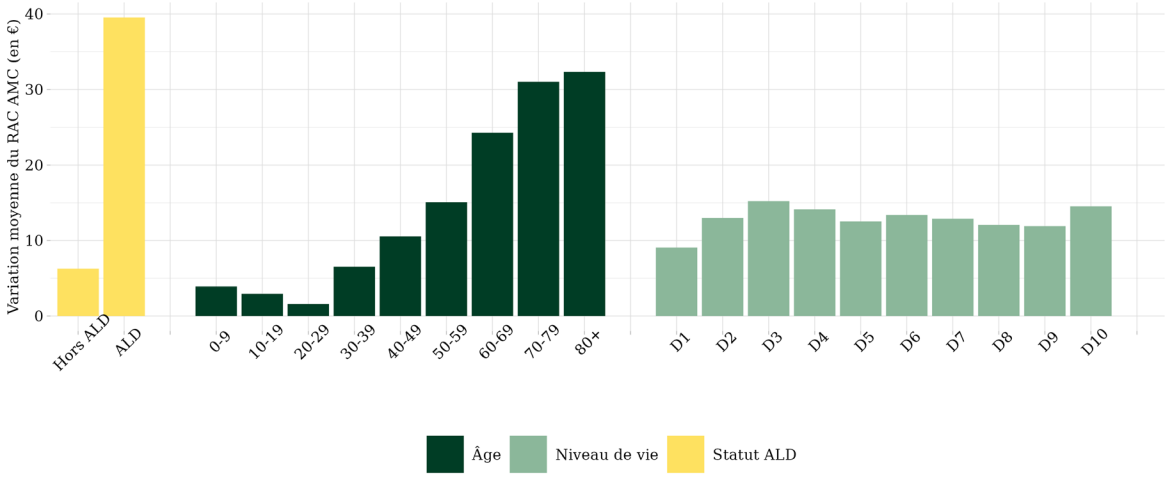
Tableau 77 : RAC AMC pré et post réforme (TM à 40 %, bouclier à 460 €)

Pré réforme			Post réforme		
RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)	RAC AMO (Md €)	Remboursements des OC (Md €)	RAC AMC (Md €)
37,66	27,78	9,88	37,74	27,01	10,73

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Les RAC AMC augmenteraient plus fortement chez les individus les plus âgés, et les hausses les plus marquées concerneraient les plus de 80 ans (les consommants de moins de 30 ans seraient relativement peu touchés par la réforme, cf. graphique 58). Les RAC AMC évolueraient indépendamment du niveau de vie.

Graphique 58 : Variation des RAC AMC après réforme (TM à 40 %, bouclier à 460 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Afin de prendre en compte la baisse de leurs remboursements les OC ajusteraient les primes d'assurances à la baisse : - 0,77 Md € de primes collectées sur l'ensemble de la population. 16,6 millions de ménages seraient négativement impactés par la réforme tandis que 10,5 millions de ménages verraient leurs primes d'assurance diminuer (cf. tableau 78).

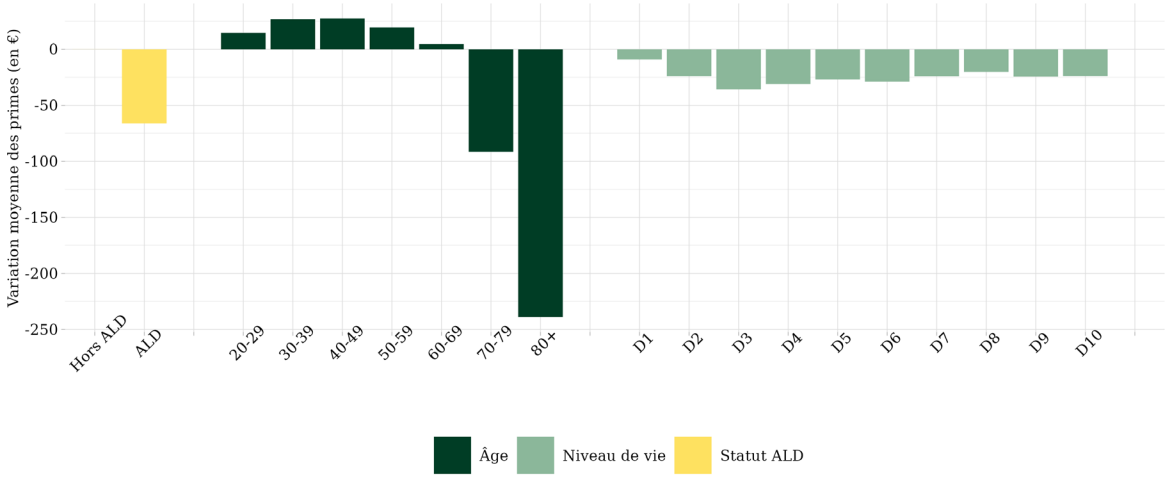
Tableau 78 : Variation des primes d'assurance par ménage (TM à 40 %, bouclier à 460 €)

Variation de la prime	Bénéficiaire ALD au sein du ménage	Montant moyen de la variation (€ par ménage)	Montant médian de la variation (€ par ménage)	Variation totale pour les ménages (M€)
Baisse	Non	-76	-15	-371
Baisse	Oui	-164	-182	-915
Hausse	Non	31	27	372
Hausse	Oui	32	25	146

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La diminution des primes toucherait tous les ménages indépendamment de leur niveau de vie (cf. graphique 59).

Graphique 59 : Variation des primes après réforme (TM à 40 %, bouclier à 460 €)



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Au final, le scénario conduirait à une répartition des dépenses plus portée par les ménages qu'actuellement : 81,8 % pris en charge par l'AMO, 13 % pris en charge par les AMC et 5,2 % à la charge des ménages.

ANNEXE II

Décroisement des paniers de soins

SOMMAIRE

1. PRINCIPE DU DÉCROISEMENT ET CHOIX DE LA MISSION 1

1.1. État des lieux 1

1.2. Choix méthodologique 2

2. LE PREMIER SCÉNARIO SIMULÉ VISE À TRANSFÉRER À L'AMC L'ENSEMBLE DES POSTES DE SOINS SUR LESQUELS ELLE EST DÉJÀ FINANCEUR PRINCIPAL : OPTIQUE, DENTAIRE ET AUDIOPROTHÈSES. 3

3. TRANSFERT DE L'OPTIQUE, DES SOINS DENTAIRES ET DES AUDIOPROTHÈSES SANS TRANSFERT VERS L'AMO (SCÉNARIO 1) 6

3.1. Par âge 8

3.2. Niveau de vie 10

3.3. Par statut ALD 11

4. TRANSFERT DE L'OPTIQUE, DES PROTHÈSES DENTAIRES ET AUDIOPROTHÈSES VERS L'AMC (SCÉNARIO 2) 11

4.1. Par âge 14

4.2. Niveau de vie 16

4.3. Par statut ALD 17

5. TRANSFERT DE L'OPTIQUE, DES AUDIOPROTHÈSES ET DES TRANSPORTS SANITAIRES VERS L'AMC, ET TRANSFERT DES DÉPENSES D'HOSPITALISATION À L'AMO (SCÉNARIO 3) 18

5.1. Par âge 20

5.2. Niveau de vie 22

5.3. Par statut ALD 23

1. Principe du décroisement et choix de la mission

Un scénario de « décroisement » consiste à mettre fin, sur un panier de soins définis, au mécanisme de co-paiement, pour laisser l'un ou l'autre des financeurs prendre en charge en totalité ce panier de soins, l'autre financeur s'en dégageant complètement.

Poussé à l'extrême, ce scénario peut conduire à une suppression des copaiements sur l'ensemble du panier de soins, transformant les assurances santé en assurances « supplémentaires » plutôt que « complémentaires », en situation de co-paiement.

L'objectif principal d'un tel mouvement est de renforcer la capacité de chaque assureur, sur son panier de soins, à mettre en œuvre une véritable gestion du risque, en négociant les prix, en mettant en œuvre des mécanismes de régulation des volumes, en luttant contre la fraude. Il peut également permettre une simplification de l'architecture de remboursement des frais de santé, accompagnée d'une plus grande lisibilité des garanties proposées pour les assurés.

D'autres versions plus modestes pourraient inclure un décroisement complet sur des paniers de soins donnés, par exemple ceux qui sont majoritairement ou largement financés par les OC aujourd'hui, en maintenant un principe de co-paiement pour les autres ; ou encore la prise en charge, au sein de grands postes de soins, uniquement de certains publics ou certaines prestations (à titre d'exemple théorique, uniquement des publics non ALD).

Quelle que soit l'option retenue, un scénario de décroisement pose la question des équilibres « macro » entre les financements AMO et les financements AMC. Deux options peuvent se présenter :

- soit le transfert vers l'AMC est compensé par un transfert en sens contraire, par exemple en diminuant certains tickets modérateurs (par exemple sur le médicament à 65%, sur les paramédicaux, sur l'hôpital) et/ou en abaissant le taux de la TSA ;
- soit ce transfert n'est pas compensé : il s'inscrit alors dans une trajectoire de maîtrise des dépenses et du solde de l'AMO.

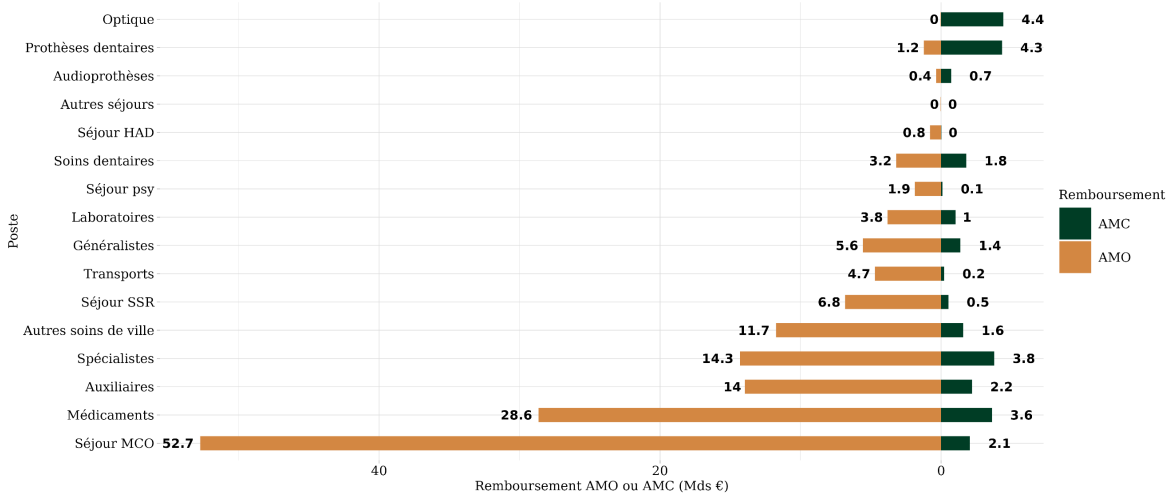
Dans les scénarios simulés infra, les ménages bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) ne sont pas concernés par le décroisement, leurs dépenses de santé sont ainsi toujours prises en charge par l'AMO, dans le cadre d'un panier de soins inchangé.

