

Groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité sociale

**LA REPARTITION DES INTERVENTIONS ENTRE
LES ASSURANCES MALADIE OBLIGATOIRES ET
COMPLEMENTAIRES EN MATIERE DE DEPENSES DE SANTE**

Groupe présidé par M. Jean-François Chadelat

PREMIÈRE PARTIE : LA SITUATION ACTUELLE 5

1 - LES DÉPENSES DE SANTÉ AUGMENTENT, LEUR PART DANS LE PIB S'ACCROÎT.....	5
2 - LES DÉPENSES DE SANTÉ SONT PRISES EN CHARGE PAR TROIS GRANDES CATÉGORIES D'ACTEURS, DONT LA RÉPARTITION DES INTERVENTIONS VARIE SELON LES SECTEURS : LES RÉGIMES OBLIGATOIRES D'ASSURANCE-MALADIE, LES ORGANISMES D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET LES MÉNAGES.....	6
a) Régimes obligatoires et régimes complémentaires.....	6
b) Répartition des prises en charge.....	7
3 - ALORS QUE LA COUVERTURE DES FRANÇAIS PAR LES RÉGIMES OBLIGATOIRES D'ASSURANCE-MALADIE EST DÉSORMAIS GÉNÉRALISÉE, LA SOCIÉTÉ A PRIS ACTE DU FAIT QUE LE NIVEAU DE CETTE COUVERTURE DE BASE NE SUFFISAIT PAS À GARANTIR UN ACCÈS SATISFAISANT AUX SOINS ET QU'ELLE DEVAIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR UNE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE.....	8
a) Dispositifs à destination des salariés et des entreprises.....	8
b) Dispositifs à destination des travailleurs indépendants.....	9
c) Dispositifs à destination des plus démunis.....	9
d) Mesures à destination de l'ensemble des Français.....	9
4 - LA COUVERTURE DES FRANÇAIS PAR UNE ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE, SI ELLE N'A CESSÉ DE S'ÉTENDRE, N'EST PAS GÉNÉRALISÉE.....	10
a) La couverture des Français par les assurances maladies complémentaires n'a cessé de progresser	10
b) La CMU complémentaire, qui constitue sans contestation un progrès majeur, est loin d'avoir répondu à la question fondamentale de l'optimisation de l'accès aux soins de tous les Français.....	10
c) Environ 5 % des Français, soit 3 millions de personnes, demeureraient exclus d'une protection complémentaire pour des raisons financières.....	11
5 - ALORS QUE LES GARANTIES PROPOSÉES PAR LES RÉGIMES OBLIGATOIRES ONT PROGRESSIVEMENT ÉTÉ HARMONISÉES, LA COUVERTURE DES FRANÇAIS PAR LES ASSURANCES MALADIES COMPLÉMENTAIRES RENVOIE À DES RÉALITÉS DIVERSES.....	11
a) Une harmonisation progressive des prestations des régimes obligatoires.....	11
b) Des couvertures complémentaires très diversifiées.....	11
6 - LA RÉPARTITION DES INTERVENTIONS ENTRE LES AMO, LES AMC ET LES MÉNAGES N'EST PAS LE RÉSULTAT DE CHOIX EXPLICITES ET RATIONNELS.....	13
a) Malgré les enjeux qu'elle recouvre, la répartition actuelle est le produit d'une succession de décisions techniques, parfois anciennes, plutôt que d'une approche d'ensemble.....	13
b) La révision des choix initiaux manque totalement de clarté.....	15
c) La notion de panier de soins a évolué.....	15
7 - LES AMC NE SONT ASSOCIÉES NI À LA DÉFINITION DU PANIER DE SOINS, NI À LA GESTION DU RISQUE, CE QUI CONTRIBUE À RENDRE LE SYSTÈME FRANÇAIS PARTICULIÈREMENT DÉRESPONSABILISANT.....	16
a) Le ticket modérateur a vécu, remplacé par un mécanisme de copaiement, sans qu'aucun mécanisme de gestion conjointe du risque n'ait été mis en place.....	16
b) Les relations entre régimes obligatoires et régimes complémentaires demeurent limitées à des questions techniques et butent sur la question de la transmission de l'information.....	16
8 - DES ÉVOLUTIONS RÉCENTES ONT ENCORE COMPLIQUÉ LA RÉPARTITION DES INTERVENTIONS.....	17

DEUXIÈME PARTIE : LES OBJECTIFS D'UNE RÉFORME DES CONDITIONS D'INTERVENTION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES ET DES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE MALADIE 18

TROISIÈME PARTIE : LES PISTES DE SOLUTIONS 19

1 - LA CRÉATION D'UNE « COUVERTURE MALADIE GÉNÉRALISÉE ».....	19
a) La CMG est un engagement fort de l'Etat.....	19
b) La définition du panier de soins de la CMG.....	20
c) La CMG est la somme des garanties offertes par l'assurance maladie obligatoire et par une assurance maladie complémentaire de base.....	21
2 - L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE DE BASE COMPREND DEUX FORMES : LA CMU COMPLÉMENTAIRE ET UNE ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE DE BASE PROPREMENT DITE.....	21
a) La création d'une assurance maladie complémentaire de base ne remet pas en cause l'existence de la CMU complémentaire.....	21
b) Les caractéristiques du contrat d'AMCB et son cahier des charges.....	22

3 - UNE COOPÉRATION NOUVELLE ENTRE LES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET COMPLÉMENTAIRE, FONDÉE SUR LE COPAIEMENT ET LA CORÉGULATION	23
a) <i>Le copaiement : la définition commune par les organismes obligatoires et complémentaires du panier de soins de l'AMCB, sous l'arbitrage de l'Etat</i>	23
b) <i>La corégulation : l'association des AMC à la gestion du risque</i>	24
c) <i>Lancer une expérimentation dans quelques domaines de soins</i>	25
4 - LA CRÉATION D'UNE AIDE À L'ACHAT DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE DE BASE	26
a) <i>Les principes de l'aide à l'achat</i>	26
b) <i>Les caractéristiques de l'aide à l'achat</i>	26
c) <i>Un financement assuré par la suppression des avantages fiscaux et sociaux octroyés aux entreprises et aux salariés pour la souscription de contrats santé, loi Madelin ou collectifs obligatoires</i> ...	27
d) <i>La mise en place d'une aide à l'achat de l'AMCB pourrait être effectuée à coût constant pour la collectivité</i>	29
CONCLUSION	31
ANNEXE 1 : CONTRIBUTIONS DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL	33

PREAMBULE

Par lettre du 25 septembre 2002, M. Jean-François MATTEI, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, m'a chargé de présider un groupe de travail constitué au sein de la commission des comptes de la sécurité sociale pour étudier « *la répartition actuelle des interventions des régimes de base et de l'assurance complémentaire* », et de faire « *des propositions sur les évolutions possibles* »¹.

Le groupe de travail s'est réuni à sept reprises : les 15 novembre, 4 décembre et 20 décembre 2002, et les 15 janvier, 5 février, 26 février et 19 mars 2003.

Ce rapport est rédigé sous la responsabilité du président du groupe de travail. Outre les réunions plénières, j'ai été amené à réaliser près de quatre vingt entretiens, avec les organismes et les personnes concernés par ce sujet. Tous les points figurant dans le présent rapport ont, à un moment ou à un autre, fait l'objet d'un examen en séance plénière. Il a été demandé à tous les membres du groupe de formuler par écrit leurs observations sur le présent document ; ces contributions constituent la première annexe au rapport.

Je tiens à remercier vivement, tous les membres du groupe de travail pour leur active participation et la qualité de leurs interventions.

Mes remerciements s'adressent plus spécialement au rapporteur du groupe, monsieur Frédéric Remy, inspecteur adjoint à l'IGAS.

Le groupe s'est intéressé à la situation actuelle, aux objectifs à poursuivre, et aux pistes d'évolution envisageables. Ceci constitue les trois parties de ce document.

Paris, le 3 avril 2003

Jean-François CHADELAT

¹ La lettre de mission figure en annexe 2.

Première partie : La situation actuelle

1 - Les dépenses de santé augmentent, leur part dans le PIB s'accroît

La France se situe au quatrième rang mondial avec 9,5% de sa richesse nationale consacrée aux dépenses de santé, derrière les Etats-Unis, l'Allemagne et la Suisse, mais devant la plupart de ses partenaires européens. Même si leur taux de croissance en volume tend à décroître, les dépenses de santé continuent à augmenter. Leur croissance a été régulière de 1960 à 1993, s'est stabilisée quelque peu entre 1993 et 2000, et a repris à un rythme soutenu à partir de cette date.

La structure de la consommation de soins et biens médicaux s'est modifiée depuis 1960, avec les évolutions suivantes :

- une forte croissance de la part des dépenses hospitalières entre 1960 et 1982 (de 39 à 52 %), suivie par un reflux depuis le début des années 1980 (45 % en 2000) ;
- une évolution plus irrégulière, quoique de moindre amplitude, des dépenses ambulatoires (de 26 % en 1960 à 30 % en 2000) ;
- une part des médicaments fortement orientée à la baisse entre 1970 et 1984 (de 26 à 17 %), mais de nouveau à la hausse depuis (21 % en 2001).

La hiérarchie des contributions à la croissance des dépenses de santé en volume a de son côté été profondément bouleversée : l'hôpital, qui contribuait à hauteur de 40 % en moyenne jusque dans les années 1980, avec des pointes à 60 %, voit sa part diminuer depuis à 20 %. Ce sont désormais les médicaments (40 %) et les soins ambulatoires (25 à 30 %) qui contribuent le plus à l'augmentation en volume des dépenses. En valeur, la contribution de ces trois grandes catégories est aujourd'hui équilibrée à environ 30 % chacune.

Quatre grandes raisons font qu'il existe une augmentation tendancielle de la part des dépenses de santé dans le PIB : l'augmentation de l'offre de soins, le vieillissement de la population, le progrès médical, et l'augmentation de la demande de soins liée à l'accroissement des revenus. Une récente étude de la DREES a estimé que cette progression varierait entre 3,4 et 4,2 % par an en se fondant sur une hypothèse de 3 % de croissance du PIB, à mode de régulation inchangé.

Cette situation, vraie en France, l'est également dans tous les pays de l'OCDE au fur et à mesure que leur richesse augmente. Cette croissance n'est au demeurant ni illégitime ni préjudiciable en soi.

Jean Bernard ne disait pas autre chose il y a près de vingt ans en introduction de la partie maladie du rapport du Comité des sages rédigé à l'occasion des Etats généraux de la Sécurité sociale : « *Aucune autre limite que celle résultant du libre choix des citoyens ne peut être légitimement opposée à la croissance des dépenses de santé dans un pays démocratique. Au surplus, considérées globalement, celles-ci peuvent être assimilées à un investissement, en raison de l'ampleur de leur apport à l'économie du pays. Il n'en reste pas moins que la charge résultant de la part de leur financement supportée par la collectivité ne peut s'accroître sans frein sous peine d'imposer des contraintes devenant à la longue insupportables* ».

