



Inspection générale
des affaires sociales

Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé

RAPPORT

Établi par

Anne BRUANT-BISSON

Marie DAUDE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2016 -

2015-143R

SYNTHESE

- [1] Par lettre de mission en date du 7 octobre 2015, les cabinets des ministres chargés de la santé et du budget ont demandé à l'IGAS de réaliser une mission d'appui aux pouvoirs publics afin de préparer le rapport du gouvernement au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé, rapport prévu par l'article 2 de la loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013. La mission devait présenter et quantifier les différents dispositifs et en évaluer l'impact, notamment l'efficacité et l'équité, dans un contexte de réformes multiples sur ce champ. L'étude de scénarios alternatifs à l'architecture actuelle devait permettre d'éclairer l'opportunité de réformes nouvelles.

1- Le secteur de l'assurance complémentaire santé, de plus en plus concentré, harmonisé et concurrentiel, occupe une place importante dans le système de santé ; il intervient dans un contexte de règles accrues sur les prix et garanties, ce qui génère interrogations sur le modèle et inquiétudes des opérateurs sur leur avenir

- [2] Les organismes complémentaires santé (OC), au nombre de 573 en 2014, regroupent les mutuelles (453), les institutions de prévoyance (26 IP) et les sociétés d'assurance (94 SA). Le nombre des acteurs est en diminution depuis plusieurs années, notamment pour les mutuelles dont le nombre a été divisé par trois. Les OC ont collecté 34 Mds€ de primes et versé 25,7 Mds€ de prestations en 2014¹. Les mutuelles représentent 53 % du marché, contre 19 % pour les IP et 28 % pour les SA. 57 % des primes collectées le sont au titre d'un contrat individuel contre 43 % au titre d'un contrat collectif. Les organismes sont relativement « spécialisés » : les mutuelles sont ainsi nettement positionnées sur le marché des contrats individuels (71 % de leurs primes santé et couverture de 69 % des assurés) et de la santé (83 % de leur activité), alors que les IP sont largement orientées vers les contrats collectifs (85 % de leurs primes santé et 48 % des personnes couvertes).
- [3] La fin du monopole sur les contrats collectifs pour les IP et la mise en place de procédures de référencement ou de labellisation dans la fonction publique ouvertes à tous les organismes, l'harmonisation des règles fiscales et la réglementation européenne ont toutefois conduit à l'application d'un socle de règles communes qui tend à rendre moins opérante la distinction entre les trois familles. La concurrence accrue qui accompagne cette ouverture du marché et notamment la montée en puissance des bancassureurs sur le secteur ont conduit à des recompositions et des regroupements inter-familles.
- [4] Les OC jouent un rôle fondamental dans notre système de santé. 95 % de la population française déclarent bénéficier d'un contrat de complémentaire santé (dont 6 % de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)) et l'intervention des OC, qui prennent en charge en moyenne 13,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux, contribue de manière substantielle à l'atténuation du reste à charge (RAC), particulièrement en matière de soins de ville, d'optique et de soins prothétiques dentaires.

¹ DREES, Les dépenses de santé en 2014, édition 2015 et Rapport 2015 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, DREES.

- [5] Contrairement à l'assurance maladie obligatoire (AMO), les OC évoluent cependant dans un univers concurrentiel et font appel à des mécanismes moins solidaires (tarification au risque, cotisations moins redistributives par rapport au revenu ou aux charges de famille, prise en charge croissante avec le revenu, contrats hétérogènes, concentration des RAC sur les plus malades, hausse des primes continue...). Ils ont par ailleurs des frais de gestion élevés (près de 21 % du montant des primes) et en hausse depuis plusieurs années. Ils font donc l'objet de critiques régulières dans le débat public, ce qui a poussé les pouvoirs publics à intervenir sur le secteur ces dernières années (encadrement des garanties, ou des prix dans certains cas), tout en accélérant le mouvement de généralisation de la complémentaire santé, afin d'éviter les renoncements aux soins. Ces réformes récentes vont avoir un impact important, notamment sur l'équilibre entre contrats individuels et collectifs et sur la segmentation du marché.
- [6] Le secteur de la complémentaire santé évolue donc aujourd'hui dans un univers à la fois concurrentiel et réglementé, et va devoir faire face à de fortes restructurations. Dans ce contexte se pose alors la question de l'efficacité des aides publiques accordées et de l'équité de leur répartition, ainsi que de leur possible évolution.

2- Les différents dispositifs d'accès à la complémentaire ont permis une généralisation de la couverture et une atténuation globale du reste à charge, mais de manière inégale et encore imparfaite selon les publics

- [7] Ces dispositifs sont nombreux : douze au total dénombrés par la mission (y compris les deux dispositifs de la LFSS 2016 concernant les personnes âgées et les travailleurs précaires) en faveur des contrats collectifs et de différents types de contrats individuels (travailleurs indépendants, fonctionnaires, agriculteurs, populations vulnérables financièrement, personnes âgées, travailleurs précaires, chômeurs) ; ils ne bénéficient pas tous d'une aide fiscale et/ou sociale et l'architecture globale résulte d'une construction par « brique », qui a entendu adapter chaque dispositif à une situation catégorielle identifiée. Pris individuellement, chaque dispositif a sa logique interne, mais leur multiplicité favorise le sentiment d'une complexité dénoncée par les OC, mais aussi les entreprises, sentiment renforcé par les nombreuses évolutions récentes.
- [8] La mission a examiné les dispositifs donnant lieu à une dépense publique ou une non recette.
- Les dispositifs d'aides fiscales et sociales aux contrats collectifs (exemptions d'assiette et déduction d'impôt sur le revenu (IR) pour les salariés), conditionnées au caractère obligatoire, solidaire et responsable des contrats, ont indéniablement favorisé le développement dans les entreprises d'une couverture complémentaire santé de qualité, qui concernait en 2009 44 % des établissements et 65 % des salariés. Ils couvrent 25 millions de personnes (salariés et ayants-droits), une population appelée à croître avec la généralisation à compter de janvier 2016 à toutes les entreprises. Perdurent toutefois des inégalités parfois importantes, notamment sur l'existence ou le niveau des garanties et sur le niveau ou les modalités de la participation de l'employeur, entre établissements et entreprises selon leur taille, leur composition socioprofessionnelle ou leur secteur d'activité, mais surtout entre catégories de salariés (cadres et non cadres : 73 % des employés, professions intermédiaires et ouvriers déclarent avoir accès à une complémentaire santé par le biais de leur établissement, contre 80 % des cadres). Par ailleurs, un écart substantiel subsiste tant en termes de prix que de garanties entre contrats collectifs et contrats individuels au détriment de ces derniers.

- Les dispositifs d'aide à l'accès pour les populations les plus vulnérables financièrement ont joué le rôle attendu en réduisant significativement le reste à charge des assurés et l'écart entre bénéficiaires de ces dispositifs et titulaires de contrats individuels.

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) dont bénéficient 5,3 millions de personnes (octobre 2015) repose sur un panier protecteur, revalorisé et élargi en 2014 en matière dentaire et d'audioprothèses et qui inclue la fixation par arrêté de tarifs opposables spécifiques. Les trois-quarts des bénéficiaires n'ont aucun reste à charge et 95 % déboursent en moyenne moins de 5 € par mois. La CMU-C a permis de diviser par près de deux le taux de renoncement aux soins et l'écart se réduit en 2013 pour l'accès aux soins dentaires et à un généraliste entre bénéficiaires de la CMU-C et autres titulaires de contrats individuels. Mise en place pour lisser l'effet de seuil de la CMU-C, l'aide à la complémentaire santé (ACS) concerne près d'un million de bénéficiaires (mai 2015), avec une forte proportion de personnes de plus de 60 ans (35 %) et de femmes. Le taux d'effort après aide est diminué de moitié et l'aide représente en 2014 55 % du montant des primes, part comparable à la prise en charge par l'employeur pour les contrats collectifs. L'augmentation de la tranche d'aide pour les plus de 60 ans de 500 € à 550 € en 2014 a permis une réduction allant jusqu'à cinq points du RAC de ces bénéficiaires pour la tranche d'âge 70-79 ans.

Plusieurs points d'insatisfaction demeurent néanmoins : un taux de recours qui plafonne pour la CMU-C autour de 70 % et surtout reste très faible pour l'ACS (de 30 % à 43 % selon la DREES) ; des démarches, plus encore pour l'ACS, qui restent peu fluides pour le demandeur ; et des RAC qui demeurent significatifs sur certains soins (dentaire et audio-prothèses) et pour certains assurés, singulièrement les plus âgés, notamment pour les bénéficiaires de l'ACS en raison de la forte proportion de contrats « bas de gamme » avant la récente réforme.

- Les autres contrats individuels bénéficient d'aides diverses et inégalement réparties.

Les travailleurs indépendants (TI) bénéficient d'un dispositif d'aide à l'accès assez proche dans ses modalités de celui des contrats collectifs en matière fiscale. Le taux d'équipement en contrat de prévoyance entendue au sens large est de 79 % en 2014. La garantie « frais de soins » représente 44 % des cotisations et la moitié des contrats souscrits par cette population couvre cette garantie, une proportion stable par rapport à 2013. Sur la base de la cotisation moyenne santé communiquée par la FFSA, l'aide contribuerait en moyenne selon les estimations de la mission à une prise en charge de près de 30 % de la prime.

Les fonctions publiques d'Etat et territoriale relèvent de dispositifs de référencement (Etat depuis 2007) ou de conventionnement ou labellisation (collectivités depuis 2011) qui organisent la sélection d'un ou plusieurs opérateurs et prévoient le versement d'une aide soit à l'OC (Etat), soit à l'OC ou à l'agent (collectivités). Les aides rapportées à l'agent sont très diverses dans leur montant et l'aide varie de 2 € à 104 € pour l'Etat, certains employeurs publics n'intervenant pas du tout, et de 144 € à 684 € en collectivités. L'impact de ces mesures sur l'accès à la complémentaire est peu mesurable pour l'Etat : le taux de couverture est de l'ordre de 97 % et la réforme de 2007 n'a pas conduit à l'arrivée de nouveaux acteurs. Il semble avoir été plus sensible pour les collectivités avec un plus que doublement, de 20 % à 48 %, des agents travaillant dans une collectivité proposant une protection complémentaire entre 2013 et 2014 (mais plus significativement dans le domaine de la prévoyance que de la santé).

3- Les récentes réformes, dont les impacts sont encore à apprécier, doivent accroître ce mouvement de généralisation et d'uniformisation, mais contribuent à accentuer la segmentation avec des effets à surveiller

[9] Plusieurs réformes majeures sont intervenues très récemment dont certaines sont encore à mettre en œuvre.

Leurs effets ne sont, pour certaines, pas documentés : c'est le cas de la réforme du contrat responsable. Mis en œuvre au 1er avril 2015 en application du décret du 18 novembre 2014, le nouveau dispositif s'articule autour de trois principaux axes : garantir le niveau de couverture par la fixation de planchers de prise en charge ; encadrer les dépassements d'honoraires et agir sur les prix de l'optique. A ce stade, l'impact le plus évident est la modification des contrats en nombre que cette réforme a impliquée pour l'ensemble des OC. Les effets sur une éventuelle baisse des dépassements constatés et du RAC ou sur un remboursement meilleur des assurés restent à évaluer.

[10] C'est également le cas des deux mesures importantes de la LFSS 2016 au profit des personnes âgées et des travailleurs précaires.

[11] D'autres réformes majeures ont commencé de se déployer et sans qu'il soit possible d'en tirer un bilan définitif, plusieurs tendances se dégagent qu'il conviendra de confirmer ou infirmer.

- *L'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 sur la sécurisation de l'emploi et la compétitivité et l'extension par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 (LSE) de la complémentaire santé à tous les salariés : la montée en charge du dispositif se poursuit encore, avec une participation de l'employeur qui tendrait à se caler sur le minimum légal de 50 % et un contrat socle qui semble se recentrer sur le seul salarié*

Le mouvement de généralisation, compte tenu à la fois de mesures transitoires introduites par la LSE et des précisions apportées en toute fin d'année 2015 par la LFSS, n'est pas terminé : début 2016, la majorité des OC intervenant sur le secteur estimait qu'au moins 30 % des accords restaient encore à conclure. De manière générale, les chiffres relatifs au nombre d'accords d'entreprises enregistrés par la direction générale du travail montre une augmentation en 2014, puis à nouveau en 2015 du nombre d'accords concernant la santé : ils représentaient en 2015 (chiffres provisoires) 64 % des accords contre 53 % en 2014.

