



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

La généralisation de la couverture complémentaire en santé

**Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 18 juillet 2013,
à l'exception de la CGT/FO**

L'assurance complémentaire en santé couvre une partie de la dépense de soins et de biens médicaux non remboursée par l'assurance maladie obligatoire (AMO) qui finance, quant à elle, les trois quarts des dépenses de santé : elle permet donc de réduire les restes à charge (RAC) des assurés. En effet, la solidarité entre les bien-portants et les malades, organisée par l'AMO, ne s'est jamais traduite par la gratuité des soins. La mise en œuvre de cette solidarité n'est donc pas incompatible avec un certain niveau de frais, tant que ce RAC n'est pas à l'origine d'un renoncement à des soins nécessaires.

C'est pourquoi le système de solidarité entre bien-portants et malades, qui assure une même protection pour tous, est complété, depuis l'origine, par une mutualisation assurantielle aux règles de financement et de prise en charge distinctes.

Par ses principes de fonctionnement et les effets qu'elle produit, cette assurance ne peut jouer le même rôle que le socle obligatoire. Fondée sur la liberté contractuelle, l'assurance est souscrite individuellement ou collectivement (contrats collectifs d'entreprise) et est variable dans ses garanties selon les besoins ou les contraintes financières de chacun. Toutefois, son financement par une cotisation (ou prime) des ménages peut être pris en charge totalement ou partiellement par les employeurs et/ou des aides publiques, sociales et fiscales.

Dans le cadre de son programme de travail et sur saisine ministérielle, le HCAAM a examiné les enjeux de la généralisation de la complémentaire en santé à l'horizon 2017, qui constitue un objectif présidentiel et l'un des trois piliers de la stratégie nationale de santé.

Tout d'abord le Haut conseil relève que la question de la généralisation se pose en raison des montants fortement accrus pris en charge par les complémentaires (CMU-C prise en charge par les régimes de base non comprise) : 24,6 Mds € en 2011 (13,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux - CSBM), au lieu de 14,2 Mds € en 2000 (12,4 %). Ce taux recouvre un engagement plus important sur certains segments de soins de ville (optique, prothèses dentaires, audioprothèses), où l'AMC devient même majoritaire. Ces segments concernent une large partie de la population.

Ce poids croissant s'explique principalement par la large diffusion de la couverture complémentaire dans la population : le pourcentage de la population couverte est passé d'environ 84 % dans les années 1990 à 96 % en 2010, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), pour les plus modestes, ayant à partir de 1999 participé pour 5 points à ce mouvement.

Cette augmentation de la part de l'AMC résulte par ailleurs de trois facteurs qui sont, en miroir, à l'origine d'un recul modéré de la part de l'AMO sur la période :

- la liberté tarifaire pour des produits ou prestations dont les prix ne sont pas encadrés par les tarifs opposables de l'AMO (dépassements d'honoraires, optique, prothèses dentaires, audioprothèses),
- le déplacement de la structure de la consommation des ménages vers des biens et services médicaux moins bien remboursés par les régimes obligatoires (optique, prothèses dentaires, audioprothèses),
- les différentes mesures qui ont, depuis 10 ans, entraîné une baisse des taux de remboursement des régimes de base (hausses des forfaits journaliers hospitaliers et du ticket modérateur, en particulier les tarifs journaliers de prestations dans les hôpitaux publics et privés sans but lucratif participant au service public hospitalier).

Un recul plus marqué de la prise en charge de l'AMO est en partie masqué par l'augmentation des dépenses des personnes en ALD, plus nombreuses et mieux remboursées.

Le HCAAM estime que cette évolution ne remet pas en cause jusqu'ici les fondements de la protection sociale obligatoire de solidarité des bien-portants envers les malades mais doit cependant être observée avec vigilance. En particulier, certaines situations « extrêmes » de restes à charge, analysées dans plusieurs rapports récents du HCAAM, sont susceptibles de porter atteinte au principe de solidarité envers les plus malades et les plus démunis. En outre, si des transferts de dépenses plus massifs de l'AMO vers l'AMC étaient décidés à l'avenir, ils pourraient affecter la protection sociale obligatoire dans ses fondements, en créant des inégalités d'accès aux soins que les pouvoirs publics s'efforceraient ensuite de corriger ; par ailleurs, ils ne résoudraient pas non plus le problème de la soutenabilité à long terme de l'AMO. C'est pourquoi le Haut conseil affirme à nouveau que le maintien d'une protection sociale maladie obligatoire de qualité, fondée sur la solidarité, est primordial. Il implique notamment, comme le HCAAM l'a rappelé dans son avis de mars 2012, la mobilisation des nombreux gisements d'efficience du système.

