



AVENIR DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE EN FRANCE

POSITION PAPER

DÉCEMBRE 2021



INTRODUCTION

Le gouvernement a sollicité le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM) pour réfléchir à l'avenir de l'articulation entre Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et Assurance Maladie Complémentaire (AMC), l'objectif affiché étant de rendre plus efficient et plus équitable le système de soins en France.

Le pré-rapport comporte quatre hypothèses d'évolution.

Il est rappelé que, contrairement à d'autres pays européens, la mission du HCAAM n'a pas intégré une réflexion qui aurait consisté à déconcentrer la gestion de l'assurance maladie en ouvrant à la concurrence ce qui est aujourd'hui le domaine réservé du régime obligatoire. Un cinquième scénario aurait donc été utile et aurait sans doute permis, performance et concurrence aidant, de gagner en efficience comme en financement.

Il est rappelé qu'en dehors du cofinancement initial organisé entre l'AMO et l'AMC, la place de celle-ci s'est, depuis 30 ans, considérablement accrue du fait :

- Des désengagements successifs de l'AMO, toujours en recherche d'équilibre financier :
 - Augmentation des tickets modérateurs sur la quasi-totalité des postes d'honoraires ;
 - Forfait journalier hospitalier ;

- Déremboursements importants en termes de médicaments (remboursements à 30 %, à 15 %, ou déremboursement total) ;
- De l'insuffisance de couverture assurée par l'AMO sur plusieurs postes, notamment :
 - Optique, prothèses dentaires ;
- De l'absence de couverture assurée par l'AMO sur de nombreux postes :
 - Chambres particulières ;
 - Dépassements d'honoraires : les non-revalorisations des honoraires médicaux pris en charge par l'AMO, durant de nombreuses années ont obligé nombre de praticiens à procéder à des dépassements d'honoraires. Il s'agit d'un désengagement occulte, mais réel, de l'assurance maladie ;
 - Financement des nouvelles techniques médicales :
 - ◆ Téléconsultations avant la crise covid ;
 - ◆ Chirurgie réfractive de l'œil ;
 - ◆ Implantologie dentaire etc.
- De sa faible intervention en prévention... ;
- De sa volonté de laisser aux Organisme Complémentaire d'Assurance Maladie (OCAM) des charges financières nouvelles avec le 100 % santé, développé depuis 4 ans, en optique, dentaire et audiologie.

À l'heure où la crise sanitaire a fortement sollicité les comptes de la Sécurité sociale présentant des déficits historiques (38,7 milliards d'euros pour 2020, 30 mds € en 2021 et 30 mds € prévus en 2022, soit près de 100 mds € en 3 ans), nul doute que le gouvernement étudiera avec attention les économies sous-jacentes qui pourraient découler de l'évolution de notre système de protection sociale tout en s'évitant une cure d'austérité du système de santé lui-même.

Deux démarches d'évolution du système ont été envisagées par l'HCAAM :

I. Une démarche relativement modérée : elle vise à améliorer, selon sa conception, le système existant sans en modifier structurellement l'architecture. L'HCAAM étudie cette démarche dans le scénario 1.

II. Une démarche de réorganisation des remboursements : elle repense structurellement l'articulation entre AMO et AMC. L'HCAAM étudie cette démarche et la décline en 3 grands scénarii : 2, 3 et 4 ayant de fortes incidences sur l'architecture actuelle des financements, et donc sur les remboursements aux assurés.

Au regard des enjeux sous-jacents découlant de ces propositions, PLANETE CSCA a souhaité faire le point sur ce rapport et apporter son éclairage au marché.



SOMMAIRE

02 INTRODUCTION

—
1
—

05 AMO/AMC : LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE ACTUEL, ÉPROUVÉ MAIS PERFECTIBLE

- 06 Les forces du système de protection sociale en matière de frais de santé
- 08 La possible adaptation du modèle de protection sociale français en matière de frais de santé

—
2
—

09 ANALYSE DU RAPPORT DE L'HCAAM

- 10 Présentation des scénarii du HCAAM
- 11 Analyse financière des scénarii proposés par l'HCAAM : approche macroscopique
- 19 Analyse qualitative des impacts sur le système de santé

—
3
—

21 LES DÉFIS PRIORITAIRES DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE

- 22 Nos propositions pour la santé
- 24 La réaffirmation d'une urgence dans le domaine de la prévoyance complémentaire
- 25 L'importance des politiques sociales dans le domaine de la dépendance et de la retraite : un défi démographique

26 CONCLUSION



I

AMO/AMC :
LE SYSTÈME DE PROTECTION
SOCIALE ACTUEL, ÉPROUVÉ
MAIS PERFECTIBLE



LES FORCES DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE FRANÇAIS EN MATIÈRE DE FRAIS DE SANTÉ

Le système de protection sociale français, original par son architecture, est aussi très performant puisque le « reste à charge » y est le plus faible des pays de l'OCDE (plus de 92 % des dépenses de santé sont prises en charge). De plus, 96 % des Français disposent d'une complémentaire santé.

ADAPTABILITÉ DES RÉGIMES FRAIS DE SANTÉ

Le système complémentaire historique, fruit de la négociation collective, a démontré son adaptation permanente aux besoins de santé des populations couvertes, et notamment par :

- **une adaptation permanente des garanties** aux besoins des assurés, collectifs et individuels, ceci dans une forte démarche de personnalisation des garanties
- **Un dynamisme des acteurs de l'AMC éprouvé** : modification permanente de la législation et de la réglementation depuis la loi Evin de 1989, et instauration du contrat responsable en 2004 auxquelles les acteurs de la protection sociale complémentaire ont su faire face de manière agile en améliorant leurs services, tout en réduisant significativement les restes à charge des assurés ;
- **Un fonctionnement complémentaire aux aides de l'état** : CSS, ALD, qui permet d'assurer une équité entre les assurés sociaux selon leur situation réelle.

