

**Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie**  
**Avis sur la protection sociale complémentaire**  
**Séance du jeudi 24 février 2005**

**Comme tous les avis du Haut Conseil, ce projet s'appuie sur une note d'accompagnement discutée au cours des séances précédentes et qui sera intégrée au document finalisé.**

**Avis**

Comme la sécurité sociale ne prend pas en charge totalement les dépenses de soins et d'arrêt de travail, les entreprises et les institutions de protection complémentaire viennent en relais des régimes de base.

Les pouvoirs publics ont constamment soutenu l'aspiration des ménages à un haut degré de protection en assortissant les contrats de couverture complémentaire d'aides diverses et en soulageant le taux d'effort des ménages les plus pauvres. Ils ont par ailleurs mis en place des règles de gestion, de prudence et de tutelle évitant les pratiques de sélection abusives ou les modifications unilatérales des contrats. Ils ont encouragé les systèmes mettant en œuvre la mutualisation des risques et le caractère viager des contrats.

La protection complémentaire maladie est ainsi devenue un élément important et solide de notre système social qui distribue plus de 25 milliards d'euros (dont plus de 21 pour les prestations en nature).

Pour les prestations en nature, la protection complémentaire prend en charge 12,2% des dépenses de soins. Mais son poids diffère très sensiblement selon les segments de soins ; il est plus fort sur les soins de ville que dans le champ hospitalier et il est majoritaire dans les soins dentaires et optiques. Or les institutions qui gèrent la protection complémentaire ne sont guère associées à la régulation globale des dépenses. L'efficacité de cette régulation peut s'en trouver affaiblie : l'intervention indifférenciée des complémentaires ne permet pas de promouvoir une utilisation toujours judicieuse du système de soins par les professionnels et les assurés ; leur capacité propre de gestion du risque n'a pas toute l'efficacité souhaitable faute d'être menée en concertation avec les régimes de base. Dès lors que les intérêts convergent la concertation est indispensable.

L'accès à la couverture complémentaire reste par ailleurs inégalement distribué selon les catégories sociales, le niveau de revenu, la position par rapport au marché du travail.

C'est au regard de ces deux objectifs – efficacité et équité – qu'il convient d'analyser l'action des pouvoirs publics, en particulier au travers du levier que constituent les aides publiques à l'acquisition de la protection complémentaire.

## A) les prestations en nature

### **I La répartition du financement de la dépense de soins entre l'assurance maladie et les complémentaires**

- Le taux de couverture (population disposant d'un contrat/population totale) a nettement progressé. On passe ainsi de 31% en 1960 à 85% à la fin des années 90 et 92% actuellement. L'institution de la CMUC et ses prolongements ont joué, dans la période récente, un rôle majeur dans cette extension pour les ménages les plus modestes.
- La part de l'assurance maladie dans le financement des soins a évolué comme suit :

	(Col.1) Total soins et biens médicaux	(Col.2) Soins de ville (honoraires médicaux, dentaires, auxiliaires, biologie, médicaments)	(Col.3) Soins de ville ATM (avec ticket modérateur)
Année 1980	78,2%	81,5%	70,9%
Année 1993	76,0%	77,7%	66,3%
Année 2003	75,8%	77,6%	63,2%

#### **Prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des soins de santé**

Col.1 : remboursements AMO (tous régimes) rapporté aux dépenses totales de soins et biens médicaux (source : Comptes de la Santé 2004)

Col.2 et Col.3 : remboursements AMO (régime général) rapportés aux dépenses présentées au remboursement (source : CNAMTS). Les dépenses présentées au remboursement prennent en compte les tickets modérateurs mais pas les dépassements tarifaires.

Depuis 1980 la part de la sécurité sociale a globalement diminué de 3% pour le total des soins et biens médicaux (75,8% par rapport à 78,2%) et est restée stable au cours des dix dernières années.