C'est pourquoi il est nécessaire de rationaliser les dépenses, d'éliminer les actes inutiles et de développer les bonnes pratiques. La croissance des dépenses de santé doit se faire à un rythme raisonnable et raisonné, faute de quoi, la répartition de leur prise en charge par les trois grandes catégories d'intervenants, assurances maladie obligatoires (AMO), assurances maladie complémentaires (AMC) et ménages, serait un exercice perdant toute signification.

Il serait illusoire de penser, au regard des masses financières en jeu et des déterminants de la croissance des dépenses énumérés ci-dessus, qu'une réforme de la répartition des interventions entre AMO et AMC puisse résoudre les difficultés financières de l'assurance maladie². Cependant, il serait regrettable de se priver de la contribution qu'elle pourrait apporter, ne serait-ce que par la mise en place d'une meilleure gestion du risque.

2 - Les dépenses de santé sont prises en charge par trois grandes catégories d'acteurs, dont la répartition des interventions varie selon les secteurs : les régimes obligatoires d'assurance-maladie, les organismes d'assurance-maladie complémentaire et les ménages

Cette situation était vraie hier, elle est vraie aujourd'hui, elle sera vraie demain. Tous les participants au groupe de travail partagent ce constat.

a) Régimes obligatoires et régimes complémentaires

En dehors des ménages, les acteurs qui interviennent dans la prise en charge des dépenses de santé sont de taille et de nature bien différentes.

- *Les régimes obligatoires* répondent aux principes fondateurs de la Sécurité sociale française, tels qu'ils ont été définis par l'ordonnance du 4 octobre 1945 : ils sont les garants de la solidarité nationale en matière de risque maladie. C'est d'ailleurs ce principe de solidarité, consacré par l'obligation d'adhésion, qui justifie leur monopole sur le champ qu'ils couvrent.³

Le nombre de régimes obligatoires d'assurance maladie est relativement important, compte tenu des régimes spéciaux, mais trois régimes, au premier rang desquels le régime général (46 millions de bénéficiaires, CMU comprise), auquel il convient d'ajouter les régimes agricoles (4,1 millions) et le régime des non salariés non agricoles, CANAM, (2,9 millions) couvrent l'essentiel de la population (plus de 95 %).

- *Les régimes complémentaires* sont eux beaucoup plus nombreux et d'une nature fondamentalement différente. En 2002, on comptait quelques 1500 opérateurs, de droit privé, répartis entre environ 1300 mutuelles, régies par le code de la mutualité, 51 institutions de prévoyance et 118 entreprises d'assurance régies par le code des assurances (sociétés anonymes ou société d'assurance mutuelle). Les cotisations perçues au titre de l'activité d'assurance santé s'élevaient à près de 18,9 milliards d'euros en 2002, 11,3 pour les mutuelles, 4,0 pour les sociétés d'assurance et 3,6 pour les IP.

Mais les vingt premiers acteurs de l'assurance maladie complémentaire, qui recouvraient tous plus de 160 millions d'euros de cotisations en 2002, représentent à eux seuls 32 % des cotisations perçues (6,2 Mds d'euros) : huit sont des mutuelles, sept des IP et cinq des entreprises d'assurance.

En application des directives européennes, ces organismes sont aujourd'hui tous soumis aux mêmes règles de concurrence. Le marché de l'assurance maladie complémentaire est extrêmement concurrentiel, et le mouvement de concentration déjà engagé devrait s'accélérer.

² Pour mémoire, il convient de rappeler que 5% des malades génèrent 50% des dépenses et que 70% des dépenses proviennent des six derniers mois de la vie humaine.

³ Ce principe a été réaffirmé par la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) dans ses arrêts « Poucet » et « Pistre » du 17 février 1993 : les organismes de Sécurité sociale sont explicitement exclus du champ d'application du droit communautaire de la concurrence. Leur monopole est justifié exclusivement par leurs missions de service public et la mise en œuvre du principe de solidarité.

b) Répartition des prises en charge

Les régimes d'assurance maladie obligatoire prennent en charge un peu plus des trois-quarts des dépenses de santé, l'Etat et les collectivités locales 1 %, les organismes de couverture complémentaire 12 %, le reste (11 %) relevant de la prise en charge directe par les ménages. Pour les organismes complémentaires, les mutuelles assurent 7,5 % de la prise en charge des dépenses, les sociétés d'assurance 2,4 % et les institutions de prévoyance 2,3 %.

En valeur absolue, la répartition de la dépense courante de santé en 2001 est la suivante (en milliards d'euros) :

Régimes obligatoires de Sécurité sociale	112
Etat et collectivités locales	2
Mutuelles	11
Sociétés d'assurance	4
Institutions de prévoyance	3
Ménages	16
Total	148

Source : DREES, Comptes nationaux de la santé 2001, septembre 2002.

Sur les neuf dernières années, cette structure de financement est relativement stable, avec cependant une baisse légère de la part de la Sécurité sociale (- 0,5 points) et des ménages (-1,5 points) et une augmentation de la part des complémentaires (+ 2 points), essentiellement des mutuelles (+ 1,3 points).

Cette stabilité globale masque cependant des évolutions plus marquées en fonction des catégories de soins ou biens médicaux : ainsi, dans le domaine des soins ambulatoires, la part de la prise en charge publique est stable, mais la part du financement relevant des organismes complémentaires a progressé de deux points, essentiellement sur deux postes : les honoraires des médecins et les prothèses dentaires ; à l'inverse, dans le domaine des médicaments, la prise en charge publique a progressé de trois points, alors que la couverture par les complémentaires est restée stable.

La répartition des interventions entre AMO et AMC est variable selon la nature des dépenses. Le rôle des AMC est très réduit en matière hospitalière, il est important en matière de médicaments, il devient majoritaire sur le dentaire, l'optique, l'auditif et sur les appareillages du TIPS.

	TM théorique (en % du tarif conventionnel)	Taux réel de participation (en % du tarif conventionnel)	Participation globale moyenne de l'assuré ou de sa couverture complémentaire⁴ (en % de la dépense)
Médecins	30	19	24
Dentistes	30	27	65
Auxiliaires médicaux	40	8	20
Laboratoires	40	23	26
Pharmacie	0 ou 35 ou 65	27	37
Hôpital	20	Non apprécié	9

Source : CREDES

⁴ Y compris dépassements et dépenses non remboursées.

3 - Alors que la couverture des Français par les régimes obligatoires d'assurance-maladie est désormais généralisée, la société a pris acte du fait que le niveau de cette couverture de base ne suffisait pas à garantir un accès satisfaisant aux soins et qu'elle devait être complétée par une couverture complémentaire

Avec la création de la CMU de base, la couverture des Français par l'assurance maladie obligatoire est désormais complète. Ce processus commencé avec les lois de généralisation de la sécurité sociale de 1975 et 1978, complétées par les dispositifs départementaux d'aide médicale gratuite, existait pratiquement déjà dans les faits. Il a été harmonisé, simplifié et réorganisé en 1999.

Cependant, la collectivité a dans le même temps reconnu qu'une assurance maladie complémentaire était nécessaire pour assurer un bon accès aux soins. Elle a successivement mis sur pied des dispositifs visant à développer cette assurance maladie complémentaire.

a) Dispositifs à destination des salariés et des entreprises

Des dispositions fiscales et sociales avantageuses ont été conçues pour favoriser la souscription par les entreprises de contrats collectifs d'AMC pour leurs salariés ; il s'agit de possibilités de déductions fiscales pour les salariés et de réductions d'assiette des charges sociales pour les employeurs ; ces aides ont deux caractéristiques majeures :

- elles ont une portée très large, et peuvent concerner des salariés ayant des revenus importants ;
 - elles bénéficient plutôt aux grandes entreprises, puisque les contrats collectifs obligatoires sont plus fréquents dans ces entreprises. Ces contrats sont souvent de niveau supérieur aux contrats classiques.
- *Réductions d'assiette des cotisations sociales à la charge des employeurs et des salariés* : la part patronale des cotisations versées aux régimes complémentaires de retraite et de prévoyance est exclue de l'assiette des cotisations sociales, dans la mesure où elle n'excède pas 85 % du plafond annuel de la Sécu (dont 19 % de la même base au maximum pour les cotisations prévoyance) (art. D. 242-1 alinéa 3 du Code de la Sécurité Sociale).
 - *Avantages fiscaux au titre de l'impôt* : les cotisations versées (part salariale et part patronale, en général 50/50, souvent 40/60) aux régimes complémentaires de retraite et de prévoyance sont exonérées de l'impôt sur le revenu, en outre pour les entreprises les cotisations versées constituent une charge d'exploitation déductible du bénéfice imposable. Ceci dans la limite de 19 % de 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale, dont 3 % au maximum au titre de la prévoyance, qui recouvre la prévoyance lourde (incapacité, décès) et la santé (art. 83 du code général des impôts).
 - *Champ d'application de ces dispositions* :
 - régime obligatoire pour l'ensemble des salariés ou pour une catégorie déterminée d'entre eux ;
 - cotisation comportant une participation de l'employeur ;
 - taux de cotisation uniforme pour toute la catégorie de personnel concernée.

Il est à noter que les seuils retenus pour les réductions d'assiette des cotisations sociales et de l'impôt sur le revenu, qui sont analogues dans leurs principes et leur niveau réel, ne sont curieusement pas harmonisés (art. D. 242-1 du CSS et 83 du CGI). Leur harmonisation constituerait à l'évidence une simplification administrative très souhaitable.

La loi Evin de 1989 a prévu que les contrats collectifs devaient fixer les modalités et les conditions tarifaires dans lesquelles les organismes d'assurance complémentaire maintenaient la couverture au profit des anciens salariés retraités ou titulaires d'un revenu de remplacement (chômeurs, préretraités...). Ceci résulte d'une des plus graves lacunes des contrats collectifs qui induisent des ruptures importantes pour les salariés qui en sortent, et au premier rang desquels, les retraités. Un décret a prévu que les tarifs proposés à ces sortants de contrats collectifs ne pouvaient excéder de plus de 50 % le montant de la cotisation globale du contrat collectif antérieur, ce qui constitue néanmoins une multiplication par plus de trois, si on prend en considération le fait que dans la majeure partie des contrats collectifs au moins la moitié de la cotisation est prise en charge par les employeurs. Il n'est, dès lors, pas surprenant de constater que les plus de 65 ans sont la catégorie d'âge parmi laquelle le pourcentage de personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire faible ou nulle est le plus important (52% selon le CREDES) (cf. annexe 7).

