



# Analyse des scénarios d'évolution de l'Assurance Santé en France

Commission Santé - Prévoyance

DECEMBRE 2021



Le sujet de l'assurance santé et de son équilibre est un sujet actuariel. L'institut des actuaires n'a cependant pas été sollicité en amont des propositions du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et le regrette, étant un interlocuteur généralement consulté dans le cadre des évolutions réglementaires de l'assurance. L'Institut a donc souhaité s'exprimer de manière objective, sans prise de position, sur les conséquences des évolutions proposées.

## Le principe de mutualisation

L'assurance est née d'une solidarité mutuelle et d'un besoin de protection présents dès l'Antiquité. A partir du XIII<sup>ème</sup> siècle, celle-ci commence à s'organiser et à être légiférée. Concernant l'Assurance Maladie, la création de la Sécurité Sociale en 1945 avec la création de la Caisse Nationale Maladie des Travailleurs salariés en 1967 est un véritable tournant créant le système général que nous connaissons actuellement. L'assurance santé devient une assurance qui couvre tout ou partie du coût des dépenses que doit payer un assuré, pour les divers soins médicaux qui lui sont nécessaires. Ce système est porté par deux grands acteurs de l'assurance santé : la sécurité sociale et les organismes complémentaires dont les mutuelles furent les premières contributrices.

L'assurance Santé est basée sur le principe de mutualisation qui consiste à regrouper des personnes étant soumis aux mêmes risques de sinistres afin de répartir le coût de la réalisation d'un sinistre, et/ou de mettre en place de la solidarité entre des individus d'un même groupe.

Afin de réguler les dépenses de santé, en 2004, le gouvernement a mis en place les "contrats responsables et solidaires", qui consistent à encadrer les dépenses de santé via la création de planchers et de plafonds de remboursement des complémentaires santé notamment sur les dépassements d'honoraires et l'optique. L'entrée en vigueur de ces contrats vise également à mettre en place des minimas de couverture sur les soins essentiels, notamment hospitaliers dans certains contrats bas de gamme. Après une nouvelle réforme, entrée en vigueur au 1er janvier 2016, ces contrats responsables et solidaires encadrent encore plus les dépenses de santé. Une nouvelle réforme appelée "100% Santé" visant à améliorer la couverture des français en limitant le renoncement aux soins dû au coût financier est entrée en vigueur au 1er janvier 2021. Ces réformes ont principalement impacté les organismes complémentaires car elles ont notamment engendré la revue de l'intégralité des produits et contrats, ainsi que des systèmes de gestion.

En complément de la couverture encadrée définie par les pouvoirs publics via les différentes réformes, les organismes complémentaires proposent de couvrir certains soins considérés comme innovants mais non couverts à date par la Sécurité Sociale, tels que l'implantologie, les consultations de psychologues ou d'ostéopathes. Par ailleurs, les organismes complémentaires ayant pour but de couvrir au mieux les assurés et de prévenir la dégradation de l'état de santé, proposent des services afin d'accompagner leurs assurés notamment avec le soutien psychologique mis en place lors de la crise sanitaire, et de faire de la prévention, par exemple avec « Betterise<sup>1</sup> », « Mes attitudes Santé<sup>2</sup> », « Branchez-vous Santé<sup>3</sup> », etc. Les coûts annexes des organismes complémentaires leur sont souvent reprochés notamment au profit d'un système avec un seul et unique organe. En effet, les organismes complémentaires ont des coûts d'acquisition ou distribution (comprenant les frais marketing - pubs), et des coûts supplémentaires liés aux contraintes réglementaires (Solvabilité 2, loi Evin, etc.) que la sécurité sociale n'a pas. Néanmoins, il a été prouvé par le passé qu'à plus long terme la concurrence engendre une baisse des prix (par exemple les télécoms et les transports), contraire au principe de monopole.

---

<sup>1</sup> « Betterise » accompagne au quotidien les adhérents sur un grand nombre de thématiques santé : activités physiques, alimentation, mal de dos, stress, sommeil, tabac...

<sup>2</sup> « Mes attitudes Santé » : programme en ligne d'éducation et de sensibilisation conçu avec des professionnels de santé. À l'aide d'un questionnaire, d'une fiche repère et d'un outil pédagogique, les adhérents font le point sur leurs comportements et bénéficient de conseils pratiques pour prendre leur santé en main.