Pour les soins de ville, la part de la sécurité sociale a diminué de 4,8% sur la dépense reconnue (donc hors dépassements). Pour ceux de ces soins dispensés avec ticket modérateur, ceux de la grande masse des Français dont l'état de santé ne les expose pas à de fortes dépenses, la part de la sécurité sociale a diminué de 11% depuis 1980 (dont 4,7% sur les dix dernières années). Comme par ailleurs les dépassements ont crû sur la période, le reste à charge de ces ménages – qu'il soit assumé directement par eux ou supporté par les institutions gérant la protection complémentaire – s'est alourdi. C'est cette divergence dans les évolutions qui explique largement le vécu de nombreux assurés sociaux. La grande majorité des ménages perçoivent surtout la hausse du reste à charge des soins de ville avec ticket modérateur, notamment pour les médicaments. Mais ils ignorent – parce qu'ils ne sont normalement pas concernés – le poids des actes que la sécurité sociale prend en charge de façon quasi intégrale (les dépenses hospitalières ; les soins dispensés aux assurés en ALD) et dont l'importance explique la relative constance de la part des régimes de base dans les dépenses de soins.

Pour la protection complémentaire, sa participation s'est accrue. D'une part la prise en charge par les régimes de base a légèrement décru. D'autre part la ligne de partage entre les ménages et les complémentaires s'est déplacée : la part des premiers a diminué de 9% sur les dix dernières années passant de 52,8 à 46,8% du reste à charge ; la part des secondes a augmenté de 12,8% en passant de 47,2 à 53,2%.

La résultante de la généralisation de la couverture et de l'extension de la prise en charge (la quasi totalité du ticket modérateur et du forfait journalier ; une partie des dépassements) expliquent ainsi la progression des dépenses des organismes complémentaires : 5,5% par an en euros courants entre 1993 et 2003 conduisant à une cotisation moyenne par ménage de l'ordre de 840 euros par an. Cette progression rend d'autant plus souhaitable l'association des complémentaires à la gestion du risque notamment sur les soins de ville où une action sur les comportements des assurés et des prescripteurs est jugée positive en termes de qualité et de coût.

Le Conseil situe sa réflexion dans le cadre actuel d'un périmètre de biens et services pris en charge qui resterait de haute qualité et suivrait le progrès des sciences et techniques, sans remise en cause majeure du taux de prise en charge des soins de ville et du régime des ALD. Il considère, comme il l'avait dit nettement dans son rapport de janvier 2004, que ce cadre général est sain et qu'il convient d'en maintenir globalement l'armature.

C'est pourquoi il estime qu'une modification substantielle du partage entre les régimes de base et les couvertures complémentaires n'est ni souhaitable ni inéluctable (dès lors que les financements nécessaires seraient dégagés en faveur du régime obligatoire), même si l'existence d'un tel risque de déport ne saurait être sous-estimée. Sur les prochaines années, la dépense des complémentaires devrait s'inscrire dans le prolongement de la tendance des années récentes ; elle risque donc d'augmenter à un rythme supérieur à la croissance du revenu disponible des ménages.

Dans la phase actuelle, bien qu'il subsiste des incertitudes sur l'impact financier des mesures, les décisions prises par les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels ne devraient se traduire que par des hausses modérées des charges des complémentaires. Il y a sur les deux ou trois prochaines années une « marche d'escalier » de l'ordre de 4 points qui viendra alourdir les dépenses des complémentaires, en plus de la tendance de la dépense de soins dont on peut espérer, au demeurant, qu'elle connaîtra une inflexion significative<sup>1</sup>.

## II. L'accès à la protection complémentaire

### ***1) La détention d'une couverture complémentaire est un facteur significatif de l'accès aux soins des ménages les plus modestes et de réduction des aléas budgétaires pour tous.***

En témoigne, pour les ménages à faible revenu, la nette corrélation entre le renoncement aux soins et l'absence d'assurance complémentaire, ou le fait que les bénéficiaires de la CMUC voient leur recours aux soins s'accroître.