TRANSPARENCE DANS LA DISTRIBUTION ET LES RÉSULTATS

L'activité des OCAM s'est développée tout en apportant informations permanentes et transparence aux assurés, notamment au travers :

- d'une grande transparence des dispositifs collectifs : comptes de résultats annuels (art 15 loi Evin), devoir de conseil renforcé dans la phase précontractuelle et pendant la vie du contrat (DDA), transparence des rémunérations... ;
- du devoir de conseil renforcé pour les dispositifs individuels avec la Directive Européenne sur la Distribution d'Assurances ;
- du devoir d'information et de communication renforcée par le biais des remises de documents obligatoires (DUE, notice, ...) ainsi que la prévention en matière de santé et de sécurité au travail développée par les OCAM.

AFFIRMATION D'UN MARCHÉ FORTEMENT CONCURRENTIEL

- La résiliation à tout moment des contrats, collectifs comme individuels, est venue renforcer le caractère concurrentiel de ce marché, tout en étant très protectrice pour les assurés ;
- Le marché de la complémentaire santé est effectivement très concurrentiel ce qui garantit un rapport prix/prestations optimal à ses bénéficiaires. Ce marché est soumis à l'Autorité de la Concurrence, organisme indépendant et sourcilieux qui n'a pas considéré comme nécessaire la mise en œuvre d'une réglementation spécifique, et en a fait un marché de concurrence libre. Il est, par ailleurs, placé sous le contrôle de l'ACPR.

ACTEUR DE L'INNOVATION ET DE LA PRÉVENTION

- Les OCAM ont développé, par ailleurs, les réseaux de soins qui comportent de véritables centrales d'achat et ont permis des baisses significatives de prix de nombreux équipements (optique, dentaire, audiométrie par exemple), avant même le lancement du 100 % santé sur ces postes, tout en développant les tiers-payants. À noter que le 100 % santé, en optique, n'est pas respecté par les opticiens, alors que les tarifs négociés par les OCAM s'appliquent, au bénéfice de leurs assurés.
- Un système privé précurseur en matière de prévention, de couverture et de lutte contre les déserts médicaux :
 - Garanties de prévention concernant des médecines douces ou des prestations non, ou mal, prises en compte par l'assurance maladie (ostéopathie, chiropractie, et jusqu'à maintenant psychologues etc...);
 - Prises en charge de nouvelles techniques médicales, bien avant que l'assurance maladie ne les prenne en compte (chirurgie

refractive contre la myopie, implantologie dentaire... ;

- Téléconsultation mise en œuvre par les complémentaires et qui n'ont été reprises par l'assurance maladie que par obligation, lors de la pandémie COVID ;
 - Etc.
- Une innovation constante sur la valorisation des régimes et la maîtrise des dépenses : simulateur de remboursement, devis généralisés, création de parcours de soins préventifs, bilan de santé... ;
- Analyse et exploitation de ces données pour améliorer la santé des assurés et endiguer la dérive médicale.

SOURCE DE FINANCEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ET INCITATIONS VERTUEUSES

- Un levier économique pour l'État, les entreprises et les travailleurs indépendants :
 - Pour l'État : taxation des contrats d'assurance santé (13,27 % voire 20,27 % pour les contrats non responsables), des participations employeurs soumises à forfait social de 8 %, à CSG/CRDS et injecté dans l'impôt sur le revenu ;
 - Pour l'entreprise : des dispositifs de non-assujettissement de charges

sociales permettant aux PME/TPE de mettre en place des actions de politique de rémunération variées face à la compétitivité des salaires bruts du marché pour permettre la rétention des collaborateurs ;

- Pour les indépendants : déductibilité fiscale des dispositifs Madelin
- L'AMC acteur du financement du système médico-social en France (forfait hospitalier, forfait patientèle, les honoraires de dispensation des pharmaciens, la taxation exceptionnelle en situation de COVID, le financement des flux Noémie...) face aux difficultés croissantes du secteur médical et de l'hôpital public au regard des coûts réels engendrés par le système de soins, et par l'évolution permanente des besoins (modernisation, nouvelles technologies, augmentation et vieillissement de la population).

PILIER DE LA POLITIQUE DES AVANTAGES SOCIAUX DANS LE DROIT SOCIAL FRANÇAIS

- Un élément de rémunération au sens L242-1 et en droit du travail à la charge de l'employeur, partie intégrante du package de rémunération des salariés.

- L'accès à la complémentaire santé est un des éléments importants du dialogue social au sein de l'entreprise. Dans le respect des règles, une entreprise peut créer sa couverture sur-mesure (services, options, complémentaires) en fonction des besoins de ses salariés, quels que soient leur secteur d'activité ou la nature de leur contrat.
- La complémentaire santé devient un service supplémentaire proposé par l'entreprise à ses salariés et s'inscrit directement dans sa politique de ressources humaines. La prévention et la responsabilisation y trouvent parfaitement leur place notamment via les actions de qualité de vie au travail (QVT) vertueuses aussi bien pour l'employeur dans sa maîtrise de l'absentéisme, que pour l'équilibre des dépenses de santé.
- La participation des différents partenaires sociaux, voire des salariés eux-mêmes, dans le choix de leur couverture santé et le pilotage de leur régime collectif, soude le dialogue social au sein des entreprises et montre une volonté d'équité dans la couverture santé. On pourrait ainsi parler de « démocratie sanitaire ».