Dans le système actuel, la généralisation de la complémentaire en santé apparaît comme un élément important de l'accès aux soins, notamment pour les ménages les plus modestes et sur des segments moins bien remboursés par l'AMO.

Le HCAAM a inscrit ses réflexions dans le cadre existant, où les pouvoirs publics incitent mais n'obligent pas à se couvrir par une assurance complémentaire. En outre, il a tenu compte du contexte économique difficile pour les ménages et les entreprises, de la nécessaire maîtrise des finances publiques et du déficit de l'assurance maladie obligatoire.

Pour le HCAAM, la généralisation de la complémentaire santé pose cinq questions majeures.

- Quelle population doit-on couvrir encore ?
- Quelle couverture doit-on généraliser ? Faut-il un panier de soins uniforme pour l'ensemble de la population ?
- Qui l'État doit-il aider prioritairement ?
- Faut-il renforcer les principes de solidarité de tous les contrats complémentaires ?
- Quel rôle faut-il donner aux complémentaires dans la régulation des dépenses de santé ? Les complémentaires peuvent-elles limiter plus efficacement les RAC dans les secteurs de soins à liberté tarifaire ?

1. Quelle population doit-on couvrir encore ?

Le HCAAM relève que seule une petite frange de la population (4 % soit à peu près 2,5 millions de personnes) ne dispose pas de complémentaire santé. Un peu plus d'un million de personnes, soit près de la moitié, déclare ne pas avoir les moyens d'en souscrire. Les autres, par exemple certains jeunes adultes ou des personnes exonérées de ticket modérateur, ne souhaitent pas être couvertes, estimant ne pas en avoir besoin.

Au total, le Haut conseil considère que la protection complémentaire est généralisée à l'exception d'une faible partie de la population (environ 2 % soit un peu plus d'un million de personnes) qui n'y souscrit pas pour des raisons financières. Il note cependant que cette situation favorable pourrait ne pas perdurer si dans l'avenir les primes devaient croître fortement. C'est prioritairement à l'inclusion des personnes plus modestes que devra aboutir la généralisation complète.

Une partie d'entre elles devrait bénéficier de la généralisation de la couverture collective professionnelle prévue par l'ANI du 11 janvier 2013 et la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Pour le HCAAM, l'obligation de couverture complémentaire en santé de l'ensemble des entreprises constitue un progrès : 4,4 millions de salariés supplémentaires devraient être concernés, dont 400 000 ne disposent d'aucune couverture individuelle. Ce dispositif (qui ne concerne pas les fonctionnaires) permettra une plus large mutualisation, un financement facilité par l'aide des employeurs et l'accès, au total, à des garanties mieux négociées avec les assureurs. De plus, il organise une portabilité effective de 12 mois pour les chômeurs.

Le Haut conseil observe que la généralisation va concerner notamment les salariés des plus petites entreprises, qui, jusqu'à présent, proposent moins souvent de couverture complémentaire collective. Selon certains, la censure des clauses de désignation par le Conseil constitutionnel crée néanmoins une incertitude sur la mise en œuvre de la généralisation : son coût, l'étendue de la mutualisation solidaire et le pilotage des régimes. Il serait nécessaire que les opérateurs recommandés par les branches, ou choisis par les entreprises dans les branches qui ont conclu un accord, puissent rendre compte au niveau de la branche de la mise en œuvre du régime créé (un membre du HCAAM soutient que la recommandation et le compte-rendu pourraient aussi relever, en deçà de la branche, d'un niveau pertinent et habilité de regroupement). D'autres membres du Haut conseil estiment, pour leur part, que les entreprises et les salariés trouveront, par le jeu de la concurrence, des offres adaptées, tout particulièrement dans le domaine de la santé.

Au-delà de la généralisation par la voie professionnelle, le HCAAM souligne la nécessité de favoriser parallèlement un accès individuel à la couverture complémentaire en santé pour répondre à plusieurs types de situations appelant une vigilance particulière :