Pour les ménages plus élevés dans l'échelle des revenus, la couverture complémentaire complète la mutualisation du risque et met les ménages à l'abri d'un à coup budgétaire trop brutal lorsque leur recours aux soins est important sans être pris en charge par le système d'exonération des régimes de base.

---

<sup>1</sup> Pour une analyse plus détaillée, se reporter à la note sur les complémentaires jointe à l'avis.

**2) Les conditions d'acquisition et la logique des couvertures complémentaires conduisent à des différences sensibles dans le taux d'effort que les ménages doivent assumer pour acquérir une couverture maladie complémentaire.**

a) Adossés à un système fiscal et social qui permet aux employeurs de financer une part souvent majoritaire du coût des cotisations et primes, largement promus par les partenaires sociaux, les contrats collectifs assurent un degré élevé de mutualisation au sein de l'entreprise privée.

Lorsqu'ils sont obligatoires, les phénomènes d'anti-sélection<sup>2</sup> sont mineurs (sauf sur les options supplémentaires) et comme le pouvoir de négocier des entreprises (ou de leurs comités d'entreprises) est important, le niveau des cotisations et primes est, toutes choses égales par ailleurs, plus bas que sur le marché des couvertures individuelles. De ce fait, des salariés et leurs familles peuvent accéder à des garanties élevées à un coût relativement modéré.

b) les ménages qui acquièrent leur couverture maladie complémentaire à titre individuel ne sont aidés ni par des aides publiques (à l'exception de l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance) ni par leur éventuel employeur.

Ils supportent, toutes choses égales par ailleurs, des cotisations ou primes plus élevées.

Par ailleurs, sur un marché concurrentiel, la logique de tarification au risque est difficilement contournable. Or elle se distingue radicalement de celle des régimes de base sur des éléments majeurs. Elle met en place des cotisations forfaitaires ne variant pas avec le revenu (alors que la cotisation des régimes de base – et parfois celle des contrats collectifs de couverture complémentaire - est proportionnelle aux revenus). Elle prend en compte l'âge (à la différence des régimes de base). Elle varie avec le nombre de personnes protégées (alors que la cotisation des régimes de base en est indépendante). Il en résulte que les ménages non couverts par des accords collectifs de prévoyance (inactifs, fonctionnaires, salariés non couverts, notamment des petites entreprises, et professions indépendantes) supportent des taux d'effort nettement plus élevés.

Cependant certaines mutuelles de fonctionnaires – faiblement aidées par l'employeur public - mettent en œuvre, non sans difficulté, des niveaux de mutualisation interne importants (en retenant par exemple une tarification en fonction du salaire ou en diminuant la cotisation de leurs assurés retraités).

**3) Les disparités actuelles en termes de couverture complémentaire.**

a) Les « dépenses fiscales » et leur équivalent en exonérations pour les régimes de protection sociale constituent une aide publique importante à la couverture d'entreprise.

Cette aide favorise la mutualisation des risques au sein des contrats collectifs de travail, en rendant les contrats de groupe attractifs pour les hauts salaires. Cette solidarité

---

<sup>2</sup> On désigne par anti-sélection le phénomène selon lequel, pour un niveau de prime donné, ce sont les individus courant les plus gros risques qui ont tendance à s'assurer le plus. L'assureur se retrouve alors avec une structure de risques défavorable. Dans les contrats obligatoires, ce phénomène n'existe pas par construction puisque tout le monde est assuré.

entre les salariés permet aux salariés modestes de bénéficier de garanties comparables à celles des hauts salaires.

En revanche, elle renforce, dans les conditions actuelles de la concurrence, la disparité d'accès à la couverture complémentaire entre les salariés actifs et les inactifs, le statut au regard de l'emploi devenant un déterminant majeur de la couverture maladie. Rien n'interdit néanmoins aux institutions de mettre en place des dispositifs de gestion du risque plus solidaires entre actifs et retraités. Les salariés actifs étant globalement en meilleure santé que les inactifs (compte tenu en particulier de leur âge), la mutualisation qui s'opère au sein des contrats collectifs est donc limitée à une population présentant un niveau de risque globalement plus faible que la moyenne.

