

L'avenir de la complémentaire santé et prévoyance en France

Avril 2021

Version « essentielle »

Direction Expertise Règlementaire

DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE





hcaam
Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Partie 1

L'avenir de la complémentaire
santé et prévoyance selon le
HCAAM

Présentation du HCAAM

Le HCAAM, composé de 71 membres intervenant tous dans le système de soin, est « une **instance de réflexion et de propositions** qui contribue, depuis 2003, à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie ».

Le HCAAM peut être **saisi par le Premier ministre**, le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de l'assurance maladie, mais peut aussi **s'autosaisir des sujets** qu'il estime devoir traiter.

La LFSS de 2006 est venue pérenniser le Haut Conseil et préciser **ses missions** :



Évaluer le système
d'assurance maladie et ses
évolutions



Décrire la situation
financière et les
perspectives des régimes
d'assurance maladie et
apprécier les conditions
requisées pour assurer leur
pérennité à terme



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

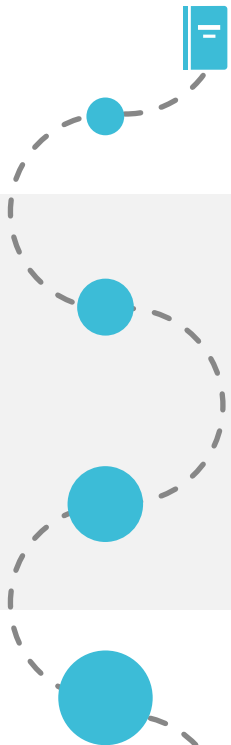


Formuler des
recommandations ou
propositions de réforme de
nature à répondre aux
objectifs de cohésion
sociale et de pérennité
financière des régimes
d'assurance maladie



L'activité du HCAAM se compose de rapports, notes ou avis qui sont rendus publics.

Parution du document de travail le 7 janvier (strategie.gouv.fr)



Une **complexification** de la complémentaire suite à « l'intervention croissante des pouvoirs publics pour favoriser sa généralisation et encadrer son contenu. »

Les effets bénéfiques de la **concurrence** entre OC semblent limités car s'ils « demeurent pour l'essentiel libres de leurs décisions en matière de cotisations » ils « subissent néanmoins les conséquences des décisions prises par la puissance publique quant au panier de soins pris en charge par l'AMO et au cahier des charges des contrats solidaires et responsables. »

Concernant la **prévoyance**, « l'encadrement juridique est moindre et les marges de manœuvre, exercées notamment au niveau des branches professionnelles, sont plus importantes » mais cela n'empêche pas « une fragmentation du marché selon le statut d'activité du bénéficiaire. »

Quant à la coordination des interventions dans la **régulation de l'offre de soins** de l'AMO et des complémentaires, celle-ci se fait selon « des modalités tout à fait différentes (négociations avec les professionnels de santé libéraux pour l'AMO, réseaux de soins pour les OC) et qui ne sont pas articulées. »

Les questions liées au système actuel

L'équité

?

- Des populations non couvertes, souvent en situation sociale fragile
- La soutenabilité des dépenses de santé à la charge des ménages, notamment des plus âgés et des plus modestes
- Des disparités de financement et d'aides publiques selon le statut professionnel

La question de la latitude de choix et d'adaptation aux besoins

?

- Une latitude de plus en plus restreinte
- Un défaut de lisibilité des contrats qui ne facilite pas les choix
- La place du dialogue social dans la définition des couvertures complémentaires

Les questions de soutenabilité soulevées par le modèle actuel

?

- La question de la soutenabilité du point de vue du pilotage des dépenses de santé et d'un modèle combinant au cas par cas l'AMO et les AMC pour permettre la solvabilisation globale
- Le brouillage du modèle de financement des dépenses de santé
- L'articulation avec les offreurs de soins
- Les charges de gestion administrative induites par la multiplicité des organismes
- La solvabilisation de dépenses faiblement couvertes par la Sécurité sociale
- Le rôle des assurances maladie complémentaires dans l'orientation des patients
- Les relations des professionnels de santé avec les réseaux de soins et les plateformes de gestion

Les fondamentaux de la réforme selon le HCAAM

?