1.1. État des lieux

Avant de simuler à l'aide du modèle INES-OMAR 2023 les effets d'un décroisement, la mission a dressé un panorama des co-financements actuels entre AMO et AMC. Ces calculs sont réalisés hors champs de la complémentaire santé solidaire (CSS) dans la mesure où les décroisements simulés ne concerneraient pas les bénéficiaires de la CSS[1]. Dans le cadre du modèle INES-OMAR, les dépenses de santé sont agrégées au sein de seize postes de soins (cf. graphique 1).

[1] Pour la très grande majorité desquels il y a déjà aujourd'hui un financeur unique, à savoir l'AMO, pour la partie de base comme pour la partie complémentaire des remboursements.

Graphique 1 : Répartition des dépenses entre AMO et AMC (en Md €, hors CSS)

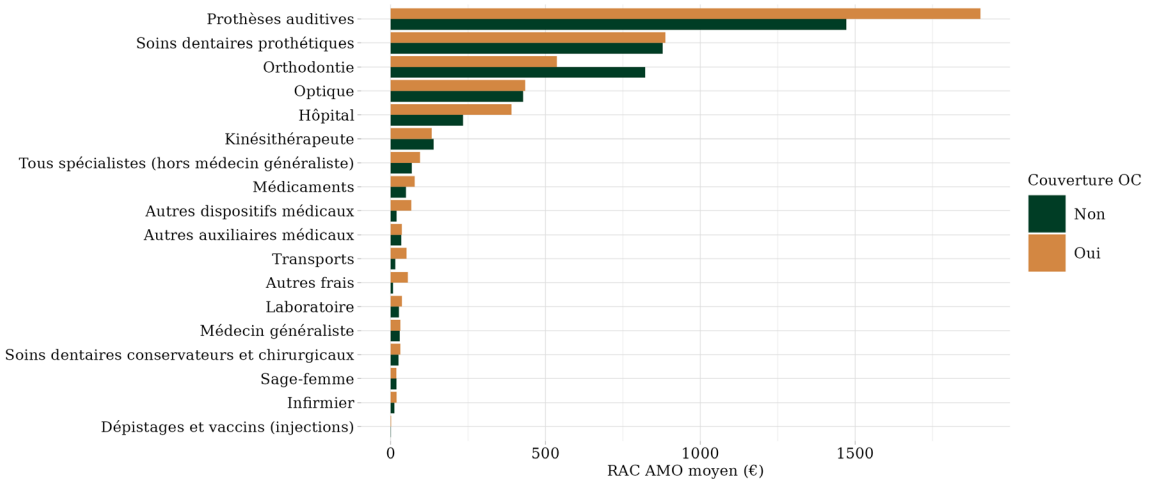


Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Au-delà des chiffrages par postes agrégés, le modèle permet de décroiser plus finement encore les dépenses. À titre d'exemple, il est ainsi possible de distinguer les actes des masseurs-kinésithérapeutes ou les soins infirmiers au sein de la catégorie « Auxiliaires ». La mission s'est appuyée sur ce niveau de détail supplémentaire pour réaliser certaines simulations de décroisement.

Le décroisement des paniers de soins, et en particulier les transferts de l'AMO vers l'AMC peut avoir un impact notable sur la population non affiliée à un organisme complémentaire. Cette population présente des RAC AMO potentiellement élevés sur des postes susceptibles d'être décroisés, tels que les prothèses auditives ou dentaires (cf. graphique 2).

Graphique 2 : RAC AMO moyen en fonction du poste de dépense et de l'affiliation à un organisme complémentaire



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF.

1.2. Choix méthodologique

Pour le calcul des réponses des complémentaires, la méthode utilisée est celle présentée dans l'encadré 1 de l'annexe I.

Par ailleurs, dans le cadre des transferts de l'AMO vers l'AMC, les remboursements au titre de l'AMO, du régime Alsace-Moselle, ainsi que les participations forfaitaires et franchises, sont supprimés et sont transformés en tickets modérateurs. Il convient de noter que la suppression des participations forfaitaires et franchises est susceptible de faire diminuer le reste à charge final, les montants liés pouvant désormais être remboursés par les complémentaires santé. D'autres scénarios seraient possibles, avec des franchises non remboursables par les AMC. Présentation des décroisements simulés

2. Le premier scénario simulé vise à transférer à l'AMC l'ensemble des postes de soins sur lesquels elle est déjà financeur principal : optique, dentaire et audioprothèses.

Ces dépenses représentent 16 Md € dans le modèle INES-OMAR pour l'AMO et l'AMC, dont 4,8 Mds € pris en charge par l'AMO et 11,2 Mds € par l'AMC (cf. tableau 1). Le décroisement reviendrait ainsi à transférer ces 4,8 Mds € vers les OC.

Tableau 1 : Remboursements dans le cadre du scénario 1
(en Mds €, hors remboursements CSS)

	Remboursements AMO	Remboursements AMC	Total
Optique	0	4,4	**4,4**
Prothèses dentaires	1,2	4,3	**5,5**
Audioprothèses	0,4	0,7	**1,1**
Soins dentaires	3,2	1,8	**5**
Total	**4,8**	**11,2**	**16**
Total des transferts	**4,8**	**-**	**-**

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; note : les transferts vers l'AMC sont surlignés en vert

Dans ce scénario, il n'est pas établi de transfert de panier de soins dans l'autre sens (de l'AMC vers l'AMO).

Le second scénario consisterait en un transfert des remboursements liés à l'optique, aux prothèses dentaires et aux audioprothèses à l'AMC. Ces dépenses représentent 11 Md€ dans le modèle INES-OMAR, très majoritairement financés à l'heure actuelle par l'AMC (9,4 Md€). Ce scénario conduirait ainsi à transférer uniquement 1,6 Md€ de dépenses AMO vers l'AMC (cf. tableau 1).

Tableau 2 : Remboursements dans le cadre du scénario 2
(en Md €, hors remboursements CSS)

	Remboursements AMO	Remboursements AMC	Total
Optique	0	4,4	**4,4**
Prothèses dentaires	1,2	4,3	**5,5**
Audioprothèses	0,4	0,7	**1,1**
Total	**1,6**	**9,4**	**11**
Total des transferts	**1,6**	**-**	**-**

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; note : les transferts vers l'AMC sont surlignés en vert

Le troisième scénario comprendrait toujours un transfert de l'optique et des audioprothèses vers l'AMC, et les transports sanitaires des patients (indépendamment de leur statut ALD) seraient également transférés vers l'AMC[2]. Le maintien du partage AMO/ AMC sur le dentaire pourrait se justifier par l'importance des soins préventifs sur ce champ, et des dépenses de soins dentaires qui peuvent être corrélées à certaines pathologies chroniques. Afin de rééquilibrer les charges entre AMO et AMC les dépenses liées aux hospitalisations (MCO, HAD, SSR, PSY) seraient basculées à l'AMO, compte-tenu de la prépondérance de l'AMO sur ces postes.

Le décroisement simulé viserait ainsi à transférer 5,1 Md € vers l'AMC et 2,7 Md € vers l'AMO et aboutirait à la création d'un transfert net vers l'AMO de 2,4 Md €.

Tableau 3 : Remboursements dans le cadre du scénario 3
(en Mds €, hors remboursements CSS)

	Remboursements AMO	Remboursements AMC	Total
Optique	0	4,4	**4,4**
Audioprothèses	0,4	0,7	**1,1**
Transports sanitaires	4,7	0,2	**4,9**
Hospitalisation	62,2	2,7	**64,9**
Total	**67,3**	**8**	**75,3**
Total des transferts	**5,1**	**2,7**	**-**

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; note : les transferts vers l'AMC sont surlignés en vert, les transferts vers l'AMO en orange

Ainsi présenté, chacun de ces scénarios crée un transfert net de l'AMO vers l'AMC. Cependant, il convient de noter, comme évoqué *supra*, que ce transfert peut être contrebalancé par une baisse de la TSA. Cette baisse peut, le cas échéant, être calibrée de manière à ce que le produit de la TSA soit diminué du même niveau que le montant des transferts réalisés à l'AMO.

Le tableau ci-dessous présente la baisse envisageable du taux de TSA correspondant au montant des dépenses transférées.

Tableau 4 : Baisses de TSA envisageables pour équilibrer chaque scénario

Scénario	Montant de dépenses transféré vers l'AMO (en M€)	Nouveau taux TSA	Baisse de TSA (en pts)
Scénario 1	4 800	3%	-10
Scénario 2	1 600	10%	-3
Scénario 3	5 100	2%	-11

Source : Mission. Pour déterminer la baisse du taux de TSA, le montant des dépenses transférées vers l'AMC a été soustrait au produit 2025 de la TSA, soit 6,1 Md€. Un nouveau taux de TSA, appliqué à l'assiette 2025 de la TSA (46 Md€) a ensuite été calculé de manière à pouvoir atteindre ce montant.

Une telle baisse de TSA aurait des impacts très significatifs sur le montant acquitté par les ménages pour leur couverture santé : le tableau ci-dessous illustre, pour l'ensemble de la population, par décile de niveau de vie, par âge et en fonction du statut ALD, l'impact sur le montant des primes acquittées par les ménages d'une baisse du taux de la TSA à due concurrence de la dépense transférée à l'AMC : en moyenne, le montant de la TSA acquittée baisserait de plus de 100 € dans les scénarios 1 et 3, et de plus de 25 € dans le scénario 2.