Quant au contenu de ces accords, l'analyse faite par la direction de la sécurité sociale de 46 accords de branche souligne les points suivants, qui seront autant d'éléments à confirmer, notamment dans la nouvelle enquête que la DREES mènera en entreprise en 2017 : pas de baisse globale des garanties, le niveau de la couverture étant supérieur au panier ANI dans la quasi-totalité des cas (44 accords sur 46) ; alignement de la participation de l'employeur sur le minimum de 50 % prévu par la loi (contre 56 % constaté dans l'étude DREES de 2009², ou 54 % dans le rapport de la COMAREP de 2012) ; croissance de la proportion de contrats avec options (63 % contre 37 % dans l'étude DREES) ; moindre couverture des ayants-droits pour près de la moitié des accords (89 % des contrats collectifs prévoyaient cette ouverture dans l'enquête DREES 2009) ; majorité de cotisations forfaitaires comme c'était le cas avant l'ANI ; enfin mobilisation de la recommandation par deux tiers des accords, celle-ci concernant dans l'immense majorité un seul organisme.

² Enquête sur la protection sociale complémentaire en entreprise (PSCE).

➤ ***La réforme de l'ACS au 1^{er} juillet 2015 : l'amélioration constatée du rapport coût/garanties des contrats et un transfert a priori satisfaisant des bénéficiaires vers le nouveau dispositif***

La nouvelle procédure de sélection des offres ACS en application de la LFRSS 2014 a conduit à retenir, sur la base de critères de prix et de garanties, onze offres, soit au total 33 contrats (A, B et C tels que définis dans le cahier des charges). Les OC ont souvent exprimé leur mécontentement sur une procédure trop encadrée ; la majorité a candidaté, et 80 % des assurés bénéficiaires de l'ACS ont des contrats souscrits dans des OC retenus au terme de l'appel d'offres.

Le premier constat est celui d'une baisse significative des primes à garanties égales ou supérieures : la DREES chiffre cette baisse moyenne à 37 % pour le contrat offrant les garanties les plus faibles (A), 27 % pour le contrat intermédiaire (B) et 15 % pour le contrat offrant les garanties les plus élevées (C). L'ACS prenait en charge en 2014 en moyenne 55 % du coût de la complémentaire santé souscrite avec le concours de cette aide. Cette proportion atteint 56 % pour le contrat C, 67 % pour le contrat B et 80 % pour le contrat A dans le cadre de la nouvelle procédure. On constate aussi une augmentation de la qualité des contrats choisis, avec une majorité de contrats (41,8 %) en contrats de type B et une proportion non négligeable de contrats de type C. La montée en charge du dispositif est enfin satisfaisante puisque au 1^{er} janvier 2016, on dénombrait plus de 80 % d'utilisateurs d'ACS rattachés aux onze organismes sélectionnés alors même que de très nombreux dossiers étaient encore en traitement : même s'il faudra s'assurer du transfert complet vers les offres sélectionnées des 20 % de bénéficiaires relevant d'OC non retenus, ces chiffres semblent indiquer que c'est déjà le cas pour une partie d'entre eux.

[12] Au-delà des effets immédiats de ces réformes, la mission a retenu des entretiens qu'elle a menés un certain nombre de risques dont il faudra se garder.

- Sur fond de fin des clauses de désignation, qui accentue la transparence, mais réduit potentiellement pour chaque organisme l'hétérogénéité des risques, les conditions de déploiement de la couverture complémentaire obligatoire en entreprise font émerger la crainte d'une « antisélection » ou d'une mise en cause des solidarités existantes. Cette crainte est accentuée par la refonte des dispenses et la création de plusieurs dispenses d'ordre public, par la moindre prise en charge des ayants-droits (car obligation pour l'employeur inscrite dans la LFSS pour 2016 de financer cette couverture à 50 % lorsqu'elle est obligatoire) et par la multiplication des sur-complémentaires.
- Le risque de segmentation du marché a également été souligné : la mise en place de nouveaux dispositifs toujours plus encadrés (ACS, retraités) tend à isoler des groupes de population, ce qui limite la solidarité entre groupes. Le cas des retraités est particulièrement sensible, compte tenu des caractéristiques de cette population. La crainte est réelle de voir se mettre en place des tarifs encadrés ne reflétant pas la réalité du risque.
- L'éventualité d'une hausse de primes à terme ou d'une baisse de garanties doit également être évaluée : les résultats techniques déficitaires des contrats collectifs, et la concurrence à laquelle se livrent les OC dans le cadre de l'ANI comme d'ailleurs de l'appel d'offres ACS qui a pu conduire à des sous-évaluations des prix (on constaterait une déconnection du prix « réel » du panier ANI, de l'ordre de 24 € à 28 €) pour s'imposer sur ces marchés, pourront mener à terme à un réajustement des tarifs à la hausse, ou à des baisses de garanties pour contenir cette hausse.
- La refonte des contrats responsables et notamment les planchers et plafonds en matière d'optique font enfin l'objet d'incompréhensions quant à leur caractère jugé inflationniste.

[13] De façon plus générale, les réformes nombreuses de ces dernières années ont eu un impact sur la gestion des OC engendrant des coûts d'adaptation qui se sont répercutés sur les primes. La restructuration globale du marché que porte l'ANI suscite par ailleurs inquiétude et interrogations notamment au sein des organismes mutualistes étant donné leur positionnement fort sur le marché de l'individuel et de la santé, même si c'est l'incertitude qui prévaut, compte tenu de multiples éléments (dispenses, resserrement de la couverture sur le salarié, développement de sur-complémentaires) qui pourraient ralentir *de facto* le transfert de l'individuel vers le collectif.

4- L'étude de scénarios de refonte conduit toutefois à considérer avec la plus grande prudence toute réforme de "remise à plat" globale, dont les effets pervers seraient supérieurs aux gains dans le contexte socio-économique actuel. La stabilisation des réformes afin d'en évaluer et documenter les effets, et l'étude d'ajustements moins ambitieux, afin notamment de limiter les RAC qui restent importants sur certains segments, paraissent, à ce stade, préférables.

[14] L'évaluation du montant des aides et la simulation de scénarios d'évolution ont été étudiées au sein d'un groupe de travail inter-administratif animé par la mission.

Un montant total redistribuable d'aides estimé entre 1,75 Mds€ et 2,35 Mds€

[15] La mission a estimé à 6,45 Mds€ en recettes et entre 11 Mds€ à 13 Mds€ en dépenses les flux financiers liés aux dispositifs financiers d'aides à la complémentaire santé. L'ensemble de ces dépenses ne peut toutefois être considéré comme une aide, qu'il s'agisse de compensation de charges (déduction d'impôt sur les sociétés (IS)) ou de mesures incitatives ayant d'autres objectifs (taux différenciés de Taxe sur les conventions d'assurances (TSCA)).

[16] La mission a retenu *in fine* un montant d'aides compris **entre 6,8 Mds€ et 8,3 Mds€** selon les hypothèses formulées sur la suppression des exemptions d'assiette (changement ou non du comportement de l'employeur). Ces aides sont essentiellement concentrées sur les plus précaires (CMU-C) et sur les contrats collectifs, au détriment des autres types de contrats.

[17] De ce montant, la mission a pris le parti de déduire :

- le financement de la CMU-C, qu'il a été choisi de préserver ;
- les contributions hors sécurité sociale (Assurance chômage et AGIRC-ARRCO) qui ne pourraient sans doute pas être récupérées au profit de la complémentaire santé en cas de suppression des exemptions d'assiette ;
- l'effet de bord sur l'IS de dépenses supplémentaires payées par les employeurs dans ce même cas de figure.

[18] *In fine*, il a été obtenu un montant d'aides « redistribuables » dans le cadre d'une réforme globale compris **entre 1,75 Mds€ et 2,35 Mds€**. C'est sur cette base qu'ont été élaborées les hypothèses de refonte.

Les scénarios de refonte totale, crédit d'impôt ou aide universelle, permettraient une aide certes plus équitable mais limitée dans son montant, créant de nombreux « perdants » tout en pesant sur le coût du travail et le pouvoir d'achat des salariés

- [19] La mission a étudié deux scénarios de refonte globale : la mise en place d'un crédit d'impôt d'une part et d'une aide directe d'autre part.
- [20] Les différents scénarios de crédit d'impôt, même en hypothèse haute (2,6 Mds€ si on y inclut les crédits dédiés à l'ACS), ne permettent d'accorder qu'une aide limitée : de 50 € par an dans l'hypothèse d'un crédit identique pour tous, à une aide comprise entre 31 € à 155 € par an si ce crédit était accordé sous condition de ressources (ce qui réduit de moitié la population concernée) et modulé selon à la fois l'âge et les revenus. Les montants distribués, quelles que soient les hypothèses, restent globalement en deçà des montants moyens actuels servis en contrats collectifs ou via l'ACS par assuré. Ce nouveau mécanisme ferait donc de nombreux perdants, les principaux gagnants étant les fonctionnaires et les retraités au-delà du seuil de l'ACS, et les principaux perdants étant les salariés et les personnes modestes. La faisabilité juridique d'un crédit d'impôt sous condition d'âge et de ressources semble en outre fragile ; sans précédent, il pourrait poser la question de l'égalité devant les charges publiques, un point qui devrait en tout état de cause être approfondi.
- [21] Divers scénarios d'aide directe ont également été simulés (sans préjudice de l'organisation du versement d'une telle aide qui n'a pas été étudiée), en s'adossant à l'ACS sans en changer les tranches d'âges. Si la nouvelle aide était distribuée à tous, elle concernerait dans le meilleur des cas (fourchette haute de redistribution et taux de recours inchangé) 15 millions de personnes, pour un montant individuel de 54 € à 296 € selon les tranches d'âge, nettement inférieur à celui que touchent les actuels bénéficiaires de l'ACS. Si la nouvelle aide était en revanche toujours accordée sous condition de ressources, sur la base d'une redistribution maximale de 2,35 Mds€ et à taux de recours inchangé, les plafonds d'éligibilité seraient augmentés (+108 %) et, sans modifier les montants du « chèque ACS » actuellement attribué, le nouveau dispositif permettrait de concerner 8,4 millions de personnes contre moins d'un million actuellement.
- [22] Quelles que soient les hypothèses, le dispositif profite pour l'essentiel aux publics qui ne bénéficient aujourd'hui d'aucune aide ou d'une aide minime, à savoir les chômeurs et retraités hors portabilité et dont les revenus de substitution ne leur permettent pas de bénéficier de l'ACS ou de la CMU-C, et une grande partie des fonctionnaires en fonction de leurs revenus. Dans tous les cas de figure, une majeure partie des salariés serait effectivement perdante, soit qu'ils ne bénéficient plus d'aucune aide dans l'hypothèse d'une aide sous conditions de ressources, soit que les montants dans le cadre d'une aide universelle soient inférieurs à ceux dont ils bénéficient aujourd'hui via un contrat collectif (140 € à 246 €). Par ailleurs, le niveau de l'aide est étroitement dépendant du taux de recours ; le postulat d'un taux de recours inchangé est sans doute peu probable dans le cas d'une aide universelle, et toute augmentation se traduira par une baisse des montants ou du nombre de bénéficiaires selon les scénarios.
- [23] Surtout la mission reste réservée sur l'opportunité d'une « récupération globale » des aides. La plus grande partie des aides ainsi redistribuées provient des aides en entreprise. Or, la suppression d'exemption d'assiettes pour les employeurs, comme d'avantages fiscaux pour les salariés ou les travailleurs indépendants, aura des impacts non négligeables en matière de coût du travail, de hausse des prélèvements obligatoires, de niveau des garanties offertes et de pouvoir d'achat des salariés, qu'il faut pouvoir appréhender avant de se lancer dans toute réforme de fond. La fin des aides aux contrats collectifs aura aussi un impact en termes de dialogue social, comme l'ont souligné toutes les organisations professionnelles rencontrées par la mission.

- [24] *In fine*, si la construction d'une nouvelle aide unique, remplaçant toutes les autres, présente des avantages certains au regard des principes qui pourraient être ceux d'une aide "efficiente" et que le présent rapport a essayé de définir : lisibilité, équité, universalité, la mission reste réservée sur ces scénarios de refonte globale. Les inconvénients de ceux-ci lui ont semblé trop importants au regard des éventuels gains attendus : déstabilisation d'un système déjà fortement en évolution, très grosses incertitudes sur la réalité du recours s'agissant d'une aide nouvelle qui rend délicate l'évaluation de l'impact réel sur les assurés, effets pervers sur le coût du travail et le pouvoir d'achat d'une récupération globale des aides fiscalosociales et importance du nombre des perdants, notamment parmi les salariés. Si le gain qu'y trouveraient certains publics, dont celui d'une partie des fonctionnaires, n'est pas en soi scandaleux notamment au regard de la stricte équité, il n'est pas certain que le transfert de financement des salariés vers cette population soit bien comprise.