- celle des salariés les moins insérés dans l'emploi (titulaires d'un CDD, travailleurs à temps très partiel). En effet, si les négociations dans les branches et les entreprises, relatives à la complémentaire santé, échouaient à les couvrir, notamment par une mutualisation en faveur des salariés ayant simultanément plusieurs employeurs, il apparaîtrait souhaitable de prendre acte de cette difficulté et d'envisager une couverture individuelle de bonne qualité via la CMU-C et l'ACS ;
- celle des chômeurs qui ne bénéficient plus de la portabilité de la couverture professionnelle et sont par ailleurs faiblement indemnisés par l'assurance chômage ou ont épuisé leurs droits à ce régime ;
- celle des personnes handicapées, notamment titulaires de l'AAH ;
- celle des retraités les plus pauvres. Certains d'entre eux, en tant qu'anciens salariés, bénéficient normalement, aux termes de la loi Évin du 31 décembre 1989, au moment de la retraite, du maintien des garanties du contrat collectif à un prix plafonné à 150% du tarif global des actifs. En l'absence de bilan de la loi, ces dispositions, mal connues, sont dans les faits d'application complexe ou inégale. Au-delà d'une diffusion effective des dispositions de la loi Évin, le HCAAM recommande d'ouvrir des réflexions sur un assouplissement du dispositif qui ne dégraderait pas le taux d'effort des retraités et n'alourdirait pas la charge des actifs dont la situation n'est pas toujours plus favorable. En tout état de cause, il convient d'être attentif aux taux d'effort pour l'acquisition d'une complémentaire des retraités très âgés et aux revenus modestes quels que soient leur statuts d'activité antérieurs.

Pour ces catégories très modestes, l'amélioration de l'accès aux dispositifs de couverture individuelle de la CMU-C et de l'ACS doit être poursuivie avec vigueur.

Dans cette perspective, le HCAAM se réjouit de la revalorisation de 8,3% au 1er juillet 2013 des plafonds de la CMU-C et de l'ACS qui portera ce dernier plafond à 95% du seuil de pauvreté, contre 89% auparavant. Cette mesure fera entrer 750 000 nouveaux bénéficiaires dans ces deux dispositifs.

Il propose en outre deux pistes d'évolution pour l'avenir.

- D'une part, si un relèvement du montant de l'ACS était envisagé, il devrait concerner notamment les bénéficiaires les plus âgés dont les primes, fréquemment fixées en fonction de l'âge, sont les plus élevées.
- D'autre part, afin de favoriser l'accès aux couvertures collectives des salariés pauvres, il pourrait être envisagé, sous réserve d'expertise, de permettre l'utilisation de l'ACS pour le paiement des cotisations à la complémentaire collective, ce qui n'est actuellement pas possible.

Par ailleurs, le HCAAM met l'accent sur la nécessité d'efforts renouvelés et constants en matière d'information pour rendre effectif le recours à ces dispositifs. Pour être efficace, cette information doit être donnée de façon personnalisée, par exemple à l'occasion d'autres démarches (RSA, AAH, demandes d'emploi, centres de santé, permanences d'accès aux soins – PASS-, travailleurs sociaux). D'autre part, une simplification des règles d'accès, notamment en ce qui concerne les renouvellements de droit, doit être impérativement mise en place.

En tout état de cause, le HCAAM recommande des pistes de réforme substantielle visant à améliorer l'accès à la complémentaire pour les ménages éligibles à l'ACS.

2. Quelle couverture doit-on généraliser ? Faut-il un panier de soins uniforme pour l'ensemble de la population ?

Le HCAAM relève que les observations de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales témoignent de la diversité des gammes de garanties des contrats d'assurance complémentaire santé. Elles sont globalement bien plus élevées dans les contrats collectifs qu'individuels. Parmi ceux-ci, les contrats souscrits par les plus modestes, bénéficiaires de l'ACS, sont globalement les moins protecteurs, sans être pour autant les moins coûteux.

Pour le Haut conseil, les logiques de couverture de l'AMC sont en effet profondément différentes de celles de l'AMO qui a pour objectif une solidarité entre bien portants et malades et couvre toute la population avec les mêmes prestations grâce à un financement obligatoire et proportionnel aux revenus. Dans un cadre non obligatoire, les paniers remboursés par les complémentaires sont par construction inégaux, tant dans la nature des soins pris en charge que dans leurs montants : ils dépendent en effet des choix mais aussi des contraintes financières du souscripteur.

Du côté des assurés, ce choix fait intervenir l'estimation de dépenses de santé anticipées, la capacité financière à y faire face sans assurance et le coût des primes. Ainsi, certains jugeront préférable de s'auto assurer compte tenu de faibles dépenses estimées, d'une aversion au risque peu élevée ou d'une forte préférence pour le présent.

Du côté des assureurs, les primes sont calculées, non pas en fonction des revenus (hormis pour certaines mutuelles et certains contrats collectifs en application du principe de solidarité), mais selon le principe de la neutralité actuarielle, en fonction des risques de santé observables, le plus souvent liés à l'âge, et de l'importance de la couverture choisie.

