



# YCE partners.

Rapport du HCAAM du 14 janvier 2022  
sur l'articulation entre assurance maladie  
obligatoire et complémentaire :

**notre lecture critique**

pour le BlabLAB de Newsassurancepro

20  
JANVIER

**BlabLAB**  
À DISTANCE - DE 9H00 À 10H00

REC

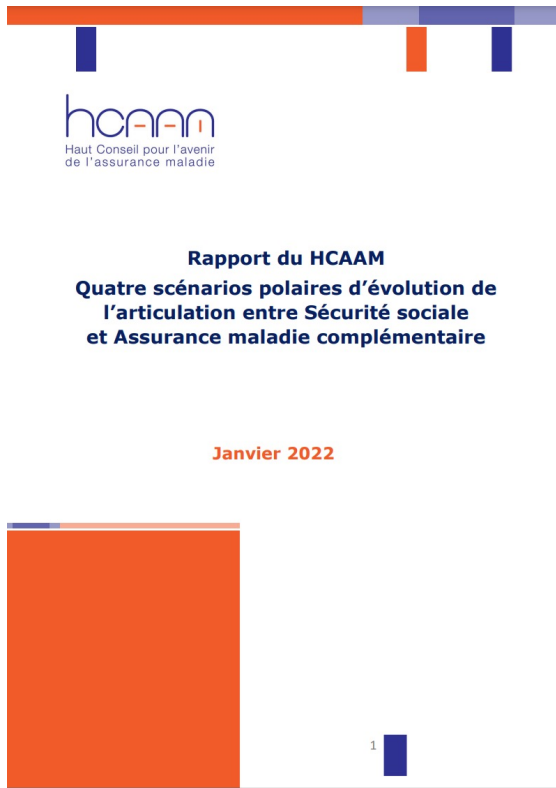
AVEC  
**CÉCILE WAQUET**  
ASSOCIÉE DU CABINET  
YCE PARTNERS

DÉCRYPTAGE SUR LES 4 SCÉNARIOS  
DU RAPPORT DU HCAAM

## / Objectif et Sommaire

**Notre objectif :**  
**décrypter avec vous pas à pas, de manière lucide, le rapport du HCAAM**

1. Un rapport : pourquoi ?
2. La situation actuelle
3. Les 4 scénarios envisagés par le HCAAM
  - Description
  - Impacts macro et pour les OC
  - Commentaires
4. Les positions de place
5. Notre perception des futurs possibles et nos convictions



# 1 / Un rapport : pourquoi ?

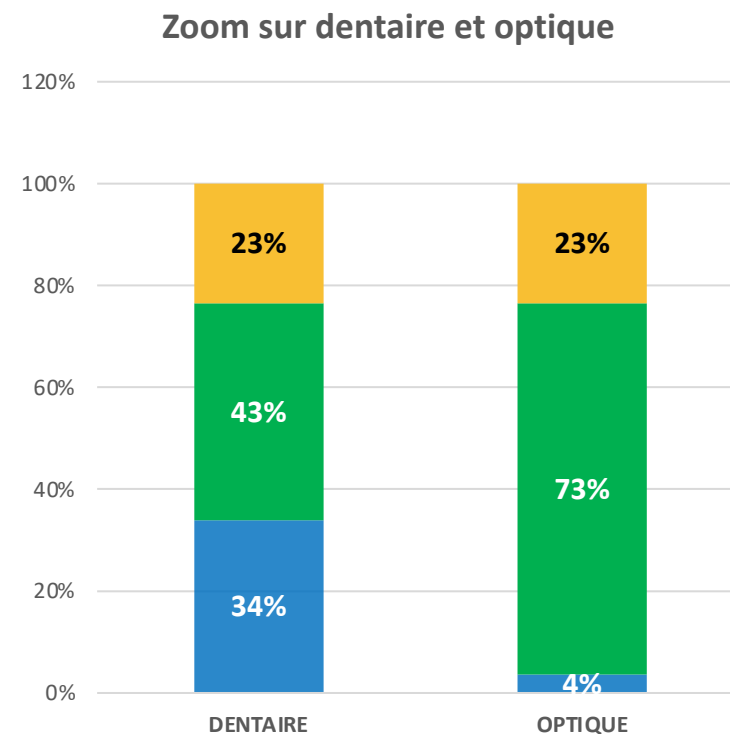
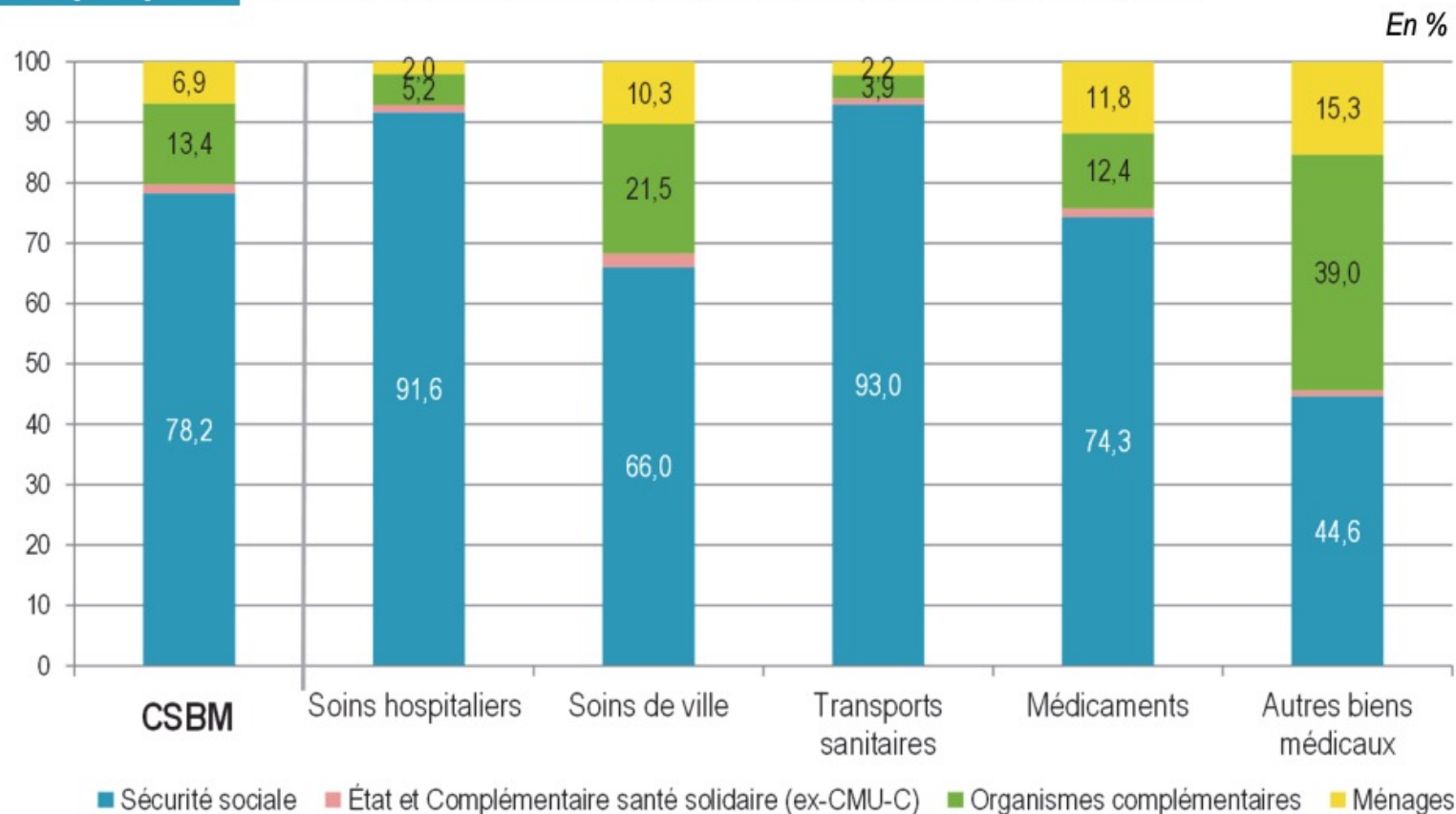
5 motifs principaux ont conduit le Gouvernement à demander au HCAAM un rapport sur l'articulation AMO/AMC :	Nos commentaires
<ol style="list-style-type: none"><li>1) Même si la combinaison AMO/AMC permet le reste à charge moyen des ménages le plus faible de tous les pays de l'OCDE, elle ne supprime pas les <b>risques de RAC importants sur des soins essentiels</b> (séjours hospitaliers) pour les 4% de personnes sans assurance complémentaire (13% des chômeurs).</li><li>2) La couverture est bien moindre concernant la <b>prévoyance</b> (incapacité-invalidité-décès).</li><li>3) Le niveau des <b>frais de gestion</b> est le 2<sup>ème</sup> plus élevé des pays de l'OCDE après les Etats-Unis.