Des scénarios moins ambitieux et ciblés sur les populations les plus fragilisées impliquent de pouvoir dégager 1Md€

- [25] A défaut de toucher aux exemptions d'assiette dans leur ensemble, un scénario à 1 Md€a été envisagé, par exemple en mettant fin aux déductions d'IR pour les salariés et les TI, ou en réformant les plafonds des exemptions d'assiette actuels. Les inconvénients ci-dessus évoqués seraient atténués, sans disparaître totalement cependant.
- [26] Plusieurs pistes ont été étudiées par la mission :
- Un premier objectif pourrait être de cibler l'aide ainsi dégagée sur les plus précaires ou sur les plus de 60 ans voire de 75 ans. Deux scénarios ont ainsi été proposés.
 - la mise en place d'une ACS "séniors" qui permet d'attribuer 700 € d'aide aux plus de 75 ans, et à taux de recours inchangé, soit d'augmenter le plafond d'éligibilité pour les plus de 75 ans qui serait multiplié par trois, faisant entrer 2,3 millions de personnes, dont 51 % de nouveaux bénéficiaires, soit d'attribuer un chèque de 176 €aux plus de 60 ans et de 224 €pour les plus de 75 ans non éligibles à l'ACS.
 - la mise en place d'une CMU-C payante, dont les cotisations s'étaleraient entre 100 € et 500 € jusqu'à un plafond CMU-C majoré de 65 %, pour un taux de recours modéré. Les personnes anciennement à l'ACS paieraient 100 € de cotisation annuelle.
 - Un second objectif pourrait être de revaloriser la prise en charge des prestations qui posent aujourd'hui encore des difficultés d'accès aux soins : soins dentaires et audio-prothèses. La mission a envisagé ainsi plusieurs scénarios de revalorisation des tarifs de certains actes ou dispositifs médicaux, des financements complémentaires pouvant être trouvés dans la diminution des remboursements en matière d'optique, notamment des montures, la France étant une exception dans ce domaine.
 - L'extension de la déductibilité des primes à l'ensemble des foyers fiscaux (déductibilité aujourd'hui permise uniquement pour les salariés et les travailleurs indépendants) n'apparaît en revanche pas réalisable pour une raison de coût (1,2 Mds€ pour les seuls foyers de plus de 65 ans) et de faisabilité juridique.

Des mesures d'ajustement sans impact financier peuvent aussi être imaginées

- [27] La mission a, en conclusion du rapport, tracé certaines pistes d'ajustement alternatives: renforcement de la conditionnalité des aides aux contrats collectifs; révision du panier des contrats responsables; différenciation de la fiscalité entre les contrats collectifs et les contrats individuels...

- [28] En définitive et si le principe même d'une aide à la complémentaire santé ne va pas de soi, dans un contexte où la sécurité sociale prend déjà en charge les risques santé lourds et les personnes les plus malades et où les enjeux portent plutôt sur la prévoyance ou la dépendance, les choix engagés depuis longtemps et les récentes réformes structurantes, notamment l'extension de la complémentaire santé obligatoire à tous les salariés, rendent peu crédible et peu réalisable dans l'immédiat la mise en place d'une nouvelle orientation lourde, à un moment où les organismes assureurs comme les entreprises et les assurés ont besoin avant tout de stabilité.
- [29] Aussi paraît-il nécessaire de prendre le temps de faire un réel bilan de l'ANI et des réformes engagées ces derniers mois avant toute nouvelle évolution d'ampleur. Dans l'intervalle, d'autres approches moins ambitieuses peuvent être envisagées.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
INTRODUCTION.....	17
1 LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES SANTE OFFRENT UN PAYSAGE CONTRASTE ET OCCUPENT UNE PLACE ESSENTIELLE DANS NOTRE SYSTEME DE SOINS, MEME SI LEUR ROLE EST AUJOURD'HUI QUESTIONNE	18
1.1 Un secteur caractérisé par une concentration croissante et une harmonisation des règles.....	18
1.1.1 Les différents types d'organismes.....	18
1.1.2 Un secteur de plus en plus concentré, et un marché de la complémentaire santé encore dominé par les mutuelles, spécialisées en santé et sur les contrats individuels.....	19
1.1.3 Des règles harmonisées qui rendent artificielle la distinction entre les trois familles	20
1.1.4 Un bon niveau de solvabilité et des frais de gestion qui restent élevés.....	21
1.2 Un secteur concurrentiel, avec une « tarification au risque ».....	23
1.2.1 Des risques « courts », que l'assureur sélectionne, dans le respect de la réglementation.....	23
1.2.2 Une tarification « au risque » plus marquée dans les contrats individuels, et peu liée aux revenus.....	24
1.3 Une place essentielle dans le système de soins en matière d'accès aux soins.....	25
1.3.1 Un taux de couverture de la population qui s'apparente, selon le HCAAM, à une « quasi-généralisation ».....	25
1.3.2 Une couverture qui limite le renoncement aux soins.....	25
1.3.3 Un reste à charge atténué après intervention des OC.....	26
1.4 Un modèle fragilisé aujourd'hui.....	27
1.4.1 Des mécanismes de solidarité en question.....	27
1.4.2 Des critiques plus globales sur le modèle lui-même.....	30
2 LES MULTIPLES DISPOSITIFS D'ACCES A LA COMPLEMENTAIRE SANTE ONT CONTRIBUE A UNE DIFFUSION LARGE DE LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE « RESPONSABLE » ET A UNE REDUCTION DES RESTES A CHARGE, BIEN QU'INEGALEMENT SELON LES TYPES DE PUBLICS	32
2.1 Des dispositifs financiers associés aux contrats collectifs qui ont contribué à une extension de la couverture complémentaire santé en nombre comme en niveau des garanties mais sont à l'origine d'inégalités.....	33
2.1.1 Des aides anciennes qui s'inscrivent dans la dynamique du dialogue social et ont favorisé l'extension de la couverture complémentaire santé.....	33
2.1.2 La montée en charge des contrats collectifs mais la persistance des inégalités entre types de contrats	35
2.2 Des dispositifs pour les populations les plus vulnérables qui ont permis une réduction du reste à charge mais dont le taux de recours, notamment pour l'ACS, reste très insuffisant.....	38
2.2.1 Une couverture meilleure et plus large, grâce aux dispositifs CMU-C et ACS, de la population la plus vulnérable	38
2.2.2 Des dispositifs qui ne touchent pas l'ensemble de la population visée et n'évitent pas totalement le renoncement aux soins pour raisons financières.....	43
2.3 Des aides aux autres contrats individuels inégalement réparties.....	45
2.3.1 Les dispositifs pour les travailleurs non-salariés	46
2.3.2 Dans la fonction publique, des dispositifs très divers, inégalement répartis et dont l'impact est peu mesurable	47
2.4 Le dispositif du contrat responsable : un taux préférentiel de taxation pour encadrer les garanties et « responsabiliser » les acteurs.....	50

3	LES RECENTES REFORMES DOIVENT PERMETTRE DE GENERALISER ET UNIFORMISER LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE MAIS ACCENTUENT LA SEGMENTATION DU MARCHÉ AVEC UN RISQUE D'EFFETS NON ANTICIPES	52
3.1	L'achèvement du mouvement d'uniformisation et de généralisation de la complémentaire santé par l'extension des couvertures collectives et individuelles	52
3.1.1	Le nouveau contrat responsable.....	52
3.1.2	La généralisation en marche de la couverture collective par l'ANI et la loi de sécurisation de l'emploi.....	53
3.1.3	De nouveaux dispositifs pour assurer une meilleure couverture des retraités et des précaires.....	58
3.1.4	La réforme de l'ACS : une couverture apparemment moins coûteuse et meilleure et un transfert <i>a priori</i> satisfaisant vers les offres sélectionnées	62
3.2	Un impact des réformes récentes encore à apprécier et le risque d'effets non anticipés	66
3.2.1	La crainte des acteurs d'une fragilisation des mécanismes de solidarité	66
3.2.2	La segmentation du marché et de possibles effets sur le coût et le niveau des garanties	69
3.2.3	Des effets potentiellement non anticipés en termes d'accès à la santé	72
3.2.4	Des interrogations sur la stabilité du système comme sur la place des mutuelles sur le marché	74
4	LE MONTANT GLOBAL DES AIDES EST COMPLEXE A APPREHENDER.....	75
4.1	Des flux financiers liés aux complémentaires santé qui ont atteint ces dernières années des montants très importants	75
4.1.1	En recettes.....	75
4.1.2	En dépenses	77
4.2	Un montant des aides proprement dites moins significatif et centré sur les contrats collectifs.....	81
5	PLUSIEURS SCENARIOS ONT ETE ETUDIES PAR LA MISSION	84
5.1	Qu'est-ce qu'une « bonne aide » à la complémentaire santé ?.....	84
5.2	Des aides pour certaines non « récupérables » et une remise à plat globale qui engendre un certain nombre de questions	87
5.2.1	Un montant maximum redéployable qui ne correspond pas au montant total des aides	87
5.2.2	Une remise à plat globale des aides « redistribuables » qui pose un certain nombre de questions.....	88
5.3	Les scénarios de refonte du système.....	90
5.3.1	La forme de la nouvelle aide en cas de remise à plat globale et les incertitudes en matière de crédit d'impôt.....	91
5.3.2	La mise en place d'un crédit d'impôt	93
5.3.3	La mise en place d'une aide directe universelle	94
5.4	Les scénarios alternatifs	97
5.4.1	Avec un impact à 1 Md€.....	97
5.4.2	Des ajustements sans impact financier : les scénarios de conditionnalité des aides et d'aménagement des dispositifs existants	104
	CONCLUSION	107
	LETTRE DE MISSION.....	109
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	111
	SIGLES UTILISES.....	115
	PIECES JOINTES	117

PIECE JOINTE N°1 : NOTE CAE N°12 – AVRIL 2014	119
PIECE JOINTE N°2 : TRAVAUX DE LA DSS.....	121
PIECE JOINTE N°3 : TRAVAUX DE LA DREES	129
PIECE JOINTE N°4 : TRAVAUX DE LA DGFIP	153
PIECE JOINTE N°5 : TRAVAUX DE LA DLF	163
PIECE JOINTE N°6 : TRAVAUX DE LA DGTRESOR	175

INTRODUCTION

- [30] Par lettre de mission en date du 7 octobre 2015, les cabinets des ministres chargés de la santé et du budget ont demandé à l'IGAS de réaliser une mission d'appui aux pouvoirs publics afin de préparer le rapport du gouvernement au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé, prévu par l'article 2 de la loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013. La mission devait présenter et quantifier les différents dispositifs et en évaluer l'impact, notamment l'efficacité et l'équité, dans un contexte de réformes multiples sur ce champ, et notamment de généralisation de la complémentaire santé au profit des salariés au 1^{er} janvier 2016. Elle devait aussi envisager des scénarios de refonte de l'architecture de ces aides. La mission a été confiée à Anne Bruant-Bisson et Marie Daudé, membres de l'IGAS.
- [31] Les travaux se sont déroulés du mois de novembre 2015 au mois de mars 2016.
- [32] L'actualisation des données relatives aux différents dispositifs d'aides existants et les premiers constats sur le bilan des réformes en cours s'appuient d'une part sur les divers rapports qui traitent directement ou indirectement du sujet et notamment ceux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de juillet 2013 relatif à la généralisation de la couverture complémentaire en santé, de la Cour des comptes (rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale et sur le financement du fonds CMU en 2015), et de Dominique Libault sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective de septembre 2015 et, d'autre part, sur une documentation émanant pour l'essentiel de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), de l'Institut de recherche et de documentation en santé (IRDES), du fonds CMU, de la direction de la sécurité sociale (DSS), mais aussi de certaines fédérations ou organismes complémentaires rencontrés. Ces constats résultent également des entretiens menés auprès de l'administration centrale (DSS, DREES, Direction de la législation fiscale – DLF -, Direction générale des finances publiques - DGFIP), des fédérations d'organismes (la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF), le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM)), d'organismes issus des trois familles d'assureurs, d'actuaire et de représentants des organisations syndicales patronales et salariales. La liste en figure en pièce jointe.
- [33] Concernant les différents scénarios d'évolution possibles des dispositifs d'aides fiscales et sociales, la mission s'est appuyée sur les travaux d'un groupe de travail réunissant outre l'IGAS, la DSS, la DGFIP, la DLF, la DREES et la direction générale du trésor (DGTrésor). Ce groupe s'est réuni trois fois entre décembre 2015 et février 2016.
- [34] L'assurance maladie complémentaire occupe une place essentielle dans le système de soins français, mais présente un paysage contrasté et son rôle fait l'objet de questionnements (1). Les dispositifs multiples d'acquisition à une complémentaire santé et les aides qui y sont associées ont permis une généralisation de la couverture santé, qui reste toutefois inégale selon le public visé (2). Les récentes réformes devraient accélérer cette généralisation, mais accentuent la segmentation du marché avec de possibles effets non anticipés (3). Par ailleurs, le montant global et exhaustif des aides reste complexe à appréhender et la mission a conclu que la totalité n'en était pas redistribuable en cas de « remise à plat » générale (4). Enfin, les scénarios de refonte totale, s'ils ont le mérite d'une équité et lisibilité plus grandes, sont risqués quant à leurs effets tant en termes de déstabilisation du système que de coût du travail et même d'impact sur l'accès aux soins, ce qui milite pour une pause dans les réformes et des ajustements moins ambitieux à ce stade (5).