L'application de ces principes peut conduire à pénaliser certaines populations aux risques élevés et à faible capacité financière. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont, d'une part, encouragé les couvertures complémentaires collectives qui mutualisent les risques entre des salariés et, de l'autre, mis en place une couverture complémentaire publique pour les plus démunis qui risquent

d'être évincés du marché de la couverture individuelle. Au final, ces politiques peuvent ainsi contribuer à la diversité des paniers de couverture complémentaire en santé.

Certains membres du HCAAM font valoir qu'une protection complémentaire obligatoire offrirait un socle identique pour tous. La perspective d'une assurance complémentaire obligatoire constituerait un changement structurel qui n'a pas été expertisé par le HCAAM, mais reste selon certains une piste à explorer. D'autres soulignent qu'une telle généralisation, imposant une augmentation des cotisations sociales, n'est pas envisageable dans un contexte de déficit de l'assurance maladie et d'une situation de l'emploi peu favorable. D'autre part, un tel dispositif ne dispenserait pas de la souscription d'une surcomplémentaire intervenant dans les secteurs de liberté tarifaire.

Le Haut conseil observe cependant que, dans un cadre d'adhésion volontaire et par le biais du régime fiscal et social des contrats solidaires et responsables en 2004, les pouvoirs publics ont légitimement introduit l'obligation de proposer un panier de soins minimal, susceptible de protéger une communauté suffisamment large. La définition des contrats solidaires et responsables doit être aujourd'hui reconsidérée. En effet, l'ANI 2013 et la loi sur la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 ouvrent pour les contrats collectifs un champ de garanties minimales (hospitalisation, médicaments, ticket modérateur sur les soins de ville, dentaire, prise en charge de certains dispositifs médicaux comme l'optique et l'audioprothèse), plus importantes que celles résultant des obligations définies actuellement pour les contrats solidaires et responsables.

Le Haut conseil souligne que ce nouveau panier constitue une bonne référence « socle » pour l'ensemble des contrats solidaires et responsables, qu'ils soient individuels ou collectifs. Cependant, il pourrait conduire d'une part, à accroître le niveau des garanties de certains contrats individuels et, d'autre part, à harmoniser les offres de contrats individuels de façon peut-être excessive. Cette évolution pourrait conduire ainsi à une augmentation des primes des contrats individuels, qui sont déjà supérieures, à garanties égales, à celles des contrats collectifs.

Afin de concilier solidarité et souplesse, certains membres du Haut conseil proposent que le niveau de prise en charge du panier de base de l'ANI constitue la couverture minimale des contrats responsables, tout en restant optionnelle en ce qui concerne la couverture de l'optique, du dentaire et des dispositifs médicaux à usage individuel en sus des tarifs de responsabilité. Autrement dit, tous les contrats individuels responsables ne devraient pas forcément inclure des garanties dans ces domaines, mais lorsqu'ils les prévoient, devraient le faire au moins au niveau de prise en charge du panier « ANI ».

En tout état de cause, le HCAAM affirme avec force que ce panier de soins solidaire et responsable et son évolution éventuelle doivent s'inscrire dans la logique des parcours de soins préconisés par le Haut conseil et qui devront être affirmés par la future stratégie nationale de santé.

Au-delà de cette approche qui ménage les équilibres entre la liberté contractuelle des complémentaires et l'intérêt d'une mutualisation, le Haut conseil constate que la situation des personnes aux revenus les plus modestes, lorsqu'elles ne sont pas couvertes par une complémentaire collective, doit retenir l'attention. En effet, ces ménages, faute d'une complémentaire suffisamment protectrice, peuvent être conduits à renoncer à certains soins coûteux (optique, dentisterie, audioprothèse), étant par ailleurs incapables d'assumer financièrement des RAC importants. La définition et le financement d'un « bon » panier de soins complémentaire devient, dans ces cas particuliers, un impératif.

C'est pourquoi le dispositif de la CMU-C prévoit le financement public d'un panier de soins gratuit et très complet pour des personnes situés en-deçà d'un seuil de revenu. Reste le sujet des personnes situées entre ce plafond de revenu et le seuil de pauvreté. Pour des revenus inférieurs à

un montant équivalent à 95% de ce seuil depuis le mois de juillet 2013, les personnes sont éligibles à une aide publique, l'ACS, qui prend en charge une partie du coût de la complémentaire. Les caisses d'assurance maladie peuvent, sur leurs aides extra-légales, apporter un appui financier supplémentaire. L'observation montre cependant qu'elles sont couvertes par des contrats de qualité très inégale.

L'intérêt de définir pour ces populations une couverture plus protectrice a conduit le HCAAM à examiner deux pistes d'évolution du dispositif, qui exigent l'une et l'autre un passage par la loi.