</li><li>4) Le taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé est important, en particulier pour les <b>personnes âgées</b>. Interrogation sur la soutenabilité des primes des complémentaires santé des personnes âgées, croissant avec l'âge et non avec le revenu.</li><li>5) Système jugé <b>complexe, paradoxal, coûteux, inégalitaire</b>, ne garantissant pas l'accessibilité financière pour tous à des soins essentiels et évitant de mener les efforts de régulation nécessaires à la soutenabilité à long terme de notre système de santé.</li></ol>	<p>Ces constats sont exacts et <b>la question du coût de la santé des personnes âgées et précaires est un sujet à ne pas négliger.</b></p> <p>Toutefois :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>On ne peut pas « avoir le beurre et l'argent du beurre »</b> : c'est bien grâce à la combinaison RO-RC que le RAC en France est le plus faible des pays de l'OCDE. Il faut donc admettre une part de liberté dans le système. Par définition, les frais de gestion des OCAM ne sont pas comparables à ceux de l'AMO.</li><li>• Les progrès réalisés dans <b>la numérisation des flux AMO-AMC</b> ont rendu la gestion du système assez fluide pour les assurés.</li><li>• Les difficultés d'accès aux soins ont bien d'autres causes, notamment les <b>dépassements d'honoraires</b> et l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire.</li><li>• <b>Ce dont notre système de santé souffre à titre principal, c'est</b> d'un manque de coordination des acteurs, d'une insuffisance des soins de ville et d'un manque de prévention dans les comportements.</li><li>• Le rapport affirme sa volonté de démocratiser le système de santé. Notons que la gouvernance des complémentaires santé y participe déjà.</li></ul>