1 LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES SANTE OFFRENT UN PAYSAGE CONTRASTE ET OCCUPENT UNE PLACE ESSENTIELLE DANS NOTRE SYSTEME DE SOINS, MEME SI LEUR ROLE EST AUJOURD'HUI QUESTIONNE

[35] Comme le rappelle, dans son introduction, le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de juillet 2013 relatif à la généralisation de la couverture complémentaire santé, le système de solidarité entre bien-portants et malades, organisé par l'assurance maladie obligatoire (AMO) « *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(...). Fondée sur la liberté contractuelle, l'assurance est souscrite individuellement ou collectivement (contrats collectifs d'entreprise) auprès d'organismes complémentaires (OC) et est variable dans ses garanties selon les besoins ou les contraintes financières de chacun* ». Les organismes complémentaires santé (OC) font donc partie du système de soins et de sa prise en charge depuis son origine.

1.1 Un secteur caractérisé par une concentration croissante et une harmonisation des règles

1.1.1 Les différents types d'organismes

[36] Les organismes complémentaires santé regroupent les mutuelles, les institutions de prévoyance (IP) et les sociétés d'assurance (SA).

[37] Les mutuelles, régies par le code de la mutualité (Livre II), sont des organismes à but non lucratif, historiquement spécialisées en santé. Leur structure de gouvernance est élue par les membres participants. Elles sont fondées sur l'égalité de traitement des adhérents et l'absence de sélection des risques. Elles n'ont pas d'actionnaires à rémunérer, mais doivent équilibrer leurs comptes techniques pour assurer leur pérennité. Elles peuvent utiliser leurs éventuels excédents pour réduire les cotisations ou pour les mettre en réserve.

[38] Les IP, à but non lucratif également, sont soumises au code de la Sécurité sociale (titre III du livre IX), et sont historiquement positionnées sur la prévoyance et les contrats collectifs, mis en place par accords de branche ou d'entreprise. Ce sont des organismes paritaires : leurs conseils d'administration comportent, à égalité, des représentants des salariés et des employeurs. La majeure partie des IP fait aujourd'hui partie de « groupes de protection sociale » (GPS) en charge également de la gestion, par délégation, des régimes obligatoires de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO. Les éventuels excédents sont affectés à l'amélioration des prestations, à l'action sociale ou au renforcement de la solidité financière.

[39] Enfin, les SA sont régies par le code des assurances et couvrent des risques très différents. En leur sein, on distingue les sociétés anonymes, à but lucratif, des mutuelles d'assurance (ou sociétés d'assurance mutuelle), organismes à but non lucratif qui « appartiennent » à leurs assurés, nommés « sociétaires », et ont ainsi un fonctionnement proche de celui des mutuelles. Le rapport du HCAAM précité rappelle par ailleurs l'importance prise ces dernières années par les « bancassureurs » : selon les données Eurostat 2012, entre 1996 et 2011 « *sur l'ensemble du marché des assurances de personnes, la diffusion des produits par le réseau des « bancassureurs » a progressé de 2 points, celle par les courtiers de 5 points, quand celle par les réseaux traditionnels (agents généraux) a perdu 4 points de part de marché* ».

1.1.2 Un secteur de plus en plus concentré, et un marché de la complémentaire santé encore dominé par les mutuelles, spécialisées en santé et sur les contrats individuels

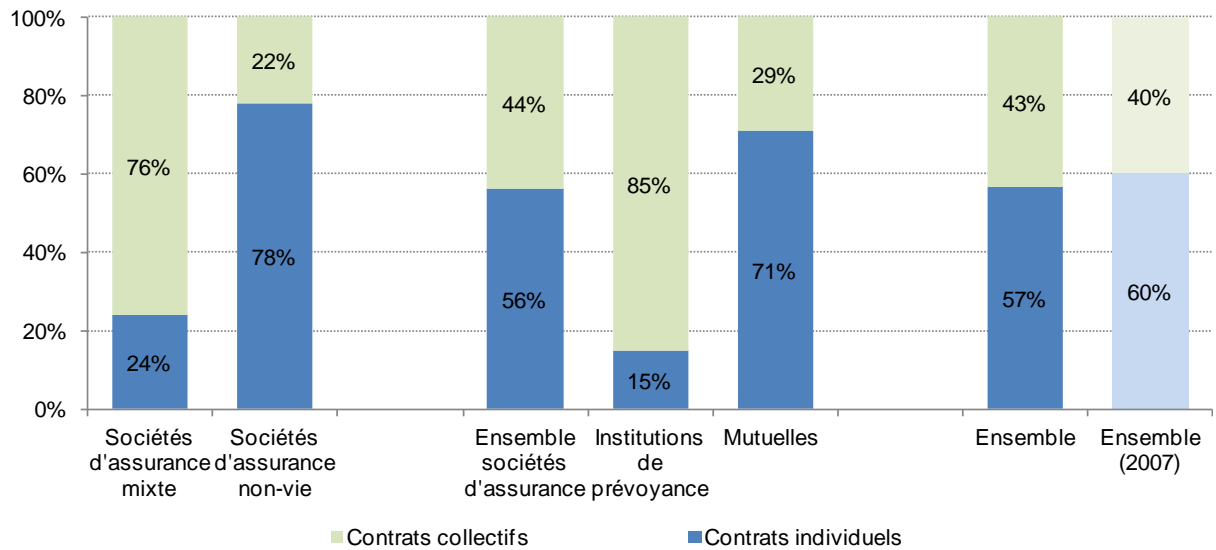
- [40] Le nombre des acteurs est en diminution depuis plusieurs années. Depuis 2001, le nombre de mutuelles a été divisé par trois et le nombre d'IP par deux. Malgré ce mouvement de concentration, le secteur mutualiste reste très morcelé avec 453 mutuelles assujetties à la taxe CMU en 2014, contre 94 SA et 26 IP. Néanmoins, neuf mutuelles font partie des 20 plus gros organismes en termes de chiffre d'affaires santé, aux côtés de sept sociétés d'assurance et de quatre institutions de prévoyance. Ces 20 plus grands organismes représentent à eux seuls la moitié du marché français.
- [41] Les OC ont collecté 34 Mds€ de primes et versé 25,7 Mds€ de prestations en 2014³. Cette même année, le chiffre d'affaires des mutuelles (primes collectées), qui restent prépondérantes sur le marché, représentent 53 % des versements aux OC, ceux des SA 28 % et ceux des IP 19 %. La part des mutuelles a cependant reculé depuis 2006, principalement au profit de celle des SA (60 % contre 22 % en 2006). Les mutuelles sont spécialisées en santé, puisque celle-ci représente 83 % de leurs primes collectées, tandis qu'elle n'en représente que 49 % pour les IP et 5 % pour les SA⁴. En raison d'une activité plus large et diversifiée, les IP et les SA sont très souvent des organismes de grande taille en termes de chiffre d'affaires total, mais pas forcément des acteurs dominants sur le marché plus spécifique de la complémentaire santé.
- [42] La répartition entre contrats collectifs et contrats individuels est également différente selon les organismes⁵. Les contrats collectifs représentent 43 % des primes collectées en 2014, part qui risque d'augmenter suite à la généralisation de la couverture en entreprise (*cf. infra*). Les IP et les SA mixtes proposent essentiellement des contrats santé collectifs, tandis que les SA non-vie et les mutuelles proposent surtout des contrats individuels. Ainsi, en 2014, 85 % des primes en « frais de soins » des IP et 76 % de celles des SA mixte correspondent à des contrats collectifs, contre respectivement 29 % et 22 % pour les mutuelles et les SA non-vie.

³ DREES, Les dépenses de santé en 2014, édition 2015 et Rapport 2015 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, DREES.

⁴ 10% pour les SA non-vie (activités non dépendantes de la durée de la vie humaine : santé, automobile, incendie...) et 4% pour les SA mixtes (SA pratiquant simultanément les opérations vie et les opérations non-vie relatives aux personnes). Au sein de la prévoyance, les primes santé représentent 48% pour les SA selon le rapport HCAAM.

⁵ Les contrats complémentaires santé peuvent être répartis en deux catégories : les contrats individuels, souscrits directement par l'assuré auprès de son organisme, ou les contrats collectifs, souscrits par l'entreprise ou la branche, et proposés à titre obligatoire ou facultatif (avant la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

Graphique 1 : Part des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des primes « frais de soins » en 2014 et comparaison avec 2007



Source : DREES, *Rapport 2015 sur la situation financière des OC assurant une couverture santé*

- [43] Selon l'enquête annuelle de la DREES sur les « contrats modaux »⁶, en 2013 les mutuelles sont majoritaires sur le marché des contrats individuels : elles couvrent 69 % des assurés, contre 27 % pour les SA et 4 % pour les IP. Pour les contrats collectifs, ce sont les IP qui sont prépondérantes, avec 48 % des personnes couvertes, contre 38 % pour les mutuelles et 14 % pour les SA. En revanche, en matière de primes collectées sur les contrats collectifs, les mutuelles et les IP ont une part de marché quasi équivalente : 5,4 Mds€ pour les mutuelles (soit 35 %), contre 5,3 Mds€ pour les IP (soit 34 %), sur un total de 15,4 Mds€ de primes.

1.1.3 Des règles harmonisées qui rendent artificielle la distinction entre les trois familles

- [44] La distinction entre ces trois familles d'assureurs, comme leur positionnement historique, a cependant moins de sens aujourd'hui, les règles s'appliquant au secteur devenant communes aux trois familles.
- [45] Tout d'abord, la concurrence s'est accrue sous l'effet du changement de réglementation et tous les organismes peuvent proposer peu ou prou le même type de produits. La spécialisation s'estompe : la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Evin », a mis fin au monopole des IP sur la prévoyance collective, et leur a ouvert, de façon limitée, le marché de la prévoyance individuelle (au profit notamment d'anciens salariés). La loi n°2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique et son décret d'application favorisent la concurrence pour la couverture prévoyance des agents publics.

⁶ DREES : Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2013 ; enquête statistique auprès des OC. Cette enquête annuelle de la DREES auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé permet de décrire les caractéristiques de cette couverture complémentaire privée. Cette enquête est représentative de l'ensemble des organismes complémentaires. Le détail des garanties est cependant demandé uniquement pour les contrats modaux : les trois contrats individuels et les deux contrats collectifs couvrant le plus grand nombre de personnes au sein de chaque organisme. Ces contrats modaux représentent 60 % des personnes couvertes par une assurance individuelle et 22 % de celles couvertes par une assurance collective.