- La première consiste à mettre en place, à l'initiative de la puissance publique, des contrats spécifiques, réservés aux seuls bénéficiaires de l'ACS, sur la base d'un cahier des charges de référence. Une exonération de la taxe CMU (taxe de solidarité additionnelle de 6,27%) permettrait de diminuer les charges fiscales pesant sur ces contrats, en contrepartie d'engagements portant notamment sur l'étendue du panier, la limitation des RAC et des écarts tarifaires liés à l'âge, la lisibilité du contrat, la proposition d'un contrat de sortie ainsi que les efforts consentis en matière de frais de gestion et d'évolution des primes dans le temps.
- A l'inverse de cette solution, a été évoquée l'hypothèse d'une extension de la CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS mais sous condition du paiement d'une cotisation qui serait fonction de la situation familiale. La gestion en serait assurée par les CPAM mais aussi par les OC, gestionnaires de la CMU-C. Les avantages sont ici le bon niveau des garanties offertes et la simplicité d'accès qui permettrait d'augmenter le taux de recours de la population cible, actuellement de l'ordre d'un tiers de la population éligible. Certains des membres du Haut conseil, défavorables à cette solution, soulignent que cette option « publique » comporte cependant des inconvénients de lourdeur et de coût, un impact financier potentiellement important pour certains professionnels de santé et un risque de confusion entre AMO et AMC.

3. Qui l'État doit-il aider prioritairement ?

Le HCAAM constate que les pouvoirs publics ont depuis longtemps encouragé l'acquisition des assurances complémentaires, par le biais d'aides publiques, pour un montant estimé aujourd'hui à environ 5,6 milliards d'euros.

Certains membres soulignent en préalable que ces aides ne sont dirigées que vers une partie de la population. Les contrats collectifs bénéficient d'exonérations sociales et fiscales cumulatives, dont le total représente plus de la moitié des soutiens publics : depuis 1979, les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance sont exclues de l'assiette des cotisations sociales dans la limite d'un plafond ; depuis 1985, les cotisations prévoyance payées par l'employeur et par le salarié sont déduites du revenu imposable de ce dernier, également dans la limite d'un plafond.

Dans le même objectif, les travailleurs indépendants non agricoles disposent depuis 1994 d'avantages similaires, obtenus alors que leurs droits en matière d'assurance maladie étaient moins bons que les salariés du régime général (ce qui n'est plus le cas depuis 2001).

Au total, à titre d'exemple, un salarié dont le revenu imposable par part est compris entre 70 830 et 150 000 €, protégé par un contrat collectif dont la cotisation est cofinancée par l'employeur et exonérée de l'impôt sur le revenu, est davantage aidé qu'un travailleur pauvre, couvert individuellement par l'ACS.

C'est pourquoi, dans un contexte de maîtrise des finances publiques, le HCAAM s'est interrogé sur l'opportunité de maintenir certaines de ces exemptions, à tout le moins d'en prioriser

l'affectation. Il constate que, d'une part, le coût pour les finances publiques de la généralisation inscrite dans l'ANI, toutes choses étant égales par ailleurs, est estimé à 2 milliards d'euros et que, d'autre part, l'augmentation des plafonds de la CMU-C et de l'ACS conduira à une augmentation de la prise en charge publique.

S'agissant d'un réexamen des exemptions sociales dont bénéficient les employeurs, le HCAAM incite à la plus grande prudence. Il souligne que, dans l'hypothèse d'une remise en cause des conditions actuelles, l'article 1 de l'ANI contient une clause de revoyure. Au-delà, la suppression totale ou partielle de ces avantages pourrait conduire les entreprises à abaisser le niveau des garanties souscrites, dans certains cas, jusqu'au niveau minimal, aboutissant en fin de compte à une couverture de moindre qualité après généralisation.

En ce qui concerne les aides fiscales dont bénéficient les ménages, le HCAAM indique que l'objectif d'équité ainsi que les contraintes pesant actuellement sur les finances publiques rendent nécessaire une orientation prioritaire vers les ménages les plus modestes. Certains soulignent que toute réduction de ces avantages est susceptible de peser sur le pouvoir d'achat des bénéficiaires.

4. Faut-il renforcer les principes de solidarité de tous les contrats complémentaires?

Comme il a déjà été dit, la couverture complémentaire en santé, parce qu'elle est offerte par des opérateurs en concurrence, obéit à des logiques d'assurance différentes de celles de la couverture maladie obligatoire : la tarification, le plus souvent au risque, approché par l'âge, limite la mutualisation entre malades et bien portants qui s'effectue alors au sein d'un même niveau de risque.