LA POSSIBLE ADAPTATION DU MODÈLE DE PROTECTION SOCIALE FRANÇAIS EN MATIÈRE DE FRAIS DE SANTÉ

Bien qu'étant déjà très performant, et comme tout système, le système de protection sociale français est perfectible et une réflexion mérite d'être menée sur plusieurs points.

DES POPULATIONS FRAGILES ENCORE TROP PRÉCARISÉES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

- Des populations fragiles dont les couvertures peuvent être les plus chères : retraités, chômeurs de longue durée, invalides, ALD. Une réécriture plus complète de la loi Evin de 1989 semble nécessaire car ces populations peuvent connaître des restes à charge ou des coûts de cotisations difficilement supportables au regard de leurs ressources.
- Des grandes disparités dans l'accès aux soins sur le territoire. Les déserts médicaux sont de plus en plus nombreux et les délais de consultation de médecins spécialistes toujours plus longs avec des impacts significatifs sur la santé des assurés, et sur certaines dérives médicales. Cet état de fait est lié à la politique de santé menée par les Pouvoirs Publics depuis des décennies, mais des solutions visant à en limiter les effets, telle la téléconsultation, initiée par les

OCAM et reprise par l'Assurance Maladie dans le cadre de la crise sanitaire, sont indispensables en attendant une re-médicalisation des territoires.

UNE FRÉNÉSIE LÉGISLATIVE ET RÉGLEMENTAIRE, CHRONOPHAGE, ENGENDRANT DES COÛTS IMPORTANTS ET UNE MARGE DE SOLVABILITÉ SOUS TENSION POUR L'AMC

- La réécriture régulière des conditions des contrats, des garanties, ou des actes de mise en place, du fait de ces incessants changements de règles, notamment, sont chronophages et générateurs d'investissements très importants pour les acteurs du marché : informatique, souscription, juridique, humains, comme pour leurs clients entreprises dans le domaine collectif.
- L'instabilité juridique qu'elle crée souvent, génère une insécurité juridique des dispositifs fiscaux et sociaux pour les entreprises et les indépendants.

UNE COMPLEXITÉ DU FONCTIONNEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE EN FRANCE

La complexité dans la lisibilité des garanties et des remboursements, engendrée par la complexité du régime de base de la Sécurité sociale (diversités des bases de remboursements et des tarifs d'autorités, loi Hôpital Patient Santé Territoire, ...) est un problème important, mais comment faire simple quand les règles et les droits sont complexifiés sans cesse depuis 30 ans par les autorités administratives ?



—
2
—

ANALYSE DU RAPPORT DE L'HCAAM

Dans un objectif affiché de rendre plus efficient le système, l'HCAAM a étudié 4 scénarii d'évolutions sans, toutefois, remettre en cause les fondements de l'assurance maladie, pourtant structurellement déficitaire, omettant donc l'ouverture du secteur de l'AMO à la concurrence.



PRÉSENTATION DES SCÉNARIOS DU HCAAM

SCÉNARIO 1

AMÉLIORATION DANS LE CADRE DE L'ARCHITECTURE ACTUELLE

Ce scénario déployé à architecture constante vise à améliorer le fonctionnement du système, comme la complexité des remboursements ou les inégalités et incertitudes dans les restes à charge. Il y est proposé de plafonner le reste à charge des assurés à un montant annuel, de supprimer les dispenses d'affiliation aux régimes santé d'entreprise, de faire financer par l'employeur tout ou partie des cotisations santé des salariés à faibles revenus.

À noter cependant que, dans un souci de transparence et de parfaite information des assurés, les OCAM ont développé la pratique des devis, permettant déjà, sur les postes complexes, aux assurés de connaître leur reste à charge.

À noter également que la complexité des grilles de prestations complémentaires est l'image exacte de la complexité des règles de remboursement de l'assurance maladie, sans cesse accrue ces dernières années : elle est donc subie, et non souhaitée.

SCÉNARIO 2

EXTENSION DU CHAMP D'INTERVENTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (OU GÉNÉRALISATION DES ALD)

Ce scénario consiste à augmenter la prise en charge de la Sécurité sociale sur l'essentiel des dépenses de santé. La Sécurité sociale prendrait alors à sa charge :

- L'intégralité des tickets modérateurs ;
- En cas d'hospitalisation : le forfait de 24 €, le forfait journalier et le forfait de passage aux urgences, la chambre particulière si un fondement médical l'exige ;
- Les dépenses médicalement nécessaires en optique, dentaire et audioprothèses (panier minimum de soins).

En revanche, la participation forfaitaire de 1 € pour les médecins, les franchises de 0,50 € sur les médicaments et les actes paramédicaux, la franchise de 2 € sur le transport, seraient maintenues à la charge des patients (en l'état ou refundues en une franchise annuelle forfaitaire).

Ce scénario conduirait à :

- Renforcer significativement la proportion des dépenses de santé financées par l'assurance maladie obligatoire ;
- Déployer une égalité verticale dans le financement et une égalité horizontale dans la consommation sans tenir compte de la disparité des réalités régionales et démographiques ;
- Une remise à plat des rémunérations des professionnels de santé libéraux qui seraient à plus ou moins long terme, totalement fonctionnarisés ;
- La disparition quasi générale des organismes complémentaires et le développement d'une médecine à deux vitesses, comme dans tous les pays ayant poussé ce type de système.