<sup>3</sup> « Branchez-vous Santé » : programme de prévention destiné aux entreprises et aux salariés de branches professionnelles pour développer une culture de prévention.



Par ailleurs, la couverture santé proposée par les organismes complémentaires est un point important du dialogue social. Les entreprises participent significativement au financement de cette couverture et dans ce cadre, elles s'attachent également à trouver la couverture la plus adaptée. En effet, la population salariée de chaque entreprise est différente (jeune ou avec des familles). Le choix de la couverture santé est donc très variable d'une entreprise à une autre selon les besoins des collaborateurs. La diversité des offres des complémentaires santé existantes permet de répondre au plus près des besoins et de proposer des services de prévention pour améliorer la santé à long terme des salariés et de leur famille.

Le fonctionnement du système actuel est perfectible et demande à être amélioré, notamment sur les aspects suivants :

- intervention de la Sécurité Sociale sur certains actes pris en charge aujourd'hui intégralement par les complémentaires santé mais dont l'utilité est avérée tels que l'ostéopathie, l'implantologie, les podologues etc. ;
- poursuite des propositions de services de prévention afin de limiter au mieux la médecine curative à plus long terme ;
- en poursuivant la responsabilisation des assurés au regard de leur santé ;
- formation continue des médecins notamment sur l'avancement de la recherche / diagnostics et des techniques afin d'éviter le risque d'une médecine à 2 vitesses".

## Présentation de 4 scénarios

Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) propose 4 scénarios de revue du système de Santé français, notamment de l'articulation entre la partie obligatoire (AMO) et la partie complémentaire (AMC) telle que nous la connaissons.

Le premier scénario vise une amélioration du système actuel en conservant l'architecture entre la sécurité sociale et les complémentaires santé, dans un objectif de simplification et d'amélioration de la couverture des plus démunis notamment les salariés les plus précaires et les retraités. Les principales améliorations envisagées portent sur :

- la simplification des règles de remboursement ;
- la forfaitisation de la dépense hospitalière ;
- la transformation de l'obligation de maintien de la couverture pour les retraités en une obligation d'offre d'assurance avantageuse ;
- l'élargissement de l'application de la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) et la réduction des exclusions à la couverture collective ;
- encourager la souscription d'une couverture complémentaire Santé pour les micro-entrepreneurs et les exploitants agricoles.

Cette proposition a l'intérêt de capitaliser sur l'existant notamment sur un système permettant de combiner :

- la simplification de certaines règles de remboursement particulièrement sur la pharmacie et l'hospitalisation, dont la complexité actuelle est coûteuse ;
- la responsabilisation des assurés via le maintien du principe du reste à charge ;
- les innovations en matière de soins et la prévention via les offres de soins des complémentaires ;
- la poursuite d'une concurrence saine sur la part complémentaire garante de prix compétitifs ;
- l'amélioration de la couverture des plus démunis.

Néanmoins, les propositions d'amélioration ayant vocation également de simplification du système (notamment avec la proposition de réduction de la diversité des taux de remboursement en pharmacie) posent des questions quant à la capacité et les coûts de mise en œuvre.



Le deuxième scénario, dit scénario de “Grande Sécu” s’oriente vers l’extension du champ de la Sécurité Sociale avec la généralisation des fonctionnements actuels des ALD à l’ensemble des assurés. Ce scénario prévoit la disparition du Ticket Modérateur, la prise en charge des forfaits hospitaliers et des paniers dits 100% Santé par la Sécurité Sociale en intégralité, les paniers libres et les dépassements restant à la charge des complémentaires.

Ce scénario permettrait la simplification administrative pour les professionnels de santé et les assurés, en effet la charge de gestion peut-être importante au regard de la complexité et des différents acteurs. Un coût pour les assurés serait a priori identique quelle que soit la situation financière, l’âge, la situation familiale, via un prélèvement obligatoire.

L’extension du champ de la Sécurité Sociale risque d’engendrer la standardisation de la couverture santé et ainsi, limiter les offres de soins qui ne répondront plus aux besoins spécifiques de chacun, évoluant avec le temps, la situation personnelle, la zone géographique et le secteur d’activité.

