

L'avenir de la complémentaire santé et prévoyance en France

Avril 2021

Direction Expertise Règlementaire

DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE





Qu'est-ce que le HCAAM ?

L'analyse du système actuel
par le HCAAM

Les pistes du HCAAM pour
réformer le système actuel

La position du Groupe Vyv

Tour d'horizon

Le contexte actuel en bref

Depuis 2019, l'État semble mener une étatisation rampante :

La création d'une complémentaire santé publique « la CSS » en 2019

Venant remplacer l'ancienne couverture maladie universelle complémentaire dans l'objectif d'augmenter la population éligible par rapport à la CMU-c et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé), la CSS (complémentaire santé solidaire) est un produit distribué par les CPAM, couvrant un panier de soin minimal, incluant le 100% santé.

L'idée d'une "grande Sécu" développée lors du Ségur de la Santé en 2020

« Si l'ONDAM a globalement réussi à atteindre l'objectif fixé d'amélioration de l'accès aux soins, le comité Ségur invite à poursuivre cette démarche en initiant un chantier ambitieux : celui de la mise en place de la grande Sécu »
Lancer une mission IGAS/IGF avec engagement des travaux pour le PLFSS 2022 pour notamment « approfondir les conditions et modalités de mise en place d'un guichet unique, géré par la Cnam pour renforcer l'accès aux soins et économiser les coûts de gestion des assurances maladies complémentaires » (une « grande Sécu »).

La mise en place du 100% santé, de 2019 à 2021

L'État est venu imposer la prise en charge à 100% d'un panier de soin dans le cadre des contrats responsables comprenant 3 domaines – dentaire, optique, audio – et dont la prise en charge est partagée entre RO et RC.

Les « vases communicants » de la LFSS 2021 : taxe COVID et téléconsultation

« Il est donc proposé de prolonger jusqu'à la fin de l'année 2021 la mesure dérogatoire de prise en charge à 100 % des téléconsultations », « une mesure de simplification »

L'influence du HCAAM



Ce document du HCAAM est une commande du Président de la République, voulant s'appuyer sur ces travaux pour nourrir, voir orienter sa réflexion dans un contexte de réforme de la protection sociale complémentaire, celle visant la fonction publique étant sur le point d'entrer dans sa phase finale.

Héritage légal récent des précédents travaux du HCAAM :



Le **rapport à l'AN n° 1185 de 2018** sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain s'appuie sur le rapport HCAAM de 2018 "Contribution à la transformation du système de santé", et ses travaux de 2007 où il soutient "la nécessité de garantir une répartition plus harmonieuse de l'offre médicale sur le territoire, le cas échéant par des « mesures de régulation plus directives » dont le rapporteur rappelle qu'elles sont mises en œuvre depuis bien longtemps chez certains de nos voisins, comme l'Espagne, l'Allemagne ou le Royaume-Uni.

Ma santé 2022, annoncée en 2018 par le Président de la République, aboutissant à la loi du 26 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, s'inspire notamment des lignes directrices du rapport HCAAM de 2018.



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

Partie 1

Qu'est-ce que le HCAAM ?

Présentation du HCAAM

Le HCAAM 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 ministère 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
requisies 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.



71 membres

intervenant tous dans une
étape du système de soin,
répartis en 22 collèges, à
effectifs inégaux, selon leur
origine professionnelle.

- Partenaires sociaux représentant les employeurs et les salariés
- Parlementaires
- État
- Caisses nationales d'assurance maladie et caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- Organismes d'assurance complémentaire santé
- Représentants des professionnels, établissements et entreprises de santé
- Représentants des agences régionales de santé
- Représentant de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
- Représentants des usagers
- Personnalités qualifiées, parmi lesquelles sont nommés le président et le vice-présent

Composition détaillée au 3 février 2021 : [HCAAM - COMPOSITION DU HAUT CONSEIL.pdf](#)

Présidence : **Anne – Marie BROCAS** (depuis février 2014)



Le HCAAM est assisté par un secrétariat général ayant pour mission l'organisation des travaux.