## / Sommaire

1. Un rapport : pourquoi ?
2. La situation actuelle
3. Les 4 scénarios envisagés par le HCAAM
  - Description
  - Impacts macro et pour les OC
  - Commentaires
4. Les positions de place
5. Notre perception des futurs possibles et nos convictions

# 1 / La situation actuelle : a) état des lieux de la répartition des dépenses AMO / AMC

**Graphique 4** Structure du financement des grands postes de la CSBM en 2019

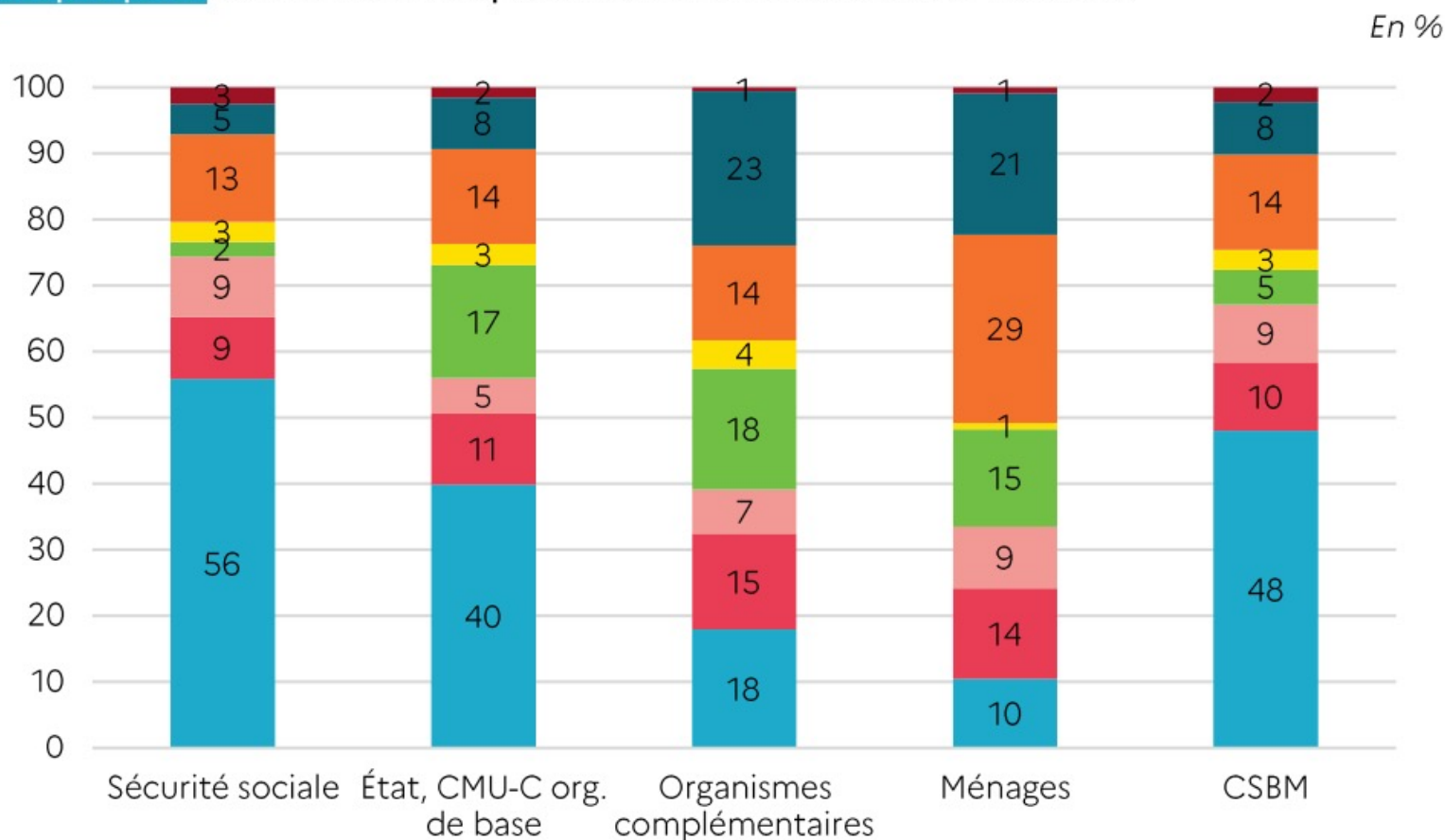


**Lecture** > En 2019, la Sécurité sociale finance 78,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Pour les soins hospitaliers, la Sécurité sociale finance 91,6 % des dépenses.

**Source** > DREES, comptes de la santé.

# 1 / La situation actuelle : b) structure de la dépense par financeur

**Graphique 1** Structure de la dépense des financeurs de la CSBM en 2020



**Lecture** : Les dépenses de remboursement aux hôpitaux représentent 18% du total des dépenses de remboursement des organismes complémentaires.

Chiffres retenus : 2020 car ce graphique très intéressant n'était disponible que pour cette année.

Transports sanitaires
Autres biens médicaux en ambulatoire
Médicaments
Laboratoires d'analyse et cures thermales
Dentistes
Auxiliaires médicaux
Médecins et sages - femmes
Soins hospitaliers

**Lecture** > En 2020, 55,9% des dépenses de Sécurité sociale sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) concernent des soins hospitaliers.

**Source** > DREES, comptes de la santé.

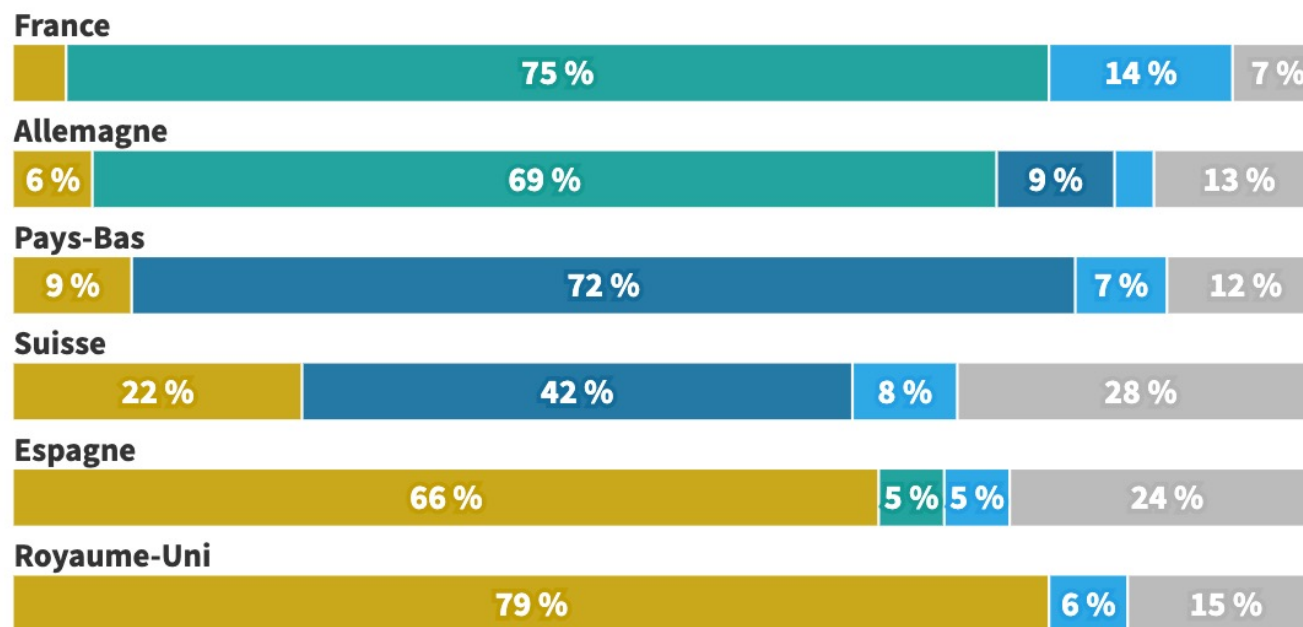
# 1 / La situation actuelle : c) et à l'étranger ?

## Europe : la prise en charge des frais de santé est très variable en fonction des pays

Répartition de la dépense courante de santé entre financeurs en 2015 dans six pays européens

En % de la DCSi (dépense courante de santé au sens international)

■ Etat ■ Caisses de Sécurité sociale ■ Assureurs privés (assurance obligatoire)  
■ Assureurs privés (assurance facultative) ■ Reste à charge



## / Sommaire

1. Un rapport : pourquoi ?
2. La situation actuelle
3. Les 4 scénarios envisagés par le HCAAM :
  - a) Description
  - b) Impacts macro
  - c) Impacts pour pour les OC
4. Les positions de place
5. Notre perception des futurs possibles et nos convictions