De plus, la prise en charge à 100%, soit la disparition du Ticket Modérateur entraînerait une limitation du renoncement aux soins, mais, à plus grande échelle, la déresponsabilisation des assurés face au réel coût de la Santé engendrant une « sur-sollicitation » des soins au regard du besoin réel (en effet, d’après une étude de la DRESS, il n’y a que 9% des dépenses de santé qui restent à la charge des assurés aujourd’hui, le taux le plus faible de toute l’Europe, au regard de l’Italie, l’Espagne ou l’Allemagne respectivement à 24%, 22% et 13%). Par ailleurs, pour ceux dont les moyens économiques sont trop modestes, sans engendrer une surconsommation de l’intégralité de la population, un mécanisme de gratuité pourrait être mis en place.

L’un des risques de ce scénario est l’accentuation de l’écart entre les professionnels de santé n’appliquant pas de dépassement et les professionnels en appliquant, avec pour corollaire une dégradation de la prise en charge des assurés dépourvus de complémentaires santé, à plus long terme.

Sur la partie financière, ce scénario engendrerait un manque à gagner pour le gouvernement d’environ 2 Md€ provenant de la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) appliquée aux contrats Santé, et portée en partie par les entreprises sur la Santé Collective, à compenser par ailleurs et ainsi accroître le déficit et la dette du régime général déjà de 38,6 Milliard au 31 décembre 2020.

Une autre question se pose dans ce scénario, la Sécurité Sociale reprenant les travaux des OCAM, est-il prévu qu’elle reprenne également les personnes en charge de ces travaux ? La réponse à cette question a de nombreuses répercussions qui restent à étudier (économique, social, etc.). De plus, a priori, les économies ne seraient pas proportionnelles au volume du transfert et l’estimation est basée sur des hypothèses incertaines ex-ante.

Fin novembre, le Ministre de la Santé, dans un premier temps favorable au projet, a finalement annoncé son abandon, prenant acte des débats au sein du HCAAM d’une opposition croissante d’une partie de l’opinion publique.

Le troisième scénario porte sur la généralisation de l’assurance santé complémentaire universelle sur la base d’un panier de soins prédéfini où l’assureur interviendrait plutôt comme “opérateur [...] dans le cadre d’une mission qui leur serait confiée par l’Etat.” Ce scénario pose question sur la disparition du rôle d’assureur et donc du principe de mutualisation. Les assureurs deviendraient des apporteurs de “services” au lieu de gestionnaires du risque.

La standardisation de la couverture santé vise à l’équité quelle que soit la situation de l’adhérent et faciliterait la compréhension des niveaux de prise en charge pour les assurés et les professionnels de santé. Néanmoins, tout le monde a-t-il le même besoin de couverture ? Un jeune actif a-t-il le même besoin qu’un père de famille ou qu’un retraité, un ouvrier du bâtiment qu’un employé de banque ? En effet, ce système aurait pour désavantage de ne plus permettre de couvrir au mieux des besoins selon une situation à un instant donné, en plus de la disparition des services de préventions et actes de soins innovants proposés aujourd’hui par les complémentaires de santé. Les services de prévention pourraient être repris par l’Assurance Maladie Obligatoire, néanmoins, ils risquent de perdre en ciblage et en personnalisation et donc en efficacité à long terme.

Par ailleurs, la détermination de la cotisation n’est pas encore fixée : soit une tarification libre, soit une tarification sur le principe de mutualisation totale qui ne dépendrait pas de l’âge, soit une tarification libre encadrant l’écart entre la cotisation la plus faible et la plus élevée. Les deux dernières propositions visent à proposer une couverture moins onéreuse aux retraités, dont l’écart de risque serait pris en charge par la population active. Il est envisagé de mettre en place un mécanisme de péréquation qui vise à verser une compensation aux OCAM dont les assurés représenteraient un risque supérieur, basé sur des critères tels que l’âge, le genre, la situation familiale, le recours aux soins passés. La mise en œuvre de ce mécanisme semble complexe et le respect à tout moment du principe de mutualisation et donc d’équité vis-à-vis des OCAM semble difficile à réaliser. La rapport précise également le risque que la cotisation soit requalifiée en prélèvement obligatoire engendrant une augmentation du taux de prélèvement obligatoire de l’ordre de 1,5% PIB.