Enfin, il convient de souligner que la loi sur la CMU fait obligation à l'employeur d'inscrire dans la négociation collective annuelle la prévoyance maladie lorsque les salariés ne sont pas déjà couverts par un accord de branche ou d'entreprise. Il semble que peu de suites aient été données à cette disposition.

b) Dispositifs à destination des travailleurs indépendants

La loi du 11 février 1994 dite "Loi Madelin" a accordé des avantages fiscaux et sociaux aux travailleurs indépendants souscrivant un contrat d'assurance maladie complémentaire. L'article 24 de la loi prévoit que les primes versées au titre de contrats collectifs d'assurance santé, dans la limite de 3% d'une somme égale à 8 fois le plafond de la sécurité sociale, sont déductibles du bénéfice imposable au titre de l'impôt sur le revenu (art. 154 bis du CGI) et exclues de l'assiette des cotisations sociales (art. L. 131-6 du CSS).

c) Dispositifs à destination des plus démunis

La création de la CMU de base est allée de pair avec la création d'une CMU complémentaire (art. L.861-1 et suivants du Code de la sécurité sociale), permettant un meilleur accès aux soins des plus démunis, en particulier dans les domaines où les interventions des AMO sont les plus faibles : optique, dentaire, appareillage auditif...⁵

d) Mesures à destination de l'ensemble des Français

Les organismes d'assurance complémentaire sont exonérés de la taxe de 7 % sur les contrats d'assurance santé pour les contrats d'AMC dits « solidaires », c'est-à-dire ne comprenant pas de questionnaires médicaux ni de tarification en fonction de l'état de santé des assurés ; revue par la loi de finances rectificatives pour 2002 pour la mettre en conformité avec le droit communautaire, cette exonération n'était auparavant accordée qu'aux seules mutuelles et institutions de prévoyance, à l'exception des sociétés d'assurance.

⁵ Cf. annexe 9.

4 - La couverture des Français par une assurance maladie complémentaire, si elle n'a cessé de s'étendre, n'est pas généralisée

En 2002, l'estimation la plus couramment admise est qu'environ 90 % des Français sont couverts par une assurance maladie complémentaire, CMUC comprise.

a) La couverture des Français par les assurances maladies complémentaires n'a cessé de progresser

L'évolution sur les quarante dernières années est significative :

Personnes couvertes par une complémentaire maladie (hors CMUC) 1960-2000 :

Année	Proportion de personnes couvertes par une complémentaire (en % de la population générale)
1960 (1)	31
1970 (1)	49
1980 (1)	69
1990 (1)	83
1995 (2)	83
2000 (2)	86

Tableau réalisé à partir de ECO-santé France 2002 (CREDES)

(1) source Enquête Santé et Soins Médicaux (INSEE, CREDES, INSERM)

(2) source Enquête Santé Protection Sociale (CREDES)

b) La CMU complémentaire, qui constitue sans contestation un progrès majeur, est loin d'avoir répondu à la question fondamentale de l'optimisation de l'accès aux soins de tous les Français

Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2000, la CMU complémentaire comptait 4,5 millions de bénéficiaires au 31 décembre 2002 (7,8% de la population), soit un nombre sensiblement plus élevé que celui des anciens bénéficiaires de l'aide médicale.

Cependant, la CMUC demeure handicapée par un très fort effet de seuil. La situation est d'autant plus préjudiciable que ce seuil a été fixé à un niveau bas pour des raisons financières. Cette situation a conduit la plupart des régimes obligatoires à mettre en place, sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale, des dispositifs d'aide à l'accès à une assurance maladie complémentaire, en particulier pour des personnes fragiles et présentant une forte demande de soins : personnes âgées, sorties des contrats de prévoyance collective à leur départ en retraite ; personnes handicapées.

Les dispositifs de la CNAMTS et de la CANAM sont particulièrement intéressants, puisque l'aide est accordée pour la souscription de contrats auprès d'organismes qui ont accepté de signer le cahier des charges proposé par le régime obligatoire, qui impose la prise en charge de certaines dépenses, c'est-à-dire qui définit de facto un panier de biens et services ⁶. La CCMSA pour sa part a laissé chaque caisse locale concevoir des dispositifs relativement semblables.

⁶ Cf. annexe 10.

c) Environ 5 % des Français, soit 3 millions de personnes, demeureraient exclus d'une protection complémentaire pour des raisons financières

Les complémentaires sont et resteront facultatives, en vertu du principe de la liberté d'assurer et de s'assurer. Mais il faut que chacun puisse y avoir accès s'il le désire, sans qu'il soit freiné par le niveau de la cotisation ou de la prime. De récentes enquêtes du CREDES ont démontré combien ces éléments restaient discriminants.

Motifs de non couverture par une complémentaire :

Motif invoqué	Pourcentage des non couverts invoquant ce motif
Trop cher	52%
Bonne santé	11%
Exonéré du TM	9%
Recherche une couverture en ce moment	9%
N'a pas le temps	6%

Guide de lecture : parmi les personnes déclarant ne pas bénéficier d'une couverture complémentaire, 52% ont avancé le prix trop élevé des couvertures comme raison.

Source : ESPS 2000, Laurence Auvray, Sylvie Dumesnil et Philippe Le Fur, (2001) Santé, soins et protection sociale en 2000, CREDES.

5 - Alors que les garanties proposées par les régimes obligatoires ont progressivement été harmonisées, la couverture des Français par les assurances maladies complémentaires renvoie à des réalités diverses

a) Une harmonisation progressive des prestations des régimes obligatoires

La plupart des prestations maladies des régimes obligatoires sont désormais alignées sur celles du régime général pour ce qui concerne les prestations en nature. Les taux de remboursement de la CANAM ont rejoint ceux de la CNAMTS en 2001.⁷ Ainsi la très grande majorité des assurés sociaux bénéficient des mêmes prestations de base, à l'exception de celles des affiliés à certains régimes spéciaux qui peuvent être plus avantageuses.⁸

b) Des couvertures complémentaires très diversifiées

La gamme des contrats souscrits par les Français auprès d'organismes d'assurance maladie complémentaire est à l'inverse extrêmement variée. Cependant, on dispose de peu d'informations synthétiques sur la ventilation de ces contrats au sein de la population française. Dans une étude parue en 2000⁹, le CREDES a identifié quatre types de contrat : les « faibles » qui proposent des remboursements souvent inférieurs à la CMUC, notamment sur l'optique et le dentaire, les « forts en dentaire » qui correspondent à la gamme la plus étendue de couverture pour tous les soins, et deux catégories intermédiaires, les « moyens en dentaire » et les « forts en optique ».

⁷ Avant 2001, les assurés de la CANAM avaient à supporter un ticket modérateur plus élevé (50%) pour les soins de ville.

⁸ Notamment les régimes dans lesquels subsiste une médecine de caisse : SNCF, mines...

⁹ « La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ? », A. Bocognano, A. Couffinal, S. Dumesnil, M. Grignon. (Cf. annexe 7).

	Faible	Moyen en dentaire	Fort en optique	Fort en dentaire
Caractéristiques du contrat moyen :				
*Remboursement en dentaire (% tarif Sécu)	49 %	170 %	155 %	473 %
*Remboursement optique (en F)	422 F	708 F	2 106 F	1 809 F
Proportion des contrats	35 %	30 %	26 %	9 %
Proportion de la population couverte	32 %	31 %	27 %	10 %

Les catégories de population relevant de ces quatre types de contrats ne se distinguent pas par l'état de santé de ceux qui les souscrivent. En revanche, la distinction s'opère lorsque l'on prend en compte le revenu et l'âge des assurés.

Toutefois, le CREDES souligne dans son étude que les contrats ne peuvent pas être seulement caractérisés par les montants de remboursement proposés, mais qu'il faut également prendre en considération le type d'organisme qui le vend (mutuelles, sociétés d'assurances, IP) et le mode de souscription (collectif ou individuel) :

- *l'organisme vendeur* : les institutions de prévoyance (2,3 % des dépenses de santé) proposent plutôt des contrats proportionnels (dans lesquels le niveau de prise en charge augmente de la même façon pour chaque type de soins au fur et à mesure que l'on progresse dans la gamme), alors que les sociétés d'assurance (2,4 % des dépenses) font presque du « sur mesure », les mutuelles (7,5 % des dépenses) proposant des prestations intermédiaires ;

- *le mode de souscription* : les contrats collectifs, qui représenteraient 50 % de l'ensemble des contrats, font jouer le principe de solidarité entre malades et bien portants ; les cotisations varient en général en fonction des catégories de personnel ; mais la plupart des contrats individuels rentrent également dans le champ des contrats dits « solidaires » encouragés fiscalement par une exonération de la taxe de 7 % sur les conventions d'assurance santé, qui correspondent aux contrats proposés par les institutions de prévoyance et les mutuelles, et à la majorité des contrats proposés par les sociétés d'assurance (avec une progression attendue depuis la réforme de la loi fiscale), et qui reposent sur les principes d'absence de questionnaire médical et de non tarification en fonction de l'état de santé.

Répartition des contrats de couverture complémentaire selon leur mode d'obtention :

Type de contrat ⇒ Organisme ↓	Par l'entreprise, obligatoire	Par l'entreprise, non obligatoire	Initiative de l'assuré	Ensemble
Mutuelle	11 %	18 %	33 %	62 %
Institution de prévoyance	7 %	4 %	4 %	15 %
Assurance privée	6 %	4 %	13 %	23 %
Total des contrats	24 %	26 %	50 %	100 %
	50 %		50 %	100 %

Source : CREDES – ESPS 1998

Les pratiques tarifaires des organismes complémentaires, depuis qu'ils sont en concurrence sur l'ensemble du marché¹⁰, ont tendance à se rapprocher : en particulier, la tarification en fonction de l'âge de l'assuré est une pratique de plus en plus répandue. De nombreuses mutuelles ont ainsi revu à la hausse les cotisations des plus de 60 ans, afin de les rendre plus conformes au niveau de dépenses médicales de cette tranche d'âge.

¹⁰ La loi du 31 décembre 1989 dite "Loi Evin" a clarifié la situation juridique qui existait depuis 1946 et qui limitait aux seules institutions découlant de l'article L 732-1 du Code de la Sécurité Sociale et aux sociétés mutualistes le droit de gérer les régimes de prévoyance complémentaire. Dans la réalité ce monopole, contraire aux principes du droit communautaire de libre concurrence, avait été contourné par les sociétés d'assurances par le biais des contrats collectifs de groupe.

La CMU complémentaire constitue une catégorie d'assurance maladie complémentaire tout à fait à part. En effet, elle repose sur deux éléments de nature bien distincte.

De façon classique, elle propose un panier de soins, c'est-à-dire une liste de biens et services de santé avec leur niveau de prise en charge.