Des disparités existent également au sein des salariés actifs : la quasi-totalité des entreprises de plus de 500 salariés proposent une couverture complémentaire contre 29% pour les entreprises de moins de 10 salariés et 50% pour celles de 10 à 19 salariés.

#### b) Les dispositifs récents améliorent l'accès à la couverture complémentaire pour les ménages les plus modestes.

Pour ces ménages en effet, les taux d'effort pour acquérir une couverture complémentaire sont élevés lorsqu'ils n'ont pas accès aux contrats collectifs d'entreprise.

La CMUC, qui a permis à millions de personnes de disposer d'une couverture complémentaire offrant un niveau de garantie correct représente à cet égard un progrès caractérisé.

La loi du 13 août 2004 élargit ce dispositif<sup>3</sup>, même si le taux d'effort des ménages bénéficiaires reste important, y compris pour un contrat d'entrée de gamme se limitant pour l'essentiel au ticket modérateur et au forfait journalier, souvent plafonné<sup>4</sup> (il est vraisemblablement trop élevé pour que les ménages en cause accèdent à un contrat offrant de meilleures garanties, par exemple celles dont bénéficient les allocataires de la CMUC). Pour les ménages ayant déjà une complémentaire le taux d'effort est allégé.

#### **4) aides publiques et taux d'effort.**

##### a) L'effort public en direction des ménages les plus modestes a permis un progrès substantiel.

Le Haut Conseil a pris acte de l'important effort public consenti en termes d'accès aux soins et de lutte contre la pauvreté. Cet effort permet aux plus démunis de bénéficier d'une couverture gratuite (CMUC) et, pour une partie des personnes dont le revenu excède un peu le seuil, d'accéder à une couverture complémentaire à un taux d'effort de 3 à 5% du revenu (pour un contrat d'entrée de gamme).

Le desserrement des conditions de plafond et/ou l'augmentation de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire lisseraient davantage l'effet de seuil et permettraient peut-être d'accroître le taux de détention d'une couverture complémentaire.

---

<sup>3</sup> On se reportera à la note accompagnant cet avis pour une présentation plus détaillée des dispositifs complémentaires de la CMUC mis en place par les régimes obligatoires dès l'année 2000.

<sup>4</sup> Le Haut Conseil étudiera dans un prochain avis la situation des assurés qui, malgré le régime des exonérations, suppose un RAC élevé avant intervention des complémentaires. Ce pourrait être le cas d'assurés supportant un nombre de forfaits élevés.

L'investissement de fonds publics en cause servirait surtout à diminuer le taux d'effort de ménages déjà détenteurs de contrat.

b) Dans les conditions actuelles, les taux d'effort des ménages non couverts par des accords collectifs de prévoyance sont dans l'ensemble acceptables.

Le Haut Conseil s'est plus particulièrement penché sur la situation des personnes âgées, qui présente deux particularités.

1) les retraités ont une consommation médicale très supérieure à la moyenne si bien que, malgré l'importance des exonérations dont ils bénéficient, notamment grâce au régime des ALD (60% des personnes en ALD ont plus de 60 ans), leur reste à charge, avant couverture complémentaire, est plus élevé que la moyenne (ainsi pour les soins de ville, le reste à charge – hors dépassements – est de 322€<sup>5</sup> au dessus de 60 ans contre 145€ au dessous).

2) en majorité, les retraités ont des contrats acquis à titre individuel. Dans ces contrats la cotisation varie avec l'âge (on estime ainsi qu'elle augmente de 3% par an) ; les concours publics sont faibles (ils se limitent à la seule exonération de la taxe sur les conventions d'assurance qui diminue le coût des contrats de 7%).

Il résulte de ces deux particularités que la cotisation de complémentaire des retraités est déjà significative et que le taux d'effort de certains d'entre eux pour en assumer la charge est important.

Le Haut Conseil n'en conclut pas qu'il faille pour autant mettre en place un dispositif général qui modère coût des cotisations et taux d'effort des retraités.