- [46] Ensuite la réglementation fiscale a été largement harmonisée. Aujourd'hui, la forme juridique de l'organisme complémentaire n'est plus un fondement de régime fiscal distinct, les règles étant désormais identiques et les écarts reposant sur des différences dans les contrats (*cf. infra*). Il n'existe donc plus d'aides ciblées sur la catégorie de l'organisme. Ainsi le régime de la taxe sur les conventions d'assurance (TCA)⁷ créée en 1983 a-t-il fait l'objet d'une harmonisation en 2002 entre assurances, mutuelles et IP : elle a consisté à l'appliquer uniformément aux trois familles d'assureurs, les mutuelles et les IP n'y étant jusqu'alors pas soumises. Les contrats responsables en ont été exonérés en 2004 (*cf. infra* §2.4). La taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) créée en 2011 sur les contrats responsables s'est aussi appliquée aux trois familles sans distinction. Les trois familles d'assureurs payent donc aujourd'hui tous la nouvelle TSA (taxe de solidarité additionnelle), résultant au 1^{er} janvier 2016 de la fusion de l'ancienne TSCA (ou TCA si le contrat n'est pas responsable) et de l'ancienne TSA, dévolue au fonds CMU, et antérieurement déjà payée de la même façon par tous les organismes. Par ailleurs, en vertu du droit européen, transposé par les lois de finances rectificatives de 2006 et de 2011, les IP et les mutuelles sont depuis 2011 redevables de l'impôt sur les sociétés (IS) et de la contribution économique territoriale (CET), mais aussi de la taxe sur les excédents de provision et de la taxe d'apprentissage. Les mutuelles du livre II sont en outre assujetties depuis 1992 à la taxe sur les salaires.
- [47] Par ailleurs, tous les organismes sont soumis aux directives européennes depuis 2002 et à leurs règles en matière de gouvernance et de solvabilité, ainsi qu'au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) créée en 2010 et résultant de la fusion des organismes de contrôle de la banque et de l'assurance. La dernière directive dite « Solvabilité II », votée le 22 avril 2009 et transposée en droit français par l'Ordonnance n° 2015-378 du 2 avril 2015, se traduit par de nouvelles règles plus complexes en matière prudentielle, applicables à compter du 1^{er} janvier 2016, et qui vont accélérer les restructurations. Le code des assurances devient le "code pivot" en la matière, même si certaines spécificités subsistent dans les deux autres codes.
- [48] Enfin, s'opèrent sur le marché des regroupements inter-familles : les organismes auditionnés par la mission en sont la preuve : AG2R la Mondiale regroupe une IP, une société d'assurance mutuelle et des mutuelles ; Malakoff-Médéric est une IP qui s'est rapprochée de la Mutuelle Générale et Klésia comporte en son sein des structures mutualistes. C'est la SGAM (société de groupe d'assurance mutuelle), structure créée en 2001, qui est le cadre usuel de ces rapprochements, et qui devra évoluer avec la nouvelle ordonnance de transposition de « Solvabilité II », pour répondre aux nouveaux critères d'un « groupe prudentiel ».

1.1.4 Un bon niveau de solvabilité et des frais de gestion qui restent élevés

- [49] La DREES dans son rapport annuel sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (2015) souligne que la masse des primes collectées en santé a augmenté de 2,3 % entre 2013 et 2014 pour les organismes présents ces deux années-là. Si les contrats individuels s'érodent à moyen terme au profit des contrats collectifs, ils ont en revanche plutôt résisté en 2014, et ce malgré l'approche de la généralisation de la complémentaire santé prévue pour 2016 qui devrait pourtant accélérer cette érosion.

⁷ Initialement d'un taux de 7 %, le taux de TCA a été porté à 9 % en 2011, 14 % en 2012 en parallèle à l'évolution de la taxation sur les contrats responsables (*cf. infra* 2.4).

- [50] Les OC dans leur ensemble dégagent des excédents sur leur activité santé, en 2014 : le résultat technique en santé (produits de l'activité santé nets des charges) représente 0,7 % des primes collectées en 2014, soit 260 M€ L'activité santé est légèrement excédentaire depuis plusieurs années. Les IP se démarquent des autres catégories d'organismes par une activité santé en moyenne déficitaire (-3,5 % des primes collectées, soit -217 M€). Cette différence s'explique par la composition des portefeuilles des organismes. En moyenne, et pour toutes les catégories d'organismes, le résultat technique en santé des contrats collectifs est en effet déficitaire sur la période 2011-2014, alors que celui des contrats individuels est excédentaire, ce qui explique la situation déficitaire des IP dont l'activité est centrée sur les contrats collectifs.
- [51] La part des charges de prestations dans les primes a plutôt diminué entre 2011 et 2014 (92 % contre 96 % pour les IP, 78 % contre 81 % pour les SA et 85 % contre 84 % pour les mutuelles)⁸. En parallèle, les frais de gestion⁹ ont progressé entre 2006 et 2014 en moyenne de 4,6 % à 4,7 %. Ils se sont élevés à 6,8 Mds€¹⁰ en 2014, soit une hausse de 5,1 % par rapport à 2013. Ces frais représentent 14 % des cotisations pour les IP, 19 % pour les mutuelles et 23 % pour les SA. Les mutuelles ont des frais d'administration importants (9 % sur 19 %), tandis que pour les SA, ce sont les frais d'acquisition qui sont prépondérants (13 % sur 23 %). Les IP ont quant à elles des frais plus modérés car essentiellement centrées sur les contrats collectifs : en faisant office d'interlocuteur unique, les entreprises leur permettent de réduire leurs frais d'acquisition (moindre publicité) et d'administration (primes prélevées par les entreprises).
- [52] Afin d'évaluer la solidité financière des organismes exerçant une activité santé, la DREES analyse également leur résultat net qui résulte de l'intégralité de leur activité (résultat technique sur les autres risques et résultat non technique, incluant notamment les produits financiers). En 2014, les organismes exerçant une activité de complémentaire santé sont globalement excédentaires puisque le résultat net dégagé représente 3,1 % des cotisations collectées. Chacune des catégories d'organismes est en moyenne excédentaire, y compris les IP¹¹.
- [53] Au total, le passif de l'ensemble des organismes exerçant une activité santé s'élève en 2014 à 866 Mds€ dont 70 Mds€ de fonds propres et 571 Mds€ de provisions techniques¹², toutes activités confondues. Ce sont les sociétés d'assurance mixte qui provisionnent le plus : les provisions représentent huit fois le montant de leurs primes collectées en 2014, contre le double pour les SA non-vie et les IP et les quatre dixièmes pour les mutuelles. La singularité des mutuelles s'explique notamment par leur spécialisation dans l'activité santé dont le règlement rapide des prestations n'impose pas la constitution de provisions importantes.

⁸ Les IP sont la catégorie qui reverse la plus grande part des cotisations sous forme de prestations, ce qui s'explique surtout par la prépondérance dans leur portefeuille des contrats collectifs (complémentaire santé d'entreprise) dont les garanties sont souvent plus avantageuses pour les assurés. De ce fait, les institutions de prévoyance offrent aussi la prise en charge proportionnellement la plus élevée des soins dentaires et des biens médicaux, notamment de l'optique, généralement mieux couverts par les contrats collectifs.

⁹ Les coûts de gestion des OC sont de trois sortes : les frais de gestion des sinistres (activité d'indemnisation des assurés), les frais d'acquisition pour attirer de nouveaux clients (frais de réseau, de publicité...), et les frais d'administration retraçant la gestion courante des contrats.

¹⁰ 3,4 Mds€ pour les mutuelles, 2,4 Mds€ pour les sociétés d'assurance (SA) et 0,9 Mds€ pour les institutions de prévoyance (IP).

¹¹ Les déficits en santé des IP sont en effets compensés par des excédents sur l'activité Vie.

¹² Légalement, les organismes d'assurance doivent être capables d'honorer à tout moment leurs engagements vis-à-vis des assurés et des bénéficiaires. Les provisions techniques représentent pour les organismes une évaluation du coût des prestations futures à verser aux assurés. Les primes et cotisations perçues par les organismes avant la matérialisation du risque et le paiement des prestations peuvent être investies, sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers ou encore de prêts et dépôts afin de les faire fructifier. Toutefois, dans les cas exceptionnels où les provisions techniques peuvent se révéler insuffisantes pour couvrir les engagements (risques mal tarifés, sinistres exceptionnels, réassurance inefficace...), les règles prudentielles imposent aux organismes de respecter une marge de solvabilité supplémentaire en disposant de suffisamment de fonds propres en cas d'imprévu.

- [54] Concernant les fonds propres, au regard de leur chiffre d'affaires, les SA en disposent moins que les autres catégories d'organismes, notamment en raison des risques qu'ils assurent : les fonds propres équivalent à 38 % des primes collectées pour les sociétés d'assurance mixte et à 56 % des primes collectées pour les sociétés d'assurance non-vie, alors qu'ils représentent 72 % des primes pour les mutuelles et 86 % des primes pour les IP.
- [55] D'un point de vue prudentiel, la DREES souligne que les deux ratios que sont la couverture des engagements réglementés (ratio actifs sur engagements) et la couverture de la marge de solvabilité (ratio fonds propres sur marge minimale de solvabilité), imposés dans le cadre du régime Solvabilité I, sont largement couverts en 2014 (supérieurs à 100 %) et ce, de manière assez stable depuis plusieurs années. Selon l'ACPR, la solvabilité des mutuelles exprimée dans le nouveau référentiel Solvabilité II resterait confortablement au-dessus des exigences réglementaires (267 % en moyenne pour l'ensemble des mutuelles)¹³.

1.2 Un secteur concurrentiel, avec une « tarification au risque »

1.2.1 Des risques « courts », que l'assureur sélectionne, dans le respect de la réglementation

- [56] Le marché de l'assurance santé est un marché particulier : 85 % des individus ont recours au moins une fois dans l'année à des soins courants¹⁴. C'est un risque « court » qui se réalise quasi-systématiquement et dont la tarification peut être ajustée rapidement. C'est également un risque particulier : contrairement au marché de l'automobile par exemple, il existe une possibilité de « consommation » pour systématiquement utiliser les prestations permises par le contrat. On s'éloigne alors de « l'aléa ».
- [57] Contrairement à l'assurance maladie obligatoire (AMO), les organismes complémentaires santé évoluent dans un univers concurrentiel, qui impose de plus en plus une tarification au risque. La sélection des risques est en effet consubstantielle à toute activité d'assurance car elle permet à l'assureur d'éviter des résultats déficitaires. Certaines dispositions limitent cependant les possibilités d'une sélection des risques.
- Tout d'abord la loi Evin déjà citée instaure le principe d'une garantie viagère : les contrats ne peuvent être dénoncés par l'assureur, même en cas de « mauvais risques ».
 - Ensuite, pour être qualifié de « responsable et solidaire » et bénéficier des aides en place (*cf. infra*), un contrat ne peut pas recourir au questionnaire médical et appliquer des tarifs directement liés à l'état de santé¹⁵. En matière de contrats collectifs, le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 précise que pour être responsable et obligatoire et bénéficier des aides, on ne peut pas appliquer des tarifs selon un critère individuel comme l'âge, le sexe ou le lieu de résidence. Toutefois, le tarif peut être fixé en fonction de la structure d'âge du portefeuille et du lieu d'implantation de l'établissement couvert par le contrat et se limiter à certaines catégories de salariés. La tarification en fonction du sexe pour les contrats individuels est également interdite pour les mutuelles et les IP¹⁶. Elle était autorisée pour les sociétés d'assurance jusqu'au 21 décembre 2012, mais a été interdite à la suite d'une décision de la Cour de justice européenne¹⁷.

¹³ ACPR, Analyses et Synthèses, La situation des mutuelles du code de la mutualité en 2014.

¹⁴ Note DREES du 3 septembre 2013.

¹⁵ La LFR de 2001 a défini les contrats "solidaires" (art 995 du CGI) comme ne recueillant pas d'informations médicales auprès de l'assuré ou ne pratiquant pas des tarifs liés à l'état de santé de l'assuré, en reprenant les principes posés par l'article L 112-1 du code de la mutualité ou les articles 2 et 10 de la loi Evin pour les contrats collectifs.

¹⁶ Articles L112-1-1 du code de la mutualité et L 931-3-2 du code de la Sécurité sociale.

¹⁷ Directive 2004/113/CE du 13 décembre 2004 et Décision CJUE du 1er mars 2011, Association belge des consommateurs Test-Achats ASBL. Article L111-7 du code des assurances.