Mais la CMUC repose sur un deuxième élément : des contraintes sur l'offre de soins. Ainsi, les professionnels de santé du secteur II sont tenus de ne pas appliquer de dépassements aux bénéficiaires de la CMUC. De même, les opticiens, les audioprothésistes et les distributeurs de dispositifs médicaux particuliers doivent proposer les biens inscrits au panier de la CMUC à un prix fixé par arrêté, parfois égal au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale pour certains biens et certaines catégories d'assurés. En dentaire, les dépassements maxima autorisés par rapport aux tarifs de remboursement de la Sécurité sociale sont également fixés par arrêtés et opposables aux professionnels de santé.

Dès l'origine cependant, le CREDES soulignait que les garanties offertes par la CMUC étaient supérieures en dentaire à 40 % des contrats d'assurance maladie complémentaire classiques, et en optique à 33 % d'entre eux.

6 - La répartition des interventions entre les AMO, les AMC et les ménages n'est pas le résultat de choix explicites et rationnels

a) Malgré les enjeux qu'elle recouvre, la répartition actuelle est le produit d'une succession de décisions techniques, parfois anciennes, plutôt que d'une approche d'ensemble

La définition du champ d'action des AMO résulte actuellement d'un processus plus empirique et implicite que d'actions organisées et claires. Les choix procédant à cette répartition ne sont pas explicites et n'ont jamais réellement fait l'objet d'un débat public.

C'est ainsi le cas de :

- la décision de prendre en charge tel type de dépense de santé ;
- la détermination du prix servant de base à la prise en charge ;
- la décision de choisir tel niveau de ticket modérateur.

De multiples exemples peuvent apporter la preuve de cet état de fait :

- La prise en charge limitée de la visite non médicalement justifiée ne date que du 1^{er} octobre 2002.
- Les médicaments à service médical rendu insuffisant, n'ont été identifiés que depuis deux ans. Les conséquences qui en ont été tirées, ont varié : d'abord une majoration du ticket modérateur, puis un programme annoncé de déremboursement.
- Troisième exemple, les tubes de pâte dentifrice fluorés. On ne peut contester qu'il s'agit d'une certaine forme de dépense de santé, puisque cette action concourt à la prévention des caries dentaires. Pour autant ni les AMO, ni les AMC n'ont jamais envisagé de les prendre en charge.

La conséquence de cet état de fait est que certaines prestations à faible utilité restent prises en charge par la solidarité nationale, alors que d'autres qui seraient aujourd'hui médicalement justifiées ne sont pas admises au remboursement.

La prise en charge des dépenses de santé par les AMO relève de trois mécanismes :

- l'admission au remboursement ;
- la fixation d'un tarif de responsabilité lorsque celui-ci est inférieur au prix de la prestation remboursable ;
- la participation de l'assuré, dont une large part est constituée du ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier constituant l'autre forme de participation.

Ces procédures amènent à définir ce que l'on a coutume d'appeler **un panier de biens et services médicaux, ou panier de soins, qui correspond à l'ensemble des prestations prises en charge par les régimes obligatoires.**

Les procédures d'admission au remboursement par les AMO des actes et produits médicaux existent pourtant ¹¹. Les deux plus importantes concernent les médicaments et autres produits de santé, ainsi que les actes médicaux.

- *Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché*, l'admission au remboursement s'effectue dans les conditions suivantes : une commission de la transparence, composée d'experts scientifiques, mais également des autorités ordinales, des représentants de l'industrie pharmaceutique et des AMO, évalue le service médical rendu (dans l'absolu) et l'amélioration du service médical rendu (par rapport aux produits existant sur le marché) de chaque produit. Cette commission émet un avis, à partir duquel le ministre décide d'inscrire ou de renouveler l'inscription du produit sur la liste des médicaments remboursables. La fixation du prix du médicament est ensuite effectuée par convention entre les industries pharmaceutiques et le Comité économique des produits de santé, instance administrative où siègent une majorité de représentants des différentes administrations de l'Etat, mais également un représentant des AMO. En cas d'échec des négociations conventionnelles, le prix est fixé par arrêté. Il est à noter que pour les produits de la LPP (ex-TIPS), la procédure est très similaire, la commission de la transparence étant seulement remplacée par la commission d'évaluation des produits et prestations.

- *Pour les actes médicaux des professionnels de santé*, l'admission au remboursement est jusqu'à présent, et en attendant la mise en place de la CCAM ¹², conditionnée par l'inscription sur la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) par arrêté. Trois procédures d'admission sont possibles : initiative du ministre, après consultation de l'ANAES et éventuellement de la commission de la nomenclature, instance qui associe des représentants des AMO et des professionnels de santé, ainsi que de l'administration à titre consultatif ; initiative de la commission de la nomenclature ; propositions contenues dans les avenants conventionnels négociés entre AMO et professionnels de santé. Les actes de la NGAP sont affectés d'une lettre-clé correspondant au professionnel de santé effectuant l'acte, et d'un coefficient de difficulté. Le tarif de responsabilité est déterminé de façon conventionnelle entre les AMO et les professionnels de santé, par fixation de la valeur de la lettre-clé ¹³.

¹¹ Cf. en annexe 8 un tableau récapitulatif des procédures utilisées pour chaque type de biens ou services.

¹² Classification commune des actes médicaux, soit 7100 références ; la CCAM ne concerne pour l'heure que les actes médicaux, et non les actes cliniques, qui seront à terme réunis dans une classification commune des actes des professionnels de santé (CCAPS).

¹³ Les actes inscrits sur la CCAM sont cotés en fonction de l'intensité du travail médical nécessaire à chaque acte (« points travail »), qui améliore l'ancienne cotation (lettres clés correspondant aux professionnels de santé et coefficient de difficulté). A terme la valorisation de chaque acte sera obtenue à partir de la détermination de la valeur du « point travail », auquel seront ajoutés le coût de la pratique exprimé par affectation des charges professionnelles propres à chaque spécialité, et des « modificateurs » (nuit, week-end...).

Ces procédures ne sont pas nécessairement toujours satisfaisantes, même celle utilisée pour le médicament, qui est pourtant la moins contestée. Trois questions se posent plus particulièrement :

- le problème de l'évolution des listes des biens et services remboursables, c'est-à-dire de leur révision périodique.
- l'intérêt de définir un panier de biens et services par des listes de produits.
- la responsabilisation de tous les acteurs : les AMC ne sont ainsi pas associées aux procédures de décision, y compris dans les champs où elles interviennent de façon majoritaire (optique, dentaire...).

b) La révision des choix initiaux manque totalement de clarté

Ainsi la valeur de tel ou tel type de prothèse (dentaire, optique, auditif, appareillage), peut rester figée pendant des décennies, sans aucun lien avec toute évolution réelle.

Par ailleurs, des besoins nouveaux apparaissent, certains avec une forte valeur médicale ajoutée, qui ne sont pas toujours pris en compte en raison de contraintes financières. D'autres continuent à être pris en charge, sans que l'on pose toujours la question de leur pertinence (ce n'est que très récemment qu'un véritable processus scientifique a permis de classer 865 spécialités pharmaceutiques en SMR insuffisant).

c) La notion de panier de soins a évolué

Les acteurs du système d'assurance maladie se posent aujourd'hui la question de l'intérêt d'un panier de biens et services médicaux qui ne serait constitué que de listes de produits remboursables. L'évolution actuelle est de déterminer le niveau de prise en charge d'un bien ou d'un service en fonction de celui qui le prescrit, du contexte dans lequel il est prescrit, et de celui à qui il est prescrit.

Autrement dit, ce sont les prescripteurs, sous le contrôle des financeurs, qui vont être amenés de plus en plus fréquemment à déterminer le niveau de prise en charge. Les contours du panier de soins deviennent dès lors plus flous. Tel est déjà le cas aujourd'hui pour la visite médicale du généraliste, dont le caractère médicalement justifiée ou non détermine le niveau de prise en charge. Mais on peut également citer le cas de l'ordonnancier bizonne pour les malades suivis en affections longue durée.

L'évolution est d'autant plus importante qu'elle constitue un nouveau mode de responsabilisation des assurés et des professionnels de santé et de promotion de la santé publique : l'objectif par exemple de l'introduction de la visite non médicalement justifiée n'est pas seulement financier, mais vise également à promouvoir les consultations en cabinet, dont il est médicalement reconnu qu'elles permettent une prise en charge de meilleure qualité.

7 - Les AMC ne sont associées ni à la définition du panier de soins, ni à la gestion du risque, ce qui contribue à rendre le système français particulièrement déresponsabilisant

Les AMO prennent en charge ce qui relève du panier de soins, dont la définition obéit à des procédures perfectibles comme il vient de l'être exposé.

A contrario, les AMC interviennent sur tout ce qui n'appartient pas à ce panier, c'est-à-dire dans trois situations bien distinctes :

- la prise en charge des tickets modérateurs, dans une véritable logique de copaiement ;
- les dépassements d'honoraires ;
- tous les biens ou services « hors nomenclature », parmi lesquels il faut mentionner en premier lieu le forfait hospitalier.

a) Le ticket modérateur a vécu, remplacé par un mécanisme de copaiement, sans qu'aucun mécanisme de gestion conjointe du risque n'ait été mis en place

La prise en charge du ticket modérateur par les AMC a conduit en pratique et dans les faits à institutionnaliser un mécanisme de copaiement AMO/AMC. A l'origine de la Sécurité Sociale en 1945, le ticket modérateur avait une logique et un fondement. Cette situation est désormais révolue. Mais aussi curieux que cela puisse paraître, aucune conséquence ne semble avoir été tirée de sa disparition.

Pourtant, il n'aurait pas été illogique d'imaginer que les AMO et les AMC décident conjointement du niveau de prise en charge de certains produits. Ainsi, la notion de ticket modérateur d'ordre public, défendue autrefois par plusieurs acteurs du système de santé, n'aurait de sens aujourd'hui que si AMO et AMC convenaient de ne pas prendre en charge un certain pourcentage du prix d'un bien, ce qui n'empêcherait cependant jamais un individu de s'assurer pour le reste à charge.

Au-delà de cette question, il convient de souligner la difficulté de coopération entre AMO et AMC. Ainsi, l'accord du 8 juillet 1999 fixant les modalités de coopération entre la CNAMTS et les organismes complémentaires (FNMF, FMF, FFSA et CTIP), dont les objectifs étaient ambitieux¹⁴, avec un programme d'actions à court et moyen terme, n'a eu qu'une portée limitée jusqu'à présent.

b) Les relations entre régimes obligatoires et régimes complémentaires demeurent limitées à des questions techniques et butent sur la question de la transmission de l'information

Les relations entre les AMO et AMC ne sont guère organisées, sauf sur un certain nombre de points techniques, en particulier les questions liées à la liquidation.

La liquidation opérée par les AMC est réalisée à partir des informations issues de la liquidation des régimes obligatoires. Les régimes obligatoires facturent désormais (sur la base d'un tarif national adopté en 1995 et révisé en 2000) la transmission informatisée des images décomptes des assurés.