## 2 / Scénario 1 : Statut quo amélioré

Description	Impacts	Nos commentaires
<p><b>Objectif</b> : améliorer le système actuel ; combler les « trous dans la raquette » et réparer les inégalités de couverture liées à l'âge ou au statut d'emploi notamment.</p> <p><b>Modalités</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>simplification des règles du ticket modérateur</b> (notamment concernant les médicaments et l'hôpital – idée de forfait hospitalier)</li> <li>• <b>réforme de l'article 4 de la loi Evin</b> : d'une obligation de garanties à une obligation d'assurance individuelle à tarif réglementé</li> <li>• <b>augmentation du plafond d'éligibilité à la C2S</b> (complémentaire santé solidaire) au-delà d'un certain âge</li> <li>• <b>réduction des cas d'exemption de couverture</b> complémentaire dans les entreprises,</li> <li>• mesures encourageant la souscription à une AMC pour les <b>micro-entrepreneurs et les exploitants agricoles</b>.</li> </ul>	<p><b>Impact AMC</b></p> <p>Léger accroissement du champ de l'AMC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extension des contrats collectifs</li> <li>• Extension des contrats individuels TNS</li> </ul> <p>Normalisation accrue à prévoir.</p> <p>Risque de pression sur les coûts de gestion</p> <p>Solution à imaginer concernant les contrats seniors et les contrats sortie de groupe (réformer l'article 4 de la loi Evin).</p> <p><b>Impact macro</b></p> <p>Amélioration prévisible de la situation des plus précaires.</p>	<p>Scénario <b>le plus réaliste</b></p> <p><i>Mais fort accroissement de la réglementation</i></p> <p><i>Les OCAM auraient moins de liberté. Cf notamment financement forfaitaire à l'hôpital.</i></p> <p><i>La piste sur l'article 4 loi Evin est intéressante mais un tarif réglementé paraît peu probable (cf censure passée du projet de contrats seniors).</i></p> <p><b>La hausse du plafond de la C2S est la piste la plus simple</b></p>

## 2 / Scénario 1 : Statut quo amélioré – zoom sur le bouclier sanitaire

Description		Impacts	Nos commentaires
<p>➤ Objectif : <b>plafonner les restes à charge</b> afin d'éviter des restes à charges catastrophiques (au-delà d'un certain niveau de RAC sur les dépenses opposables, la sécurité sociale rembourse à 100%).</p> <p>➤ <b>Existe déjà ailleurs</b> : fixe (Suisse, Pays-Bas, Suède) / en fonction du revenu (Allemagne, Belgique).</p>		<p>➤ Sans modification des règles de participation des assurés, il générerait un <b>surcoût pour l'AMO</b>.</p> <p>➤ Il <b>ne modifierait pas profondément le partage AMO/AMC</b>, car un RAC lié à la liberté tarifaire subsisterait (dépassements d'honoraires).</p> <p>➤ Il serait <b>efficace pour réduire la charge</b> des dépenses de santé dans le budget <b>des personnes âgées</b>.</p>	<p>➤ <i>Pour être efficace, le niveau du bouclier doit être assez bas, d'où un <b>coût élevé pour l'AMO</b>.</i></p> <p>➤ <i>Intéressant pour les plus âgés.</i></p> <p>➤ <i>Complexe à mettre en place si fonction du revenu</i></p> <p>➤ <i><b>Ne règle pas la question des dépassements d'honoraires.</b></i></p>
Un bouclier...	... de 1000 € sur l'hôpital	...de 1400 € sur ville et hôpital	
... coûterait à l'AMO	1 Md€	2 Md€	
... réduirait le ratio de RAC (>70 ans / 20-39 ans) de	4,1 à 3,8	4,1 à 3,5	
... réduirait les primes AMC de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 110 € pour les &gt; 80 ans</li> <li>• 95 € pour les &gt;70-79 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 225 € pour les &gt; 80 ans</li> <li>• 150 € pour les &gt;70-79 ans</li> </ul>	
... bénéficierait à	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,2% de la population</li> <li>• 4% des retraités</li> <li>• 3,4% des ALD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,6% de la population</li> <li>• 8% des retraités</li> <li>• 6,1% des ALD</li> </ul>	

## 2 / Scénario 2 : SIEG

Description	Impacts	Nos commentaires
<p><b>Objectif</b> : renforcer l'homogénéité de l'accès aux soins couverts par les AMC – <b>universalité et solidarité</b></p> <p><b>Modalités</b> : l'AMC devient obligatoire pour tous les <b>résidents</b> + normalisation considérable des AMC avec un renforcement de la réglementation et du contrôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les AMC exerceraient une <b>activité marchande dans le cadre d'une mission d'intérêt économique général confiée par l'Etat</b>. Elles deviendraient un Service d'Intérêt Economique Général (SIEG).</li> <li>Les opérateurs devraient <b>déclarer leur activité</b> (une liste serait diffusée par le ministère de la santé)</li> <li><b>Obligation de souscription</b> à une AMC pour tous les résidents et non plus seulement pour les salariés</li> <li><b>Panier de soin défini par la puissance publique</b> mais modulable au niveau des branches professionnelles.</li> <li><b>3 scenarii de tarification envisagés</b> : libre / au risque collectif (équilibre à l'échelle nationale, <b>impossibilité de tarifer à l'âge</b>, péréquation) / libre mais avec un plafond de l'écart entre cotisation la plus basse et la plus haute.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Impact AMC</b></p> <p>Très forte normalisation du marché sur les garanties assurantielles ainsi que sur les tarifs. <b>Les IP, mutuelles et assureurs deviendraient de facto des délégataires de gestion</b> ; même s'ils conserveraient le rôle de porteur de risque, ils n'auraient quasiment plus aucune marge de manœuvre pour le gérer.</p> <p>En revanche ils conserveraient une liberté totale sur les services, qui du coup seraient appelés à se développer.</p> <p>Dans ce scénario, 2 critères seront déterminants pour la survie des opérateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La qualité de la gestion</li> <li>- Les services</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Impact macro</b></p> <p>Avec un tarif adulte à 400 € et un tarif jeune (&lt;26 ans) à 130 €, <b>les retraités seraient les grands gagnants de la réforme.</b></p> <p>Comme le note le rapport, <b>ce scénario pourrait fort être considéré comme un régime de sécurité sociale au sens des normes statistiques</b> compte tenu de l'obligation d'assurance étendue à l'ensemble de la population et de la normalisation très forte des garanties et des cotisations ainsi que du mécanisme de péréquation défini par les pouvoirs publics. La décision appartiendrait <i>in fine</i> à l'INSEE, dans le cadre du système statistique européen animé par Eurostat. En ce cas, les ressources affectées à cette complémentaire généralisée deviendraient donc des <b>prélèvements obligatoires</b>, et représenterait <b>une augmentation du taux de prélèvements obligatoires de l'ordre de 1,5 % du PIB</b> selon le rapport.</p>	<p><i>Scénario extrêmement rigide.</i></p> <p><b>Logique d'encadrement des AMC poussée à son terme.</b></p> <p><i>Avec le système de péréquation, les AMC s'engageant dans cette offre extrêmement régulée n'auraient plus la possibilité de piloter le risque assuré.</i></p>