SCÉNARIO 3

UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE, UNIVERSELLE ET MUTUALISÉE

Dans ce scénario les contrats seraient normés en termes de garanties et de primes via la notion de SIEG (Service d'Intérêt Économique Général). Les SIEG seraient libres de proposer des garanties au « 3^e étage » mais celles-ci ne seraient pas éligibles aux aides publiques.

SCÉNARIO 4

DÉCROISEMENT ENTRE LES DOMAINES D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET DES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES

Dans ce scénario le panier de soins est partagé par types de garantie qui seraient financées de façon distincte entre public et privé :

- L'assurance maladie financerait intégralement les dépenses liées aux consultations de médecins et à l'hospitalisation ;
- L'assurance privée financerait l'optique, les soins et prothèses dentaires, les audioprothèses, les médicaments à SMR faible ou modéré.

Ce projet prévoit aussi d'adapter le panier de soins par type de population (ex : âge), de modifier la régulation du marché de l'assurance privée, de refonder la régulation des secteurs qui seraient financés au 1^{er} euro par l'Assurance privée.



ANALYSE FINANCIÈRE DES SCENARII PROPOSÉS PAR L'HCAAM : APPROCHE MACROSCOPIQUE

Dans cette première approche, seules les variations de charges de prestations directes ont été estimées.

À ce stade, les impacts ont été mesurés pour la population française, sans faire de distinction secteur public/secteur privé.

SCÉNARIO 1

AMÉLIORATION DANS LE CADRE DE L'ARCHITECTURE ACTUELLE

PLANETE CSCA a approché le coût direct de ce scénario vis-à-vis des employeurs, l'essentiel des mesures consistant à demander à l'employeur de financer des cotisations additionnelles.

Estimation de la charge Employeur à l'échelle nationale	
Suppression des dispenses d'affiliation	1 950 300 000 €
Prise en charge par l'employeur de la cotisation représentant au moins 10 % de la rémunération	531 900 000 €
TOTAL	2 482 200 000 €

* HYPOTHÈSES

- Taux de participation employeur moyen à la cotisation santé = 55 %
- Taux de dispensé = 15 %
- Cotisation moyenne d'entreprise = 1 200 €/an
- Population active secteur privé = 19,7 Millions de français
- Salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de la rémunération = 5 %

SCÉNARIO 2

EXTENSION DU CHAMP D'INTERVENTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (GÉNÉRALISATION DES ALD)

Dans ce scénario, PLANETE CSCA a approché le coût des transferts de dépenses de santé directes qu'il y aurait entre les ACM et l'AMO, en s'appuyant tant sur des données d'expérience que sur des statistiques nationales.

	Estimation de la charge à l'échelle nationale
Intégralité des tickets modérateurs	13 673 913 941 €
En cas d'hospitalisation : le forfait de 24 euros, le forfait journalier et le forfait de passage aux urgences, la chambre particulière si un fondement médical l'exige *	1 719 474 208 €
Les dépenses médicalement nécessaires en optique, dentaire et audioprothèses (panier minimum de soins) **	2 133 435 384 €
TOTAL	17 526 823 534 €

HYPOTHÈSES

- * une hospitalisation sur 2 justifie médicalement une chambre particulière
- Le forfait de 24 euros est compris dans la ligne au dessus
- ** Nombre de prothèse par bénéficiaire par an = 0,16
- Part de prothèses réalisées en 100 % santé = 31 %, en panier maîtrisé = 21 %
- Part des lunettes réalisées dans le panier libre = 99 %
- Part des audioprothèses en nombre dans le poste « Appareillage et autres prothèses » = 12 %

Soit un équivalent de 0,75 point de PIB et une augmentation des prélèvements obligatoires de près de 2 % (1,70 %)

La création d'une Grande Sécurité sociale regroupant intégralement le champ des AMC, augmenterait les prélèvements obligatoires de près de 3 points.

PLANETE CSCA a approché les impacts fiscaux et sociaux découlant de la diminution de la cotisation santé acquittée par les assurés. Conformément au rapport de l'HCAAM, il est supposé dans ces simulations que l'employeur ne finance plus la cotisation santé de ses assurés, et que l'ensemble des avantages sociaux/fiscaux liés à cette contribution tombent de fait.

Impact	Description	Effets				Estimation des impacts financiers			
		Recette pour l'état		Impact pour les assurés		Recette annuelle pour l'état		Impact annuel par assuré	
		Augmentation	Réduction	Augmentation du pouvoir d'achat	Réduction du pouvoir d'achat	Augmentation	Réduction	Augmentation du pouvoir d'achat	Réduction du pouvoir d'achat
Financement de la cotisation	Financement de la cotisation précédemment financée par l'employeur.	S.O.			X				260 €
Taxe sur les contrats d'assurance	L'assiette de taxe à 13,27%/20,27% serait réduite.		X	S.O.			3 503 405 826 €	S.O.	
Impôt sur le revenu des salariés	La contribution employeur est soumise à l'impôt sur les revenus. L'assiette des impôts sur le revenu serait donc diminuée.		X	X			1 170 180 000 €	59 €	
Forfait social	La contribution employeur est soumise au forfait social à hauteur de 8%. L'assiette du forfait social serait diminuée.		X	S.O.			1 040 160 000 €		
CSG/CRDS	La contribution employeur est soumise à CSG/CRDS. L'assiette de CSG/CRDS serait diminuée.		X	X			1 202 685 000 €	61 €	
Impôt sur les sociétés	La contribution employeur est déduite de l'assiette de l'impôt sur les sociétés. L'assiette de l'impôt sur les sociétés serait augmentée.	X		S.O.		3 900 600 000 €		S.O.	
Charges sociales	La contribution employeur est exonérée de charges sociales. L'assiette de salaire soumise à charges sociales serait augmentée.	X			X	8 451 300 000 €			152 €
TOTAL						12 351 900 000 €	6 916 430 826 €	120 €	412 €