¹⁴ Simplification des procédures de gestion, amélioration de la connaissance des dépenses, actions conjointes de maîtrise des dépenses, amélioration de la gestion des coûts de l'AMO et des AMC.

Une gestion conjointe du risque, qui est indispensable, pourrait buter sur la question de l'accès des organismes complémentaires à certaines données issues de la CCAM. Il semble que cette question pourrait trouver une solution si une partition est faite avec minutie entre les informations qui relèvent du secret médical et garantissent le respect de la vie privée, conformément aux principes édictés par le conseil constitutionnel et la CNIL, et les données agrégées qui pourraient permettre aux AMC d'assurer une gestion du risque plus satisfaisante.

M. Babusiaux, conseiller maître à la Cour des comptes, a été chargé par le Ministre de remettre un rapport sur ce sujet.

Il est à noter que les mutuelles de fonctionnaires, qui disposent d'une délégation de gestion administrative pour les régimes obligatoires des fonctionnaires, sont en mesure de conduire un début de gestion du risque, puisqu'elles disposent à la fois des données de l'AMO et de l'AMC sur leurs assurés.

8 - Des évolutions récentes ont encore compliqué la répartition des interventions

Deux tendances ont compliqué le paysage de l'assurance maladie française, même si leur logique est fort différente :

- La loi a introduit la possibilité pour les bénéficiaires de la CMUC de souscrire leur complémentaire auprès des CPAM¹⁶, ce que 85 % d'eux font effectivement aujourd'hui ; les CPAM interviennent ainsi dans le champ de l'AMC, ce qui paraît contraire à leur vocation première ; cependant, on peut considérer que cette intervention pourrait se justifier dans une logique de guichet unique, dans la mesure où elle s'adresse à la frange la plus défavorisée de la population. La CMUC est néanmoins financée par le Fonds CMU auquel participent les AMC. La part des organismes complémentaires dans la CMUC, de l'ordre de 15 %, est en progression ;

- Les régimes obligatoires ont multiplié les cas de prise en charge à 100 % liés à l'état du malade : tel est le cas en particulier des affections de longue durée ; les AMC ne participent pas à la prise en charge de ces populations dont le niveau de dépenses médicales est particulièrement élevé.

¹⁶ Caisse locale de MSA, ou OC de la CANAM

Troisième partie : Les pistes de solutions

1 - La création d'une « Couverture Maladie Généralisée »

La collectivité a reconnu ces dernières années qu'un bon accès aux soins nécessitait une couverture maladie obligatoire, mais également une couverture maladie complémentaire. C'est le constat qui a prévalu lors de la création de la CMU complémentaire.

Face à ce constat, deux solutions sont possibles :

- élargir le champ d'intervention des AMO à l'ensemble des prestations aujourd'hui servies par les AMC et qui sont indispensables à un bon accès aux soins ;
- entériner l'intervention conjointe des AMO et des AMC en rationalisant leurs interventions et en organisant leur coopération, sous la garantie de l'Etat.

La première solution est illusoire, car elle emporterait deux conséquences importantes : la disparition de la quasi totalité des organismes de couverture complémentaire, ce qu'aucun membre du groupe n'a jugé souhaitable ou envisageable ; l'intégration de la plus grande partie des cotisations actuellement versées aux AMC dans les prélèvements obligatoires, ce qui placerait la France en difficulté en matière de niveau de prélèvements obligatoires, par rapport à ses partenaires européens.

La seconde solution paraît donc la seule voie possible. Elle repose sur les principes suivants.

« La Couverture Maladie Généralisée » (CMG) correspond à l'accès aux soins que la Nation garantit à chacun de ses citoyens. Elle est constituée de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et d'une assurance maladie complémentaire dite de base (AMCB).

La définition du contenu de la couverture maladie généralisée est une compétence régalienne de l'Etat. Elle va de pair avec la fixation des objectifs nationaux de santé publique.

a) La CMG est un engagement fort de l'Etat

La légitimité de l'Etat pour définir en dernier ressort au plan national le panier de soins dont l'accès est garanti par la Couverture Maladie Généralisée n'est pas contestée. Les membres du groupe de travail, comme ceux du groupe présidé par Mme Ruellan, l'ont confirmé.

Si le choix doit être éclairé par des experts, il reste d'abord un choix politique, au plus haut niveau, entre les dépenses que la Nation considère comme nécessaire qu'elle prenne en charge (CMG), et celles qui, moins prioritaires, peuvent rester à charge des ménages, étant donné que ces derniers sont libres par la suite de s'assurer pour ce reste à charge, mais sans aide de la collectivité.

Cette idée ne constitue pas en elle-même une novation car ce type d'exercice a déjà été fait dans certains cas. La commission de la transparence a examiné en 2001 l'ensemble des spécialités pharmaceutiques. Ceci a abouti à une classification en fonction du service rendu par ces spécialités, important, modéré, faible ou insuffisant, suivi au final d'une annonce de déremboursement pour les spécialités à SMR insuffisant. Il faut noter que ce qui insuffisant n'est par définition pas nul, mais par contre, c'est à l'évidence non prioritaire au sens de la prise en charge par la solidarité nationale. **Ce qui a été fait pour le médicament devra nécessairement être fait pour la totalité des dépenses de santé, et ce dans un très grand degré de détail.** La classification pourrait utiliser les nouvelles nomenclatures des actes des professionnels de santé, et notamment la CCAM.

Dès lors que la création de la CMG répond au constat que la seule affiliation à une AMO ne suffit plus à garantir le libre accès aux soins que la Nation souhaite offrir à ses citoyens, le panier de soins de la CMG est nécessairement plus large que l'actuel panier de soins de l'AMO. **La CMG constituerait ainsi une avancée, plus que significative, dans le domaine de la prise en charge des dépenses de santé par rapport au champ actuel de la seule Sécurité sociale.**

Grossièrement, le champ de la CMG correspondrait aux soins couverts aujourd'hui par les AMO et aux garanties offertes par les contrats d'AMC les plus standards. Ceux-ci peuvent servir à définir le champ de la CMG, au même titre que le panier de soins de la CMUC ou les cahiers des charges des dispositifs d'aide à la mutualisation mis en place par la CNAMTS et la CANAM, sans pour autant les recopier.

La mise en place de la CMG pourrait être plus généralement l'occasion de s'interroger sur l'opportunité de la prise en charge par la collectivité ou avec le soutien de la collectivité de certaines dépenses, et inversement sur l'intégration dans le champ du remboursement de certaines prestations qui en sont aujourd'hui exclues.

b) La définition du panier de soins de la CMG

Conformément à la Constitution qui réserve à la loi la fixation des principes, la définition du panier de soins, que l'on peut considérer comme un panier de garanties, devrait intervenir au terme du processus démocratique et concerté suivant :

- *Pour la définition des principes par le législateur :*
 - consultation d'experts et d'autorités scientifiques de haut niveau, comme, par exemple, le Haut comité de santé publique ;
 - recueil de l'avis des organismes gérant un régime obligatoire ou un régime complémentaire de couverture-maladie ;
 - consultation des usagers du système de soins, des élus locaux, des partenaires sociaux, des professionnels de santé et de l'ensemble des acteurs économiques et sociaux impliqués dans le domaine de la santé ; cette consultation peut s'effectuer dans le cadre des Conférences régionales de santé et de la Conférence nationale de santé.

Au final, le Parlement vote les grands principes définissant la Couverture maladie généralisée.

- *Pour la définition précise du panier de soins de la CMG par le pouvoir exécutif :*
 - consultation d'experts et d'autorités scientifiques de haut niveau sur le modèle de ce qui existe d'ores et déjà aujourd'hui (commission de la transparence pour les médicaments, commission de la nomenclature pour les actes médicaux...) ;
 - concertation de l'Etat, des AMO et des AMC avec les professionnels de santé et les industriels de la santé pour fixer la valeur du tarif opposable des actes et des produits de santé.

Au final, le gouvernement fixe par voie réglementaire les garanties offertes par la couverture maladie généralisée. Toutefois, les contours les plus précis du panier de soins relèvent *de facto* des prescripteurs, sous le contrôle du régulateur, dès lors que le remboursement de certaines prestations est à déclenchement médicalisé, en fonction de la pathologie de l'assuré par exemple.

D'une façon générale, quelques principes peuvent être reconnus :

- la création de la CMG doit être l'occasion de s'interroger sur l'opportunité de certaines dépenses prises en charge actuellement par les AMO ou incluses dans les contrats standards d'AMC, et sur l'admission au remboursement de prestations qui n'y ont aujourd'hui pas droit, bien qu'étant médicalement justifiées ;
- la CMG, contrairement à la CMUC, qui est une de ses composantes, n'a pas vocation à assurer la gratuité totale des soins : la CMG ne s'accompagne donc pas de mécanismes réglementaires d'encadrement de l'offre de soins ;
- la CMG constitue une amélioration de la prise en charge actuelle de certaines dépenses, sans pour autant aller jusqu'aux frais réels lorsqu'ils ne correspondent pas aux critères de tact et de mesure ;
- par ailleurs, la CMG, en fonction de circonstances déterminées, peut ne pas représenter un total de 100 %, dans une optique de responsabilisation de l'assuré et de promotion du bon usage des soins.

Il est indispensable que le panier de soins de la CMG fasse l'objet d'une procédure de révision périodique, ou d'actualisation permanente. Tel acte jugé en son temps important peut devenir moins important. Telle autre catégorie d'acte de santé peut apparaître.

c) La CMG est la somme des garanties offertes par l'assurance maladie obligatoire et par une assurance maladie complémentaire de base

Les dépenses de santé peuvent être réparties dans quatre catégories distinctes :

- les dépenses pour lesquelles les AMO peuvent et doivent être les financeurs ;
- celles où le couple AMO-AMC, par le jeu d'un copaiement, assure la prise en charge (cas de l'actuel ticket modérateur) ;
- celles pour lesquelles les AMC peuvent et doivent être les financeurs ;
- enfin, celles qui ne s'inscrivent pas dans l'objectif de santé publique de la Nation, et doivent rester à la charge des ménages sans faire l'objet d'aide de la collectivité (ce qui n'exclut pas qu'un individu puisse s'assurer individuellement pour ce reste à charge).

Les trois premières catégories relèvent de la CMG. L'accès aux soins est garanti pour tous par un système de prise en charge à deux étages : ces dépenses de santé sont financées par les AMO et par des AMC dites « de base ».

2 - L'assurance maladie complémentaire de base comprend deux formes : la CMU complémentaire et une assurance maladie complémentaire de base proprement dite

a) La création d'une assurance maladie complémentaire de base ne remet pas en cause l'existence de la CMU complémentaire

L'AMCB peut en effet prendre deux formes :

- **la CMUC** pour les personnes qui en bénéficient déjà à l'heure actuelle, avec un panier de soins et des contraintes sur l'offre de soins ; la CMUC peut continuer à pouvoir être proposée par les CPAM¹⁷, maintenant les avantages de la simplicité d'un guichet unique pour les personnes les plus fragiles. Elle est et doit être proposée par les organismes complémentaires, dont il serait logique et souhaitable qu'ils deviennent, sur ce champ normal de leur compétence, les acteurs principaux.