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

Partie 2

L'analyse du système actuel
par le HCAAM



Diffusion d'un document de travail le 7 janvier 2021, devant déboucher sur un avis lors du 1er semestre et un rapport définitif à l'été 2021 :

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/document-de-travail-du-hcaam---c.html>

Un rappel chronologique du régime de la complémentaire

- Une activité à l'origine peu concurrentielle et peu réglementée
- La place croissante du marché dans le choix des complémentaires depuis 1980
- La lourde multiplication des obligations pour les complémentaires (protéger les assurés, réglementer la généralisation de l'activité, paramétrer le contenu des couvertures)
- Le statut encore flou des complémentaires au niveau européen
- De nombreuses questions relatives au modèle actuel aux enjeux conséquents

Une conclusion sur le modèle actuel

- Un modèle actuel "d'entre deux" confronté à une crise économique et sanitaire d'ampleur
- Une occasion de faire évoluer le système de la complémentaire pour faire face aux enjeux de l'avenir



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

Focus : Équité et couverture d'entreprise selon le HCAAM

Un problème d'équité en lien avec le statut professionnel :

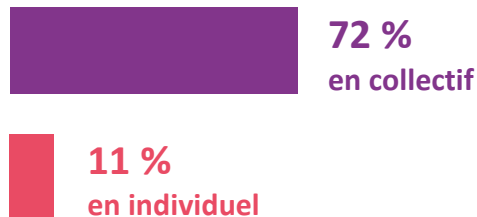


« Inégalités liées à la généralisation par statut professionnel, les salariés du secteur privé étant en moyenne dans une situation plus favorable que les autres catégories. »

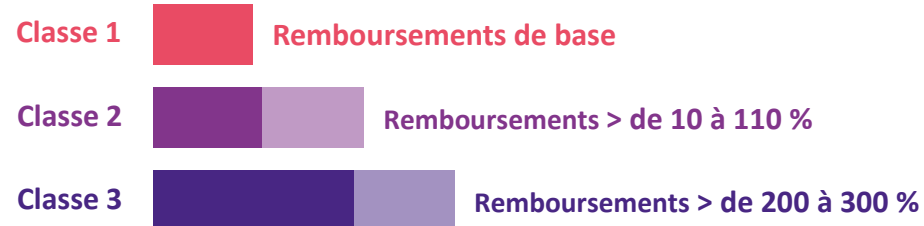
« Poser le constat d'une inégalité n'implique pas nécessairement que celle-ci doive être éliminée, mais appelle à un débat sur les principes d'équité qui devraient régir la protection complémentaire santé. »

Disparité des conditions d'accès :

Pourcentage de bénéficiaires de contrats de classe 3



Disparité des niveaux de couverture :



Ces disparités de conditions d'accès et de financement constituent sans nul doute un des facteurs explicatifs des disparités importantes des niveaux de couverture entre les individus, surtout entre les bénéficiaires de contrats collectifs et de contrats individuels.



Tableau comparatif des conditions d'accès à une assurance complémentaire santé en fonction de la situation et du statut d'emploi