## 2 / Scénario 3 : Grande Sécu

Description	Impacts	Nos commentaires
<p><b>Objectif</b> : garantir une couverture santé universelle pour tous, <b>accroître la solidarité verticale et la mutualisation notamment entre actifs et retraités</b>, simplifier le système, faciliter la généralisation du TP intégral ainsi que la réforme des financements des établissements et professionnels de santé (logique forfaitaire) et restituer aux ménages l'économie qui serait réalisée sur les frais de gestion (chiffrée à 7,6 Mds€ en 2019)</p> <p><b>Modalités</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Suppression de tous les tickets modérateurs</b> (y compris les forfaits hospitaliers – 24€, FJH et forfait urgence et yc sur les médicaments à 65, 30 et 15%), qui seraient pris en charge non plus par les AMC mais par l'AMO</li> <li><b>Les AMC ne conserveraient plus que</b> : les dépassements d'honoraires, les frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures, (éventuellement les participations forfaitaires mises en place en 2004), les dépenses optique-dentaire-audio HORS 100% Santé et hors Soins dentaires conservateurs, les prestations à la périphérie des soins de santé (ostéopathie, psychothérapie, prévention).</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Impacts AMC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Selon le HCAAM : <b>repli de 70% de l'activité des OCAM</b>, soit une diminution du <u>chiffre d'affaires</u> hors TSA des AMC de 27 Mds dont : 19,7 Mds € en lien avec l'extension du périmètre de l'AMO et 7,3 Mds€ suite à la désaffiliation d'un grand nombre d'assurés mal couverts. En outre, diminution de 5,4 Mds€ des charges de gestion.</li> <li><b>Suppression de l'obligation de complémentaire santé en entreprise.</b></li> <li><b>Suppression de la réglementation sur les contrats responsables.</b></li> <li>Mais majoration du taux de TSA si questionnaire médical et/ou garanties inflationnistes.</li> <li>Concernant <b>le personnel des OCAM</b> (non chiffré par le rapport mais environ 100 000 personnes selon les AMC), le HCAAM prévoit les options suivantes : reclassement interne, reprise volontaire par les organismes de sécurité, indemnisation et accompagnement des salariés en vue de leur reconversion et de la reprise d'un emploi.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Impact macro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Coût de 22,4 Mds€ pour les finances publiques</b> : <b>18,8 Mds€</b> de dépenses supplémentaires pour l'AMO (Soins de ville : 8,9 + Hôpital : 3,3 + Médicaments : 4,6 + Coût du 100% SANTE : 2) + <b>3,5 Mds€</b> de diminution du rendement de la TSA</li> <li>Le surcoût pour les dépenses publiques pourrait être financé par les cotisations patronales, la CSG ou d'autres prélèvements (TVA, autres ITAF).</li> <li><b>Nécessité de réexaminer les tarifs des différentes professions de santé.</b></li> <li><b>Economies sur les frais de gestion = 5,4 Mds €</b> (et non 7,6 car il resterait quand même une activité des AMC).</li> <li>Grâce aux économies réalisées sur les coûts de gestion, <b>la réforme profiterait à la quasi-totalité des assurés et en particulier aux personnes âgées et aux 8 premiers déciles de niveaux de vie.</b> Le taux d'effort diminuerait fortement pour les ménages modestes et augmenterait pu pour les plus aisés.</li> <li>L'impact sur les employeurs serait très limité.</li> </ul>	<p><b>Coût très élevé pour l'AMO, peu réaliste</b> au regard de la crise actuelle des finances publiques. Le politique serait contraint de limiter les dépenses (et au final peut-être de les transférer... aux AMC...).</p> <p><b>Forte hausse des prélèvements obligatoires</b>, alors qu'ils sont déjà les plus élevés de l'OCDE.</p> <p><b>La réforme porte en germe un cercle vicieux inflationniste</b> puisqu'elle n'interdit ni les dépassements d'honoraires ni les complémentaires santé. D'où le risque d'un système à deux vitesses.</p> <p><i>Si la réforme se traduit par un déport vers la prévoyance, l'économie prévue sur les coûts de gestion devrait être moins importante.</i></p> <p><i>Le véritable avantage de cette réforme résiderait dans <b>l'accroissement de la mutualisation du coût de la santé entre actifs et retraités.</b></i></p>