S.O. : Sans Objet

HYPOTHÈSES

- salaire net moyen de 29 088 (source INSEE)
- taux d'imposition moyen sur le salaire : 9 %
- taux de participation employeur moyen à la cotisation santé = 55 %

- cotisation moyenne d'entreprise = 1 200 €/an
- taux de CSG/CRDS : 9,25 %
- impôt sur les sociétés = 30 %
- charges sociales salarié = 23 % / charges sociales employeur = 42 %
- population active secteur privé = 19,7 Millions de français



COÛT DU CHÔMAGE

D'après les chiffres de l'INSEE, le secteur finance, assurance, immobilier, représente 1 244 000 salariés. Si nous supposons que l'assurance représente 1/3 de ce secteur et que la santé représente 25 % des salariés de l'assurance, on peut estimer que l'assurance santé représente 103 000 emplois.

Il est supposé qu'une personne sur deux ne retrouverait pas du travail, soit 52 000 personnes. Le coût du chômage est estimé à 20 000 euros par chômeur d'après le professeur d'économie Jean Gadrey.

La mise en œuvre de ce scénario 2 représenterait donc un coût additionnel de 1,036 milliards d'€, en partie récurrente. Pour mémoire, la branche maladie de la Sécurité sociale enregistrera, sur les exercices 2020, 2021 et 2022, un déficit cumulé de 100 milliards d'€.

Dans les autres scénarii, l'incidence en termes de pertes d'emplois serait sans doute moindre, mais cependant significative.

SCÉNARIO 3

UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE, UNIVERSELLE ET MUTUALISÉE

Dans ce scénario, les équilibres financiers actuels ne seraient pas structurellement revus, aucun transfert de charge n'ayant lieu de façon directe entre AMO/AMC ou vers l'employeur. En revanche, elle cantonnerait la couverture de ces risques aux seuls SIEG excluant de facto des acteurs considérés comme non conformes à cette singulière qualité, d'où un risque également important de chômage pour nombre de collaborateurs du métier et une perte du maillage territorial des OCAM et des bienfaits de la concurrence en termes de services, d'innovation et de tarifs.

SCÉNARIO 4

DÉCROISEMENT ENTRE LES DOMAINES D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET DES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES)

Dans ce scénario, PLANETE CSCA a approché le coût des transferts de dépenses de santé directes qu'il y aurait entre les ACM et l'AMO, en s'appuyant tant sur des données d'expérience et sur des statistiques nationales.

	Estimation de la charge à l'échelle nationale	
	Variation de charge pour l'assurance maladie	Variation de charge pour les complémentaires
Hospitalisation *	4 735 188 948 €	-4 735 188 948 €
Consultations Visites	1 995 262 213 €	-1 995 262 213 €
Pharmacie**	3 044 794 899 €	-3 044 794 899 €
Dentaire	-3 737 384 279 €	3 737 384 279 €
Optique	-317 452 733 €	317 452 733 €
Autres Soins	4 455 534 839 €	-4 455 534 839 €
TOTAL	10 175 943 887 €	-10 175 943 887 €

HYPOTHÈSES

- * o la sécurité sociale prend en charge le forfait journalier ainsi que la chambre particulière dans tous les cas, en plus du ticket modérateur sur les frais de séjour et les honoraires.
- ** o les médicaments à SMR faible ou modéré représentent 31 % des remboursements complémentaires des médicaments.

Soit 0,45 point de PIB

PLANETE CSCA a approché les impacts fiscaux et sociaux découlant de la diminution de la cotisation santé acquittée par les assurés. Conformément au rapport de l'HCAAM, il est supposé dans ces simulations que l'employeur ne finance plus la cotisation santé de ses assurés, et que l'ensemble des avantages sociaux/fiscaux liés à cette contribution tombent de fait.

Impact	Description	Effets				Estimation des impacts financiers				
		Recette pour l'état		Impact pour les assurés		Recette annuelle pour l'état		Impact annuel par assuré		
		Augmentation	Réduction	Augmentation du pouvoir d'achat	Réduction du pouvoir d'achat	Augmentation	Réduction	Augmentation du pouvoir d'achat	Réduction du pouvoir d'achat	
Taxe sur les contrats d'assurance	L'assiette de taxe à 13,27%/20,27% serait réduite.		X	S.O.			2 034 051 466 €		S.O.	
Impôt sur le revenu des salariés	La contribution employeur est soumise à l'impôt sur les revenus. L'assiette des impôts sur le revenu serait donc diminuée.		X	X			411 959 807 €	21 €		
Forfait social	La contribution employeur est soumise au forfait social à hauteur de 8%. L'assiette du forfait social serait diminuée.		X	S.O.			366 186 495 €		S.O.	
CSG/CRDS	La contribution employeur est soumise à CSG/CRDS. L'assiette de CSG/CRDS serait diminuée.		X	X			423 403 135 €	21 €		
Impôt sur les sociétés	La contribution employeur est déduite de l'assiette de l'impôt sur les sociétés. L'assiette de l'impôt sur les sociétés serait augmentée.	X		S.O.			1 373 199 358 €		S.O.	
Charges sociales	La contribution employeur est exonérée de charges sociales. L'assiette de salaire soumise à charges sociales serait augmentée.	X			X		2 975 265 276 €		53 €	
TOTAL							4 348 464 634 €	3 235 600 904 €	42 €	53 €