[2] La mission a également simulé un transfert vers l'AMC des dépenses de transports sanitaire uniquement pour les patients hors dispositif ALD estimées à 500 M €. Ce scénario reviendrait toutefois à créer un déséquilibre en défaveur de l'AMO et n'est ainsi pas détaillé dans cette note.

Tableau 5 : Montant moyen des primes, simulées dans INES-OMAR

		Montant des primes et de la TSA acquittée dans le modèle INES-OMAR, en €		Impact d'une baisse de la TSA sur le montant des primes acquittées par les ménages		
		Hors taxe	**TSA**	**Scénario 1**	**Scénario 2**	**Scénario 3**
Ensemble		**1114**	**135**	**-103**	**-26**	**-111**
Décile de niveau de vie	D1	455	59	-46	-14	-49
	D2	822	104	-81	-24	-86
	D3	1098	137	-106	-30	-113
	D4	1128	138	-106	-28	-113
	D5	1190	145	-111	-29	-119
	D6	1255	152	-117	-29	-125
	D7	1258	151	-115	-28	-124
	D8	1277	151	-115	-26	-123
	D9	1350	160	-122	-28	-131
	D10	1342	158	-120	-27	-129
Age	20-39 ans	843	97	-73	-14	-79
	40-59 ans	1079	126	-95	-20	-103
	60-69 ans	1100	136	-105	-28	-112
	70-79 ans	1375	175	-136	-40	-145
	80 ans ou plus	1498	192	-150	-45	-159
Au moins une personne en ALD dans le ménage	Non	1013	120	-91	-21	-98
	Oui	1280	159	-123	-34	-131

Source : Drees, à partir du modèle INES-OMAR, pour le montant des primes et de la TSA acquittée ; mission, pour le calcul des baisses théoriques des montants de TSA relatives à chaque scénario.

3. Transfert de l'optique, des soins dentaires et des audioprothèses sans transfert vers l'AMO (scénario 1)

Un transfert pur des remboursements liés à l'optique, au dentaire et aux audioprothèses à l'AMC permettrait de réduire les dépenses de l'AMO de 4,8 Mds €. **La bascule de ces remboursements vers l'AMC conduirait les OC à augmenter les montants des primes d'assurances de 4,4 Md€ (cf. tableau 6).**

Cette augmentation des primes se traduirait par une augmentation des recettes de la TSA de l'ordre de 0,58 Mds €. Le reste à charge des ménages après remboursements par les OC augmenterait lui de 0,36 Mds € en raison de l'absence de couverture par un OC, ou en raison d'une couverture par un contrat non responsable, tableau 6).

Tableau 6 : Variation des dépenses, scénario 1

Remboursements AMO (Mds €)	Remboursements AMC (Mds €)	RAC ménages (Mds €)	Primes collectées (Mds €)	Variation TSA (Mds €)
-4,81	+4,44	+0,36	+4,44	+0,58

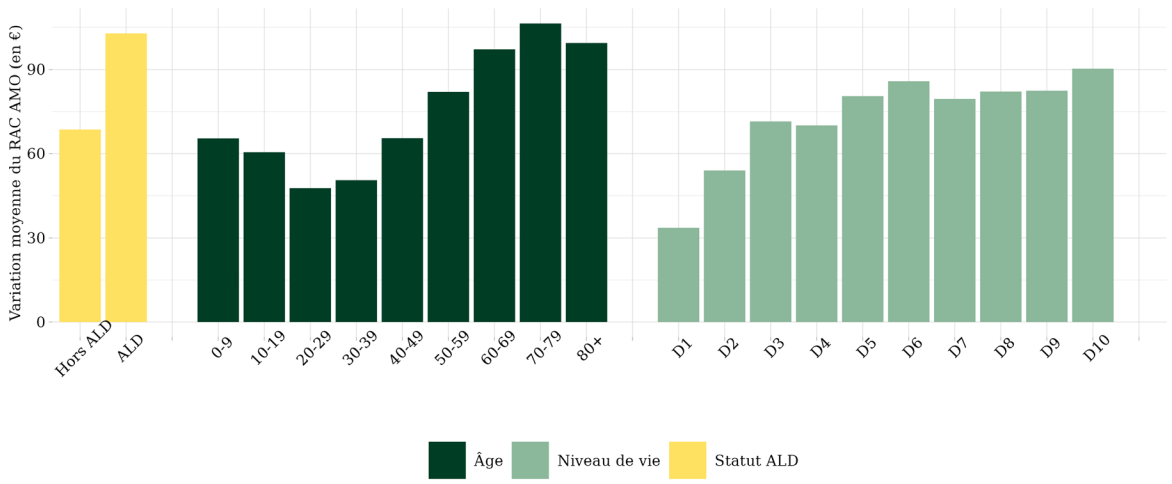
Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Ce scénario réduirait mécaniquement la part de l'AMO dans le financement des dépenses de santé : 79,5 % après réforme pour l'AMO (contre 81,9 % actuellement). Cette part s'élèverait à 15,5 % pour l'AMC (+ 2,1 points par rapport à la situations actuelles) et à 4,9 % pour les ménages (+ 0,1 point).

Il conduirait à une augmentation des RAC AMO et AMC de tous les individus, indifféremment de leur statut ALD, de leur âge ou du niveau de vie de leur ménage. La CSS n'étant pas supprimée, les individus des ménages les moins aisés connaitraient toutefois des hausses de RAC AMO moins importantes que le reste de la population (cf. graphique 3). Une fois pris en compte les remboursements des complémentaires cet effet disparaitrait, les RAC AMC augmentant indifféremment du niveau de vie (cf. graphique 4).

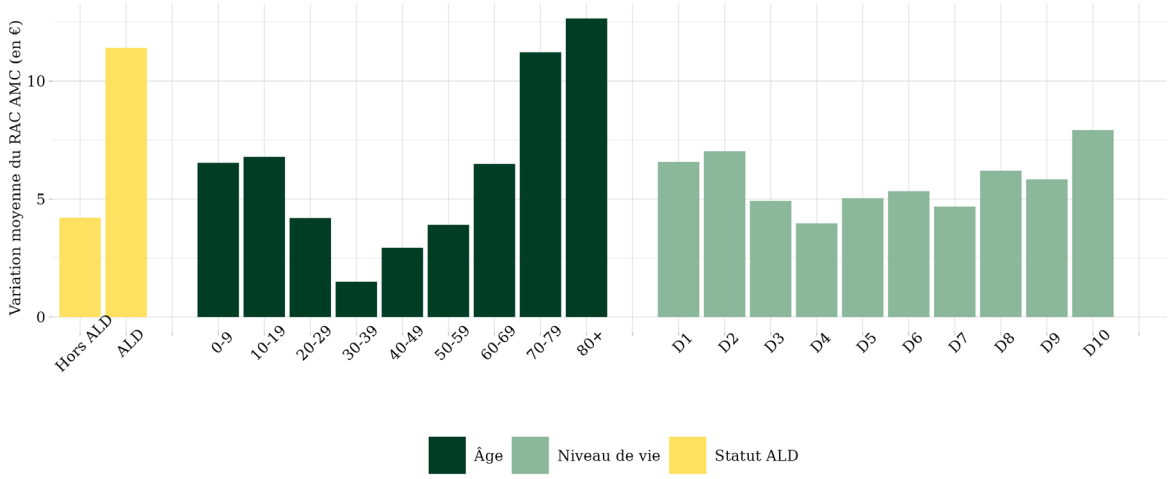
Annexe II

Graphique 3 : Variation des RAC AMO, scénario 1



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

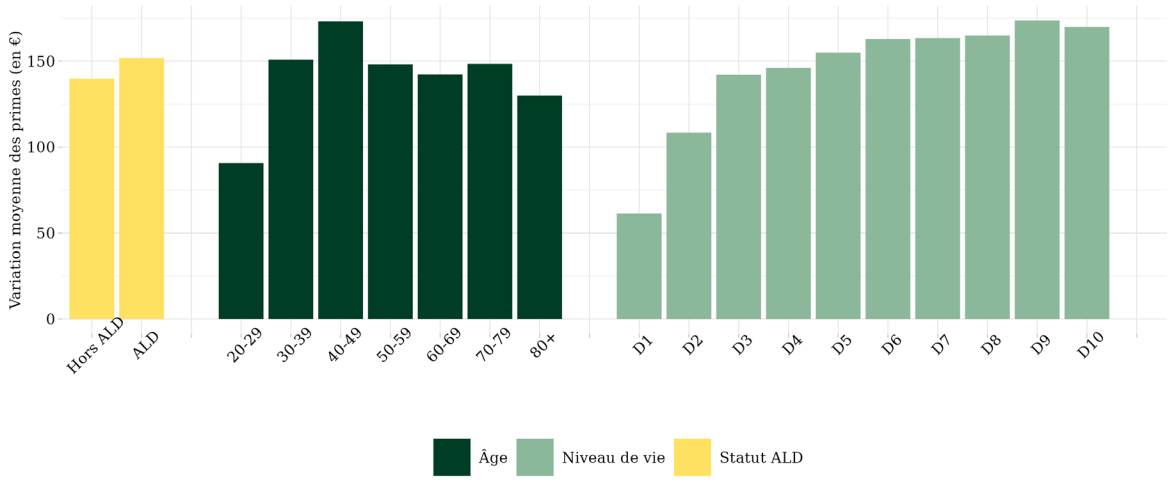
Graphique 4 : Variation des RAC AMC, scénario 1



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF.

Si ces augmentations des RAC AMC apparaissent comme modérées, elles ne seraient toutefois pas neutres pour les individus compte tenu de la hausse des primes collectées par les OC (cf. graphique 5), *a fortiori* compte tenu niveau de vie moyen du premier et du deuxième dixième (respectivement 9 930 et 15 300 €).

Graphique 5 : Variation des primes, scénario 1



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

3.1. Par âge

Toutes les tranches d'âges seraient ainsi affectées par la réforme, avec des hausses moyennes de RAC AMO par individu allant de 48 à 106 € (cf. tableau 7).