* changements à venir avec la réforme

	Situation de souscription	Financement	Avantages fiscaux et sociaux relatifs au financement
Salariés du secteur privé	Adhésion obligatoire au contrat souscrit par l'employeur (contrat d'assurance de groupe)	Participation de l'employeur ≥ 50%	Employeur – charge déductible de l'impôt sur les bénéfices + déductibilité de l'assiette des cotisations de sécurité sociale Salarié – part salariale déductible des revenus imposables (IRPP)
Agents de la fonction publique d'État *	Adhésion facultative auprès de l'assureur référencé par l'employeur public	<i>Pas d'obligation de participation de l'employeur Si participation, variable selon les ministères, limitée aux transferts de solidarité et versée à l'OCAM sous forme de somme globale</i>	<i>Aucun avantage</i>
Agent de la fonction publique territoriale *	Souscription facultative d'un contrat labellisé ou adhésion facultative auprès de l'assureur avec lequel l'employeur a souscrit une convention de participation	<i>Pas d'obligation de participation de l'employeur Si participation, variable selon les collectivités et versée sous forme d'aide à la personne</i>	<i>Aucun avantage</i>
Agent de la fonction publique hospitalière *	Aucun dispositif à dimension collective spécifique → possible couverture individuelle	Sans objet	<i>Aucun avantage mais, en principe, gratuité des frais médicaux et pharmaceutiques dans l'établissement employeur</i>
Travailleur non salarié non agricole	Souscription facultative à une association ad hoc emportant bénéfice du contrat d'assurance de groupe souscrit par l'association	Pas de tiers financement	Déductibilité (plafonnée) du bénéfice imposable
Travailleur non salarié agricole	Souscription facultative	Pas de tiers financement	Aucun avantage direct (mais taux réduit de TSA sur le contrat d'assurance)
Demandeur d'emploi	Soit bénéfice de la portabilité (maintien du contrat collectif) Soit souscription individuelle facultative	Si portabilité, gratuité (financement a priori) Si souscription individuelle, pas de tiers financement	Si portabilité, avantage fiscal et social pour le financement patronal Si souscription individuelle, aucun avantage
Autres situations (dont retraités)	Souscription individuelle facultative	Pas de tiers financement	Aucun avantage

Focus : Équité et couverture d'entreprise selon le HCAAM

La prévoyance :

Une diffusion de la complémentaire prévoyance inférieure à celle en santé

« La diffusion des assurances complémentaires prévoyance (incapacité, invalidité, décès...) est inférieure à celle de la complémentaire santé : 77 % des établissements représentant 91 % des salariés offrent une couverture prévoyance à leurs salariés, même si cette diffusion s'est accélérée grâce à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. » (source : enquête PSCE 2017)

Le risque prévoyance encore méconnu

« La couverture du risque prévoyance reste à ce jour mal connue : par exemple, si l'on sait que 84% des salariés sont couverts pour le risque d'invalidité, le détail des garanties n'est pas connu, or, les conditions et les modalités de la couverture du risque peuvent être très variables entre les contrats. »

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 ?



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

Partie 3

Les pistes du HCAAM pour
réformer le système actuel

Les pistes de réforme développées par le HCAAM



Améliorer le système existant, ce qui consiste à « corriger les défauts en maintenant pour l'essentiel la structure actuelle », à savoir l'articulation entre régimes obligatoire et complémentaire.

Outre cette possibilité, le HCAAM propose une seconde piste déclinée en 3 options de réforme de notre système hybride de protection sociale.

Objectif de cette piste : **Sortir de la situation actuelle « d'entre-deux »** en faisant pencher la balance dans un sens ou dans l'autre via une des options suivantes.



Option 1 : « **Aller au bout de la normalisation des couvertures complémentaires** en les instituant en un deuxième niveau encore plus encadré qu'aujourd'hui » en santé et potentiellement en prévoyance.

Option 2 : « **Intégrer tout ou partie des garanties** offertes par les complémentaires actuelles **dans la couverture de base** » en santé comme en prévoyance.

Option 3 : « **Rouvrir une liberté plus grande** de définition des niveaux et contenus des garanties » pour les assurances complémentaires.

Cette ouverture offre des perspectives nouvelles pour les mutuelles, pouvant être force de propositions.

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.



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

Partie 4

La contribution du Groupe Vyv



A court et moyen terme : un sujet majeur



L'importance de se saisir du sujet : une réforme semble inévitable selon le HCAAM, notre système de santé traverse en effet une crise importante, révélatrice de difficultés qui risquent de se développer à l'avenir. Le contexte des élections de 2022 et les conséquences de la crise Covid19 devront être pris en compte dans un objectif de dialogue social entre les différents acteurs de la protection sociale.