Sur le volet de la protection sociale, la couverture santé est un vrai levier social au sein des entreprises aujourd'hui et l'équilibre est généralement vu au global avec la couverture prévoyance. La remise en cause de ce fonctionnement risque de déséquilibrer les régimes des grandes entreprises et ainsi de les désengager sur ces sujets sociaux.

Le quatrième scénario propose de passer d'une complémentaire santé intervenant comme son nom l'indique en complément de la Sécurité Sociale, à une assurance supplémentaire prenant en charge un panier de soins différent de celui de la Sécurité Sociale. Ce scénario vise le décroisement entre les domaines d'intervention de la Sécurité Sociale et de l'assurance complémentaire, tout en reprenant l'idée principale du 100% Santé, à savoir la limitation du renoncement aux soins.

La suppression des copaiements engendrerait la création d'un panier public et d'un panier privé comprenant l'optique, les soins et prothèses dentaires, les audioprothèses, les médicaments à service rendu faible ou modéré, et les dépassements d'honoraires. Et une responsabilisation des assurés sur le panier privé serait de ce fait créée avec la prise en charge au premier euro de certains actes.

La répartition du reste à charge serait modifiée en conséquence : baisse sur la part hospitalisation et hausse sur le dentaire, l'audio et les médicaments selon le scénario retenu.

Ce scénario vise à clarifier le rôle de chaque acteur, simplifier les remboursements, limiter les renoncements aux soins, et faciliter les futures évolutions organisationnelles et tarifaires en les rendant indépendantes des deux acteurs.

Les enjeux de ce scénario seraient :

- la mise en place de nouveaux modes de communication entre l'assurance obligatoire et l'assurance privée afin de conserver la vision transverse du risque ; En effet, le risque de fraude ne risque-t-il pas d'augmenter sur les actes totalement pris en charge par les OCAM, si la Sécurité Sociale ne sert plus de point d'entrée unique facilitant les contrôles ?
- la refonte de la relation entre les réseaux et les praticiens.

Au vu de ces propositions, la FFA a également souhaité partager sa proposition de revue du système français actuel qui repose sur le maintien de l'imbrication existante entre AMO et AMC en modifiant les points suivants :

- Alléger le cadre réglementaire du contrat responsable afin de permettre aux OCAM d'investir davantage dans l'innovation et l'accompagnement (ne pas forcer la prise en charge du Ticket Modérateur sur tous les actes)
- Développer le champ des partenariats avec les professionnels de santé pour créer de nouvelles formes de prise en charge et d'accompagnement ;
- Redéfinir les axes de prises en charge intégrale par les OCAM et la SS ;
- Renforcer le partenariat État-OCAM dans les missions de prévention ;
- Élargir l'accès à une assurance santé essentielle à des publics susceptibles de renoncer aux soins en raison de revenus particulièrement limités, en adaptant la fiscalité.

L'allègement des contraintes du contrat responsable permettrait aux OCAM de mieux adapter les offres aux besoins des assurés, de poursuivre la responsabilisation en ne prenant en charge le ticket modérateur que sur certains actes, d'investir davantage sur la prévention et l'accompagnement. Dans ce cadre, cette suppression du Ticket modérateur devrait être encadrée afin de s'assurer de la prise en charge des actes essentiels, et de la couverture des populations les plus risquées.

Le développement de partenariats avec les professionnels de santé semble essentiel à ce jour, pour permettre une meilleure couverture et un accompagnement médical.

Néanmoins, le problème de la couverture des retraités reste entier. Une réflexion pour améliorer la couverture à un prix adapté pour cette population serait à mener.

A l'exception du scénario 1, les propositions du HCAAM présentent un bouleversement du système de couverture santé français et du fonctionnement AMO/AMC qui serait couteux à mettre en œuvre à court terme. L'ensemble des propositions faites, y compris celles de la FFA, visent :

- l'amélioration de la couverture et des prestations via un accroissement des actions en faveur de la prévention et l'innovation médicale et servicielle,
- la baisse du renoncement aux soins notamment des plus fragiles,
- la simplification du fonctionnement actuel notamment en terme administratif et de prise en charge,
- et une meilleure coordination avec le secteur médical.
- Mais aucune proposition ne répond de manière unanime et parfaite à l'ensemble des enjeux cités.