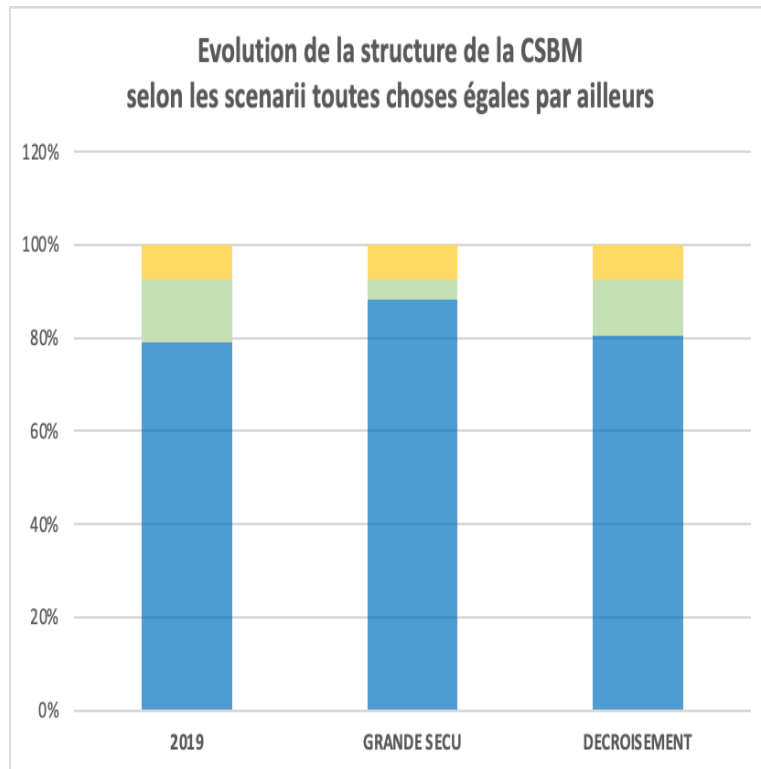
## 2 / Scénario 4 : Décroisement

Description	Impacts	Commentaires
<p><b>Objectif :</b> Clarifier les rôles de chaque type de financeur en délimitant leurs paniers de soins, simplifier la régulation, limiter le reste à charge très élevés pour certains profils. L'AMC deviendrait AM supplémentaire (au lieu de complémentaire), un peu comme au Canada.</p> <p><b>Modalités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recentrage de l'AMO sur les soins hospitaliers et de ville, hors ceux destinés à l'AMC (infra).</li> <li>• Recentrage de l'AMC sur optique dentaire audio, DH et médicaments à 65% ou moins (SMR faible ou modéré), c'est-à-dire les dépenses où elle est actuellement majoritaire.</li> <li>• Toutefois maintien des avantages actuels des bénéficiaires de la C2S (panier de soins, tarifs opposables, pas de DH)</li> <li>• Si en conséquence les contrats responsables seraient modifiés et allégés, la régulation serait renforcée sur les relations entre AMC et professionnels de santé optique, dentaire, audio. Notamment TM d'ordre public, incitations fiscales à couvrir certains soins déremboursés, possible maintien de TSA réduit pour les contrats couvrant un panier de soins défini, maintien de la loi Evin et des contrats solidaires.</li> </ul>	<p><b>Impact AMC</b></p> <p>Non chiffré par le HCAAM mais on peut tabler sur un repli de l'activité des OCAM :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'au moins 2,7 Mds€</li> <li>• et pouvant aller jusqu'à 11 Mds€ si les médicaments actuellement remboursés par l'AMO à 65% étaient intégralement repris par l'AMO.</li> </ul> <p><b>Impact macro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût pour les finances publiques chiffré à <b>2,9 Mds€</b> (2,7 de hausse des dépenses AMO et baisse de 0,2 de recettes TSA), pouvant aller jusqu'à <b>12,5 Mds€</b> si les médicaments à 65% étaient intégralement remboursés par l'AMO.</li> <li>• Réduction des RAC des plus de 70 ans et surtout des plus de 80 ans mais aggravation des RAC les plus élevés si pas de prise en charge des médicaments à 65% par l'AMC.</li> <li>• La réforme pourrait être financée par une hausse de la CSG des retraités.</li> <li>• Risque de réduction d'affiliation aux AMC et d'inégalités d'accès aux soins sur le champ AMC, d'où volonté de régulation publique.</li> </ul>	<p>En somme c'est une <b>variante de la grande sécu</b> avec maintien aux AMC de l'optique-dentaire-audioprothèse-DH-médicaments à 65% ou moins.</p> <p>Bien que le rapport insiste sur la liberté retrouvée dans ce scénario (il n'y aurait plus d'obligation d'assurance), il réclame aussi une <b>forte régulation</b> pour garantir l'accès aux soins optiques/dentaires/audio et la mutualisation via des incitations fiscales.</p> <p><b>Quelle articulation avec le 100% SANTE ?</b></p> <p>Renforcement des réseaux de soins. Mais du coup plus forte régulation recommandée avec notamment des référentiels permettant de mieux mesurer et contrôler la qualité.</p> <p>Le rapport insiste sur la plus grande mutualisation qui existerait du côté du panier public (pas de tarification selon l'âge) à l'inverse du panier privé.</p>

## 2 / Scénario 5: Prévoyance

Contexte	Description	Commentaires
<p><b>Contexte :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A la différence de la couverture santé, <b>la prévoyance n'est pas une obligation légale</b> (malgré le processus conventionnel envisagé par la loi du 14 juin 2013).</li> <li>• Les seules obligations relèvent de <b>la convention collective des cadres de 1947</b> (obligation de financer au moins la couverture décès) et de <b>215 conventions collectives de branches</b>. + future obligation des employeurs de la fonction publique territoriale de financement en matière de prévoyance.</li> <li>• Si 15 millions de salariés sont potentiellement concernés par ces garanties conventionnelles, <b>seule une minorité (1,2 millions) dispose d'un véritable socle</b> complet de couverture contre incapacité/invalidité/décès.</li> <li>• Les cadres et les salariés des grandes entreprises sont mieux couverts. <b>Les plus exposés aux risques professionnels ne sont pas les mieux couverts.</b></li> </ul>	<p><b>Objectif :</b> Développer la prévoyance afin de relever les défis économiques et démographiques liés notamment au vieillissement démographique</p> <p><b>Modalités :</b> un système qui reposerait sur 3 piliers : impulsion, innovation, mutualisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurer une <b>obligation de négocier au niveau de la branche</b> (et à défaut au niveau de l'entreprise) ; éventuellement en orientant la négociation vers une <b>approche lato sensu de la prévoyance</b> (lien santé – emploi), tout en sanctuarisant la liberté conventionnelle et en la préservant de toute réglementation sur contenu et niveau.</li> <li>• Envisager des <b>clauses de co-désignation</b> pour la prévoyance lourde. Serait compatible avec DC 13 juin 2013 et en cohérence avec CEDS du 3 juillet 2018.</li> <li>• <b>Droit à l'information sur la prévoyance.</b></li> </ul>	<p><i>La prévoyance est effectivement un <b>sujet aux enjeux aussi importants que la couverture santé</b>, d'autant plus si on l'élargit aux problématiques de vieillissement au travail, de formation, de maintien dans l'emploi, de santé au travail...</i></p> <p><i>Or elle est <b>effectivement beaucoup moins développée.</b></i></p> <p><i><b>Opportunité pour les partenaires sociaux</b> de démontrer leur utilité sociale.</i></p> <p><i><b>Etonnant retour des clauses de désignation !</b></i></p> <p><i><b>Ce scénario 5 est la preuve de la double nécessité d'acteurs complémentaires et de leur évolution pour s'adapter constamment aux nouvelles attentes de la société.</b></i></p>

## 2 / Les 4 scénarios envisagés par le HCAAM : quelques chiffres concernant les scénarii 2 et 4



### Dépenses supplémentaires pour l'AMO - Grande Sécu

Segments de prise en charge	Coût associé (Mds d'€)
RAC opposable en ville*	8,9
RAC opposable à l'hôpital	3,3
RAC opposable sur les médicaments à 65%	3,1
RAC opposable sur les médicaments à 15 % et 30 %	1,5
100% AMO sur optique et audioprothèses du 100% santé	0,5
RAC opposable sur les soins conservateurs dentaires	0,7
100% AMO sur le 100% santé : prothèses dentaires	0,8
<b>Total</b>	<b>18,8</b>