¹⁷ Caisse locale de MSA et OC de la CANAM

- **un contrat d'assurance maladie complémentaire de base souscrit auprès d'un organisme complémentaire**, soit collectivement, soit individuellement ; ce contrat offre les garanties correspondant au panier de soins défini au titre de l'AMCB, de telle sorte que le total des garanties de l'AMO et de l'AMCB soit égal à celui de la CMG.

L'adhésion à ce contrat demeure facultative, mais pour que toute personne qui souhaite y souscrire ne puisse en être empêchée pour des raisons financières, son accès devrait être aidé, pour les Français les plus modestes dont les ressources se situent au dessus du seuil de la CMUC.

b) Les caractéristiques du contrat d'AMCB et son cahier des charges

- *L'AMCB est une couverture qui demeure facultative*

Le type d'aide proposé pour l'acquisition d'une AMCB respecte le principe fondamental de la liberté d'adhérer ou non sous réserve, bien entendu, des contrats obligatoires par accord collectif. Si la généralisation de l'accès à une AMCB doit être favorisée, elle ne doit pas aller jusqu'à l'obligation, faute de quoi, d'une part les cotisations aux complémentaires santé rentreraient dans la masse des prélèvements obligatoires, d'autre part la justification même des complémentaires disparaîtrait et la raison voudrait alors qu'elles soient intégrées dans les AMO, ce qu'aucun membre du groupe de travail n'a défendu.

- *En échange de la liberté tarifaire, l'AMCB doit au minimum respecter les règles du contrat solidaire*

Chaque AMC est libre de fixer le prix de ses contrats, qu'il s'agisse du contrat d'AMCB ou de tout autre contrat qu'elle pourrait proposer. Mais pour le contrat type de base les principes fondamentaux d'éthique assurantielle doivent être respectés : non-sélection des risques, non-majoration pour état de santé, absence de période probatoire... Il sera possible de s'inspirer des principes retenus pour la fiscalité des contrats dits solidaires (cf. *supra*).

- *L'AMCB ouvre droit à une aide à l'achat financée par la collectivité, sous conditions de ressources, dont la contrepartie est l'engagement des organismes complémentaires dans la corégulation des dépenses (cf. *infra*).*
- *L'AMCB est proposée par tous les organismes de couverture complémentaire ou par les organismes ayant répondu à un cahier des charges défini par l'Etat*

Le cahier des charges national qui serait la définition de l'AMCB ainsi que son mode d'emploi est arrêté par l'Etat.

Il comprendrait non seulement les garanties offertes par l'AMCB, définies selon la procédure proposée ci-après, mais aussi l'ensemble des mécanismes que les organismes complémentaires s'engageraient à suivre : corégulation, prévention ...

Tout organisme de couverture complémentaire pourrait être tenu par la loi de proposer un contrat d'AMCB.

Les organismes complémentaires peuvent, bien évidemment, offrir également tout autre type de contrats, dès lors que l'AMCB reste bien identifiée notamment en terme de tarification. Cette mesure ne devrait pas poser de difficultés particulières sur un plan juridique.

Une autre solution, sans doute préférable car plus responsabilisante, pourrait consister à soumissionner au cahier des charges national. Ce cahier des charges conduirait tous les organismes complémentaires qui en acceptent les termes à être éligible au mécanisme d'aide à l'achat défini ci-après. Le cahier des charges est un point qui revêt une importance toute particulière. L'aide à l'achat apportée par la collectivité nationale suppose qu'en échange, on respecte un certain nombre de contraintes.

Il serait à ce niveau souhaitable que le principe posé de liberté tarifaire des organismes complémentaires au titre de l'AMCB soit cependant partiellement limité à l'image de ce qui a été fait par la loi Evin.

Aussi, il serait souhaitable de préciser que le tarif des personnes âgées ne peut être supérieur de X% au tarif moyen et qu'à l'inverse celui des jeunes ne pourrait être inférieur de Y% au tarif moyen.

Quelle que soit la solution retenue, chaque Français est libre de souscrire à l'AMCB ou de souscrire un contrat d'un niveau supérieur dès lors que l'AMCB reste bien identifiée; mais dans ce cas, c'est à la personne elle-même de financer le surcoût, sans aucune forme d'aide de la collectivité.

D'une façon générale, la plus grande transparence doit être une règle de base de l'AMCB.

3 - Une coopération nouvelle entre les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, fondée sur le copaiement et la corégulation

a) Le copaiement : la définition commune par les organismes obligatoires et complémentaires du panier de soins de l'AMCB, sous l'arbitrage de l'Etat

Le cadre de la négociation entre les organismes de couverture maladie obligatoire et de couverture maladie complémentaire est constitué par le panier de soins défini au titre de couverture maladie généralisée.

Au sein de ce panier de soins, la répartition entre ce qui relève de l'AMO et ce qui relève de l'AMCB est un sujet à multiples facettes.

Une première solution pourrait consister à renvoyer ce partage sur une négociation entre régimes obligatoires et régimes complémentaires. Cette procédure est proche de celle qui est aujourd'hui utilisée par la CNAMTS ou la CANAM pour leur aide à l'achat d'une couverture complémentaire, puisqu'elles définissent un cahier des charges auxquels les AMC répondent pour s'inscrire dans ce dispositif.

Cette hypothèse ne peut être considérée comme totalement satisfaisante. En effet, en premier lieu, l'Etat ne saurait être absent de la définition d'un dispositif où il est et reste impliqué au premier chef, d'une part par la fixation des contributions finançant les AMO, d'autre part par le financement des aides à l'achat permettant l'acquisition d'une AMCB. En second lieu, quel que soit le devenir de la ligne de partage entre AMO et AMCB, les fondements même de la Sécurité Sociale impliquent que sa place ne peut être ignorée.

Dans ces conditions, le cadre qui paraît le plus approprié pourrait être une « structure *ad hoc* », associant les AMO, les AMC, et des représentants de l'Etat.

Au final, l'Etat fixe réglementairement les contours de l'AMO et de l'AMCB.

La définition du panier de soins de l'AMCB suppose deux éléments :

- un peignage fin de l'ensemble des actes de la CCAM, et à terme de la CCAPS, avec l'appui d'experts et d'autorités scientifiques ;
- une corégulation organisée entre les AMO et les AMC.

Le panier de soins de l'AMCB doit comporter trois types de garanties, qui ne sont pas nécessairement au niveau actuel des contrats complémentaires :

- la prise en charge des actuels tickets modérateurs, dans une véritable logique de copaiement ;
- les dépassements au delà du tarif opposable (dentaire, optique, TIPS...) ;
- tout ou partie du forfait hospitalier.

Si la répartition des interventions entre AMO et AMCB relève de la procédure décrite ci-dessus quelques idées peuvent cependant être avancées :

- la notion désormais obsolète de ticket modérateur doit être supprimée et remplacée par celle de copaiement ;
- il pourrait être introduit un remboursement à taux 0 par l'AMO, qui laisserait ouverte une prise en charge par l'AMCB, à un niveau qu'il appartiendrait de définir selon les biens. Cette proposition permet de laisser subsister pour ces biens le « label sécurité sociale », à la différence des produits classés hors CMG. Par exemple, ceci permettrait de séparer les médicaments déremboursés de ceux qui n'ont jamais été admis au remboursement.

b) La corégulation : l'association des AMC à la gestion du risque

L'aide à l'achat d'une AMCB n'a de sens que si les AMC apportent en contrepartie leur contribution active à la régulation des dépenses de santé, et qu'à minima leur intervention ne vienne pas entraver les efforts de régulation menés par les AMO.

La corégulation a deux objectifs :

- empêcher que les actions de corégulation de l'un soient annihilées par l'action de l'autre ; ceci est pourtant le cas aujourd'hui, lorsque des AMC décident de prendre en charge les dépassements correspondant à une visite non médicalement justifiée, ruinant ainsi l'effort pédagogique entrepris par les régimes obligatoires et les professionnels de santé. A l'inverse, les décisions unilatérales d'augmentation du ticket modérateur ont conduit les complémentaires à augmenter leur participation, tant par manque d'information que par pression concurrentielle ;
- définir les contours très précis du panier de soins ; la responsabilité du prescripteur dans la définition de la prise en charge ne va cesser de s'accroître. Une gestion du risque partagée permettrait que cette responsabilité soit assurée sous le contrôle des deux payeurs, en l'occurrence les régimes obligatoires et les régimes complémentaires offrant l'AMCB. Par exemple, dans le cadre d'un accord de bon usage des soins (ACBUS), tel médicament n'est éligible qu'au titre de certaines affections : la procédure de contractualisation d'un ACBUS doit pouvoir associer les AMC, avec des modalités variables selon les domaines concernés.

La responsabilisation accrue des prescripteurs nécessite sans doute une efficacité renforcée du contrôle médical, dans toutes ses composantes (contrôle, conseil, expertise). Le contrôle médical est un outil déterminant sur lequel les deux catégories d'acteurs de la prise en charge des dépenses de santé doivent pouvoir s'appuyer.

Permettre une gestion du risque commune et efficace par le couple AMO/AMC suppose de se pencher en détail sur les conditions dans lesquelles les AMC pourraient avoir accès à certaines données issues de la CCAM, conditions dont on puisse être sûr qu'elles garantissent toutes les sécurités nécessaires.

La participation des AMC à la gestion du risque pourrait se traduire institutionnellement : les AMC pourraient être associées aux URCAM, notamment.

La corégulation offre le mode d'emploi qui va de pair avec le copaiement.

Pour une plus grande efficacité de la corégulation, il pourrait être envisagé de confier un rôle de pilote à l'AMO ou à l'AMCB, selon les cas.

L'acteur pilote aurait plusieurs missions :

- la définition conjointe avec les professionnels de santé d'un « mode d'emploi » des soins, à même de responsabiliser l'assuré, qui peut passer, en sus de conditions de remboursements différenciées (visite non médicalement justifiée), par des actions d'éducation aux soins et à la santé. Il serait à ce titre nécessaire de fixer à l'acteur pilote des objectifs qui ne soient pas simplement financiers, mais de santé publique.
- la « surveillance du portefeuille », c'est-à-dire par exemple l'examen des devis dentaires ou optiques, ce que certaines AMC ont déjà mis en œuvre ; ou encore le suivi d'assurés « gros consommateurs » de soins.
- un dialogue privilégié avec les professionnels de santé ; si par exemple les organismes complémentaires au titre de l'AMCB sont acteurs pilotes dans le domaine des lunettes, on pourrait imaginer qu'ils négocient des accords tarifaires avec les fabricants de lunettes, ce qui existe déjà dans certaines régions ; un autre exemple peut être donné avec le développement et l'accompagnement de réseaux de soins.