Dans son courrier au HCAAM du 22 mars, le Groupe souligne la grande qualité et la pédagogie dans les constats et analyses reportés dans le document de travail du HCAAM et apporte sa contribution en soutenant une évolution affirmée de notre système hybride autour d'un partenariat entre organismes complémentaires et pouvoirs publics.

La contribution du Groupe s'articule autour de 5 grandes propositions s'inscrivant dans une nouvelle dynamique institutionnelle organisée par les pouvoirs publics en cas de réelle volonté de leur part de contractualiser avec les organismes complémentaires.

Le constat du Groupe : un système mixte n'ayant pas démerité

C'est dans les moments de crise aigüe que l'on mesure l'importance de disposer d'un système de santé solidement organisé et financé.

La crise sanitaire a participé à une forme de redécouverte de la protection sociale au sens d'universalité et de mutualisation.

La mixité des financements par la Sécurité sociale et les OCAM possède des qualités reconnues et indéniables en permettant d'obtenir les restes à payer les plus faibles d'Europe.

Existant depuis plus de 70 ans, largement accepté par la population, ce système mixte s'appuie sur la solidité du RO et la souplesse du RC, ce qui lui a permis de conserver son efficacité même en temps de crise.

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. »



L'essentiel : axes de réflexion et propositions du Groupe VYV



Contribution du Groupe VYV Au document de travail du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) : « La place de la complémentaire santé et prévoyance en France »