Le taux de couverture de la population âgée par un contrat de complémentaire est élevé, signe qu'elle a pu, dans l'ensemble, assumer la charge des cotisations.

Les personnes âgées bénéficient par ailleurs de trois catégories de soutien.

- les dispositifs en faveur des ménages modestes viennent efficacement aider les retraités les plus modestes. Une partie bénéficie de la CMUC (2% des personnes de plus de 60 ans sont à la CMUC dont ils représentent 5,4% des allocataires). Le dispositif complémentaire institué par la loi du 13 août 2004 « couvre » désormais les allocataires du minimum vieillesse et intègre une majoration substantielle de l'aide pour les personnes au dessus de 60 ans qui abaisse substantiellement le taux d'effort des retraités, même s'il se situe légèrement au dessus de celui des ménages plus jeunes de même revenu par unité de consommation.

- la loi Evin a institué un mécanisme de plafonnement de la cotisation au profit des salariés prenant leur retraite dans une entreprise qui met en œuvre un contrat collectif de prévoyance sur les soins. 70% des salariés (hors administrations et exploitations agricoles) sont potentiellement concernés par ce dispositif. Mais on en connaît mal l'application concrète et la portée éventuelle des nouvelles normes comptables. Le Conseil recommande qu'on engage sans délai une étude sur ces points.

- comme indiqué ci-dessus, des mutuelles – notamment des mutuelles de fonctionnaires - et des IP à base professionnelle adoptent parfois, et maintiennent, non sans difficultés, des règles de mutualisation interne qui diminuent la cotisation des retraités (la section des retraités est alors subventionnée par celle des actifs).

---

<sup>5</sup> En 2002.

Dans un contexte de tension des finances publiques où, au demeurant une partie des besoins des personnes âgées sur d'autres fonctions sont mal couverts, il ne semble pas prioritaire de mettre en place un dispositif général d'aide aux contrats de couverture complémentaire des retraités (*a fortiori* s'il n'était conçu que dans une optique d'aide au financement). Il aurait d'ailleurs pour première conséquence de pousser les mutuelles et IP à abandonner leurs pratiques de mutualisation en faveur de leurs retraités et soumettrait le dispositif de la loi Evin à de fortes tensions.

c) ce n'est que si l'évolution du système de protection sociale mettait en œuvre un déport caractérisé des prises en charge sur les couvertures complémentaires qu'on devrait se poser de façon directe le problème de l'élargissement des systèmes d'aide à leur acquisition.

Mais, on l'a vu, les dispositions de mise en œuvre de la loi du 13 août n'impliquent pas un tel déport.

Dans ces conditions, l'élargissement de l'aide à l'achat d'une couverture individuelle doit être pesé, en termes d'impact sur l'équité, par rapport à des emplois alternatifs de cette dépense. Ceci n'est pas neutre, dès lors qu'un ensemble croissant de travaux tend à suggérer que les leviers les plus efficaces pour réduire les inégalités de santé – qui sont l'objectif ultime que visent l'accès aux soins et, partant, la solvabilisation de la couverture complémentaire - résident en amont du système de soins, dans la réduction des inégalités de richesse, d'éducation et de conditions générales de vie.

Cet élargissement ne manquerait pas de soulever aussi la question des redéploiements possibles, au sein des dépenses publiques visant à favoriser la mutualisation de la couverture complémentaire, entre l'aide aux contrats collectifs et l'aide aux contrats individuels.

Enfin si l'on était conduit par un déport de la dépense sur les couvertures complémentaires à une réflexion sur l'acceptabilité d'une augmentation du reste à charge, il conviendrait de mettre en balance des dispositifs généraux d'aide à l'acquisition qui solvabilisent les ménages et des techniques, plus modulables, de plafonnement des tickets modérateur.

C'est pourquoi il n'a pas semblé utile, à ce stade, que le Haut Conseil prenne position sur les projets – souvent ambitieux et impliquant des investissements publics importants - qui ont pour objet un élargissement radical des aides publiques destinées à faciliter l'accès aux couvertures complémentaires.