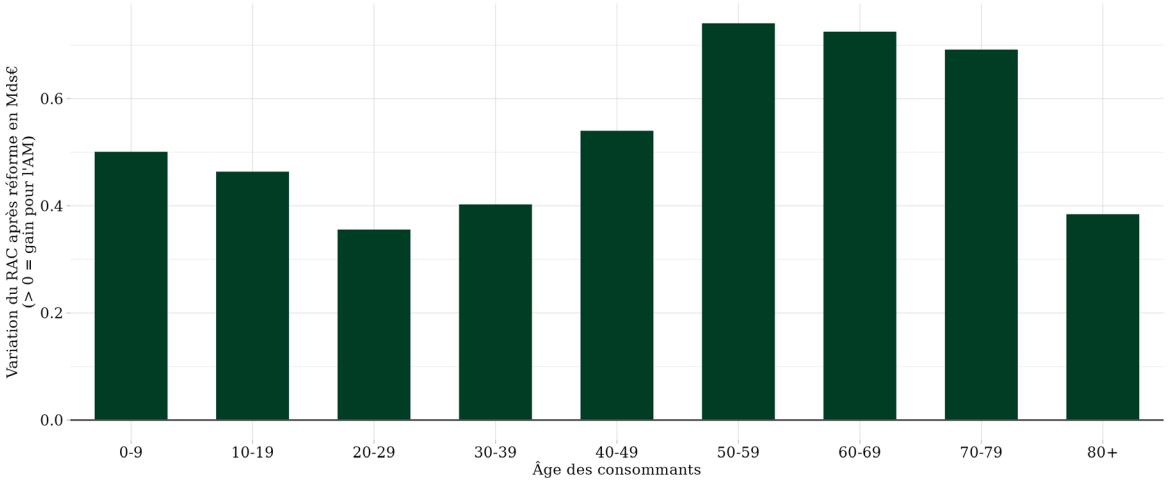
Tableau 7 : Variation des RAC AMO après réforme par âge, scénario 1

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Tranche d'âge	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
0-9	0	65	0	242
10-19	0	61	0	222
20-29	0	48	0	157
30-39	0	51	0	156
40-49	0	66	0	193
50-59	0	82	0	250
60-69	0	97	16	274
70-79	0	106	19	338
80+	0	99	0	350

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Compte tenu de la structure de la population les individus de 50 à 59 ans seraient ceux qui, de manière agrégée, verraient leurs RAC AMO le plus augmenter après réforme (cf. graphique 6).

Graphique 6 : Répartition des gains et pertes par tranche d'âge, scénario 1



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Cette augmentation des RAC AMO serait compensée par une hausse des remboursements des OC qui permettrait de limiter l'augmentation des RAC AMC[3] (cf. tableau 8)

Tableau 8 : Variation des RAC AMC après réforme par âge, scénario 1

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Tranche d'âge	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
0-9	0	6	0	0
10-19	0	7	0	0
20-29	0	4	0	0
30-39	0	1	0	0
40-49	0	3	0	0
50-59	0	4	0	1
60-69	0	6	0	1
70-79	0	11	0	1
80+	0	13	0	1

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La hausse des primes toucherait près de 27 millions de ménages (aucun ménage ne connaitrait de diminution des primes d'assurance, cf. tableau 9)[4]. Pour ces 27 millions de ménages les hausses seraient, en moyenne, comprises entre 109 et 202 € par an.

Tableau 9 : Variation des primes collectées par ménage, scénario 1

	Variation des primes après réforme (en € par ménage)			
Tranche d'âge de la personne la plus âgée du ménage	Perte moyenne	Nombre de ménages perdants (M)	Gain moyen	Nombre de ménages gagnants (M)
20-29	109	2,30	-	-
30-39	178	3,74	-	-
40-49	202	4,27	-	-
50-59	169	4,99	-	-
60-69	159	4,49	-	-
70-79	161	4,23	-	-

[3] 3 % de la population n'étant pas couverte par une complémentaire le reste à charge final serait égal au RAC AMO pour cette population.

[4] 3,7 millions de ménages ne seraient pas affectés par la réforme

Tranche d'âge de la personne la plus âgée du ménage	Variation des primes après réforme (en € par ménage)			
	Perte moyenne	Nombre de ménages perdants (M)	Gain moyen	Nombre de ménages gagnants (M)
80+	140	3,02	-	-

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; note : les tranches d'âge 0-9 et 10-19 ne sont pas représentées dans la mesure où trop peu de ménages appartiennent à ces catégories.

3.2. Niveau de vie

La réforme toucherait tous les individus indépendamment du niveau de vie de leur ménage, se traduisant par une augmentation des RAC AMO pour l'ensemble de la population.

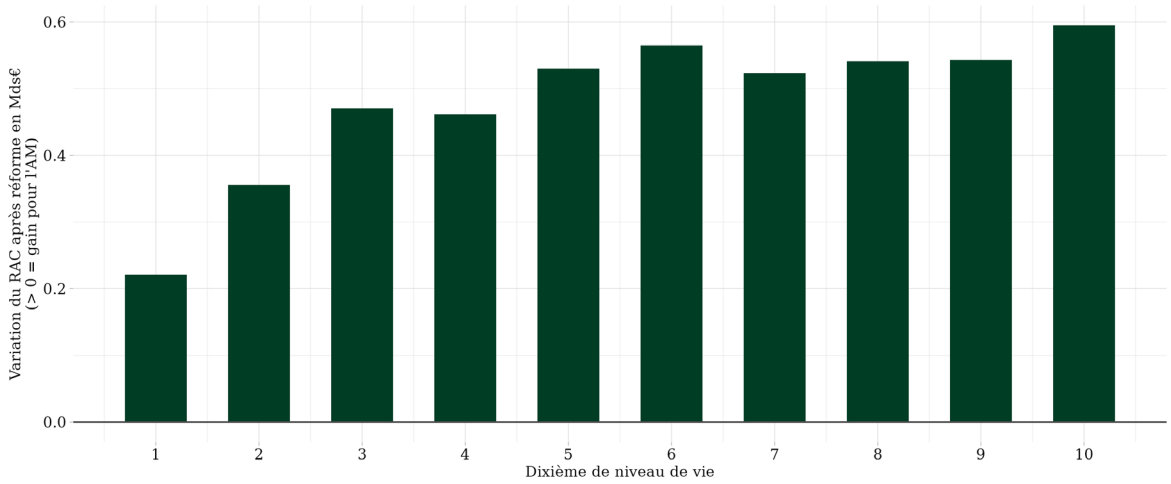
Le maintien du dispositif CSS permettrait toutefois de contenir cette hausse des RAC AMO pour les individus les moins favorisés : hausse moyenne de 34 à 54 € pour les deux premiers dixièmes de niveau de vie contre des hausses comprises entre 70 et 90 € pour les autres dixièmes (cf. tableau 10 et graphique 7).

Tableau 10 : Variation du RAC AMO après réforme par niveau de vie, scénario 1

Dixième du niveau de vie	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
1	0	34	0	81
2	0	54	0	164
3	0	71	0	229
4	0	70	0	232
5	0	81	0	252
6	0	86	16	256
7	0	79	16	255
8	0	82	20	252
9	0	82	16	249
10	0	90	30	264

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Graphique 7 : Répartition des gains et pertes en fonction du niveau de vie, scénario 1



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La hausse des primes associée à l'augmentation des RAC AMO toucherait plus de 27 millions de ménages (aucun ménage ne verrait sa prime d'assurance diminuer). Pour ces ménages perdants les hausses iraient, en moyenne, de 132 à 175 € par an par ménage (cf. tableau 11).

Tableau 11 : Variation des primes collectées par ménage en fonction du niveau de vie, scénario 1

	Variation des primes après réforme (en € par ménage)			
Dixième de niveau de vie	Perte moyenne	Nombre de ménages perdants (M)	Gain moyen	Nombre de ménages gagnants (M)
1	132	1,4	-	-
2	156	2,2	-	-
3	159	2,8	-	-
4	156	3,0	-	-
5	163	3,0	-	-
6	167	3,0	-	-
7	169	2,9	-	-
8	170	2,9	-	-
9	175	2,9	-	-
10	175	2,9	-	-

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Si les pertes peuvent apparaitre plus modestes pour les ménages les moins aisés il convient de rapporter ces montants aux niveaux de vie moyens de chaque tranche.

Ainsi, pour le premier décile une augmentation des primes collectées de 132 € représente près de 1,3 % du niveau de vie du ménage (9 930 € de niveau de vie moyen) tandis que dans le dernier dixième une augmentation de 175 € représente 0,02 % du niveau de vie moyen (72 560 €).

3.3. Par statut ALD

La hausse moyenne des RAC AMO pourla population des non-ALD serait de 69 € contre 103 € pour les consommants ALD (cf. tableau 12). Les RAC AMC des consommants non-ALD augmenteraient en moyenne de 4 € (contre 8 € pour les ALD). Les économies pour l'AMO se décomposeraient ainsi entre 3,4 Mds € pour les non ALD et 1,4 Md € pour les bénéficiaires du régime ALD.

Tableau 12 : Variation des RAC AM0 par statut ALD, scénario 1

	Variation du RAC AMO (en € par consommant)					
Statut ALD	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Gain AMO (M€)	Nombre d'individus (M)
Non ALD	0	69	0	222	3 416	49,8 M
ALD	0	103	0	314	1 390	13,5 M

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ;

4. Transfert de l'optique, des prothèses dentaires et audioprothèses vers l'AMC (scénario 2)

La bascule de ces remboursements vers l'AMC conduirait les OC à augmenter les montants des primes d'assurances de 1,4 Mds € (cf. tableau 6).

Cette augmentation des primes se traduirait par une augmentation des recettes de la TSA de l'ordre de 0,19 Md €. Le reste à charge des ménages après remboursements par les OC augmenterait lui de 0,21 Md € (cf. tableau 6).