La nécessaire corégulation organisée et structurée entre les AMO et les AMC ne préjuge en rien de toute autre forme de régulation qui pourrait être mise en œuvre par l'Etat lui-même, les professionnels de santé, les assurés...

c) Lancer une expérimentation dans quelques domaines de soins

Il pourrait être utile d'examiner, dans un cadre expérimental dans un premier temps, si les organismes complémentaires dans le cadre de l'AMCB, ne pourraient pas devenir les acteurs pilotes pour une catégorie d'actes de santé jugés comme, d'une part ne devant pas rentrer nécessairement dans le champ de la sécurité sociale, et d'autre part très mal pris en charge par cette même sécurité sociale.

Raisonnement globalement par secteurs entiers n'a pas de sens. Par contre, dans le cadre d'un peignage fin prestation par prestation, on peut concevoir que certaines prestations seraient du ressort des AMO, d'autres pourraient relever d'un pilotage par les AMC. Ce peut être le cas à l'intérieur des secteurs du dentaire, de l'optique, de l'audioprothèse, de la LPP (ex-TIPS), des cures thermales, de l'homéopathie, et des médicaments à SMR faible...

4 - La création d'une aide à l'achat de l'assurance maladie complémentaire de base

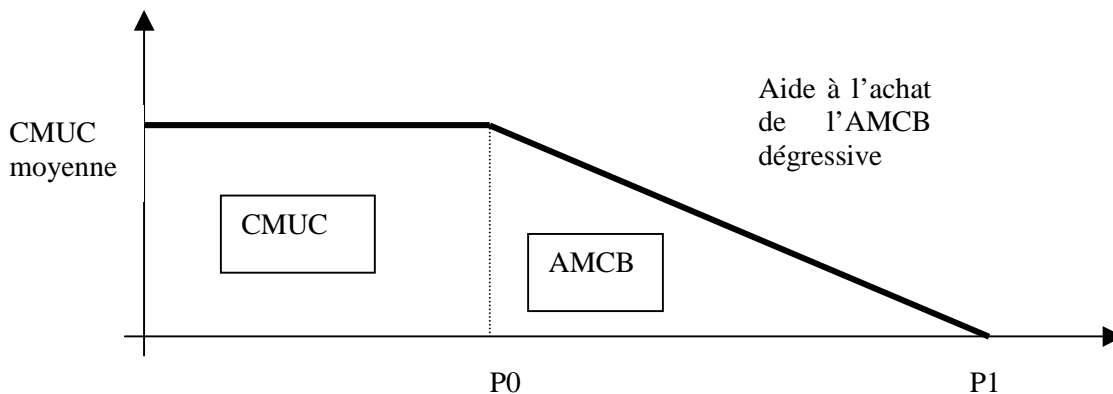
a) Les principes de l'aide à l'achat

Pour aider à l'accès de l'AMC de base, on peut concevoir une aide qui pourrait prendre la forme d'une *aide personnalisée à l'achat attribuée sous conditions de ressources*, sous la forme par exemple de chèques endossables seulement auprès d'une assurance complémentaire santé pour l'achat de l'AMCB en individuel comme en collectif. Cette aide à l'achat serait maximale à P0, dégressive entre P0 et un plafond P1, pour lisser les effets de seuil, nulle au-delà de P1.

L'aide à l'achat de l'AMCB a pour principal mérite de lisser les effets de seuil de la CMUC et de permettre une généralisation de l'accès à une complémentaire permettant, pour les Français les plus modestes, en combinaison avec les garanties proposées par le régime obligatoire, un accès garanti aux soins.

Le plafond P1 devrait être fixé en fonction de deux critères principaux :

- inclure les bénéficiaires de minima sociaux (minimum vieillesse, AAH, API) qui sont pour l'heure exclus de la CMUC ;
- prendre en compte la situation des retraités, chômeurs, bénéficiaires d'une pension d'invalidité..., qui sont pour l'heure très fortement pénalisés lors de leur sortie d'un contrat collectif ;



L'idée d'un chèque endossable uniquement par une AMC pour l'acquisition de l'AMCB, est très nettement préférable à un crédit d'impôt, peu adapté compte tenu de la « complexité » du système fiscal français.

b) Les caractéristiques de l'aide à l'achat

Ce « bon d'achat » pourrait présenter les caractéristiques suivantes :

- Un bon d'achat modulable selon l'âge de son bénéficiaire

Pour tenir compte des modes de tarification des organismes de couverture maladie complémentaire, essentiellement liés à l'âge, le bon d'achat pourrait être majoré ou minoré en fonction de l'âge de l'assuré et de la composition du foyer, à l'image des dispositifs mis en place par la CNAMTS ou la CANAM sur leurs fonds d'action sociale. (cf Annexe 10)

- *Un bon d'achat servi dans la limite du coût de la complémentaire proposé*

Le montant du bon d'achat ne peut être supérieur au montant du contrat d'AMCB souscrit par l'assuré, que celui-ci soit individuel ou collectif.

- *Un bon d'achat qui pourrait être servi par les CAF*

Les CAF gèrent déjà de nombreux dispositifs nécessitant une étude des ressources des assurés. Il pourrait ainsi être judicieux de leur confier une délégation de gestion des bons d'achat de l'AMCB. Les personnes susceptibles d'être bénéficiaires, adressent une demande à leur CAF, qui sur la base du revenu déterminé leur adresse le bon d'achat à l'AMCB correspondant. Cette mesure serait sans influence sur les bénéficiaires de la CMUC, puisque celle-ci continuerait d'être attribuée par les CPAM.

S'agissant d'aides à l'achat d'une couverture maladie, les CPAM constituent toutefois un interlocuteur naturel. On pourrait dans ce cas construire un mécanisme de transmission d'informations entre CPAM et CAF.

Enfin, la gestion financière de l'aide à l'achat de l'AMCB serait assurée par le Fonds CMU, qui rembourserait, sur pièces justificatives, les organismes de leurs débours.

Une autre hypothèse mérite de retenir l'attention. Elle s'inspire du mécanisme mis en place dans le cadre de la prime pour l'emploi (PPE), avec la gestion et la diffusion en direct des bons d'achat par le réseau du Trésor Public.

c) Un financement assuré par la suppression des avantages fiscaux et sociaux octroyés aux entreprises et aux salariés pour la souscription de contrats santé, loi Madelin ou collectifs obligatoires

- *Le financement de l'aide ne relève ni des prestations légales des régimes obligatoires, ni de leur action sanitaire et sociale*

La situation actuelle, qui voit les caisses de sécurité sociale intervenir pour lisser les effets de seuil de la CMUC, ne doit être considérée que comme un palliatif mis en place par les caisses pour remédier à une situation aussi brutale que socialement injuste. De surcroît, compte tenu qu'il est irréaliste d'adapter la valeur du bon d'achat à chaque situation particulière, il est utile que les caisses retrouvent une véritable marge de manœuvre sur leur action sociale pour traiter des situations individuelles atypiques qui peuvent se présenter.

- *La révision des avantages fiscaux et sociaux des contrats de santé collectifs et « loi Madelin » répond à un impératif d'équité*

Le coût brut des aides à l'achat, examiné au point *d* ci-après est financé par le réexamen des dispositifs fiscaux et sociaux actuels qui prévoient une déductibilité fiscale et une réduction d'assiette sociale des cotisations de prévoyance complémentaire.

On peut s'étonner que lors de la création de la CMUC, dont des revenus très modestes se sont trouvés exclus, on ait parallèlement conservé une déductibilité fiscale et sociale pour des couvertures complémentaires souvent de haut niveau procurant un avantage fiscal d'autant plus fort que le revenu est élevé.

La révision de la règle dite « des 19 % » ne remet pas en cause le dialogue social dans l'entreprise : la remise en cause ne porte en effet que sur la partie la plus faible de la prévoyance et laisse inchangés les dispositifs relatifs à la retraite complémentaire et à la prévoyance lourde, soit environ 17,7% des 19%.

Cette révision prend seulement en compte la différence de logique entre les complémentaires santé et les autres types de complémentaire. Il est du domaine d'activité naturel du dialogue social au sein de l'entreprise ou de la branche de traiter des prestations en espèces se substituant au salaire. Mais ces questions sont fort différentes des problématiques de santé publique et d'accès aux soins.

De surcroît, il est inenvisageable de créer une situation qui permettrait de cumuler l'octroi des bons d'achat avec l'aide fiscale actuelle. **Le recentrage de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire maladie sur les Français disposant des revenus les plus modestes**, et notamment pour ceux qui sont retraités et ont été exclus des contrats collectifs, rend donc impératif la révision de la règle « des 19% ».

Cette suppression des avantages liés à la souscription d'un contrat collectif santé ne rendra pas pour autant moins attractifs ce type de contrat. En effet, la négociation collective d'un contrat permet toujours d'obtenir des tarifs plus favorables. De surcroît, les contrats santé sont le plus souvent proposés par les organismes de couverture complémentaire comme un élément d'un ensemble plus vaste, incluant la prévoyance lourde, dont les contrats demeurent aidés dans le cadre du dispositif actuel. Par ailleurs, la suppression de l'aide publique n'empêche pas que soit maintenue une participation de l'entreprise au paiement de la cotisation, négociée dans le cadre du dialogue social. Enfin, l'aide à l'achat de l'AMCB contribue, pour ceux qui en bénéficient, au financement global du contrat collectif. Ces considérations atténuent fortement l'hypothèse d'un déport du collectif vers l'individuel.

En revanche, il n'est pas à exclure que des garanties haut de gamme, qui ont un effet inflationniste avéré sur les dépenses de santé, soient revues à la baisse.

Les mêmes principes d'équité et de séparation entre santé et prévoyance sont valables pour les contrats souscrits par les non salariés relevant de la loi Madelin. Il est donc logique d'en tirer les mêmes conséquences et de revenir sur le dispositif concernant les contrats santé, sans modifier les règles existantes en matière de retraite et de prévoyance lourde.

Le coût des exonérations fiscales peut être estimé aujourd'hui à près de 0,8 milliards d'euros. La réduction d'assiette des cotisations sociales entraîne quant à elle actuellement un manque à gagner de près de 2 milliards d'euros.

Une variante de la révision de la règle des 19% dans le cas des contrats collectifs obligatoires peut être examinée.. Elle permet de se situer dans le cadre d'une aide fixe, et non croissante avec les revenus des salariés et le niveau du contrat comme c'est actuellement le cas.