## ***5) Les règles de solidarité et de mutualisation existantes doivent être réaffirmées***

a) Le caractère solidaire de la protection sociale d'entreprise est la contrepartie des aides publiques

Le Conseil rappelle qu'à son sens la légitimité du statut social et fiscal des contrats d'entreprise est liée à leur soumission à des disciplines qui en confirment le caractère solidaire, qu'il s'agisse pour les actifs du caractère obligatoire du contrat<sup>6</sup> ou pour les retraités et chômeurs de l'application de la loi Evin. Il conviendrait de faire un bilan méthodique des effets de ces dernières dispositions pour apprécier s'il faut les aménager ou les prolonger.

---

<sup>6</sup> Le lien entre les aides publiques et le caractère obligatoire du contrat de prévoyance a opportunément été étendu à l'exonération des cotisations sociales.

De même, conviendrait-il de faire un bilan des négociations engagées au titre de la loi de 1999 sur la prévoyance santé et d'inviter les partenaires sociaux à les relancer si nécessaire.

b) La mise en œuvre effective des principes d'égalité et de solidarité sur lesquels notre protection sociale est fondée repose également sur les règles qui interdisent la sélection des risques (ou qui renchérissent le coût des contrats qui ne respectent pas ce principe), le caractère viager des contrats et la surveillance des conditions d'exercice des assureurs complémentaires.

### **III. L'efficacité des aides publiques**

Les aides publiques aux contrats de couverture complémentaire doivent servir, plus que maintenant, de levier pour garantir l'équité du système, mais aussi pour mieux articuler base et complémentaire dans un souci d'efficacité.

Or, de ce point de vue, on peut penser que certaines couvertures complémentaires contribuent à financer l'offre de soins sans contribuer à son optimisation, en particulier en encourageant les producteurs de soins à tirer leurs tarifs vers le haut et en favorisant les dépassements d'honoraires. Cette constatation vise certains contrats collectifs aidés ou certaines couvertures individuelles de haut de gamme.

Le Haut Conseil considère que l'amélioration de l'offre de soins dépasse, et de loin, la seule question des incitations financières positives et négatives au respect du parcours de soins coordonnés. Il se limite, dans le présent avis, au rôle des institutions gérant les couvertures complémentaires dans la structuration de ce parcours.

La loi du 13 août lie désormais le bénéfice des aides publiques au caractère « responsable » du contrat de couverture complémentaire, et donc à la contribution des assureurs complémentaires à la régulation des dépenses de santé<sup>7</sup>.

Ce caractère responsable est notamment attendu des dispositions qui d'une part visent à inciter les patients à s'inscrire dans le parcours de soins, d'autre part introduisent une participation financière d'effet équivalent à un ticket modérateur d'ordre public. Le Haut conseil considère que cette participation financière devrait, en tout état de cause, rester d'un montant modéré et être associée au plafonnement du reste à charge pour ne pas affecter la capacité des ménages les plus modestes d'accéder aux soins. Le système d'incitations ne doit ainsi pas servir de variable d'ajustement en cas de déficit de la branche.

1. En ce qui concerne plus précisément l'accès aux soins non coordonnés, deux fédérations (FNMF et FFSA) ont pris position sur la prise en charge des dépassements en résultant. Le conseil se félicite que ces fédérations s'inscrivent toutes deux dans une perspective de non prise en charge des dépassements hors parcours de soins coordonnés. Mais elles le font à des niveaux d'exigence très différents. La FNMF recommande que les dépassements hors parcours ne soient pas du tout pris en charge alors que la FFSA prône la non prise en charge d'une partie seulement de ces dépassements.

---

<sup>7</sup> Pour une analyse plus détaillée, se reporter à la note sur les complémentaires jointe à l'avis.