Une question fondamentale : « Qu'attend la Nation des couvertures complémentaires ? »

5
objectifs

Équité

1

2

Soutenabilité

3

4

Capacité d'innovation et de
résilience en cas de crise

5

Accès aux soins

Efficacité

5
axes de
réflexion

- Faut-il privilégier la **résorption des inégalités** de couverture complémentaire, en particulier en faveur des catégories les moins bien couvertes ou supportant les plus lourdes charges ?
- Faut-il maintenir le degré actuel d'**encadrement des garanties**, le renforcer voire pour certaines les intégrer à la couverture de base ou donner de nouvelles marges de manœuvre aux acteurs et, si oui lesquelles ?
- Les modalités de participation des organismes complémentaires à la **gouvernance du système de santé** sont-elles satisfaisantes ?
- Faut-il accorder une plus grande attention à la diffusion des garanties en matière de **prévoyance** ?
- L'exploration des "**nouveaux terrains**" nécessite-t-elle de lever certains verrous, et que faut-il en attendre ?

Piste 1 : L'amélioration du système existant

Ce que l'on privilégierait :

- Intervention des organismes privés en complément de la Sécurité sociale sur le panier de soins et de prestations qu'elle définit
- Libre choix de l'organisme d'adhésion par les particuliers et les entreprises
- Libre jeu de la concurrence dans le cadre défini par les pouvoirs publics, et solvabilisation pour certaines catégories vulnérables

 **Ne bouleverse pas un système déjà éprouvé et dont les acteurs sont familiers.**

Améliorations possibles : atteindre les catégories les moins bien couvertes

- Conditions d'éligibilité à la CSS via un critère d'âge ou de taux d'effort
- Corriger les inégalités les moins acceptables ou limiter les reste-à-charge les plus élevés

Risques possibles : la capacité à parvenir au but recherché

- Accroître encore la complexité juridique par l'ajout de nouveaux correctifs, ce qui soulèverait un problème de « soutenabilité réglementaire »
- Insuffisance de l'amélioration du système pour répondre aux défis de demain

Piste 2 : la réforme du système existant



« Aller au bout de la normalisation des couvertures complémentaires en les instituant en un deuxième niveau encore plus encadré qu'aujourd'hui, cet encadrement pouvant s'étendre le cas échéant à la prévoyance »

OPTION 1

Réglementation renforcée

Se traduirait par :

- Une augmentation du champ des garanties inclus dans le panier de soins des complémentaires
- Une augmentation de la régulation et de la généralisation des complémentaires

Renforcement de la dynamique de généralisation et d'hyperréglementation de la complémentaire, pourtant « conçue au départ comme un espace de liberté » vers une logique d'assurance complémentaire universelle gérée par les organismes complémentaires mais dont les garanties et les tarifs seraient régulés par l'État.



« La réforme du 100 % santé est emblématique de ce choix : les pouvoirs publics ont défini le panier de soins qui devait être accessible à chacun sans frais en matière de soins dentaires, de prestations d'optique et d'audioprothèses et ont organisé le partage de sa prise en charge entre AMO et les couvertures complémentaires. »

Piste 2 : la réforme du système existant



« Aller encore plus loin dans cette logique et à intégrer tout ou partie des garanties offertes par les complémentaires actuelles dans la couverture de base en matière de santé comme en matière de prévoyance »

OPTION 2

Grande Sécu

Se traduirait par :

- Une étatisation de la complémentaire santé et prévoyance qui rejoindrait le régime obligatoire
- Un champ réduit au confort de soins pour les complémentaires

Signerait la fin des complémentaires santé au profit d'une « grande Sécu » et la fin du système hybride français, la complémentaire rejoignant la Sécurité sociale via l'intégration de la couverture soit dans les branches préexistantes soit dans une nouvelle branche dédiée à la complémentaire.



La taxe COVID, qui s'analyse comme le financement de prestations rattachées au régime obligatoire par des fonds d'organismes complémentaires, est un exemple dissimulé de cette volonté étatique de rattacher les organismes complémentaires au régime obligatoire.

Piste 2 : la réforme du système existant



« Rouvrir une liberté plus grande de définition des niveaux et contenus des garanties proposées par les assurances complémentaires »

OPTION 3
-
Ouverture

Se traduirait par :

- Une concurrence favorisée, facteur d'innovation et d'efficacité, au bénéfice des assurés
- Une suppression du contrat responsable ultra-règlementé tel qu'on le connaît aujourd'hui
- Un champ de garanties plus vaste pouvant inclure la prévoyance, encore délaissée dans le système actuel ou le développement des centres de soins mutualistes pour pallier la désertification médicale ou les monopoles des cliniques privées

● **Permettrait de retourner à une plus grande liberté avec une meilleure souplesse des garanties ou encore la prise en charge de risques encore délaissés aujourd'hui en raison de la réglementation qui limite le champ et le type de garantie offerts.**



Il peut y avoir une méfiance face à une réforme de très grande ampleur au contenu encore indéfini et aux conséquences de l'effet concurrentiel sur les prix et les garanties proposées.