Elle consisterait dans le cadre de ces contrats à remplacer au lieu de supprimer l'aide fiscal-social par un bon d'achat global, déduit du contrat complémentaire, de x euros (par exemple 100 €) par tête d'assuré principal. La répartition entre la cotisation employeur et la cotisation salariale de ce bon d'achat global relèverait du dialogue social dans l'entreprise

d) La mise en place d'une aide à l'achat de l'AMCB pourrait être effectuée à coût constant pour la collectivité

Le chiffrage qui suit a été effectué à l'aide de la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques et de la Direction de la sécurité sociale. Il s'agit d'une simple estimation. Les éléments ayant servi à cette esquisse de chiffrage figurent en annexe 11.

Pour évaluer le coût brut de l'aide à l'achat, trois variables doivent être prises en compte :

- *Le niveau du plafond P1*

Le plafond P0 correspond au seuil maximal de ressources ouvrant droit à la CMUC (562 €). La CMUC concerne 4,5 millions de personnes, les effectifs cités se rajoutent aux bénéficiaires de la CMUC. P1 détermine donc le nombre de personnes concernées par l'aide à l'achat.

Un plafond P1 fixé à 1000 euros mensuel par unité de consommation¹⁸ se situe au-dessus d'un SMIC pour une personne seule (913 euros net). Pour un couple avec deux enfants, il correspond à des ressources mensuelles nettes de 2100 euros¹⁹ (13 800 F/mois). Il intègre donc les bénéficiaires des minima sociaux touchés par l'effet de seuil de la CMUC. Les premières estimations considèrent que 13,6 millions d'individus bénéficieraient dans ce cas de l'aide. La plupart d'entre eux disposent déjà d'une complémentaire santé. Le dispositif proposé se veut donc nettement plus ambitieux qu'une simple extension des dispositifs d'aide à la mutualisation mis en place par les caisses de sécurité sociale.

Il est également possible de faire une hypothèse avec un plafond de ressources plus élevé (1200 euros), mais une aide moindre. Dans cette hypothèse, 20,6 millions de personnes seraient concernées, soit un tiers de la population française.

- *Le montant de l'aide à l'achat*

L'objectif de l'aide est de lisser les effets de seuil liés à la CMUC. Il est donc utile de prendre en considération la dépense moyenne annuelle de santé des bénéficiaires de la CMUC au titre de la complémentaire. A cet égard, le remboursement aux organismes de couverture complémentaire destiné à équilibrer les contrats CMUC a été porté à 283 euros au 1^{er} janvier 2003. Par ailleurs, la cotisation moyenne d'un contrat moyen de gamme d'assurance santé complémentaire, hors majorations ou minorations liées à l'âge, peut être estimée entre 250 et 300 euros.

L'hypothèse retenue pour le montant dégressif de l'aide à l'achat sera donc de 300 euros. Il s'agit du montant pour un adulte isolé dont les ressources se situent à hauteur de P0 : 562 € : dans la simulation présentée ci-dessous, il est tenu compte des majorations et minorations selon l'âge exposées au point 4-b, en fonction de la répartition par âge de la population potentiellement concernée.

Il est à noter que l'on se situe largement au-dessus du niveau des aides à la mutualisation accordées par les régimes obligatoires sur leurs fonds d'action sociale (126 € à taux plein pour une personne seule dont l'âge est compris entre 40 et 60 ans pour la CNAMTS par exemple). L'effet de seuil de la CMUC est bien lissé.

¹⁸ Chiffre correspondant au revenu brut d'une unité de consommation, constitué des revenus d'activité et des transferts sociaux, à l'exception de certaines prestations familiales.

¹⁹ En utilisant l'échelle d'équivalence retenue pour le calcul de la base ressource CMU : 1 pour une personne seule, 1,5 pour deux personnes, 1,8 pour trois personnes, 2,1 pour quatre personnes et 0,4 de plus par individu supplémentaire.

Ces différentes hypothèses aboutissent aux chiffrages suivants :

Scénario 1 :

P1 = 1000 euros (13,6 millions de personnes concernées)

Montant de l'aide dégressive = 300 euros

Coût de la mesure : 1,8 milliards €

Scénario 2 :

P1 = 1200 euros (20,6 millions de personnes concernées)

Montant de l'aide dégressive = 300 euros

Coût de la mesure : 2,8 milliards €

Ces chiffrages incluent l'hypothèse que toutes les personnes éligibles ont recours à l'aide.

Il est à noter que le chiffrage est effectué à l'instant t ; mais compte tenu du vieillissement de la population, il serait utile d'avoir une vision prospective à dix ans de la mesure, afin de voir en particulier si les sorties de collectif occasionnées par le vieillissement de la population auront un impact sur le nombre de bénéficiaires de l'aide à l'achat d'une AMCB et sur le coût des cotisations des complémentaires.

CONCLUSION

L'ensemble des propositions qui figurent dans le présent rapport, constitue un changement majeur dans le mécanisme de couverture maladie en France, tel qu'il existe depuis 1945. Peut-il être pour autant considéré comme une révolution ?

Ce n'est pas le cas, car il ne fait qu'acter, l'évolution qui s'est opérée lentement et inexorablement depuis de très nombreuses années pour ne pas dire des décennies, sans que curieusement on en ait véritablement pris conscience.

Les dépenses de santé, et c'est un élément factuel, sont désormais prises en charge par un mécanisme à deux étages. Le premier correspond aux assurances maladie obligatoires (AMO), acteur principal et homogène pour tous les assurés depuis l'alignement de la CANAM sur la CNAMTS. Le deuxième étage est constitué par les assurances maladie complémentaires (AMC).

Elargir le champ des AMO, outre une augmentation des prélèvements obligatoires, reviendrait de fait à supprimer les assurances maladie complémentaires, thèse que personne ne défend.

Dès lors que l'on ne peut que prendre acte de l'existence des AMC, il faut répondre à la question : Que font-elles ?

Leur rôle passif actuel ne peut être considéré comme satisfaisant. Elles sont un acteur de la prise en charge des dépenses, elles doivent devenir un acteur à part entière de la couverture maladie, même si à l'évidence elle diffèrent toujours de la Sécurité Sociale tant par leur taille que par les principes qui fondent la sécurité sociale.

Les AMC sont extrêmement diverses quant au niveau des dépenses de santé qu'elles couvrent. Cependant, chacun s'accorde à reconnaître aujourd'hui que certaines des dépenses qu'elles couvrent participent directement à garantir un bon accès aux soins à la population. La création de la CMUC a entériné ce constat.

Dès lors, l'activité des organismes complémentaires revêt plusieurs facettes.

La première est la consécration du rôle de deuxième étage des AMC dans la mission que la Nation peut confier à une assurance maladie généralisée et qui est celle de garantir un accès aux soins à tous les Français.

Une autre est la possibilité, au nom du principe de base de la liberté d'assurer et de s'assurer, de couvrir certaines dépenses qui en étant une forme de dépense de santé ne relèvent cependant pas de la couverture que la Nation garantit à ses citoyens.

Cette facette de l'activité des organismes complémentaires n'a pas à bénéficier d'une quelconque aide de la Collectivité.

L'activité première des AMC est celle que nous avons dénommée : Assurance Maladie Complémentaire de Base (AMCB).

C'est le total des prestations : assurance maladie obligatoire (AMO) + assurance maladie complémentaire de base (AMCB) qui constitue la Couverture Maladie Généralisée (CMG).

« La Couverture Maladie Généralisée » (CMG) correspond à l'accès aux soins que la Nation garantit à chacun de ses citoyens.

La CMG constituerait ainsi une avancée, plus que significative, dans le domaine de la prise en charge des dépenses de santé par rapport au champ actuel de la seule sécurité sociale.

L'Etat, garant du libre accès aux soins de tous et de la définition des objectifs nationaux de santé publique, est le garant de la CMG. C'est lui qui, au terme d'une procédure associant les avis des autorités scientifiques, des AMO et des AMC, et de l'ensemble des partenaires du système de santé, usagers compris, en définit les contours.

L'AMCB est une assurance complémentaire facultative, mais personne ne doit renoncer à y souscrire pour des raisons financières. Pour ce faire, il est possible de mettre en place un dispositif d'aide à l'achat de l'AMCB. Cette aide est dégressive en fonction du revenu. Elle est maximum au niveau du plafond de ressources de la CMUC, puis décroît linéairement jusqu'à, par exemple, 1 000 Euros mensuels (soit 2 100 Euros ou 13 800 Francs pour un couple avec deux enfants). Un tel dispositif élimine l'effet de seuil, tant décrié, de la CMUC. Le nombre de personnes concernées pourrait atteindre 18 millions, soit 13,6 millions de nouveaux bénéficiaires d'une aide à l'achat se rajoutant aux 4,5 millions de bénéficiaires de l'actuelle CMUC.

Le nouveau dispositif de l'AMCB maintient en son sein la CMU complémentaire, qui reste en l'état avec ses contraintes réglementaires spécifiques visant à assurer une gratuité totale pour les plus défavorisés.

L'aide à l'achat de l'AMCB, qui bénéficierait au total au tiers le moins aisé de la population, suppose que l'on revienne sur certains avantages fiscaux et de cotisations sociales. Ces avantages, qui augmentent avec le revenu et le niveau du contrat, consentis dans le cadre de la règle dite des 19%, concernent les salariés couverts par des contrats collectifs obligatoires et des non salariés dans le cadre de la loi Madelin.

Au sein de la Couverture Maladie Généralisée (CMG), acte central de l'organisation de l'assurance maladie en France, la ligne de partage entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire de base (AMCB) constitue un point important.

Les AMO sont financées par des prélèvements obligatoires, ce qui n'est pas le cas de l'AMCB. D'autre part les contrats complémentaires actuels, dans leur fonction classique couvrent le ticket modérateur et une part des frais réels en dentaire, optique, LPP (ex-TIPS)...

La définition du contour de l'AMCB doit intégrer ces deux aspects. Cela impliquerait de créer une structure spécifique associant les AMO, les AMC et l'Etat, qui proposerait, sur une base négociée, la répartition des compétences respectives de l'AMO et de l'AMCB.

Ce processus de copaiement reconnu et institutionnalisé doit s'accompagner de la mise en œuvre de mécanismes de corégulation. Dès lors que la collectivité nationale apporte son concours par le biais des aides à l'achat, les organismes complémentaires proposant l'AMCB doivent s'engager dans le cadre d'un cahier des charges précis sur un certain nombre d'actions et les mettre en œuvre concrètement : objectifs de meilleur usage des soins, prévention...

Il serait utile que l'on examine la possibilité de définir certains actes ou certaines catégories d'actes, pour lesquelles les complémentaires santé pourraient devenir les acteurs pilotes du dispositif, sans pour autant être acteurs uniques.

Par là même, ils concourront à l'optimisation des dépenses et à l'amélioration de l'usage du système de santé.

ANNEXE – 1

Contributions des Membres du groupe de travail

-

L'ordre est celui de la liste des membres de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

- CFDT
- CFE-CGC
- CFTC
- CGT
- CGT-FO
- CCMSA
- FMF
- FFSA
- LEEM