Le HCAAM rappelle que les pouvoirs publics sont déjà intervenus pour infléchir ces principes dans le sens d'une plus grande solidarité. La loi Évin du 31 décembre 1989 met en place dans les contrats individuels et collectifs facultatifs une garantie viagère pour tous les assurés : ces contrats ne peuvent être dénoncés ou modifiés par l'assureur même dans le cas d'apparition de « mauvais risques » après souscription. En outre, les augmentations de tarif doivent être uniformes pour les mêmes contrats, protégeant les assurés de hausses individuelles qui pourraient être dues à leur consommation de soins.

Dans le cas des couvertures collectives, la mutualisation au sein d'une communauté de travail limite par nature la sélection des risques. En outre, la loi Évin interdit l'application de surprimes individuelles et l'exclusion de certaines pathologies ou des pathologies survenues avant la souscription du contrat.

En ce qui concerne les couvertures individuelles référencées ou labellisées pour la fonction publique, des dispositifs particuliers de solidarité sont prévus, notamment un rapport maximum d'un à trois, à charge de famille, catégorie statutaire et niveau de garantie comparables, entre les cotisations les moins et les plus élevées.

De fait, le principe d'origine mutualiste selon lequel les complémentaires santé ne peuvent recueillir d'informations médicales auprès de leurs assurés ni fixer de cotisations en fonction de l'état de santé, s'est quasi-généralisé aux contrats individuels par le biais d'une fiscalité plus favorable mise en place dès 2001 (exonération jusqu'en 2011 de la taxe sur les contrats d'assurance, TSCA) pour les contrats dits solidaires ne comportant aucune sélection médicale. Pour maintenir l'intérêt d'une adhésion à ces principes de solidarité, le HCAAM ne serait pas hostile au renforcement d'un différentiel discriminant de taux de TSCA entre les contrats responsables et non responsables, l'écart

de taxation s'étant réduit progressivement (7% pour les premiers, 9% pour les seconds). Les contrats non responsables pourraient par exemple être imposés à un taux majoré de 14 %. Certains suggèrent toutefois que les contrats couvrant uniquement l'hospitalisation puissent faire l'objet d'un traitement fiscal différencié.

Certains membres du HCAAM, en outre, considèrent qu'à l'avenir la solidarité de la couverture complémentaire doit être fortement encouragée par le biais des aides fiscales et sociales, en matière de garanties et de principes de financement. Ceux-ci pourraient être similaires à ceux de l'AMO et fondés sur une tarification proportionnelle aux revenus, déjà pratiquée par certains contrats collectifs et certaines mutuelles. Toutefois, d'autres sont opposés, par principe, à une telle orientation, en rappelant les règles de financement, de prises en charge et de fonctionnement de l'assurance maladie complémentaire fondées sur la liberté contractuelle. Ils ont souligné les difficultés d'une telle proposition pour les contrats collectifs en raison de différents éléments : pratiques (l'entreprise connaît les salaires mais pas les revenus des ménages), politiques (on imposerait aux partenaires sociaux des contraintes accrues), ou économiques (pour les salaires élevés, une telle cotisation réduirait l'attractivité d'un régime de prévoyance collective et risquerait à terme de tirer les couvertures collectives vers le bas). Pour la couverture individuelle, certains ont mis en avant les obstacles qui tiennent au contexte concurrentiel.

5. Quel rôle faut-il donner aux complémentaires dans la régulation des dépenses de santé ? Les complémentaires peuvent-elles limiter plus efficacement les RAC dans les secteurs de soins à liberté tarifaire ?

Tout en mettant l'accent sur l'effet positif des assurances complémentaires qui facilitent l'accès aux soins et réduisent les restes à charge, le HCAAM a observé qu'elles pouvaient avoir des conséquences inflationnistes sur les dépenses de santé. Il a noté, conformément à son avis de 2005, qu'elles ont pu favoriser une augmentation des prix des biens et services médicaux dans les secteurs de liberté tarifaire. En effet, dans une conjoncture favorable et parce que certains contrats collectifs, fortement soutenus par les aides publiques, ont pu offrir des remboursements élevés, la concurrence entre les complémentaires a pu s'établir, non pas sur la maîtrise du prix des contrats, mais sur l'amélioration des garanties. Aucune pression n'étant exercée par le patient du fait de RAC limités après AMO et AMC, les tarifs des professionnels ont pu s'ajuster à ces prises en charge favorables. L'augmentation des prix a pu conduire à celle des primes.

Dans une période récente, toutefois, les assureurs ont cherché à limiter cette augmentation et à maîtriser l'évolution des primes par une politique de gestion du risque, tournée tant vers les assurés que vers les prestataires. Ainsi, dans le contexte actuel, se pose la question de la participation des complémentaires à une meilleure gestion du risque santé, en encourageant la juste dépense dans les domaines non régulés par l'AMO (optique, prothèses dentaires, audioprothèses) où elles sont le financeur principal.