2. Le conseil considère que cette discipline de non prise en charge des dépassements hors parcours de soins coordonnés devrait concerner également les spécialistes du secteur 2, ce qui est conforme à l'intention du législateur de freiner la prise en charge hors parcours de soins. Le quantum non pris en charge devrait être significatif si l'on veut que la mesure de désincitation à des soins non coordonnés soit efficace.

Le Haut Conseil sera attentif aux évolutions des contrats collectifs en entreprise pour lesquels, selon le CTIP, les partenaires gérant la prévoyance chercheraient à limiter les dispositions inflationnistes que comportent certains contrats.

#### **IV. La gestion du risque**

##### a) les organismes gérant les couvertures complémentaires ne se sont investi que récemment dans la gestion du risque.

Dans un contexte de croissance des revenus et avec des cotisations qui restaient modestes dans le revenu des ménages, ils ont eu pour stratégie de placer des produits assurant des garanties étendues et un taux de prise en charge parfois élevé<sup>8</sup>. Ils répondaient en ce sens à la demande des assurés sociaux. Dans les entreprises, le statut social et fiscal de la prévoyance et la contribution des employeurs adossée à ce statut ont permis une large diffusion de contrats offrant des garanties en constante amélioration avec, pour les salariés, des cotisations inférieures au prix des couvertures individuelles. Il n'y avait donc pas de pression caractérisée sur les opérateurs pour optimiser le rapport qualité/prix des prestations couvertes.

Au demeurant, les organismes gestionnaires se situent à la marge du système des soins de ville sur lequel elles n'ont guère de prise. La faiblesse des informations dont ils disposent ne les mettait pas à même de conduire des actions de gestion du risque.

Ce n'est que sur les segments où leur part de financement est majoritaire (les soins dentaires et l'optique) qu'ils ont mis en œuvre des actions de maîtrise.

Il est probable qu'ils élargiront leur action en matière de gestion du risque. La progression régulière des cotisations les amènera, comme les assurés, à être plus attentifs au rapport qualité prix, comme à la qualité des soins. Il est souhaitable qu'ils le fassent. Comme indiqué ci dessus, le modèle n'est pas exempt d'effets pervers (dans certains cas, consommation au delà de l'optimum ; prix des prestations tirés vers le haut). Il mobilise des concours publics croissants. Il peut à la limite contrarier les efforts de régulation des régimes de base (par exemple en compensant la baisse des taux de prise en charge par ces régimes de biens ou prestations dont le service rendu est modeste).

##### b) dans cet esprit, le Haut Conseil se félicite des initiatives qui s'affirment en matière de gestion du risque et d'association entre les régimes de base et les organismes de couverture complémentaire.

---

<sup>8</sup> Encore faut-il rappeler que nombre de contrats n'offrent que des garanties inférieures à celles de la CMUC.

Les régimes de base ont pour vocation de mener des politiques de gestion du risque. Nous ne traitons dans cet avis que des initiatives prises par les organismes de couverture complémentaire et les pouvoirs publics.

Celles des organismes de couverture complémentaire tout d'abord. La mise en place d'une fonction de conseil aux assurés, la recherche de mécanismes de prévention, l'élaboration de conventions avec les professionnels de santé (pour autant qu'elles respectent leur liberté de prescription, le cas échéant encadrée par des référentiels de bonne pratique) sont des démarches positives. L'acquisition, dans un cadre juridique adapté selon les orientations tracées par le rapport Babusiaux, de données permettant une gestion plus fine des risques va dans le bon sens.

La réactivité des organismes gestionnaires, leur capacité d'expérimenter des schémas innovants, la possibilité de mettre en place, plus facilement que les caisses de sécurité sociale, des incitations positives ou négatives sont des atouts indéniables.

Celles des pouvoirs publics d'autre part.