Tableau 13 : Variation des dépenses, scénario 2

Remboursements AMO (Mds €)	Remboursements AMC (Mds €)	RAC ménages (Mds €)	Primes collectées (Mds €)	Variation TSA (Mds €)
-1,62	+1,41	+0,21	+1,41	+0,19

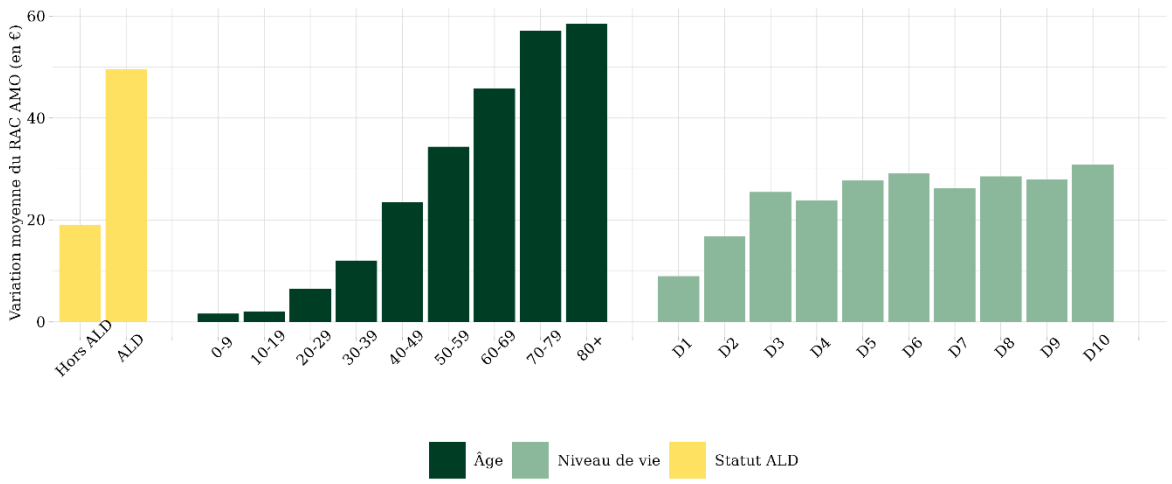
Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Ce scénario réduirait la part de l'AMO dans le financement des dépenses de santé : 81,1 % après réforme pour l'AMO (contre 81,9 % actuellement). Cette part s'élèverait à 14,1 % pour l'AMC (+ 0,7 point par rapport à la situations actuelles) et à 4,9 % pour les ménages (+ 0,1 point).

Il conduirait à une augmentation des RAC AMO et AMC de tous les individus, indifféremment de leur statut ALD, de leur âge ou du niveau de vie de leur ménage (cf. graphique 3). Les individus les plus jeunes connaitraient les hausses de RAC AMO les moins fortes.

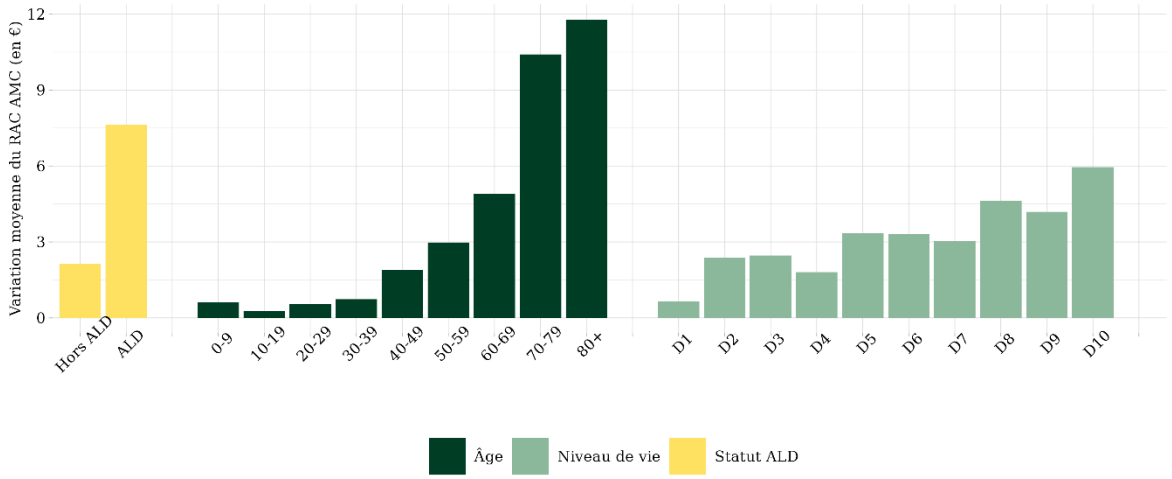
Un constat similaire peut être dressé concernant les RAC AMC, qui augmenteraient principalement pour les individus les plus âgés (avec une rupture nette à partir de 70 ans, cf. graphique 4).

Graphique 8 : Variation des RAC AMO, scénario 2



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

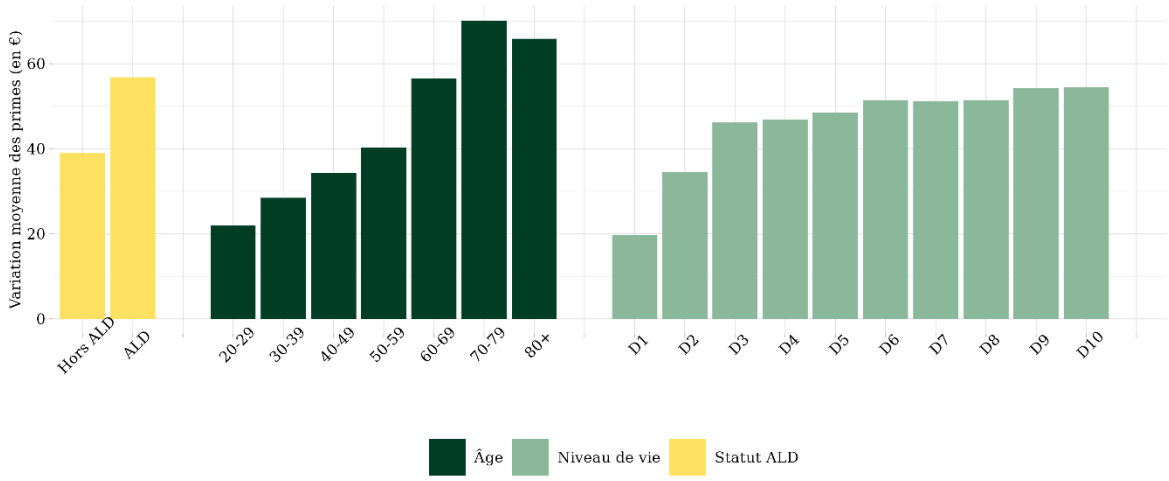
Graphique 9 : Variation des RAC AMC, scénario 2



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Ces augmentations modérées des RAC AMC seraient liées à une hausse des primes collectées par les OC. Tous les individus verraient leur prime d'assurance augmenter indépendamment de leur âge ou du niveau de vie de leur ménage (cf. graphique 5).

Graphique 10 : Variation des primes, scénario 2



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

4.1. Par âge

Toutes les tranches d'âges seraient ainsi impactées par la réforme, avec des hausses moyennes de RAC AMO par individu allant de 2 à 59 € (cf. tableau 7). Ces hausses seraient croissantes avec l'âge des individus.

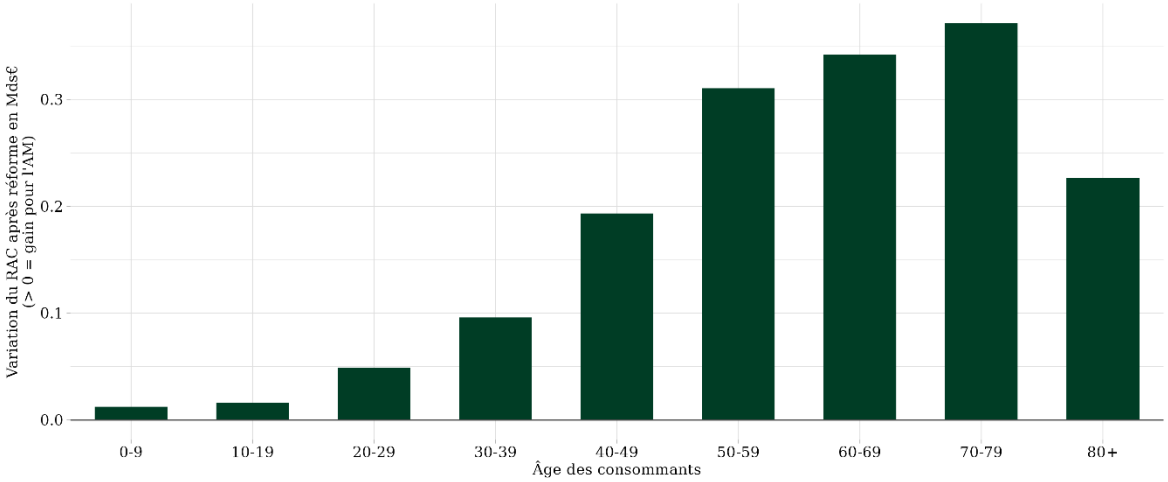
Tableau 14 : Variation des RAC AMO après réforme par âge, scénario 2

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Tranche d'âge	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
0-9	0	2	0	0
10-19	0	2	0	0
20-29	0	7	0	0
30-39	0	12	0	0
40-49	0	23	0	60
50-59	0	34	0	91
60-69	0	46	0	150
70-79	0	57	0	173
80+	0	59	0	211

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Compte tenu de la structure de la population les individus de 60 à 79 ans seraient ceux qui, de manière agrégée, verraient leurs RAC AMO le plus augmenter après réforme (cf. graphique 6).

Graphique 11 : Répartition des gains et pertes par tranche d'âge, scénario 2



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Cette augmentation des RAC AMO serait compensée par une hausse des remboursements des OC qui permettrait de limiter l'augmentation des RAC AMC (entre + 0 et 12 € en moyenne, cf. tableau 8)

Tableau 15 : Variation des RAC AMC après réforme par âge, scénario 2

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Tranche d'âge	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
0-9	0	1	0	0
10-19	0	0	0	0
20-29	0	1	0	0
30-39	0	1	0	0
40-49	0	2	0	0
50-59	0	3	0	0
60-69	0	5	0	0
70-79	0	10	0	0
80+	0	12	0	1

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La hausse des primes toucherait près de 27 millions de ménages (aucun ménage ne connaitrait de diminution des primes d'assurance, cf. tableau 9)[5]. Pour ces 27 millions de ménages les hausses seraient, en moyenne, comprises entre 27 et 76 € par an.