S.O. : Sans Objet

HYPOTHÈSES

- salaire net moyen de 29 088 (source INSEE)
- taux d'imposition moyen sur le salaire : 9 %
- taux de participation employeur moyen à la cotisation santé = 55 %

- cotisation moyenne d'entreprise = 1 200 €/an
- taux de CSG/CRDS : 9,25 %
- impôt sur les sociétés = 30 %
- charges sociales salarié = 23 % / charges sociales employeur = 42 %
- population active secteur privé = 19,7 Millions de français



COÛT DU CHÔMAGE

D'après les chiffres de l'INSEE, le secteur finance, assurance, immobilier, représente 1 244 000 salariés. Si nous supposons que l'assurance représente 1/3 de ce secteur, et que la santé représente 25 % des salariés de l'assurance, on peut estimer que l'assurance santé représente 103 000 emplois. Il est supposé que les assureurs doivent réduire leurs effectifs proportionnellement à la réduction de leur chiffre d'affaires. Il est donc supposé que 65 % des salariés perdraient leur emploi, soit 66 000 salariés.

Il est supposé qu'une personne sur deux ne retrouverait pas de travail, soit 33 000 personnes. Le coût du chômage est estimé à 20 000 € par chômeur d'après le professeur d'économie Jean Gadrey.

La mise en œuvre de ce scénario 4 représenterait donc un coût additionnel de 660 millions d'€. Pour mémoire, la Sécurité sociale enregistrera, sur les exercices 2020, 2021 et 2022, un déficit cumulé de 100 milliards d'€.



ANALYSE QUALITATIVE DES IMPACTS SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

SCÉNARIO 1

AMÉLIORATION DANS LE CADRE DE L'ARCHITECTURE ACTUELLE

AVANTAGES

- Probable diminution du reste à charge pour les populations précaires ;
- Régulation des coûts des acteurs du système de santé à travers le bouclier sanitaire ;
- Maintien de l'implication des IRP.

INCONVÉNIENTS

- Une augmentation des charges pour les employeurs (dispenses d'affiliations et salariés à faibles revenus) ;
- Des difficultés de financement supplémentaires dans nombre d'entreprises, notamment petites ;
- Des probables phénomènes de doubles couvertures ;
- Le mécontentement des professionnels de santé.

SCÉNARIO 2

EXTENSION DU CHAMP D'INTERVENTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (GÉNÉRALISATION DES ALD)

AVANTAGES

- Meilleure lisibilité des garanties ;
- Tiers payant généralisé (attention aux dérives : exemple de La Réunion).

INCONVÉNIENTS

- Fin de l'implication des IRP ;
- Augmentation des coûts des complémentaires (3^e niveau et mutualisation insuffisante) ce qui générera, comme dans tous les pays qui ont procédé à une étatisation de l'assurance maladie, une médecine à deux vitesses... ;
- Augmentation du coût pour la Sécurité sociale ;
- Forte hausse des prélèvements sociaux obligatoires qui risque de peser sur la compétitivité du marché français pour l'implantation d'entreprises privées ;
- Nationalisation d'une partie de la rémunération actuelle des professionnels de santé et leur fonctionnarisation à moyen terme ;
- Diminution des recettes de l'État ;
- Diminution des recettes des hôpitaux ;
- Disparition des dispositifs d'ALD utilisés dans d'autres domaines ;
- Modèle peu adaptable aux évolutions futures ;
- Hausse de la fraude, aujourd'hui bien maîtrisée par les OCAM ;
- Fin des remboursements pour les actes non pris en charge par l'assurance maladie (dépassements d'honoraires, nouvelles technologies, prévention en actes non remboursés...) ;
- Chômage important pour les salariés du secteur.

SCÉNARIO 3

UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE, UNIVERSELLE ET MUTUALISÉE

AVANTAGES

- Meilleure lisibilité des garanties ;
- Principe d'égalité mais pas d'équité ;
- Péréquation qui permet de lisser le coût de la santé sur une vie entière.

INCONVÉNIENTS

- Fin de l'implication des IRP ;
- Médecine à deux vitesses ;
- Des dispositifs pouvant augmenter les charges de cotisations pour certains salariés/employeur ;
- Modèle peu adaptable aux évolutions futures ;
- Création d'un 3^e étage générateur d'une disparité dans les taux de couverture qui sont élevés aujourd'hui ;
- Chômage important pour nombre de salariés du secteur.

SCÉNARIO 4

DÉCROISEMENT ENTRE LES DOMAINES D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET DES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES

AVANTAGES

- Maintien de l'implication des IRP sur les paniers non pris en charge par l'AMO ;
- Modèle plus adaptable.

INCONVÉNIENTS

- Des dispositifs pouvant diminuer la logique assurancielle ;
- Création d'un système de soins à deux vitesses pour les dépassements d'honoraires ;
- Inégalités d'accès aux soins importants : remise en cause du caractère providentiel du système de protection sociale français.



| 3 |

LES DÉFIS PRIORITAIRES DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE

Si le système de soins est perfectible et doit évoluer sur plusieurs points, il nous apparaît que les enjeux de la protection sociale en France portent prioritairement sur les autres composantes de cette protection sociale.