GROUPE
vyv

Partie 2

La contribution du Groupe Vyv au
travaux du HCAAM

Le constat du Groupe : un changement nécessaire

Comme le souligne le HCAAM « l'**hybridation** peut être une force si elle permet de bénéficier des vertus de chaque système : l'universalité et la solidarité pour l'assurance obligatoire, l'adaptation aux besoins et la stimulation par la concurrence pour l'assurance complémentaire », mais *l'accumulation de réformes au fil des décennies, rarement pensées dans une logique d'ensemble, a pu produire des incohérences et mêmes des inégalités, qui fragilisent le système dans son ensemble et réduisent la qualité du service rendu aux français, au détriment de leur santé.*

Or, la protection sociale se nourrit depuis toujours **d'échanges, de concertations et de négociations** entre acteurs et professionnels de santé, partenaires sociaux, société civile, adhérents mutualistes, usagers et patients, décideurs publics. *C'est ce qui a fait sa force dès ses origines, et constitue le secret de sa longévité.*

C'est dans cette optique que le Groupe a apporté sa contribution à l'évolution de notre système hybride de protection sociale complémentaire en s'inscrivant dans une **vision partenariale** telle que proposée par le HCAAM visant à « ouvrir une liberté plus grande de définition des niveaux et contenus des garanties proposées par les assurances complémentaires. »





Améliorer l'état de santé de la population par la prévention

CONSTAT

La **prévention est l'angle mort** du système mixte actuel, chaque acteur s'y essaye *sans grande efficacité, sans concertation et avec beaucoup d'énergie dépensée et de désillusions à la clef.*

Pour y **remédier** le Groupe suggère que les **organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) financent des actions peu ou pas prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) avec des garanties supplémentaires.**

Plus qu'une révolution, nous n'avons pas le temps pour cela, ni même d'une refondation, les fondations sont solides, l'époque appelle à un nouveau partenariat entre les mutuelles et assureurs santé et les pouvoirs publics, qui mette la prévention en son cœur dans un cadre non lucratif.



1

Reconnaître officiellement un rôle d'acteur et de financeur de prévention aux mutuelles et autres organismes d'assurance santé.

2

Engager les mutuelles à agir dans le cadre fixé par la stratégie nationale de santé et à contribuer à l'efficacité des interventions prises en charge par l'Assurance Maladie.

3

Supprimer la fiscalité (en l'occurrence une taxe indifférenciée) pesant sur les cotisations des garanties d'un « panier prévention », à l'instar de la TVA réduite existant sur certains produits ou services considérés comme prioritaires.

Pour une meilleure coordination des soins sur les territoires

CONSTAT

Avec l'actuelle surexposition de l'hôpital, l'élaboration d'un **nouveau partenariat** pour le financement et l'organisation du système de santé devrait avoir pour objectif d'aider à mobiliser l'ensemble des ressources sanitaires et médico-sociales du pays, notamment les soins de premier recours.

Comme le soutenait Claude Evin, « **les complémentaires santé sont totalement légitimes de s'intégrer dans le parcours de santé et de soins de leurs assurés** ».

Mais les dernières mesures des pouvoirs publics **désincitent les OCAM à s'investir** auprès de l'offre de soins sur les territoires.

Il faudrait donc **permettre une meilleure coordination** de l'offre de soins entre l'ensemble des professionnels de santé, en y incluant notamment les OCAM.



4

Contribuer à l'exercice coordonné identifié par l'Assurance Maladie par des prises en charge au 1er euro (séance de psychothérapie) de garanties supplémentaires d'actes non remboursables par le régime obligatoire.

5

Organiser un parcours de médication officinale sur des pathologies du 1er recours, dans le prolongement de Ma Santé 2022, pour aider à libérer du temps médical et simplifier les parcours des patients.

6

Accorder aux kinésithérapeutes la possibilité de réaliser le **bilan initial d'activité physique adaptée**.

7

Inciter financièrement les OCAM à investir dans les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.