[5] 3,7 millions de ménages ne seraient pas affectés par la réforme

Tableau 16 : Variation des primes collectées par ménage, scénario 2

	Variation des primes après réforme (en € par ménage)			
Tranche d'âge de la personne la plus âgée du ménage	Perte moyenne	Nombre de ménages perdants (M)	Gain moyen	Nombre de ménages gagnants (M)
20-29	27	2,28	-	-
30-39	34	3,72	-	-
40-49	40	4,27	-	-
50-59	46	4,99	-	-
60-69	63	4,49	-	-
70-79	76	4,23	-	-
80+	71	3,02	-	-

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; note : les tranches d'âge 0-9 et 10-19 ne sont pas représentées dans la mesure où trop peu de ménages appartiennent à ces catégories.

4.2. Niveau de vie

La réforme toucherait tous les individus indépendamment du niveau de vie de leur ménage, se traduisant par une augmentation des RAC AMO pour l'ensemble de la population.

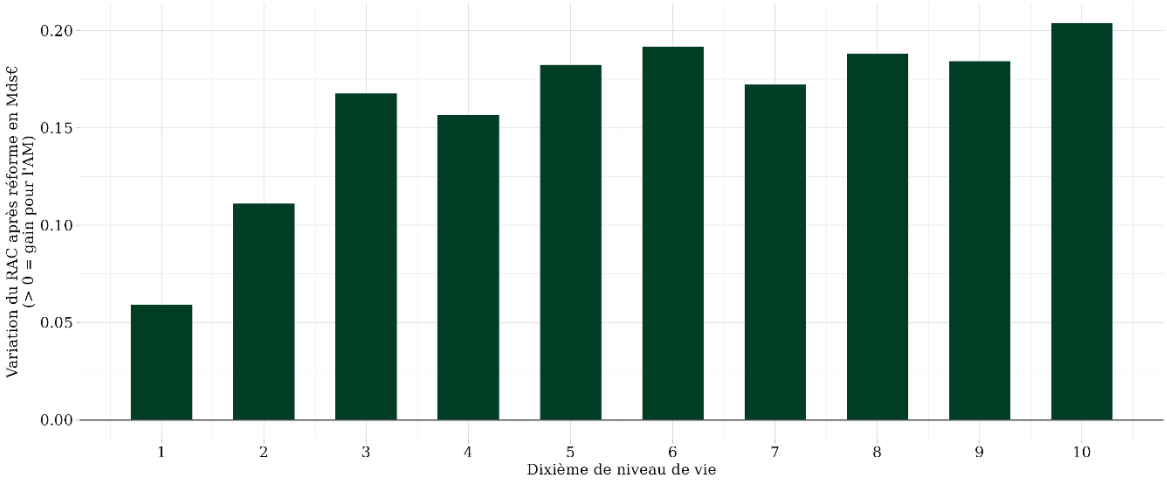
Le maintien du dispositif CSS permettrait toutefois de contenir cette hausse des RAC AMO pour les individus les moins favorisés : hausse moyenne de 9 à 17 € pour les deux premiers dixièmes de niveau de vie contre des hausses comprises entre 24 et 31 € pour les autres dixièmes (cf. tableau 10 et graphique 7).

Tableau 17 : Variation du RAC AMO après réforme par niveau de vie, scénario 2

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
1	0	9	0	0
2	0	17	0	0
3	0	25	0	24
4	0	24	0	34
5	0	28	0	39
6	0	29	0	70
7	0	26	0	70
8	0	29	0	66
9	0	28	0	75
10	0	31	0	75

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Graphique 12 : Répartition des gains et pertes en fonction du niveau de vie, scénario 2



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La hausse des primes associée à l'augmentation des RAC AMO toucherait 27 millions de ménages (aucun ménage ne verrait sa prime d'assurance diminuer). Pour ces ménages perdants les hausses iraient, en moyenne, de 43 à 56 € par an par ménage (cf. tableau 11).

Tableau 18 : Variation des primes collectées par ménage en fonction du niveau de vie, scénario 2

	Variation des primes après réforme (en € par ménage)			
Dixième de niveau de vie	Perte moyenne	Nombre de ménages perdants (M)	Gain moyen	Nombre de ménages gagnants (M)
1	43	1,44	-	-
2	50	2,19	-	-
3	52	2,83	-	-
4	50	3,03	-	-
5	51	2,98	-	-
6	53	2,95	-	-
7	53	2,92	-	-
8	53	2,92	-	-
9	55	2,89	-	-
10	56	2,90	-	-

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

4.3. Par statut ALD

La hausse moyenne des RAC AMO pour la population hors ALD serait de 19 € contre 50 € pour les consommants ALD (cf. tableau 12). Les RAC AMC des consommants non-ALD augmenteraient en moyenne de 2 € (contre 8 € pour les ALD). Les économies pour l'AMO se décomposeraient ainsi entre 0,95 Md € pour les non ALD et 0,67 Md € pour les bénéficiaires du régime ALD.

Tableau 19 : Variation des RAC AM0 par statut ALD, scénario 2

	Variation du RAC AMO (en € par consommant)					
Statut ALD	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Gain AMO (M€)	Nombre d'individus (M)
Non ALD	0	19	0	14	947	49,8 M
ALD	0	50	0	151	669	13,5 M

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ;

5. Transfert de l'optique, des audioprothèses et des transports sanitaires vers l'AMC, et transfert des dépenses d'hospitalisation à l'AMO (scénario 3)

Un transfert des remboursements liés à l'optique, aux audioprothèses et aux transports sanitaires à l'AMC en contrepartie d'une prise en charge par l'AMO des dépenses d'hospitalisations permettrait de réduire les dépenses de l'AMO de 2,4 Mds €. **La bascule de ces remboursements vers l'AMC conduirait les OC à augmenter les montants des primes d'assurances de 2,3 Mds €.**

Cette augmentation des primes se traduirait par une augmentation des recettes de la TSA de l'ordre de 0,30 Mds €. Le reste à charge des ménages après remboursements par les OC augmenterait lui de 0,13 Mds € (cf. tableau 20).

Tableau 20 : Variation des dépenses, scénario 3

Remboursements AMO (Mds €)	Remboursements AMC (Mds €)	RAC ménages (Mds €)	Primes collectées (Mds €)	Variation TSA (Mds €)
-2,40	2,27	0,13	2,26	0,30

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

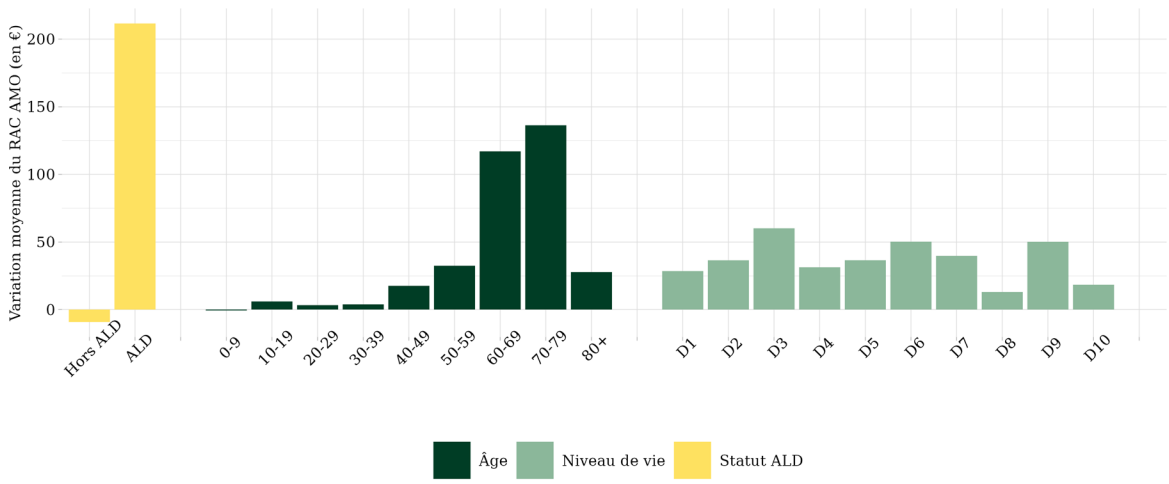
Ce scénario réduirait mécaniquement la part de l'AMO dans le financement des dépenses de santé : 80,7 % après réforme pour l'AMO (contre 81,9 % actuellement). Cette part s'élèverait à 14,5 % pour l'AMC (+ 1,1 point par rapport à la situations actuelles) et à 4,8 % pour les ménages (inchangé).

Il conduirait à une augmentation des RAC AMO au-delà de 40 ans, qui toucherait tous les individus indépendamment du niveau de vie de leur ménage, cf. graphique 13. Les RAC AMC des individus les plus âgés augmenteraient, tandis que ceux de la tranche 20-29 ans diminueraient (cf. graphique 14). L'impact par niveau de vie serait indifférencié entre les dixièmes, à l'exception notable d'une baisse des RAC AMC chez les individus les moins aisés (1er dixième).

Le transfert vers l'AMC des transports sanitairesaffecterait cependant plus fortement la population ALD, aussi bien en termes de RAC AMO que de RAC AMC, dans la mesure où la majorité des consommants sur ce poste de soins sont exonérés au titre d'une ALD.