1.2.2 Une tarification « au risque » plus marquée dans les contrats individuels, et peu liée aux revenus

- [58] Les tarifs des complémentaires santé, notamment pour les contrats individuels, peuvent varier selon certains critères comme l'âge, la situation familiale, le lieu de résidence, les revenus... Ces tarifications peuvent alors, dans certains cas, opérer des transferts via les cotisations entre différentes populations.
- [59] Depuis 2011, l'enquête de la DREES sur les contrats « modaux » permet d'approcher les pratiques tarifaires des organismes complémentaires. Une étude de 2013¹⁸ montre ainsi que :
- 93 % des bénéficiaires d'un contrat individuel ont un contrat dont le tarif dépend de l'âge (la quasi-totalité pour les sociétés d'assurance, plus de 90 % des mutuelles). Mais les modalités de tarification¹⁹ varient avec la nature de l'organisme : les trois quarts des bénéficiaires d'un contrat individuel d'une mutuelle ont une tarification ralentissant après 60 ans ou linéaire, pour des raisons tenant à leur modèle historique, et ces contrats ont une part plus importante de personnes âgées parmi leurs assurés, car les transferts entre classes d'âges mis en œuvre par les tarifs permettent une baisse sensible de la prime aux âges élevés²⁰. À l'inverse, 85 % des bénéficiaires d'un contrat individuel d'une société d'assurance ont une tarification convexe.
 - les cotisations dépendent du lieu de résidence pour 18 % des bénéficiaires d'un contrat individuel d'une mutuelle et 80 % des bénéficiaires d'un contrat individuel d'une SA. Que ce soit pour une mutuelle ou une société d'assurance, un assuré dont les cotisations dépendent du lieu de résidence paiera en moyenne 25 % plus cher s'il habite dans une zone géographique où les cotisations sont les plus élevées par rapport à une zone où les cotisations sont les moins élevées.
 - les trois quarts des bénéficiaires de contrats collectifs bénéficient d'un forfait famille (gratuité à partir du 1er enfant) contre seulement 7 % des bénéficiaires d'un contrat individuel.
- [60] Concernant le lien entre cotisations et revenus :
- les cotisations dépendent des revenus pour 20 % des bénéficiaires de contrats individuels (en grande majorité des mutuelles de fonctionnaires).
 - pour les contrats collectifs, selon l'enquête de l'IRDES sur la protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) en 2009²¹, dans 80 % des établissements dont les salariés participent au financement de la complémentaire santé collective, celui-ci est forfaitaire. Cette participation est par ailleurs proportionnelle au salaire dans plus de 13 % des établissements et mixte ou différente selon les catégories socioprofessionnelles dans 5 % des établissements.

¹⁸ Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs, DREES, Etudes et Résultats, septembre 2013.

¹⁹ Les informations obtenues conduisent à distinguer différents types de tarification selon l'âge : une tarification convexe, pour laquelle les tarifs augmentent de plus en plus avec l'âge ; une tarification linéaire, pour laquelle l'augmentation de la prime en fonction de l'âge est constante ; enfin une tarification favorable aux seniors, pour laquelle les tarifs progressent moins vite après 60 ans.

²⁰ En moyenne, pour les contrats avec une tarification ralentissant après 60 ans, seuls 2 % des assurés ont moins de 25 ans alors que 41 % ont plus de 60 ans. À l'inverse, pour les contrats avec une tarification convexe, 9 % des assurés ont moins de 25 ans et 31 % ont plus de 60 ans. À 20 ans, les tarifs des contrats linéaires et convexes sont équivalents. En comparaison, les tarifs ralentissant après 60 ans sont 50 % plus élevés à l'âge de 20 ans, les plus jeunes payant plus cher pour limiter les tarifs des plus âgés.

²¹ Panorama de la complémentaire santé collective en France en 2009 et opinions des salariés sur le dispositif, IRDES, Questions d'économie de la santé, novembre 2012.

1.3 Une place essentielle dans le système de soins en matière d'accès aux soins

1.3.1 Un taux de couverture de la population qui s'apparente, selon le HCAAM, à une « quasi-généralisation »

- [61] Les données les plus récentes sur le taux de couverture de la population par une complémentaire santé portent sur l'année 2012, via l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES²², réalisée tous les deux ans et publiée pour la dernière en mai 2014²³. Selon cette enquête, 89 % des personnes vivant en France métropolitaine déclarent bénéficier d'un contrat de complémentaire santé et 6 % de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Au total, 5 % de la population déclarent ne pas être couverts²⁴, ce qui s'apparente selon le rapport du HCAAM à une « quasi généralisation » (3,3 millions de personnes non couvertes sur 66 millions). Selon l'IRDES, dans les années 1990, la part de la population couverte oscillait autour de 84 %, la mise en place de la CMU-C ayant permis une hausse de cinq points entre 1998 et 2000.
- [62] Plus de neuf personnes sur dix de chaque tranche d'âge de la population enquêtée sont couvertes par une couverture complémentaire santé, les moins bien couverts étant les moins de 29 ans et les plus de 80 ans (92,5 % et 93,5 % contre 96 % en moyenne). Le taux de couverture par une complémentaire santé augmente avec le niveau de revenu et se stabilise à 98 % du delà de 1 528 € mensuel par unité de consommation. Ce taux est nettement plus faible au sein du 1^{er} quintile de revenu (moins de 876 € mensuel). Le taux de non couverture est plus élevé chez les individus de plus de 80 ans et ceux âgés de 18 à 30 ans (respectivement, 6,8 % et 8 %, versus 4,9 % parmi les 31-40 ans par exemple).
- [63] En 2010, l'IRDES avait établi que parmi les personnes non couvertes 42,8 % ne l'étaient pas pour des raisons financières (le taux de non-couverture est ainsi très élevé chez les chômeurs (13,7 %) et chez les plus modestes (14,1 % versus 3,6 % parmi les plus aisées) et 12,8 % parce qu'ils n'en ressentaient pas le besoin.

1.3.2 Une couverture qui limite le renoncement aux soins

- [64] Selon l'enquête ESPS 2012, en France métropolitaine, près de 26 % des personnes déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières²⁵. Le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières concerne ainsi 18 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie âgés d'au moins 18 ans, 10 % pour les soins d'optique, 5 % pour les consultations de médecins et 4 % pour les autres types de soins.
- [65] Ce sont les personnes sans complémentaire santé qui déclarent le plus fréquemment renoncer à des soins pour raisons financières : 24 % déclarent avoir renoncé à des soins d'optique contre 15 % pour les bénéficiaires de la CMU-C et moins de 9 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé hors CMU-C. Dans l'enquête ESPS de 2010, le taux de renoncement aux soins des personnes à la CMU-C avait été évalué à 22 %. L'IRDES estimait que ce taux aurait été porté à 40 %, si ces assurés n'avaient pas bénéficié de la CMU-C²⁶.

²² Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

²³ Questions d'économie de la santé, n°198, mai 2014 (IRDES) : L'ESPS 2012, premiers résultats.

²⁴ Contre 4,2 % lors de la précédente enquête menée en 2010.

²⁵ Ce chiffre ne peut pas être mis en regard de celui produit antérieurement par l'enquête ESPS. Dans l'enquête de 2010, il était de 15 %, mais la méthode de comptabilisation a été modifiée entre les deux enquêtes, ce qui explique l'écart.

²⁶ Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique, IRDES, novembre 2011.

1.3.3 Un reste à charge atténué après intervention des OC

- [66] Notre financement des soins se caractérise par un système d'assurance à double niveau sur un même panier de soins (AMO puis AMC), ce qui en fait un modèle unique en Europe²⁷. Il permet donc aux OC d'atténuer le reste à charge (RAC) des ménages. Si la Sécurité Sociale est l'acteur majeur du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)²⁸ avec une prise en charge de 76,6 % de la dépense en 2014, elle laisse une place à la solvabilisation par les complémentaires santé. La part des OC est ainsi de 13,5 % en 2014 (en légère baisse par rapport à la période 2012-2013 où le taux était de 13,7 %). Le reste à charge des ménages (RAC) en augmentation entre 2006 et 2008, pour atteindre alors 9,3 %, est en diminution constante depuis. Il est de 8,5 % en 2014, en baisse de 0,2 point pour la troisième année consécutive.
- [67] Les niveaux de prise en charge de la Sécurité Sociale et des OC varient cependant très fortement d'un poste de dépenses à l'autre, de plus de 90 % pour les soins hospitaliers à moins d'un tiers pour les soins dentaires (32,5 % en 2014), pour la Sécurité Sociale.

Tableau 1 : Structure de financement en % des grands postes de la CSBM

	Soins hospitaliers	Soins de ville	Médicaments	Autres biens médicaux
Sécurité Sociale	91,1	63,9	69,1	43,3
OC	5,3	21,7	13,7	38,9
Ménages	2,4	12,5	15,9	16,9
Etat, CMU-C	1,3	1,9	1,3	0,9

Source : DREES, *Comptes de la santé 2014*.

- [68] C'est sur le poste « autres biens médicaux » que la part prise en charge par les OC est la plus importante. L'optique y tient une part prépondérante et représente près des 3/4 des dépenses des OC sur ce poste, en hausse depuis 2006, le taux de remboursement de la Sécurité Sociale étant de 4,2 % en 2014. Le RAC des ménages a quant à lui diminué de huit points sur la période, puisqu'il était de 24,9 % en 2006.
- [69] Au sein des soins de ville et autres biens médicaux, des travaux engagés il y a quelques années distinguent la prise en charge des personnes en ALD et des personnes qui ne le sont pas, et soulignent la dégradation de la prise en charge des « soins courants », afin de relativiser notamment la valeur du chiffre de prise en charge globale par la sécurité sociale. Dans une note de septembre 2013, la DREES rappelle ainsi que le taux de remboursement des soins de ville et autres biens médicaux des non ALD par la Sécurité Sociale a été estimé à 54 % en 2009²⁹, ce qui est la contrepartie des efforts fournis sur la prise en charge des dépenses hospitalières (remboursées à 92 % par la sécurité sociale pour les non ALD en 2006) et des dépenses liées aux ALD, qui occasionnent les dépenses les plus importantes. Le HCAAM estimait quant à lui ce taux de prise en charge à 51,2 % en 2010, se basant sur des travaux de la CNAMTS³⁰.

²⁷ Cf. pièce jointe n°1 – Financement dans d'autres pays européens in note du CAE n° 12 – avril 2014.

²⁸ La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petit matériel et pansements).

²⁹ Ce taux de remboursement était estimé à 61 % en 2000.

³⁰ Rapport juillet 2013 sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé.

- [70] La hausse de la participation des assurés, liée notamment aux participations forfaitaires qui leur sont demandées, ainsi que le niveau des dépassements explique la diminution du niveau d'intervention de la sécurité sociale sur les soins courants. Sur les soins de ville, les dépassements ont atteints 6,8 Mds€ (médecins et soins dentaires), soit plus de 13 % de la consommation. Les chirurgiens-dentistes dépassent de plus de 50 % les bases de remboursement depuis 2009. Sur les autres biens médicaux, les dépassements représentent plus de la moitié de la consommation (6,8 Mds€ contre 6 Mds€ de dépenses prises en charge par la Sécurité Sociale).
- [71] De ce fait, la structure de la dépense est très différente selon les acteurs : pour l'AMO, le plus gros poste de dépense est le poste soins hospitaliers (55,2 % de la dépense) ; pour l'AMC, ce sont les soins de ville (42,3 %) et pour les ménages, ce sont les autres biens médicaux (47,8 %). A noter que les soins dentaires représentent pour l'AMC et les ménages une part (16 % et 16,5 % respectivement) trois fois supérieure à ce qu'ils pèsent dans la CSBM (5,6 %). Cela s'explique par le faible niveau de remboursement de l'AMO sur ce champ (2,4 % seulement des dépenses de l'AMO sur la CSBM).
- [72] L'intervention de l'AMC a donc permis de limiter le RAC des ménages sur les postes où la Sécurité Sociale est en retrait. Une récente étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)³¹ a porté sur les RAC sur les dépenses ambulatoires après intervention de l'AMC (en partant des données de 2002 d'une mutuelle gérant à la fois le régime obligatoire et le régime complémentaire). Dans cette étude, le RAC moyen après AMO est évalué à 380 € par individu et après AMC à 117 € par individu, soit 10 % de la dépense ambulatoire environ.

1.4 Un modèle fragilisé aujourd'hui

1.4.1 Des mécanismes de solidarité en question

1.4.1.1 Des principes différents de ceux qui régissent l'AMO

- [73] En France, l'assurance maladie publique est universelle et obligatoire. Elle repose sur un fondement d'équité d'accès aux soins selon les revenus et de solidarité face à la maladie : les cotisations de l'assurance maladie obligatoire reposent sur la capacité contributive des ménages – illustrant l'équité verticale dans le financement du système de santé – et les compensations sont fonction des besoins de soins – correspondant à l'équité horizontale dans l'utilisation du système.
- [74] Ainsi, dès 1946, les bénéficiaires de « l'assurance longue maladie » sont exonérés du ticket modérateur alors fixé à 20 %, créant ainsi les prémices du dispositif des ALD. Le taux de prise en charge par la sécurité sociale de la CSBM atteint plus de 88 % pour les 15 % d'individus en ALD contre 59,5 % pour les personnes qui ne sont pas en ALD³².