Dans cette logique affichée par l'HCAAM de couverture universelle, il est désormais urgent que le législateur s'empare des sujets de la prévoyance, de la retraite et de la dépendance.



NOS PROPOSITIONS POUR LA SANTÉ

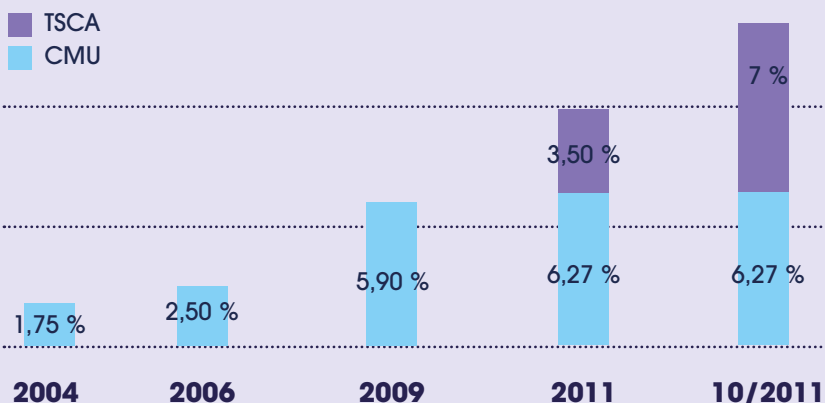
Hors réforme sur l'organisation de la santé (Hôpital) et corrélation avec la médecine de ville.

PROPOSITION

1

Minoration ou suppression de la taxation pour réduire le tarif des contrats des retraités. Alors que le régime agricole bénéficie d'une taxation dérogatoire, il pourrait en être de même pour les populations les plus fragiles identifiables afin de réduire le coût des complémentaires santé et favoriser leur accès à l'assurance.

ÉVOLUTIONS DES TAXES ET CONTRIBUTION SUR LES FRAIS DE SANTÉ



PROPOSITION

2

Une réécriture de la loi Evin et la suppression ou l'aménagement du carcan du contrat responsable pour permettre une prise en charge plus adaptée à leurs besoins, des populations concernées et mettre un terme à une jurisprudence fournie sur les sujets de la prévoyance complémentaire.

PROPOSITION

3

Organiser la couverture des travailleurs précaires en supprimant les dispenses d'affiliation dans les contrats collectifs dès lors que le collaborateur est au moins à quart temps.

Prévoir une participation spécifique de l'employeur dès que la cotisation représenterait plus de 10 % du salaire brut.

Mettre en place la portabilité des droits, en santé et prévoyance, en cas de faillite de l'entreprise.

PROPOSITION

4

Utilisation de la part de TSA non dédiée au financement de la CSS pour aider les jeunes et seniors aux revenus modestes à financer leurs couvertures complémentaires.

PROPOSITION

5

Poursuite de l'homogénéisation des législations des acteurs de l'AMC en leur donnant une compétence élargie en termes d'exploitation des données et de prévention. Faire de la France une nation pionnière dans la prévention du risque. Alors que la continuité des carrières au sein d'une même entreprise tend à disparaître au profit d'une flexibilité des carrières, l'AMC pourrait être porteur d'une obligation (à l'image de ce qui a pu être proposé en droit du travail avec une négociation annuelle en matière de QVT) en matière de prévention sur les RPS et les TMS pour accompagner les populations tout au long de leur vie. Cette proposition favoriserait la promotion et le financement de l'innovation dans le domaine de la santé via le développement de la french tech et de nouvelles licornes.

PROPOSITION

6

Mettre un terme à la loi Leroux et permettre aux réseaux de soins de négocier les honoraires des praticiens et établissements afin de permettre une évolution qualitative et financière optimum de notre système de soins. Des tarifs différenciés et incitatifs pourraient permettre de lutter contre les déserts médicaux.

PROPOSITION

7

Mettre fin aux pratiques commerciales d'escompte différé qui accroissent la charge commerciale d'une petite partie des contrats santé individuels.

PROPOSITION

8

Définir les minimums de services dont l'assuré doit bénéficier et favoriser les actions de prévention primaires, secondaires et tertiaires, tout en maintenant, pour les acteurs, l'exonération de TVA sur la gestion afin de ne pas augmenter les coûts.

PROPOSITION

9

Rendre obligatoire la négociation annuelle en entreprise sur les thèmes de la dépendance, de la prévoyance, de la santé et de la retraite afin d'avoir un échange organisé et régulier avec les partenaires sociaux sur tous les pans de la protection sociale.



LA RÉAFFIRMATION D'UNE URGENCE DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

Contrairement à la santé, aucune obligation générale de couverture n'existe concernant la prévoyance (incapacité, invalidité, décès). Les entreprises sont uniquement contraintes par l'obligation dite du « 1,50 % tranche A » qui ne vise que les cadres, ou par des obligations conventionnelles qui peuvent concerner les cadres et les non-cadres. Or, être couvert en prévoyance est fondamental puisqu'il s'agit de risques lourds qui, lorsqu'ils se réalisent, peuvent avoir des conséquences très dommageables sur le niveau de vie des salariés et de leur famille.