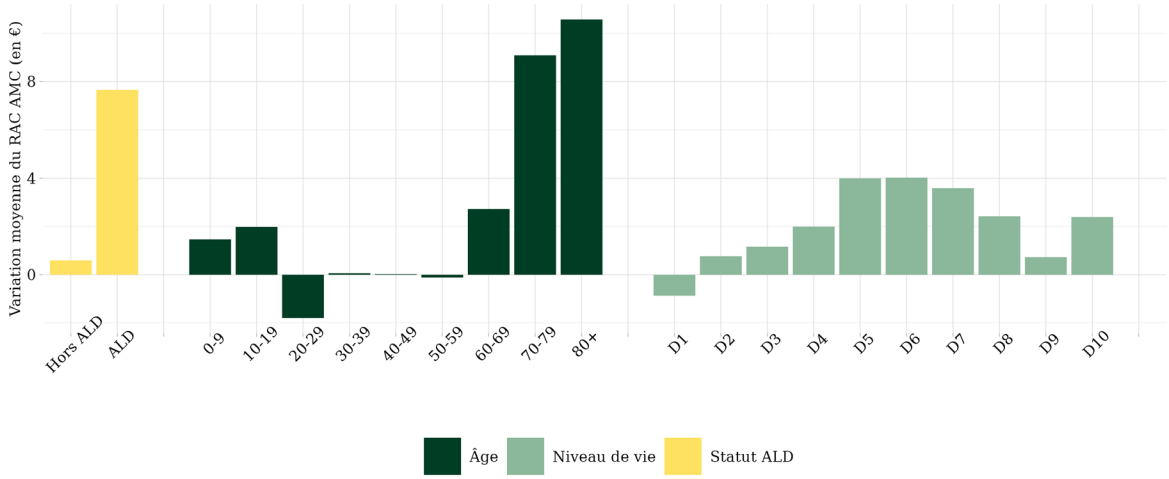
Annexe II

Graphique 13 : Variation des RAC AMO, scénario 3



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

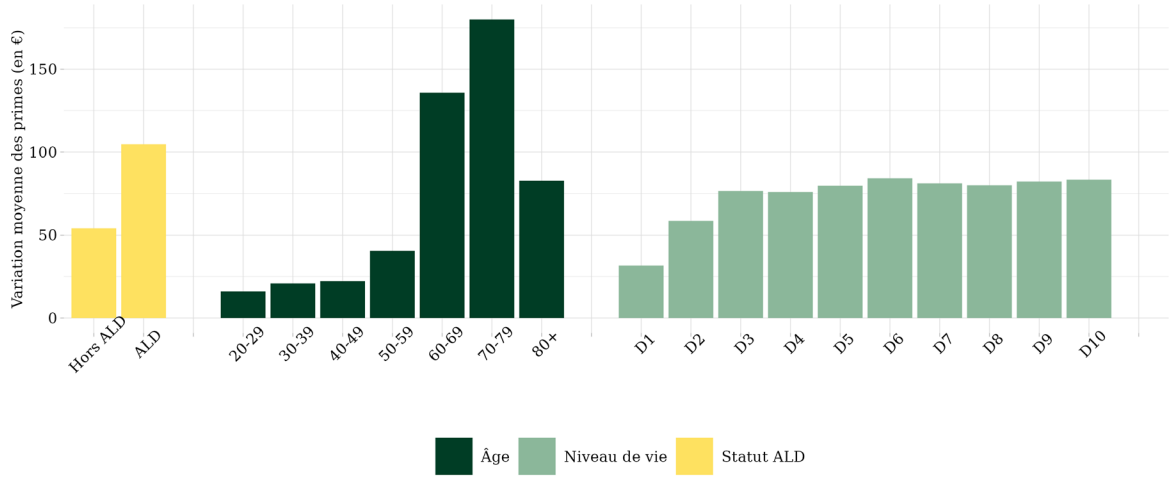
Graphique 14 : Variation des RAC AMC, scénario 3



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Graphique 15 : Variation des primes, scénario 3

Répa



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

5.1. Par âge

Toutes les tranches d'âges seraient affectées par la réforme, avec des hausses moyennes de RAC AMO par individu allant de - 1 à 136 € (cf. tableau 21).

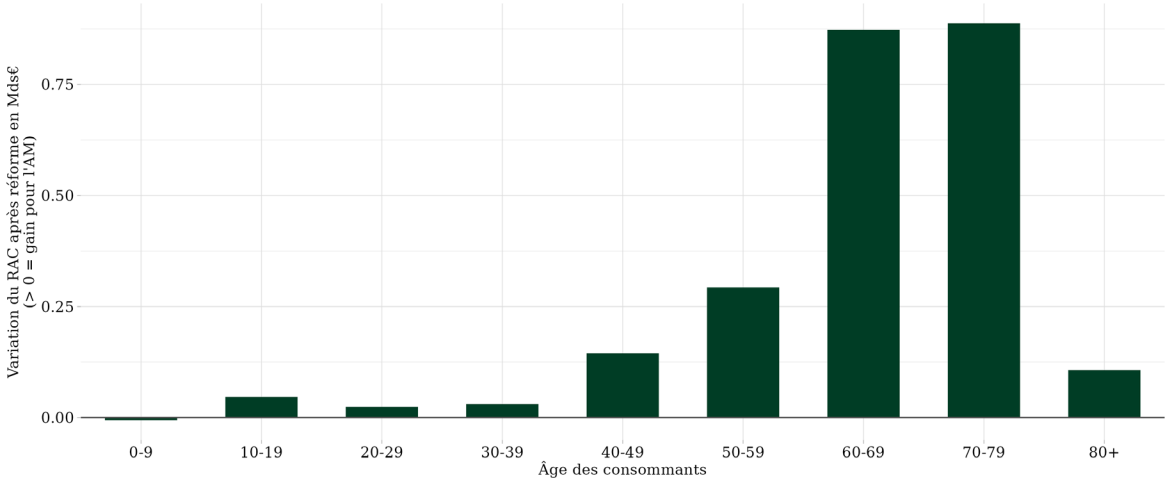
Tableau 21 : Variation des RAC AMO après réforme par âge, scénario 3

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Tranche d'âge	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
0-9	0	-1	0	0
10-19	0	6	0	0
20-29	0	3	0	0
30-39	0	4	0	0
40-49	0	18	0	0
50-59	-24	32	0	0
60-69	-24	117	0	38
70-79	-24	136	0	316
80+	-191	28	0	480

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Compte tenu de la structure de consommation de soins de la population, les individus de 60 à 79 ans représenteraient la population à l'origine de la majorité des économies pour l'AMO (cf. graphique 16).

Graphique 16 : Répartition des gains et pertes par tranche d'âge, scénario 3



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Cette augmentation des RAC AMO serait compensée par une hausse des remboursements des OC qui permettrait de limiter l'augmentation des RAC AMC (cf. tableau 22).

Tableau 22 : Variation des RAC AMC après réforme par âge, scénario 3

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Tranche d'âge	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
0-9	0	1	0	0
10-19	0	2	0	0
20-29	0	-2	0	0
30-39	0	0	0	0
40-49	0	0	0	0
50-59	0	0	0	0
60-69	0	3	0	0
70-79	-4	9	0	0
80+	-6	11	0	1

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

La hausse des primes toucherait plus de 25 millions de ménages (contre 1,6 million de ménages gagnants qui verraient leur prime d'assurance diminuer, cf. tableau 23). Pour ces 25 millions de ménages les hausses seraient, en moyenne, comprises entre 22 et 196 € par an.

Tableau 23 : Variation des primes collectées par ménage, scénario 3

	Variation des primes après réforme (en € par ménage)			
Tranche d'âge	Perte moyenne	Nombre de ménages perdants (M)	Gain moyen	Nombre de ménages gagnants (M)
20-29	22	1,53	-8	0,2
30-39	31	2,57	-17	0,5
40-49	34	3,04	-23	0,6
50-59	51	3,24	-21	0,3
60-69	152	2,88	n.d	n.d
70-79	196	2,94	n.d	n.d
80+	89	2,05	n.d	n.d

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ; note : les tranches d'âge 0-9 et 10-19 ne sont pas représentées dans la mesure où trop peu de ménages appartiennent à ces catégories.

5.2. Niveau de vie

Ce scénario ne permettrait pas de limiter la hausse des RAC AMO pour les ménages des premiers dixièmes (cf. tableau 24) dans la mesure où une part plus importante des consommants ALD se situent en leur sein[6] : le décroisement des transports sanitaires viendrait ainsi modifier la situation des ménages à faible niveau de vie en faisant augmenter leur RAC AMO (contrairement au scénario 1 où l'on observait un écart entre les ménages deux premiers dixièmes et le reste des ménages).

Ce décroisement ne génèrerait cependant pas de variations trop extrêmes des RAC AMO contrairement à ce qui avait été simulé dans le cadre du premier scénario (cf. colonne « 9e décile » du tableau 10).

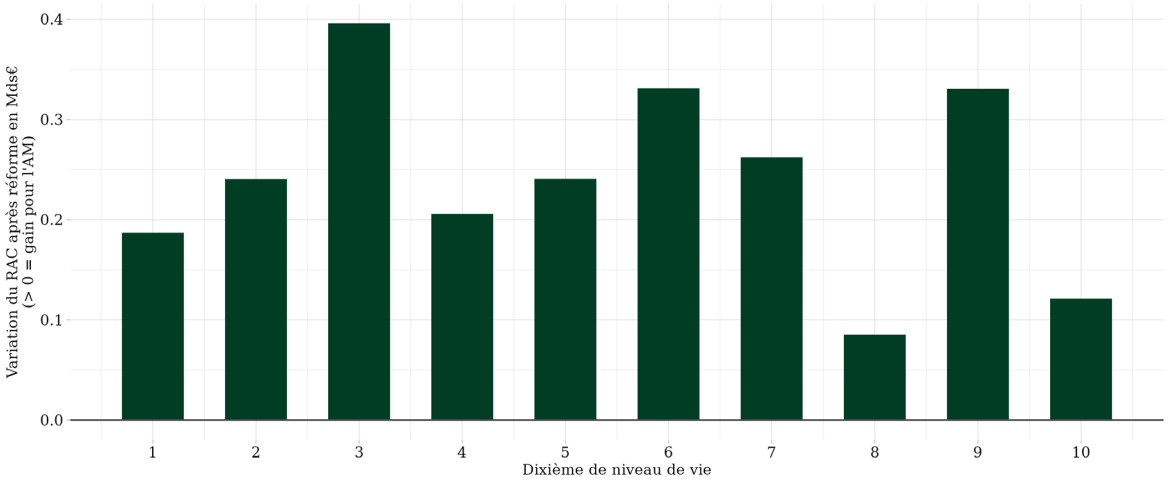
Tableau 24 : Variation du RAC AMO après réforme par niveau de vie, scénario 3

	Variation du reste à charge après réforme (en € par consommant)			
Dixième du niveau de vie	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile
1	0	28	0	0
2	0	37	0	0
3	0	60	0	19
4	0	31	0	0
5	-24	37	0	0
6	-24	50	0	0
7	-11	40	0	0
8	-24	13	0	0
9	-24	50	0	0
10	-20	18	0	0

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

A l'échelle macroéconomique tous les individus verraient leurs RAC AMO augmenter indépendamment du niveau de vie de leur ménage (cf. graphique 17).