### Dépenses supplémentaires pour l'AMO - Décroissement

Segments de prise en charge	Impact financier pour l'AMO (Mds d'€)
RAC opposable en ville*	+ 9,0
RAC opposable à l'hôpital	+ 3,3
Déremboursement intégral des médicaments à 65% sauf ALD	-5,3
Déremboursement intégral des médicaments à 15% et 30% y.c. ALD	-0,8
Déremboursement des soins dentaires conservateurs	-2,0
Déremboursement des prothèses dentaires	-1,2
Déremboursement optique/audio	-0,3
<b>Total</b>	<b>+2,7</b>

## / Sommaire

1. La situation actuelle
2. Les 4 scénarios envisagés par le HCAAM :
  - a) Description
  - b) Impacts macro
  - c) Impacts pour pour les OC
3. Les positions de place
4. Notre perception des futurs possibles et nos convictions



### 3 / Position des acteurs exprimées entre octobre 2021 et janvier 2022 (1)

#### 1. Les fédérations d'AMC ont rejeté en bloc, au Congrès de Réavie du 8 octobre 2021, les 4 scénarios tout en reconnaissant la nécessité d'améliorer le système

**FNMF** : « Je pense qu'aujourd'hui il n'est pas souhaitable de laisser le citoyen seul face à l'Etat, et laisser l'Etat décider seul de notre protection sociale. Si on construit une solution qui ne convient ni aux assurés sociaux, ni aux professionnels de santé, je prédis des lendemains difficiles. Pour nous, le vrai sujet serait celui d'un **scénario 5 axé sur une vraie logique de mutualisation** et dans lequel seraient ancrés la **prévention** et le **care**. Nous réfléchissons ainsi de manière durable aux protections sociales nécessaires pour répondre aux enjeux du pays », Eric Chenut.

**CTIP** : « Notre système de santé, basé sur la complémentarité entre AMO et AMC, affiche le reste à charge des ménages le moins élevé de l'OCDE. Vouloir mettre à bas un système qui fonctionne et auquel les Français sont attachés n'a aucun sens. En revanche, **rien n'interdit de réfléchir à son efficience et à une meilleure articulation entre ses deux piliers**. C'est à ce dialogue constructif qu'appellent les partenaires sociaux membres du conseil d'administration du CTIP ». Marie-Laure Dreyfus. **Ce qui ne va pas dans ce qui nous est présenté, c'est qu'il y a un encadrement supplémentaire des contrats santé**. Or, du côté du CTIP comme des institutions de prévoyance, **nous sommes très attachés à un dialogue social et à la liberté contractuelle** ». Denis Laplane.

**FFA** : « Depuis plusieurs années, avec l'ANI, avec la position du gouvernement sur la protection sociale des fonctionnaires, il me semble qu'il y avait en France une tendance à étendre le champ à la complémentaire santé à des populations qui jusque-là n'y avaient pas accès. J'avais donc tendance à en déduire que c'était positif d'avoir une complémentaire santé. **Je ne comprends donc pas comment dans le même temps, au sein du même gouvernement, un ministre s'exprime très clairement sur un scénario de nationalisation du système de santé en France**. Aujourd'hui, la santé des Français mérite un débat bien au-delà des questions de savoir comment se répartissent les charges entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie dite complémentaire. **Il faut que collectivement - avec les pouvoirs publics, les assureurs santé et le reste du secteur privé - nous mettions à disposition nos savoir-faire pour augmenter ou de maintenir le capital santé des Français** ». « Il y a un vrai sujet d'accès à la complémentaire santé pour une fraction des étudiants, une fraction des retraités et une fraction des chômeurs. **La solution, c'est de diminuer la taxation sur les contrats de santé pour les plus vulnérables**. La complémentaire santé devrait être en France un bien essentiel. Est-il normal que les plus vulnérables payent 13 % de taxe sur leur complémentaire santé ? »



#### Les 5 propositions de la FFA

##### PROPOSITION 1

**Adapter** le cadre réglementaire existant, notamment celui du contrat responsable, pour redonner aux assureurs des marges d'action et d'innovation au bénéfice des Français.

##### PROPOSITION 2

**Développer** le champ des partenariats avec les professionnels de santé pour valoriser de nouvelles formes de prise en charge et d'accompagnement des Français.

##### PROPOSITION 3

**Redéfinir** les territoires de prise en charge intégrale par les assureurs dans une logique d'efficience collective.

##### PROPOSITION 4

**Renforcer** le partenariat État-assureurs dans les missions de prévention qui, à bien des égards, reste le point faible de notre système de santé.

##### PROPOSITION 5

**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.

« Pour l'activité des complémentaires, il y a deux conséquences possibles : soit l'offre disparaît, soit elle renaît mais dans un équilibre technique qui sera nécessairement très différent, vraisemblablement à un coût plus élevé et **on se retrouvera dans le système à deux vitesses** ». C'est vraiment **un projet perdant-perdant**. Florence Lustmann.

## 3 / Position des acteurs (2)

### 2. Positions des syndicats : à part la CGT, quasiment tous sont contre la grande sécu.

- **Les syndicats de médecins sont partagés** : alors que MG France n'est pas hostile à une « grande Sécu », la CSMF y voit un risque d'étatisation, de disparition du caractère libéral de la médecine, et d'émergence d'une médecine à deux vitesses.
- **CFDT** : La grande Sécu, « séduisante de prime abord », ce serait « nier l'histoire de la construction de notre système de soins et de protection sociale, bâti grâce à l'engagement des mutualistes et des partenaires sociaux... Lorsqu'il est seul décideur, comme à l'hôpital, l'Etat peut conduire à l'asphyxie... L'Etat n'a "pas le monopole" de l'intérêt général ». « La sécurité sociale est grande ; elle n'a pas besoin de faire table rase des autres acteurs du bien commun pour le rester ».
- **CFE-CGC** : Une telle réforme « laissera peu de place au choix par les patients de leur médecin traitant ou spécialiste, voire de l'établissement où ils seront hospitalisés... Ces travaux conduits essentiellement sous l'angle économique 'quoi qu'il en coûte' augure d'une 'grande Sécu' au rabais et davantage fragilisée à l'image du modèle anglo-saxon ouvert à tous mais de piètre qualité ».
- **CGT** : en l'état, la CGT n'est pas en "condition d'approuver le scénario" de "grande Sécu" tel que présenté dans le pré-rapport du Hcaam, "mais pas non plus de le refuser". En effet, la CGT revendique historiquement une Sécu collectrice et financeur unique", ce qui bouleversera forcément le rôle des mutuelles.
- **MEDEF** : Pour Geoffroy Roux de Bézieux, la grande sécu serait une "très mauvaise idée". Il admet certes pouvoir comprendre "certaines interrogations de la Cour des comptes sur les frais de gestion des complémentaires », mais rappelle que "si on reproche leur marge" aux complémentaires", la Sécu, elle, "cumule des centaines de milliards d'euros de déficit". « La grande sécu, c'est le modèle du NHS anglais, avec la fin de la médecine libérale, un système de soin à deux vitesses où 99 % de la population dispose d'une médecine assez médiocre et 1 % d'une médecine totalement privée et déplafonnée » Il « ne nie pas que des questions se posent sur le fonctionnement des complémentaires ». Le Medef a lancé un groupe de travail à ce sujet, et formulera des propositions dans la campagne.