Certains membres ont mis en doute la capacité des complémentaires à maîtriser les prix de ces biens et évoqué l'hypothèse d'une régulation par l'État des prix de vente des dispositifs d'optique et d'audioprothèse, sans préjudice de la compétence des autorités chargées de la concurrence en matière de contrôle des pratiques anti-concurrentielles. Pour ces deux secteurs, l'instauration de prix-limite de vente dans le cadre de la liste des prestations et des produits remboursables (LPP) a été débattue. Cette solution est apparue complexe techniquement et porteuse d'effets négatifs : elle conduirait à interdire sans nécessité des offres pouvant correspondre à des exigences particulières des patients et constituerait une modification radicale du système, affectant distributeurs et fabricants.

L'hypothèse d'une « reconquête » par l'AMO des secteurs des prothèses dentaires, de l'optique ou des audioprothèses et la mise en place de tarifs opposables a également été examinée, sans faire l'objet d'un accord unanime. Elle se heurte, dans un contexte de déficit persistant de l'assurance maladie, à la nécessité de trouver sur d'autres secteurs, immédiatement mais aussi dans l'avenir, des marges de financement, d'une ampleur diverse selon le champ « reconquis ». Conformément à ses positions antérieures, le HCAAM n'a pas suivi ces pistes.

Le Haut conseil a évoqué trois scénarios de nature différente dans l'objectif d'une meilleure maîtrise par l'AMC de la dépense des biens et services qu'elle finance majoritairement.

Encourager le développement des réseaux afin de mieux gérer certains risques

Les réseaux de professionnels de santé, créés à l'initiative des complémentaires, couvrent potentiellement aujourd'hui près de la moitié des assurés et se sont déployés prioritairement dans les secteurs de la liberté tarifaire (optique, audioprothèses, voire prothèses dentaires). Ils deviennent aujourd'hui un élément de la différenciation de l'offre des OC, parallèlement aux garanties proposées. Ils permettent un accompagnement des assurés et une réduction de leur reste à charge.

Les réseaux consistent en un conventionnement avec des professionnels de santé, sous réserve du respect des conditions définies par un cahier des charges : tarifs maxima, engagement de qualité des prestations, remboursement en tiers payant. Quelles que soient les caractéristiques du réseau, le patient reste libre de choisir le professionnel avec lequel il souhaite s'engager. Cette contractualisation a pour objectif, sans détériorer la qualité des produits et des prestations, de contenir les hausses de prix dans les secteurs concernés et en conséquence, les augmentations de primes.

Le Haut conseil reconnaît l'intérêt des réseaux pour modérer les tarifs dans les secteurs de la liberté tarifaire tout en respectant la qualité des soins, mais relève que des interrogations portent encore sur leur efficacité. Il observe que le recours à ces réseaux est encore faible et que leur effet sur la maîtrise des prix sera d'autant plus important que leur utilisation sera généralisée. Le HCAAM considère comme souhaitable de reconnaître par la loi aux mutuelles le droit de gérer des réseaux afin de les placer dans une situation équitable avec les autres familles de complémentaires. L'extension des réseaux devrait s'accompagner d'une évaluation de leurs effets, non seulement au plan tarifaire, mais également de la qualité des prestations et du libre choix du praticien.

Le HCAAM a abordé, d'autre part, la question des réseaux incluant des praticiens, médecins ou dentistes, notamment ceux qui pratiquent la liberté tarifaire. Le Haut conseil a exprimé la position selon laquelle les réseaux de professionnels de santé ne doivent pas porter atteinte à l'accessibilité et à la qualité des soins. Certains membres ont exprimé le souhait de négociations au niveau national entre les OC et les organisations syndicales représentatives des professionnels afin de décider des conditions contractuelles, sans préjudice de leurs négociations avec l'AMO.

Encadrer les remboursements des complémentaires dans les contrats solidaires et responsables

Le Haut conseil a ensuite exploré la possibilité de plafonner, par le biais des incitations fiscales aux contrats solidaires et responsables, le remboursement par les complémentaires de certains biens pour lesquels des marges de réduction des prix peuvent paraître importantes (optique, audioprothèses). Le bon niveau de plafonnement resterait à définir : placé trop haut, il conduirait à inciter les professionnels à saturer les garanties et aurait un effet inflationniste ; placé trop bas, il risquerait de rendre non assurable une partie de la dépense et désavantagerait les petits revenus qui auraient alors un reste à charge après AMC trop important. En outre, cet encadrement devrait entrer dans un niveau de détail assez grand pour permettre d'adapter les niveaux de remboursement à des besoins médicaux divers. La solution exige la mise en place d'un processus combinant observation des marchés, concertation et suivi avec les OC et les professionnels.