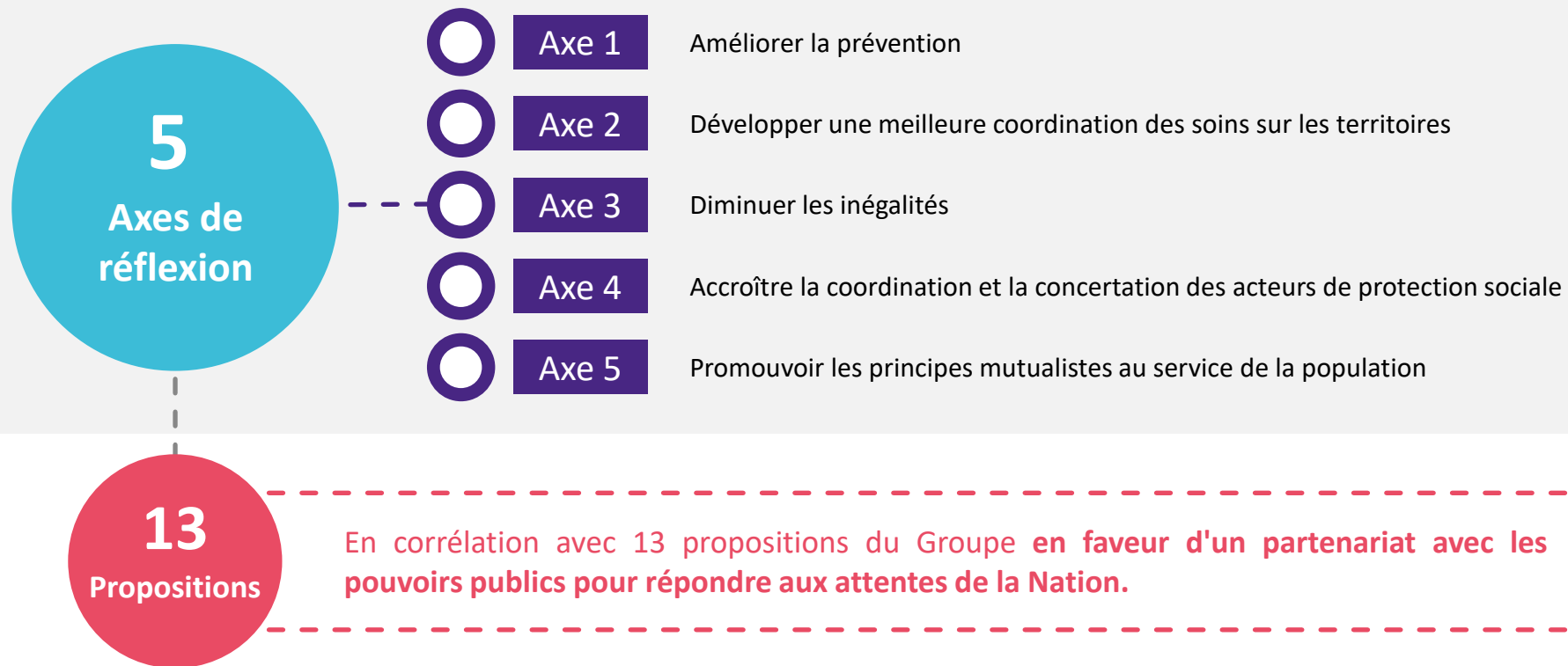
Mars 2021

Groupe VYV, Union Mutualière du Groupe assureur non adhérents à la Sécurité Sociale.
Immatriculée au Répertoire Sirene sous le numéro Sirene 515 515 515, numéro CE 38020006811414912.
Sage 90010 - Four Montargonne - 13, avenue de France - 97 01 - 97329 Saint-Louis, DL

GRUPE
vyv



La contribution du Groupe Vyv





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.

Des exemples concrets :

- **Lutter contre la sédentarité** (maladies cardio, hypertension, surpoids...) selon les recommandations HAS et INSERM, via des programmes d'activité physique faisant appel à des praticiens reconnus ;
- **Lutter contre le surpoids et l'obésité** avec la prise en charge de consultations de diététiciens dans le cadre de parcours de santé ;
- **Prévenir les maladies mentales et addictions** avec la prise en charge de consultations de psychologues dans le cadre de parcours de santé ;
- **Prévenir les accidents du travail, les risques psycho sociaux et améliorer la qualité de vie au travail** avec formations, sensibilisations, et adaptations au poste de travail ; voir avec un accompagnement par les mutuelles ;
- **Prévenir les douleurs ostéoarticulaires** courantes avec prise en charge de sessions d'ostéopathie.



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



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.



Par ce "panier prévention", les Français pourraient être incités à choisir massivement ce type de garanties rendues moins "chères" en raison d'une "taxation comportementale", et aider les OCAM à trouver un équilibre économique pour cette nouvelle couverture.

La perte de recettes fiscales pour la Sécurité sociale serait compensée par des gains du RO relevant de dépenses futures évitées grâce l'utilisation des actions de prévention.



Pour une meilleure coordination des soins sur les territoires

CONSTAT

Dans le contexte actuel de 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.

Or, 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.

- Pour cela une **reconfiguration globale** du système semble nécessaire avec des rôles clarifiés pour sortir du système de régulation annualisé réduisant les OCAM au rôle de "collecteurs d'impôt".



Pour une meilleure coordination des soins sur les territoires



4

Contribuer à l'exercice coordonné identifié par l'Assurance maladie (CPTS, MSP, centres de santé) par des prises en charge au 1er euro (séance de psychothérapie) de garanties supplémentaires d'actes non remboursables par le régime obligatoire (et n'intégrerait pas de « malus » pour l'exercice isolé).

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 (incitation pouvant prendre la forme soit d'exonération d'impôts sur les sociétés, soit d'exonération de taxe sur les salaires, dès lors que ces investissements s'inscrivent comme une contribution aux missions de service public).

A noter : il serait nécessaire de mieux définir les compétences clefs des professions mentionnées pour que ces propositions puissent bénéficier au plus grand nombre.

Si la population est couverte à plus de 95%, cette couverture est inégale.

Ces inégalités sont 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)**.



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.

La CSS est aujourd'hui imparfaite en raison de sa logique de segmentation avec effet de seuil et de son financement basé sur l'impôt, qui sont eux-mêmes générateurs d'inégalités.