³¹ Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge, Carine Franc et Aurélie Pierre, Economie et Statistique, avril 2015.

³² HCAAM rapport de juillet 2013.

- [75] L'assurance maladie complémentaire ne met pas en œuvre les mêmes mécanismes de solidarité : les cotisations sont rarement proportionnelles au revenu et majoritairement forfaitaires, comme on l'a vu *supra*. Par ailleurs, la « tarification à l'âge » et la sélection des risques (*cf. supra*) effacent la solidarité horizontale entre personnes à risque faible et personnes à risque élevé. Elle est particulièrement le fait des contrats individuels, certaines mutuelles qui jusque-là avaient mis en place des mécanismes de redistribution entre les jeunes et les seniors commençant aussi à introduire le critère de l'âge pour les nouveaux assurés. Les cotisations peuvent varier du simple au triple entre un jeune et un retraité. Des organismes mettent également en place des stratégies « marketing » visant à « sélectionner les bons risques »³³. En outre, à cotisation identique, l'AMC ne permet pas aux plus malades de bénéficier d'un taux de prise en charge plus élevé, comme c'est le cas pour l'AMO avec les ALD.
- [76] On constate aussi que si la cotisation est identique côté AMO quelles que soient les charges de famille, elle est souvent calibrée en fonction du nombre de personnes à charge du côté de l'AMC, ce qui empêche toute forme de redistribution entre les célibataires et les familles.
- [77] Enfin, l'hétérogénéité des contrats de l'AMC (*cf. infra*) ne garantit pas un égal accès aux soins. La DREES, dans son étude de 2010 sur les contrats modaux, souligne que les contrats peuvent se distinguer assez fortement selon leur niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires et leur offre en optique, en dentaire, ou encore en matière de prothèses auditives. À titre d'exemple, le remboursement par l'OC d'une paire de prothèses auditives numériques facturées 1 500 euros chacune à l'assuré (et remboursées chacune 130 euros par la Sécurité sociale) est inférieur à 350 euros pour le quart des bénéficiaires des contrats modaux (premier quartile) et supérieur à 1 220 euros pour le quart d'entre eux (troisième quartile).

1.4.1.2 Un RAC moins mutualisé après AMC qu'après AMO

- [78] Les mécanismes de redistribution de l'assurance maladie obligatoire bénéficiant aux plus malades jouent un rôle régulateur important du marché de la couverture complémentaire. En concentrant les dépenses de l'assurance maladie sur les plus malades, ils permettent de réduire, du point de vue des assureurs complémentaires, le différentiel de dépenses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire et donc l'écart de risque avec les moins malades, et limitent donc leur intérêt pour pratiquer la sélection des risques ou la tarification en fonction de l'état de santé, au-delà de la prise en compte de l'âge. Ils favorisent donc l'accès des plus malades à une couverture complémentaire en modérant le montant des primes qu'ils supportent. Ainsi, l'écart de dépenses de santé entre ALD et non ALD, qui est à l'origine de 6 300 € par an, est ramené à 210 € après le remboursement de l'assurance maladie de base et à seulement 110 € après remboursement de l'assurance maladie complémentaire³⁴.
- [79] Les caractéristiques de l'AMC qui viennent d'être évoquées sont cependant susceptibles de réduire les effets attendus de l'AMO en termes de mutualisation des dépenses de santé. La récente étude de l'INSEE sur le RAC après AMC déjà citée a ainsi montré comment l'intervention de l'AMC modifie la mutualisation effectuée par l'AMO. L'étude conclut en effet :
- à la forte disparité des RAC : 5 % des individus concentrent un RAC supérieur à 511 € et 1 % un RAC supérieur à 1272 €
 - à leur forte concentration : 10 % des individus supportant les RAC les plus élevés concentrent 62 % des RAC. L'étude souligne surtout que les RAC après AMC sont d'autant plus élevés que les besoins de soins sont élevés : ainsi les RAC sont plus élevés en moyenne de 70 % pour les individus exonérés de ticket modérateur (176 € contre

³³ Exemple des "franchises cautionnées" où une partie des cotisations peut être remboursée, adaptation de contrats "sur mesure".

³⁴ Source : note DREES du 3 septembre 2013.

104 €), notamment pour les derniers percentiles (5 % des individus exonérés supportaient des RAC supérieurs à 720 € et 1 % des RAC supérieurs à 1697 €).

- à l'accroissement de cette concentration sur les plus malades après intervention de l'AMC. L'ensemble des bénéficiaires exonérés de ticket modérateur qui concentrent 43 % de la dépense concentrent in fine 27 % des RAC alors qu'ils en concentraient 23 % après AMO. L'AMO permet donc de réduire significativement la concentration des dépenses pour les individus exonérés du ticket modérateur. En revanche, même si les deux niveaux d'assurance permettent de réduire les RAC pour tous les individus, l'AMC induit, comparativement à l'AMO, une augmentation de la concentration des RAC supportés par ces individus, notamment lorsque les actes bénéficient d'une certaine liberté tarifaire. On observe le même phénomène en prenant la dépense totale. La concentration des RAC redevient très proche de celle de la dépense initiale après intervention de l'AMC, alors qu'elle s'était réduite après intervention de l'AMO : les 10 % d'individus qui concentrent 42 % de la dépense ambulatoire, supportent, *in fine*, 40 % des RAC alors qu'ils ne concentraient que 30 % des RAC après AMO.

[80] Même si l'AMC continue évidemment de mutualiser entre malades et bien portants, elle laisse au final des restes à charge à peu près aussi concentrés que la dépense avant remboursement.

1.4.1.3 Une prise en charge croissante avec le revenu, et un taux d'effort décroissant avec le revenu

[81] Le HCAAM dans son rapport de 2013 déjà cité a approfondi, à partir de travaux de la DREES pour l'année 2008, les corrélations entre RAC et revenus.

[82] Il rappelle ainsi que les remboursements des assurances complémentaires sont, à l'inverse de ceux de l'AMO, légèrement croissants avec le niveau de vie tant en montant (de 600 € pour les ménages du premier décile à 800 € pour ceux du dernier décile) qu'en part de la dépense présentée. Ce profil provient de la différence des niveaux de garantie souscrits : les ménages aisés sont en général couverts par de meilleurs contrats³⁵.

[83] Le HCAAM s'est également intéressé au niveau d'effort des ménages, qui en plus du RAC, intègre les primes versées aux complémentaires. Au total le niveau d'effort des ménages augmente sensiblement avec le niveau de vie. Il atteint 600 € pour les ménages les plus pauvres et 1 600 € pour les plus riches (rapport de 1 à moins de 3). Pour autant, du fait de l'écart bien supérieur entre revenus (1 à 8 entre le premier et le dernier décile), le taux d'effort des ménages, qui rapporte le niveau d'effort des ménages à leurs revenus, décroît avec le niveau de vie. Il correspond à environ 5 % du revenu des ménages pour les trois premiers déciles et diminue jusqu'à 2 % pour le dernier décile. L'écart de taux d'effort entre le premier et le dernier décile provient essentiellement de la différence du poids des primes dans le revenu des ménages de ces déciles. Ces primes représentent 3,5 % du revenu du premier décile et un peu plus de 1 % pour ceux du dernier décile.

[84] Un focus peut être fait sur le taux d'effort des retraités, sur lequel il sera revenu au cours du présent rapport. Selon une note de la DREES datée du 14 septembre 2015, après 60 ans les primes peuvent représenter un poids important dans le revenu particulièrement pour les personnes dont les ressources sont faibles, mais sans qu'elles soient éligibles à la CMU-C ou à l'Aide à la complémentaire santé (ACS).

³⁵ Au total, l'effet de remboursements complémentaires plus élevés pour les hauts revenus ne compensant pas les RAC après AMO plus élevés pour ces mêmes revenus, le reste à charge après AMO et AMC reste croissant avec le niveau de vie.

1.4.1.4 Les conséquences de la fin de la clause de désignation en matière de contrats collectifs

- [85] Enfin, la censure par le conseil constitutionnel le 13 juin 2013 des clauses de désignation, inscrites dans la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi et ses conséquences ont remis sur le devant de la scène la question du rôle des OC au sein des branches et des entreprises, certains intervenants soulignant les risques de réduction de la solidarité qui pouvait exister en santé au sein des branches. Il y sera revenu dans la suite du présent rapport, mais le rapport Libault déjà cité parle ainsi du risque « *de hausse substantielle des tarifs dans les petites entreprises* », de « *distorcion de concurrence sur le coût du travail au sein d'une branche* » ou de fin des mécanismes de solidarité instaurée dans les branches grâce à l'assureur unique (fonds de solidarité permettant des actions de prévention notamment).

1.4.2 Des critiques plus globales sur le modèle lui-même

1.4.2.1 Des frais de gestion qui restent importants

- [86] Le niveau des frais de gestion des OC revient également régulièrement dans le débat public. Même si les comparaisons ne sont pas toujours pertinentes, la DREES souligne qu'en 2014, les coûts de gestion des différents régimes de Sécurité sociale s'élèvent à 7,1 Mds€ et sont en diminution de 3,1 % par rapport à 2013. Entre 2006 et 2014, parmi tous les acteurs concernés, ce sont ces frais qui ont connu l'évolution la plus lente, alors que ceux des OC ne cessent d'augmenter (*cf. supra*), notamment en raison des évolutions réglementaires récentes, ce qui conduit certains acteurs à s'interroger sur la pertinence d'un modèle où les OC doublonnent le travail de la sécurité sociale, à un coût plus élevé³⁶.

1.4.2.2 Des mécanismes soupçonnés d'entraîner une « déresponsabilisation » des assurés et des professionnels et une augmentation des tarifs des OC

- [87] Le HCAAM quant à lui souligne les « externalités négatives » de l'AMC sur l'AMO qui sont parfois soulevées : neutralisation des mesures de modération tarifaire (prise en charge des tickets modérateurs), effets volume stimulés par des phénomènes de saturation des garanties, effet inflationniste puisque la concurrence entre OC s'établit sur l'amélioration des coûts non pris en charge par l'AMO et que les tarifs des professionnels peuvent s'adapter à la couverture, ce qui entraînerait alors une augmentation des primes pénalisantes pour les ménages modestes...
- [88] Les hausses des tarifs des OC sont ainsi régulièrement dénoncées, les OC eux-mêmes soulignant la hausse de la fiscalité sur les contrats santé ces dernières années (de 0 % en 2000, elle est passée à 5,9 % en 2009 avec la taxe CMU, puis à 13,27 % ou 20,27 % avec la TSCA selon le caractère des contrats en 2012). L'INSEE publie chaque année sur son site l'indice de prix des complémentaires santé (en base 1998). En valeur annuelle, la hausse des tarifs moyens a été de +13,6 % entre 2011 et 2015 et plus +53,3 % depuis 2000.

³⁶ Didier Tabuteau, Une réforme durable et équitable de l'Assurance maladie est possible, Le Monde, 31 décembre 2014.

1.4.2.3 Une intervention croissante des pouvoirs publics sur le secteur

- [89] Face aux différentes critiques adressées au secteur, les pouvoirs publics ont essayé ces dernières années d'encadrer à la fois les garanties (contrats responsables, panier minimal ANI, panier ACS...) et les prix (appel d'offres ACS...), tout en généralisant le principe de la complémentaire santé en entreprise (*cf. infra*).
- [90] Le secteur des OC se trouve donc face à un paradoxe : il évolue dans un univers concurrentiel, mais avec des contraintes sur les garanties et les prix fortes, alors même qu'une obligation d'assurance quasi-généralisée se profile.
- [91] Ce paradoxe, comme toutes les critiques évoquées *supra*, incitent de nombreux interlocuteurs à appeler de leurs vœux un changement de système³⁷ et les OC à s'interroger sur leur avenir. Ces questions prennent d'autant plus de place que les OC bénéficient aujourd'hui d'aides publiques importantes, et que les « dispositifs » d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé se multiplient.

³⁷ Notes du Conseil d'analyse économique : Pour un système de santé plus efficace, juillet 2013 ; Refonder l'assurance maladie, avril 2014. Notes de Didier Tabuteau : Le "New deal" des assurances maladie obligatoire et complémentaires, octobre 2014 RDSS ; La métamorphose silencieuse des assurances maladie, Droit social, janvier 2010.