Ce défaut de minimum légal en prévoyance engendre :

- Un défaut de couverture ou une couverture incomplète pour de nombreux non-cadre : PLANETE CSCA estime que 12 % des salariés non-cadres ne sont pas couverts par un régime de Prévoyance en France, ce qui représente près de 2 millions de français sans couverture ;
- S'agissant des branches qui ne prévoient pas de régime de prévoyance, à titre d'exemple, selon le Bilan de la négociation collective en 2018, « *Concernant la prévoyance, tout ou presque est à construire dans la branche de la métallurgie. En effet, aujourd'hui, les seuls dispositifs applicables sont*

la cotisation de 1,5 % tranche A pour les cadres et dans certains territoires, une couverture souvent limitée au risque décès à hauteur de 0,3 %. 20 % des métallurgistes n'ont aucune couverture de prévoyance lourde ».

Ce constat n'est guère satisfaisant dans la mesure où la crise sanitaire du Covid-19 a mis en lumière le besoin d'une couverture prévoyance suffisamment protectrice et a démontré que les personnes en première ligne ne sont pas toujours les mieux couvertes. PLANETE CSCA propose une obligation de couverture minimum pour toutes les catégories de salariés, tout en ciblant un tarif raisonnable en termes de charges pour les entreprises. La mise

en place de ce panier minimum de garanties, tarifé à 30 euros par mois par PLANETE CSCA, représenterait un coût direct de 1,7 Milliards d'euros pour les entreprises en France. En outre, comme pour les régimes complémentaires existants, ce coût serait à répartir entre Employeur et Salarié et bénéficierait d'un traitement fiscal et social avantageux.



L'IMPORTANCE DES POLITIQUES SOCIALES DANS LE DOMAINE DE LA DÉPENDANCE ET DE LA RETRAITE : UN DÉFI DÉMOGRAPHIQUE IMMINENT

Les lois relatives à la dette sociale et à l'autonomie du 7 août 2020 et la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 inscrivent les premiers jalons du défi qui nous attend. Le code de la Sécurité sociale a inséré dans ses premiers articles une notion de « soutien à l'autonomie » ainsi que la cinquième branche sur l'autonomie, gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

La branche sera financée en 2024 par une partie du montant du produit de la contribution sociale généralisée qui voit son assiette et son importance augmenter depuis sa création en 1991.

Suite à un sondage en 2019 auprès de plus de 160 décideurs d'entreprises françaises ou filiales de groupes étrangers, 80 % des entreprises jugent qu'il est de leur responsabilité d'apporter des solutions à un salarié aidant.

Il est à noter que les plus grandes entreprises semblent sensiblement plus convaincues de cette nécessité que les entreprises de taille plus réduite.

Concernant les retraites les incertitudes inhérentes à tout exercice de projection sont exacerbées par la crise sanitaire. Ce domaine reste un enjeu majeur pour les années futures et l'État devra faire évoluer les ressources nécessaires à

l'équilibrage des régimes dont il assure la solvabilité en dernier ressort. À situation des finances publiques donnée, toute ressource supplémentaire décidée par l'État en faveur du système de retraite s'accompagne de moindres ressources sur d'autres pans de la dépense publique ce qui doit nous amener à éviter toute action précipitée, y compris en matière de santé, afin de pouvoir rendre plus efficaces toutes les branches de notre système de sécurité sociale, de renforcer les actions en faveur de la retraite, et de déployer véritablement la dépendance.



CONCLUSION

S'il est évident que le système de santé actuel peut encore se perfectionner, ces perfectionnements ne doivent pas passer par la refonte structurelle du système de financement des soins au bénéfice d'un des acteurs, alors que la couverture globale dont bénéficient les Français est la meilleure des pays de l'OCDE.

Au-delà, ce système de santé offre une couverture équitable au niveau des remboursements et adaptée aux territoires. Le risque d'une médecine à deux vitesses, impliqué par la mise en place d'un cadre réglementaire encore plus contraignant pour tous et la démutualisation des couvertures supplémentaires, auraient des effets induits bien plus graves et plus lourds à traiter que la réduction des chargements des complémentaires qui financent bien autre chose que de simples dépenses administratives.

Ce système est d'ailleurs amplement apprécié par une majorité de Français ; ses détracteurs utilisent des arguments et des comparaisons qui ne ressemblent à rien.

Les scénarii développés par le HCAAM génèreraient donc plus de difficultés et d'inégalité à moyen terme, qu'ils n'apporteraient de solutions. Une réflexion sur le système de santé lui-même est, a contrario, nécessaire afin de revoir notamment la répartition hôpital/médecine de ville, leurs fonctionnements et financements dont on a pu juger de l'inadéquation aux besoins dans la crise sanitaire, et ceci malgré la remarquable mobilisation des personnels de santé.

Une refonte éventuelle du système nécessitera une mobilisation humaine et des investissements colossaux de la part de l'ensemble des intervenants du secteur de la santé (AMO, AMC, établissements de soins, professionnels de la santé). Il conviendra, pour se faire, de prendre en compte non seulement l'existant mais également de visualiser l'avenir au vu des projections démographiques et des immenses problèmes qui se poseront à moyen terme.

Il est donc urgent, plutôt que de révolutionner un secteur qui fonctionne, d'appréhender avec détermination les enjeux liés à la fois à la réduction des déserts médicaux, et au vieillissement de la population, tant en matière de soins médicaux courants que de dépendance, et de financement de celle-ci et du grand-âge.



LE SYNDICAT DES COURTIER D'ASSURANCES



PLANETE CSCA
10 rue Auber
75009 Paris
01 48 74 19 12
contact@planetecsca.fr
www.planetecsca.fr