Dans le cadre de ses travaux visant à utilement compléter la CSS, le Groupe propose de **débattre des 4 mécanismes** ci-dessus, qui pourraient individuellement ou cumulativement, améliorer l'équité tout en déplaçant le contexte concurrentiel des OCAM vers de nouveaux terrains plus vertueux.



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

CONSTAT

La faible intensité de concertation entre les pouvoirs publics et les OCAM génère actuellement des situations sous optimales du point de vue des « attentes de la Nation ».

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

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

Selon le HCAAM, l'hyperréglementation a **privé « les organismes complémentaires d'une visibilité sur l'évolution de leur positionnement ainsi que des charges et engagements futurs en résultant »**.

Comme le relève Frédéric Collet, Président du LEEM, un **modèle basé sur l'Accord-cadre** serait plus adapté que le système de LFSS actuel, peu adapté par son "caractère court-termiste et sa dimension unilatérale" régalienne.

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** ».



Si une concertation approfondie était entravée par le grand nombre d'OCAM, une grande partie du marché est aujourd'hui détenue par un petit nombre d'acteurs majeurs (38% du marché détenu par 10 organismes représentant 2,3% des OCAM). En s'appuyant dans un premier temps sur les OCAM les plus importants, prêts ou disposés à agir, il est possible de résoudre de façon concertée certaines des incohérences et limites actuelles du système de santé et d'intégrer des comportements vertueux associés à une dynamique avec des mutuelles/opérateurs comme le Groupe VYV ; ce qu'aujourd'hui la concertation via l'UNOCAM ne permettrait pas.

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



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.



Cet échelon pourrait se constituer autour des 5 axes de réflexion du HCAAM et des **3 fonctions suivantes** :

- **L'observation par une analyse partagée** autour des principales données AMC en intégrant des sujets régulièrement traités (frais de gestion, lisibilité des contrats, tiers payant, 100% Santé) ; analyse portant ces dernières années sur des sujets insuffisamment liés à des priorités de santé publique. Cela favoriserait la transparence auprès des Français ;
- **La recherche d'équilibres plus optimaux** entre les interventions de l'AMO et AMC (accompagner des mutations dans le sens d'avis de la HAS vers le remboursement ou déremboursement ; assurer une simplification administrative pour l'ensemble des acteurs, et non transférer de la complexité aux OCAM ; veiller à l'efficience des modalités de gestion notamment sur des postes de dépenses où les OCAM sont majoritaires) ;
- **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.

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

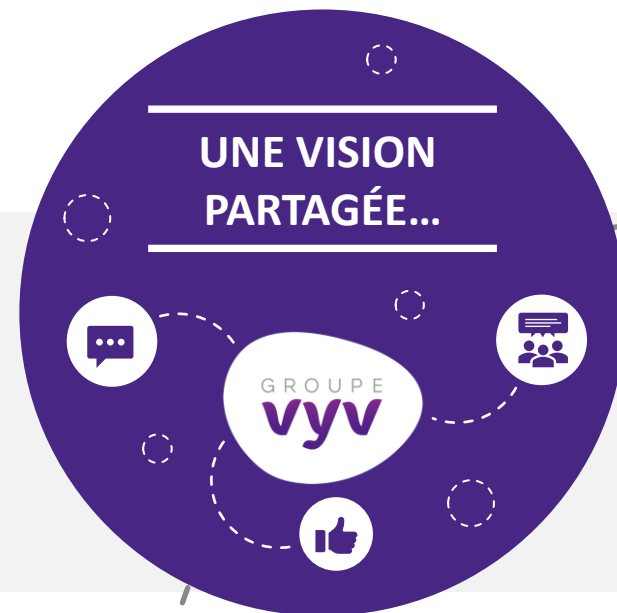
UNE VISION PARTAGÉE...