## 3 / Position des acteurs (3)

### 3. Parmi les politiques :

- **Le Ministre des solidarités et de la santé Olivier Véran** : d'abord favorable à la Grande Sécu, il a fini par reculer ; il pointe cependant deux sujets majeurs à ses yeux : les frais de gestion des complémentaires santé et le coût d'une complémentaire santé pour les retraités.
- **Xavier Bertrand** : il s'est fermement opposé à la Grande Sécu.

### 4. Quelques exemples de positions d'acteurs économiques et sociaux : des avis divergents

- **Martin Hirsch et Didier Tabuteau** s'étaient exprimés en faveur de la grande sécu à l'hôpital
- **Jean-Charles Simon** : s'est exprimé en faveur de la Grande Sécu.
- **Nicolas Bouzou** : « *Le projet de grande sécu est une fausse bonne idée : étatisation de la santé, constitution d'un monopole du remboursement, réduction des choix pour les assurés ; notre système de santé a au contraire besoin de davantage de liberté et d'argent* ».
- **Frédéric Van Rookeghem** : la question aujourd'hui, c'est plutôt celle de la prévoyance.

## / Sommaire

1. La situation actuelle
2. Les 4 scénarios envisagés par le HCAAM :
  - a) Description
  - b) Impacts macro
  - c) Impacts pour pour les OC
3. Les positions de place
4. Notre perception des futurs possibles et nos convictions

## 4 / Notre perception des futurs possibles...

### 1. Il est possible de classer les 4 scénarios, du plus au moins probable.

- Le **scénario 1** (statu quo amélioré) apparaît le **plus probable car le plus simple**, avec une **extension du champ de la C2S notamment pour les plus âgés**.
- Pourrait ensuite venir le **scénario 4** (décroisement), avec toutefois quelques incertitudes :
  - si les médicaments à 65% doivent passer à 100% dans le champ de la sécurité sociale, cela aurait un fort impact sur les finances publiques ; si on les bascule dans le champ des AMC, alors que celles-ci ne sont plus obligatoires, alors cela risque d'induire des inégalités.
  - concernant le champ Optique-Dentaire-Audio, la réforme reviendrait à un retour aux réseaux de soins antérieurs au 100% santé, ce qui n'est pas très logique.
- **Les scénarios 2 et 3 sont trop radicaux pour être crédibles et conduiraient à une forte hausse des taux de prélèvements obligatoires, déjà les plus élevés de l'UE.**
  - **Le scénario 3** (SIEG) est extrêmement **rigide** et priverait les AMC de toute possibilité de gérer le risque. Il serait complexe à mettre en œuvre et suscite peu d'enthousiasme. Il ouvre la voie à un encadrement davantage réglementé des frais des AMC
  - **Le scénario 2** (grande sécu) pose de nombreuses questions :
    - i) l'avenir du **personnel** des AMC ;
    - ii) la **soutenabilité à terme** de la réforme compte tenu de son impact sur le niveau des dépenses publiques ;
    - iii) le **risque** au final d'une réduction du champ de prise en charge des dépenses et, compte tenu de la difficulté de réguler les dépassements d'honoraires, **d'une médecine et d'une assurance santé à deux vitesses**. Il cristallise les oppositions des AMC et des partenaires sociaux (sauf CGT) ainsi que d'une partie des médecins.

## 4 / Notre perception des futurs possibles...

2. Quel que soit le scénario retenu, la tendance sera à l'accroissement de la réglementation et la question clef restera celle du coût de la complémentaire santé, tout particulièrement pour les seniors.
- Même dans le scénario le plus libéral (le décroisement), le HCAAM préconise une **forte régulation des pouvoirs publics** pour éviter des inégalités d'accès aux soins.
  - La question centrale est celle du coût de la complémentaire santé des **retraités**. On voit bien à la lecture du rapport que c'est le souci majeur des pouvoirs publics. Le rapport montre bien les impacts positifs pour les personnes âgées des différents scénarios. Il pose la question des contrats de sortie de groupe (nécessité de réformer l'article 4 de la loi Evin) et propose d'élever le seuil d'éligibilité à la C2S pour les plus âgés.
  - **Le plus probable est un lent « grignotage », via la C2S, de l'AMO sur le champ de l'AMC, pour les populations les plus précaires et/ou les plus âgées.** En effet, la C2S est gérée, au choix, soit l'AMO soit par l'AMC et la part gérée par l'AMO tend à se rapprocher de celle gérée par l'AMC.

## 4 / ... et nos convictions

### 3. Dans ces conditions, les acteurs de l'assurance santé devront se renforcer sur 3 points :

a) Concernant les garanties d'assurance santé, qui seront de plus en plus normées :

- i) trouver une **solution innovante** en terme de tarification et de garantie pour **la couverture santé des retraités**
- ii) se différencier par un **service de gestion** irréprochable et **un rapport qualité / prix le plus compétitif** possible.

De ce point de vue, la fluidification du parcours client via l'optimisation des **data** et la digitalisation est un impératif.

b) Concernant la couverture santé : aller au-delà des garanties de remboursement en développant des **services** facilitant le parcours de santé des assurés (prévention en lien avec l'action sociale, accompagnement – exemples : bilans de santé régulier, prévention des maladies chroniques, aménagement du logement ; aide aux aidants, téléconsultations... ).

c) Au-delà de la couverture santé : développer une politique de **diversification** en apportant des solutions aux nouvelles attentes de la société, tout particulièrement la **prévoyance**, la retraite supplémentaire, et la dépendance/autonomie.



## Votre contact :

**Cécile Waquet**

Associée

[cwaquet@yce-partners.fr](mailto:cwaquet@yce-partners.fr)

06 24 74 98 94

YCE Partners – 17 boulevard Malesherbes, 75008 Paris