Le lien de conditionnalité institué notamment par l'article 57 de la loi du 13 août 2004 entre les aides publiques aux contrats et le respect de disciplines de gestion (portant sur la définition des garanties) permet d'étayer les options retenues par le Gouvernement et le Parlement. Encore faut-il éviter un double risque. En premier lieu, un excès de réglementation qui limiterait abusivement la marge d'action des complémentaires et le jeu de la concurrence. En second lieu, le contournement des options définies par la loi avec le développement de contrats de « surcomplémentaire » (où seraient cantonnés, sans aide, des risques dont la loi a entendu freiner la prise en charge) à côté de contrats classiques dont l'orthodoxie permettrait de conserver les aides fiscales et sociales sur le principal. Il pourrait avoir lieu de s'interroger, au vu des bilans qui devraient être dressés sur ce point, sur les évolutions législatives et réglementaires qui pourraient s'avérer nécessaires pour donner toute sa portée à l'article 57.

La création de l'UNOCAM et la concertation souhaitée entre les régimes de base et les organismes complémentaires sur des champs étendus doivent être mises à profit de façon résolue.

L'échec d'une politique réaliste du risque et le développement sans contrôle d'un modèle laxiste de garanties non maîtrisées ne pourraient que conduire à remettre en cause le statut social et fiscal des aides, notamment aux contrats en entreprises.

## **B) prestations en espèces (dans le champ du régime général)**

Les systèmes qui viennent en complément des IJ servies par les régimes de base sont importants (35% du total pour la maladie).

Ils appellent discussion à deux titres.

D'un côté, ils assurent à une large fraction des salariés le maintien à 100% de leur salaire dès le premier jour d'arrêt. Cette sécurité est un élément positif dans la restauration de l'état de santé des malades. Pour les arrêts de courte durée, pour lesquels il existe un régime de prise en charge totale et immédiate dont bénéficie un nombre élevé de salariés du secteur privé, certains estiment qu'il n'existe pas de mécanisme vertueux venant corriger la tentation – des assurés et des médecins – de prendre et prescrire des arrêts excessifs au regard de la situation objective de l'assuré d'une part, ne venant inciter les entreprises à une prévention

efficace des arrêts d'autre part. Ceci étant, le poids des arrêts de courte durée dans les dépenses est très limité (les arrêts de travail de moins de trente jours ne représentent que 7% du montant des indemnités journalières maladie versées par le régime général) et des analyses de la CNAM indiquent que le phénomène, difficilement chiffrable, n'est pas très significatif.

D'un autre côté, une partie des assurés supporte un reste à charge élevé. Il s'agit d'abord des salariés qui ne bénéficient pas de l'un ou des deux étages de protection complémentaire (loi de mensualisation et apport de l'entreprise ou d'une institution de prévoyance). Il s'agit ensuite des assurés dont l'arrêt maladie est de longue durée puisque dans le système actuel (base et complémentaires), le taux de remplacement du salaire diminue avec la durée de l'arrêt. L'appauvrissement du ménage peut alors être prononcé, la diminution de revenu étant d'ailleurs sans commune mesure avec les restes à charge en matière de prestations en nature qui appellent pourtant plus l'attention.

Devant cette situation complexe, le Conseil a constaté la relative pauvreté des éléments factuels (statistiques financières, étude des comportements) dont disposent les gestionnaires. Il lui semble prioritaire qu'on développe les études sur la dispersion des taux de remplacement au sein de la population salariée pour chaque type de durée de l'arrêt de travail et sur l'éventuelle corrélation entre le taux de remplacement et le couple fréquence/durée des arrêts.

L'effort de recherche devrait porter aussi sur la prévention des arrêts de travail, l'appui que les entreprises et des professionnels de santé apportent aux assurés en arrêt de longue durée pour faciliter leur retour en entreprise.

Ces études sont un préalable à tout réexamen au fond du système actuel, qu'il s'agisse du principe de l'indemnisation immédiate, du partage de l'indemnisation entre les différents acteurs (entreprise en « interne » ; institutions de « prévoyance externalisée » ; sécurité sociale) ou de la dégressivité de l'aide avec la durée de l'arrêt.

Cet investissement en recherches ne dispense pas à l'évidence de renforcer avec vigueur la gestion du risque « arrêts maladie ».