GROUPE
vyv

- Pour Claude Evin, « il est utile de rappeler un point complémentaire très positif, et pour ce qui est spécifiquement le cas pour les mutuelles. Elles sont animées par des militants qui s'engagent sur le terrain et leurs **réseaux de proximité constituent un maillage territorial intéressant et fluide** ».
- Pour Bruno Palier, directeur de recherches CNRS-Centre d'études européennes de Sciences Po, les mutuelles « ont la capacité, compte tenu de la masse de leurs adhérents, de connaître les besoins collectifs et de les incarner ». « On a **besoin des centres de santé et des mutuelles pour une vraie politique de santé publique.** »
- Pour Douglass North, Prix Nobel d'économie en 1993, la **diversité institutionnelle est une question de survie du développement économique**. Dans le prolongement de ses travaux, et selon ses successeurs Daron Acemoglu et James Robinson, un des fondements d'une croissance économique soutenable à long terme est le caractère inclusif des institutions politiques et économiques. Selon eux cela signifie qu'elles ne doivent pas être mises au service d'un nombre limité d'individus monopolisant le pouvoir mais au contraire permettre à tous d'exprimer leurs talents.

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

- Pour Bruno Palier, « l'étatisation du système s'accompagne en France de privatisation : on assiste à ce paradoxe que l'Etat étatisé la protection sociale pour s'en retirer et rationner. Pour mieux prendre en compte les besoins émergents et relayer les décisions prises, il faudrait renouer avec une véritable démocratie sociale, donc avec une **association des partenaires sociaux et des mutuelles aux décisions en matière de protection sociale** ».
- Pour Emmanuel Hirsch, professeur en éthique médicale, « apparemment rien ne nous préparait à la Covid-19 parce que personne n'y croyait. Nous apprenons beaucoup de ces moments de souffrance, d'inquiétude mais aussi d'engagements et de don de soi. S'il y avait dans un premier temps urgence à agir, l'important est désormais d'**associer les citoyens aux délibérations relatives à l'après, de développer une pédagogie de la responsabilité partagée** ». « Nous avons peu de prises sur le virus. Quand on nous parle des variants (anglais, sud-africain) il nous faut penser des variants aussi d'un point de vue d'inventivité démocratique. »





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

Partie 5

Tour d'horizon



Tour d'horizon : note de l'Observatoire Santé et Innovation



L'Observatoire Santé et Innovation, rattaché à l'Institut Sapiens, a publié une note mi-février 2021, dans le prolongement du document de travail du HCAAM, visant à analyser un aspect particulier : « celui du rôle des complémentaires santé, dans le cadre du Contrat responsable ».

(<https://www.institutsapiens.fr/wp-content/uploads/2021/02/Note-complementaires.pdf>)

Analyse de l'Observatoire:

- Une hyper spécialisation dans certaines garanties suite au contrat responsable
- La « logique clivante petit risque/gros risque est erronée »
- Possibilité de faire des complémentaires « de véritables auxiliaires de la sécurité sociale » pour « utilement renforcer leur complémentarité à la sécurité sociale dans la gestion de risques lourds »
- S'affranchir de contraintes légales limitant l'efficacité des complémentaires
- Maitriser les hausses tarifaires, les cotisations des complémentaires « ne peuvent continuer à augmenter, pour les personnes comme pour les entreprises, surtout en ces temps de difficultés économiques inédites »

Une étatisation (grande Sécu) ne serait pas selon l'auteur une solution viable aussi bien d'un point de vue de soutenabilité que de bénéfice aux assurés : il faudrait revoir l'articulation des régimes et assouplir certaines réglementations limitant l'efficacité des complémentaires.

Tour d'horizon : des travaux en cours

Le Parti socialiste soutient la naissance d'un panier santé et prévention 100% remboursé par la Sécu.

Parution de l'avis d'ici juin puis du rapport définitif du HCAAM à l'été 2021.

Colloque au Conseil d'Etat le 12 février 2021 "gouvernance et financement de la protection sociale" visant à mener une réflexion sur le modèle actuel.

hcrann

Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Contact

Nicolas MOREL

nicolas.morel@groupe-vyv.fr

Bertran CARLIER

Bertran.CARLIER@groupe-vyv.fr

GROUPE
vyv