CONSTAT

Si la population est couverte à plus de 95%, l'inégalité de cette couverture est de deux ordres :

- Des **inégalités exogènes** résultant des décisions des pouvoirs publics (taxation des contrats d'assurance santé, distribution des aides publiques pour accéder à la complémentaire santé)
- Des **inégalités endogènes** résultant du développement de la tarification à l'âge (contrainte d'attractivité concurrentielle et de soutenabilité économique pour l'opérateur d'utiliser une tarification selon l'âge et non une tarification au revenu)

Un **nouveau partenariat** entre pouvoirs publics et mutuelles pourrait corriger en grande partie ces inégalités en **améliorant l'équité** tout en **déplaçant le contexte concurrentiel des OCAM sur de nouveaux terrains plus vertueux**.

Mais il serait pour cela nécessaire de réformer la **Complémentaire Santé Solidaire (CSS)**.



PROPOSITIONS À DÉBATTRE

8

Généraliser le mécanisme dit des « **transferts de solidarité** » entre actifs et retraités tel que pratiqué au sein des contrats référencés dans la Fonction publique.

9

Distribuer équitablement les aides publiques sous la forme d'un « crédit d'impôt pour tous ».

10

Rendre obligatoire la tarification au revenu pour tous les contrats responsables d'assurance complémentaire santé.

11

Instaurer un mécanisme de solidarité entre assureurs pour que ceux ayant les plus gros risques soient aidés par ceux ayant les plus bas risques.



Un système plus efficient, mieux coordonné par une nouvelle méthode de concertation

CONSTAT

Jean-François Chadelat constatait déjà en 2003 que la « **répartition actuelle des interventions entre assurance obligatoire, complémentaires et ménages ne résulte pas de choix explicites et rationnels** » dans une approche d'ensemble, mais de décisions techniques parfois anciennes.

Il suggérait alors la définition d'une « **feuille de route** » commune afin de réaliser la « **symétrie potentielle des interventions de l'AMO et AMC** ».

Pour Frédéric Collet, Président du LEEM, un **modèle basé sur l'Accord-cadre** serait plus adapté que le système de LFSS actuel, au "caractère court-termiste et sa dimension unilatérale" régalienne. En effet, selon le HCAAM, l'hyperréglementation a privé les OCAM « **d'une visibilité sur l'évolution de leur positionnement ainsi que des charges et engagements futurs en résultant** »

La pratique du « **contrat avant le règlement** », utilisée dans le système de santé et soulignée comme vertueuse par la CNAM, permettrait d'éviter par la concertation les « **décisions des uns pour les dépenses des autres** ».



- 12 **Intégrer une feuille de route** des défis posés au système de santé sur lesquels les mutuelles pourraient s'engager par la valorisation de leurs comportements vertueux.
- 13 **Créer un échelon de concertation officiel** entre l'État, l'Assurance Maladie, des représentants de patients et de professionnels de santé incluant : l'**observation par une analyse partagée** autour des principales données AMC, la **recherche d'équilibres plus optimaux** entre les interventions de l'AMO et AMC, la **contractualisation**, pour initier la concertation avec des objectifs intermédiaires et contribuer à faire évoluer le système de santé par étape.

Les principes mutualistes au cœur du nouveau partenariat pour la santé des Français



Pour le Groupe, les valeurs de la mutualité demeurent pleinement pertinentes pour réussir ce nouveau partenariat pour la santé des Français.



À cet égard, les mutuelles :

- Permettent aux citoyens de s'approprier les enjeux de santé
Contribuent au maintien d'une bonne **couverture vaccinale** par des campagnes à haut taux de satisfaction menées sur le lieu de travail.
- Offrent une performance partagée, particulièrement utile en temps de crise économique
Se traduit par l'inexistence d'un dividende versé aux actionnaires ; la priorité donnée aux **enjeux essentiels sur le long terme**.
- Sont génératrices de solidarités civiles complémentaires de la solidarité nationale
Solidarité civile basée sur le volontariat et qui se distingue de celle découlant de l'Etat ou du marché. Mais comme le souligne le HCAAM « **l'opérateur est moins compétitif car la solidarité a un coût** ».
- S'opposent à un système dual sans articulation entre AMO et AMC visant à récupérer de la matière assurable
En cas d'étatisation une augmentation de "la matière assurable" entraînerait une dégradation des remboursements et des soins face aux exigences de maîtrise des dépenses publiques et des prélèvements obligatoires. L'**accès aux soins de qualité serait alors réservé à une population aisée** pouvant s'offrir les services des établissements privés.

hcrann

Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

GROUPE
vyv

Contact

Nicolas MOREL

nicolas.morel@groupe-vyv.fr

Bertran CARLIER

Bertran.CARLIER@groupe-vyv.fr