Graphique 17 : Répartition des gains et pertes en fonction du niveau de vie, scénario 3



Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

[6] Le rapport IGF-IGAS « Revue de dépense relative aux affections de longue durée » indique ainsi que : *le taux d'individus en ALD standardisé par âge décroît avec le niveau de vie : il est de 20 % jusqu'au 2ème décile puis décroît de manière régulière jusqu'à atteindre environ 10 % pour le dernier centile, ce qui illustre la plus forte représentation des assurés en ALD au sein des tranches de niveau de vie les plus faibles*

La hausse des primes associée à l'augmentation des RAC AMO toucherait plus de 25 millions de ménages (contre 3 millions de ménages gagnants). Pour ces ménages perdants les hausses iraient, en moyenne, de 76 à 95 € par an (cf. tableau 25).

Tableau 25 : Variation des primes collectées par ménage en fonction du niveau de vie, scénario 3

	Variation des primes après réforme (en € par ménage)			
Dixième de niveau de vie	Perte moyenne	Nombre de ménages perdants (M)	Gain moyen	Nombre de ménages gagnants (M)
1	76	1,3	-14	0,1
2	90	2,1	-21	0,1
3	92	2,7	-19	0,2
4	86	2,9	-18	0,2
5	91	2,8	-19	0,2
6	95	2,7	-18	0,2
7	91	2,7	-17	0,2
8	88	2,8	-18	0,2
9	90	2,7	-19	0,2
10	92	2,8	-24	0,2

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF

Si les pertes peuvent apparaitre plus modestes pour les ménages les moins aisés il convient de rapporter ces montants aux niveaux de vie moyens de chaque tranche de niveau de vie.

5.3. Par statut ALD

Le transfert des transports sanitaires vers l'AMC aurait un impact important sur la population bénéficiaire du régime ALD. Ainsi, la variation moyenne des RAC AMO pour cette population serait de 211 € contre - 9 € pour les consommants non-ALD (cf. tableau 26).

Tableau 26 : Variation des RAC AM0 par statut ALD, scénario 3

	Variation du RAC AMO (en € par consommant)					
Statut ALD	1er décile	Moyenne	Médiane	9e décile	Gain AMO (M€)	Nombre d'individus (M)
Non ALD	0	-9	0	0	- 456	49,8 M
ALD	-54	211	0	480	2 857	13,5 M

Source : INES-OMAR 2023 (DREES) ; calculs : pôle Science des données de l'IGF ;

Au total les dépenses de l'AMO augmenteraient de 0,45 Md€ pour la population non-ALD et diminueraient de 2,9 Md€ pour la population ALD.

Lettre de mission

GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

Les Ministres

Paris, le 15 MAI 2026

Ref : D-26-010617

La ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées

Le ministre de l'Action et des Comptes Publics

A

Madame Catherine Sueur
Cheffe du service de l'Inspection générale des finances

Monsieur Thomas Audigé
Chef du service de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Chiffrages de scénarios de réforme de l'articulation entre assurance-maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire

PJ : Lettre de mission adressée à Mme Elisabeth Hubert et MM. Stéphane Junique, Nicolas Bouzou et Franck Von Lennep en date du 21 janvier 2026

Annexe : scénarios de réforme à chiffrer

Le système français de financement des dépenses de santé se caractérise par une articulation spécifique entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les assurances maladie complémentaires (AMC), conduisant au financement d'un même soin par ces deux acteurs.

Cette organisation, associée à une quasi-généralisation de la couverture complémentaire et à une homogénéisation croissante des niveaux de couverture, permet à notre pays de disposer de l'un des restes à charge en santé les plus faibles parmi les pays développés.

Cependant, la sédimentation des dispositifs organisant les interventions respectives de l'AMO et de l'AMC (contrat responsable, fiscalité des contrats et traitement social et fiscal des contrats collectifs, complémentaire santé solidaire) crée aujourd'hui une complexité et des coûts qui pèsent sur les acteurs, qu'il s'agisse des employeurs, des assurés, des professionnels de santé ou des établissements de santé. De plus, une fraction de la population demeure non couverte par un contrat complémentaire. Enfin, l'obligation de souscription à une complémentaire pour les salariés et les fonctionnaires contribue à des phénomènes de segmentation croissante et de démutualisation entre contrats collectifs et contrats individuels.

Dans le même temps, la situation des finances sociales et en particulier la soutenabilité des dépenses de soins s'est nettement dégradée. La structure du financement de cette dépense se déforme au détriment de l'AMO depuis plus de dix ans : la part de l'AMO dans la consommation de soins et de biens médicaux est passée de 76 % en 2011 à 79 % en 2024.

Aussi, il apparaît nécessaire d'étudier des scénarios d'amélioration de l'articulation entre AMO et AMC, dans un objectif de lisibilité par les assurés, d'amélioration de l'accès aux soins et de contribution à la soutenabilité de la dépense. Dans ce contexte, la mission procédera au chiffrage des trois scénarios de réforme présentés dans la fiche annexée à la présente lettre. Elle pourra, en tant que de besoin, proposer et étudier des scénarios complémentaires.

Pour ses travaux, la mission pourra s'appuyer sur la Cnam, la Drees, la DSS, la DGOS, la direction générale du trésor et la direction du budget.

Vous remettrez vos travaux d'ici au 30 juin 2026. Votre mission s'articulera avec la mission relative à l'articulation entre AMO et AMC confiée à Stéphane Junique, Franck Von Lennep, Elisabeth Hubert et Nicolas Bouzou par lettre de mission en date du 26 janvier 2021, qui pourra s'appuyer sur vos travaux pour ses analyses et recommandations.

Stéphanie RIST **David AMIEL**

Annexe : descriptif des scénarios de chiffrage

La mission pourrait s'appuyer sur deux sources de données produites par la Drees :

- la base de données « reste à charge » (RAC), produite à partir des données provenant du système national des données de santé (SNDS). Ces données exhaustives renseignent sur les dépenses d'AMO à la maille du poste de soin par consommant ;
- le modèle de micro-simulation Ines-Omar 2023, qui simule les prestations pour 20 000 bénéficiaires à partir du SNDS et d'enquêtes complémentaires, et permet d'appréhender à la fois les dépenses d'AMO et d'AMC. Ce modèle offre une description fine des patients (intégration du revenu), tout en étant moins précis sur les situations rares que la base RAC.

1. Scénario « architecture actuelle »

La mission procédera au chiffrage de la suppression des avantages fiscaux et sociaux des contrats collectifs et d'une baisse corrélative de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) sur l'ensemble des contrats responsables.

Elle évaluera l'impact de ce scénario sur le niveau des primes des contrats et des cotisations sociales et de la fiscalité pour les bénéficiaires des contrats, en moyenne et par décile de revenu.

2. Scénario de décroisement des paniers de soins

Sur la base d'un tableau récapitulatif des dépenses annuelles de l'AMO et de l'AMC par poste de dépense le plus fin possible, la mission définira des scénarios de décroisements, ciblant les postes de dépense de santé pouvant faire l'objet d'une baisse ou d'une suppression de prise en charge par l'AMO.

Ces scénarios pourront être soit de décroisement complet (aucune double prise en charge par l'AMO et l'AMC), soit de décroisement partiel avec maintien d'un ticket modérateur réduit sur le périmètre où demeurerait une double prise en charge.

Les scénarios pourront intégrer les dépenses d'indemnités journalières.

Pour chacun de ces scénarios, sera étudié l'impact sur les dépenses de l'AMO, ainsi que sur le reste à charge après AMO des ménages par classe d'âge et, si possible, par déciles de revenus.

Au-delà de l'approche statique des chiffrages, une évaluation dans une approche dynamique sera également réalisée, sur la base des évolutions tendancielles des paniers AMO et AMC.

3. Scénarios de plafonnement du reste à charge

La mission chiffrera également différents scénarios de plafonnement du RAC AMO sur l'ensemble du champ des dépenses ou sur le champ ville uniquement (hors prestations non remboursées par l'AMO, hors dépassements d'honoraires). La mission chiffrera également différents scénarios de plafonnement du RAC, à dépense constante pour l'AMO ou avec un quantum d'économies prédéfini.

Dans **un premier scénario**, elle utilisera les hypothèses suivantes :

- une suppression de la prise en charge à 100 % des affections de longue durée (ALD) ;
- un maintien des tickets modérateurs (TM) et des participations actuels ;
- un maintien du 100 % pour les bénéficiaires de la C2S et des autres principaux motifs de 100 % (AT/MP...) ;
- un plafond du RAC calculé avec deux sous-hypothèses alternatives :
  - un plafond unique en euros ;
  - un plafond en fonction du revenu.
- pour chaque scénario, sera étudié un sous-scénario de montant de plafond moindre pour les affections de longue durée (par exemple, la moitié du plafond des non ALD) et un plafond moindre pour les patients atteignant le plafond plusieurs années successivement.

Dans un **second scénario**, les TM, participations et franchises actuels seront remplacés par un TM unique. Il conviendrait dès lors de chiffrer les couples {montant du TM ; montant du plafond} permettant de maintenir les dépenses AMO à leur niveau actuel.

Pour chacun de ces deux scénarios, sera étudié l'impact sur le RAC par classe d'âge, ainsi que l'impact sur les dépenses et le RAC des patients ALD et non ALD.

Pour chacun de ces deux scénarios, il conviendra de réaliser des hypothèses en matière de couverture complémentaire sur le périmètre des dépenses bénéficiant du plafonnement et de tester leur sensibilité.