En ce qui concerne les dépassements d'honoraires des médecins, qui relèvent de causes distinctes et suscitent des risques de nature différente pour l'accès aux soins, certains considèrent avec intérêt l'option d'une reconquête tarifaire par l'AMO. En tout état de cause, le HCAAM souligne qu'il serait possible de limiter ces dépassements en s'appuyant sur la régulation récemment opérée par l'AMO en concertation avec les professionnels de santé : l'avenant 8 du 25 octobre 2012 à la convention médicale prévoit en effet un mécanisme de modération des honoraires des médecins en secteur 2 dans le cas d'une adhésion à un contrat d'accès aux soins. Il serait envisageable de privilégier, dans les contrats solidaires et responsables qui prennent en charge les dépassements d'honoraires, ceux des médecins qui ont signé les contrats d'accès aux soins. La question d'un moindre remboursement pour les soins dispensés par les praticiens qui n'ont pas souscrit ce contrat pourrait se poser. Le HCAAM envisage, à l'exception de certains membres, la possibilité d'ajouter à cette condition un plafonnement à l'acte de la prise en charge des dépassements d'honoraires par l'AMC, à hauteur de 100 % de la base de remboursement.

Mieux cibler les aides publiques aux contrats collectifs, solidaires et responsables

A l'appui de ces deux solutions, le HCAAM a examiné l'opportunité d'un plafonnement plus ciblé des exonérations fiscales et sociales applicables aux contrats collectifs.

Ces dernières sont aujourd'hui soumises à un plafond commun à l'ensemble de la prévoyance complémentaire. Créer un sous-plafond spécifique, plus limité, pour les aides à la complémentaire santé limiterait l'inflation des garanties, et améliorerait donc la légitimité de ces aides. Ce plafond devrait toutefois être fixé à un niveau suffisamment élevé pour éviter de niveler par le bas les garanties des contrats collectifs. Cette mesure risque de dégrader une souplesse de gestion entre le niveau des garanties en santé et en prévoyance hors santé, adaptée à la diversité des situations dans les entreprises. En outre, elle peut induire une complexité supplémentaire pour les entreprises.

*

* *

Cet avis du Haut conseil s'inscrit dans la continuité de ceux qu'il a rendus en 2005 et en mars 2012. Dans ce dernier texte, le HCAAM proposait de définir un cadre commun d'action autour d'un socle partagé de valeurs auquel pourraient adhérer des financeurs publics et privés et les partenaires sociaux.

La généralisation de l'assurance complémentaire en santé constitue une opportunité pour traduire cette intention en termes opérationnels. Le présent avis propose ainsi une nouvelle définition des contrats responsables, une clarification de la participation des complémentaires à la gestion du risque et une meilleure articulation avec l'AMO, qui pourrait notamment conduire à un développement de la prévention dans un cadre collectif ou individuel.

Mais cette nouvelle donne est porteuse de nouvelles exigences.

La première est que les contrats soient plus lisibles afin que les assurés puissent faire un choix éclairé. Sur ce point, le Haut conseil se félicite des amendements au projet de loi relatif à la consommation, qui devraient permettre une expression homogène des termes des garanties les plus fréquentes, afin d'en permettre la comparabilité par l'assuré.

La seconde est que les organismes complémentaires puissent disposer des données de santé nécessaires à une gestion du risque dans les domaines où un rôle leur serait reconnu, c'est-à-dire

l'optique, le dentaire et l'audioprothèse, et pour lesquels des informations détaillées ne sont pas communiquées par l'AMO. Cette transmission doit s'effectuer dans le strict respect de la loi : en cas de transmission de données nominatives par les professionnels de santé, le consentement exprès de l'assuré devra être recueilli, de façon claire et homogène.

La dernière porte sur l'intérêt de définir pour l'avenir la place de l'AMC dans la logique de parcours de soins qui devrait être développée par la future stratégie de santé et que le HCAAM a appelée de ses vœux, notamment par ses rapports ou avis de novembre 2004, juillet 2006, avril 2010, juin 2011 et mars 2012. Ce rôle et les outils qui devront l'accompagner ne peuvent être définis que par l'État. Les spécificités de l'AMO et de l'AMC devront être prises en compte dans un objectif d'intérêt général, permettant d'échapper à un face à face entre les régimes obligatoires et complémentaires qui n'est ni fécond et ni légitime sur tous les sujets.