2 LES MULTIPLES DISPOSITIFS D'ACCES A LA COMPLEMENTAIRE SANTE ONT CONTRIBUE A UNE DIFFUSION LARGE DE LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE « RESPONSABLE » ET A UNE REDUCTION DES RESTES A CHARGE, BIEN QU'INEGALEMENT SELON LES TYPES DE PUBLICS

- [92] Le président de la FNMF dénonçait en septembre 2015 les « onze dispositifs » d'accès à une complémentaire santé et lors de la plupart des entretiens, assureurs ou représentants des salariés comme des entreprises ont souligné la complexité liée à la multiplicité des dispositifs pour bon nombre d'assurés et d'entreprises. Si elle est réelle, cette multiplicité des dispositifs résulte d'une construction dans le temps de cette politique d'aide à l'acquisition de la complémentaire santé, par sédimentation pourrait-on dire, en lien à la fois avec la politique de maîtrise des dépenses de santé et la volonté de responsabiliser l'assuré tout en évitant un renoncement aux soins pour des raisons financières. D'où cette construction « par brique », qui a entendu prendre en compte la spécificité de situations différentes, dont certaines sont d'ailleurs apparues à la faveur de la mise en place d'un premier dispositif : ainsi par exemple de l'ACS, mise en place dans un souci de limiter les effets de seuil de la CMU-C. Pris individuellement, chaque dispositif n'est pas en lui-même "complexe" et la multiplicité d'entre eux peut donc se justifier. Leur fusion peut en tout état de cause difficilement être un objectif en soi.
- [93] Dans le cadre du présent rapport et afin de stabiliser ce dont il est question lorsque l'on parle de dispositifs et d'aides, la mission a considéré comme « dispositif » toute mesure visant un public particulier et dont l'objectif est de faciliter son accès à la complémentaire santé. Le tableau ci-dessous en fait la liste. Certains de ces dispositifs sont assortis d'une dépense publique, qu'elle prenne la forme d'un versement direct ou indirect ou d'une non recette, fiscale ou sociale, pour l'Etat ou la Sécurité sociale. Ce sont ceux-ci qui seront développés dans la suite du présent rapport. Les montants, la caractérisation sous le vocable « aide » et la possibilité de les réorienter vers d'autres formes de soutien sont étudiés aux chapitres 4 et 5.

Tableau 2 : Dispositifs en matière d'accès à la complémentaire sante

Dispositif d'accès	Dispositif financier associé
L'accès à la complémentaire d'entreprise (contrats collectifs)	Exonérations d'assiette sociale et fiscale, déductions de l'assiette IS et IR Forfait social au taux de 8 % au lieu de 20 %
L'aide à la complémentaire santé pour les retraités (1) : dispositif de maintien des garanties à tarifs encadrés- article 4 Loi Evin	
L'aide à la complémentaire santé pour les retraités et personnes âgées (2): (aide à l'acquisition d'une complémentaire pour les 65 ans et plus - article 33 LFSS 2016)	Crédit d'impôt de 1 % du montant de la prime
Le dispositif de portabilité en faveur des chômeurs à tarif encadré (1) : (même dispositif que pour les retraités : article 4 Loi Evin : frais de santé uniquement et sans condition de durée)	
Le dispositif de portabilité en faveur des chômeurs (2) (ANI et LSE) : durée portée de 9 à 12 mois et mutualisation de la cotisation, frais de santé et prévoyance.	
Le dispositif en faveur des travailleurs indépendants (dit Madelin)	Déduction des cotisations du bénéfice imposable
Le dispositif pour les exploitants agricoles	Exonération de TSCA

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)	Prise en charge directe par le fonds CMU, alimenté par la TSA
L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)	Crédit d'impôt égal au maximum au montant de l'aide définie par tranche d'âge et déduit par les OC de la TSA versée au fonds CMU
Le dispositif en faveur des travailleurs précaires (article 34 LFSS 2016)	Exemption du versement santé de l'assiette des cotisations sociales + forfait social à 8 %
Les dispositifs en direction des fonctionnaires (État et fonction publique territoriale)	Aides directes (facultatives) des employeurs publics à l'assureur ou à l'agent
Contrats responsables	Taxation plus favorable des contrats responsables : taux TSCA 7 % au lieu de 14 %

Source : *Mission*

2.1 Des dispositifs financiers associés aux contrats collectifs qui ont contribué à une extension de la couverture complémentaire santé en nombre comme en niveau des garanties mais sont à l'origine d'inégalités

2.1.1 Des aides anciennes qui s'inscrivent dans la dynamique du dialogue social et ont favorisé l'extension de la couverture complémentaire santé

[94] Selon l'enquête PSCE DREES-IRDES 2009, plus de la moitié des salariés (58 %) estime que l'existence d'une complémentaire santé collective est un critère de choix d'un emploi : 14 % estiment que c'est un critère déterminant, 44 % que c'est un critère important quoique secondaire. Parmi les salariés déclarant ne pas avoir accès à une complémentaire santé d'entreprise, 52 % le souhaiteraient. Parmi ceux qui en bénéficient, 75 % préféreraient la conserver plutôt que lui substituer une augmentation de salaire. Ce sont les salariés les plus aisés qui se prononcent le plus souvent contre sa suppression.

[95] Les contrats collectifs, dits encore contrats de groupe, bénéficient d'aides sociales et fiscales depuis plus de trente ans. Une première exemption d'assiette³⁸ des cotisations sociales (part employeur et salarié) est mise en place en 1979 par la loi n° 79-119 du 28 décembre 1979 portant diverses mesures de financement de la sécurité sociale, pour les contributions des employeurs destinés au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance (article L242-1 al 5 à 8 du code de la sécurité sociale).

³⁸ Les exemptions d'assiette se distinguent des exonérations en ce qu'elles constituent des dispositifs d'exclusion de certaines rémunérations de l'assiette sociale. Les sommes versées dans ce cadre ne sont pas assujetties à cotisations et contributions sociales. Ces dispositifs dérogent ainsi au principe, défini au premier alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, selon lequel l'assiette des cotisations de sécurité sociale du régime général est composée de l'ensemble des salaires et avantages versés au salarié en contrepartie ou à l'occasion de son travail. Par renvoi, les rémunérations et sommes exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur et du salarié sont également exemptées des autres prélèvements calculés sur la même assiette. Dans ces cas, l'avantage accordé peut être environ deux fois plus élevé que dans les cas des exonérations. Ces dispositifs ne sont pas équivalents aux exonérations en ce qu'ils ont un impact sur les droits sociaux contributifs des salariés (notamment en matière d'indemnités journalières, de prestations d'invalidité ou de rente d'accident de travail, de chômage, et surtout de retraite), qu'ils n'ont en général pas de conséquence en matière de CSG et de CRDS, qu'ils ne donnent pas lieu à compensation par le budget de l'État et qu'ils ne sont pas déclarés par les employeurs (sauf pour une partie d'entre eux dans les DADS) ni enregistrés en comptabilité.

- [96] Ces avantages sont plafonnés en 1985 avec la mise en place de deux sous-plafonds : l'un pour la retraite et l'autre pour la prévoyance (qui inclut la santé), puis soumis aux deux conditions suivantes :
- Celle du caractère obligatoire et collectif du contrat (loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites dite « loi Fillon ») ;
 - Celle du caractère responsable³⁹ et solidaire⁴⁰ du contrat (loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie), comme pour tout contrat complémentaire santé (*cf. infra*).
- [97] La loi n°85-695 du 11 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier assortit cette exemption de la déductibilité de l'ensemble des cotisations de prévoyance (part employeur comme salarié) du revenu imposable du salarié dès lors que l'affiliation au contrat est obligatoire et collective. Le contrat doit également être responsable et solidaire. La cotisation employeur a été réintégrée dans le revenu imposable net du salarié depuis janvier 2014 pour l'imposition sur les revenus 2013 (LFI 2014).
- [98] La taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire, créée en 1996 est remplacée en 2012 (sauf pour les très petites entreprises - TPE) par un forfait social au taux dérogatoire de 8 %.
- [99] En application de l'article 39-1 du CGI, les cotisations de l'employeur contribuant au financement de la complémentaire santé sont considérées comme une charge de l'entreprise et, à ce titre, déductibles de l'assiette servant au calcul de l'impôt sur les sociétés (IS).
- [100] Au 1er janvier 2015, les exemptions ou déductions sont les suivantes :
- Exclusion de l'assiette des cotisations patronales des contributions des employeurs⁴¹ pour une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de 6 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) et de 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale du salarié, le tout ne pouvant excéder 12 % du PASS (soit 4 565€ en 2015). Ces contributions sont en revanche assujetties à CSG et CRDS et, depuis 2012, à un taux réduit de forfait social (8 % contre 20 %), hormis pour les TPE qui en sont exonérées ;
 - Diminution de l'assiette de l'impôt sur les sociétés (IS) qui vient compenser la charge de cet engagement pour les entreprises ;
 - Déduction du revenu imposable des salariés de la cotisation versée par le salarié pour l'acquisition d'une complémentaire santé, dans la limite d'un plafond (5 % du PASS et 2 % de la rémunération brute, dans la limite de 2 % de huit fois le montant annuel du PASS)⁴² ;
 - Pour mémoire, est également mentionnée la déduction de l'assiette de la contribution de solidarité sociale (C3S) des contrats d'assurance santé responsables. La suppression progressive de la C3S décidée par le Gouvernement devrait toutefois rendre caduc ce dispositif à l'horizon 2018.

³⁹ Article L871-1 du CSS.

⁴⁰ Interdiction des questionnaires médicaux et de la prise en compte de l'état de santé de l'assuré.

⁴¹ Article L242-1 du CSS.

⁴² Article 83 al 2 du CGI.

2.1.2 La montée en charge des contrats collectifs mais la persistance des inégalités entre types de contrats

[101] Avec 43 % des primes collectés en 2014 contre 40 % en 2007 et environ 25 millions de personnes couvertes, la complémentaire santé d'entreprise représente une part importante et croissante du marché, un mouvement que devrait accentuer et accélérer la mise en œuvre de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 sur la compétitivité et la sécurisation de l'emploi.

[102] 44 % des établissements de France métropolitaine selon l'Enquête PSCE de l'IRDES, en légère augmentation depuis la précédente enquête en 2003 (40 % des établissements), déclarent proposer en 2009 une complémentaire santé à tout ou partie de leurs salariés, représentant 65,3 % des salariés. L'évolution la plus significative entre les deux enquêtes consiste en l'augmentation de la part des contrats obligatoires : dans plus de trois établissements sur quatre, le ou les contrats sont exclusivement obligatoires (22 % des établissements proposent des contrats facultatifs contre 40 % en 2003) ; 15 % des établissements déclarent avoir transformé un contrat facultatif en un contrat obligatoire pour se conformer à la législation.

2.1.2.1 Des contrats collectifs toujours plus avantageux que les contrats individuels

[103] Le rapport de la DREES 2015 sur la situation financière des OC précité montre que les contrats collectifs sont toujours en 2014 plus avantageux pour les souscripteurs que les contrats individuels et offrent un meilleur ratio sinistres sur primes, puisqu'il est de 90 % pour les contrats collectifs contre 79 % pour les contrats individuels, un avantage qui tend toutefois à se réduire depuis 2011. Au-delà des caractéristiques sociodémographiques des assurés selon les contrats⁴³, on trouve deux explications principales à cette situation :

- Les entreprises, qui souscrivent ces contrats collectifs au profit de leurs salariés, sont davantage en position de négocier des garanties au meilleur prix que des personnes seules dans le cas des contrats individuels. Le rapport de Dominique Libault précité rappelle que les primes des contrats collectifs sont en moyenne inférieures de 6 € à 7 € à celles des contrats individuels.
- Les garanties offertes par les contrats collectifs sont globalement plus élevées. L'enquête de la DREES sur les contrats modaux⁴⁴ relève que les deux-tiers des bénéficiaires de contrats collectifs sont couverts par des contrats offrant les garanties les plus élevées que l'on trouve dans les contrats de classe A (53 %) ou B (13 %), alors que ces deux classes ne représentent que 9 % des contrats individuels. L'enquête de 2010 montre qu'entre 2006 et 2010, la part des salariés ou ayants-droits bénéficiant des meilleures garanties (classes A et B) est passée de 55 % à 77 %, tandis que la part des salariés couvert par un contrat de type D ou E chutait d'un tiers à 13 %. L'enquête PSCE de 2009 de la DREES déjà citée va aussi dans le même sens. Ce sont les contrats avec les meilleurs niveaux de garanties qui sont le plus souvent souscrits⁴⁵ en entreprise : 26 % des établissements proposent des contrats de classe 4, 21 % de classe 3, 18 % de classe 2 et 21 % de classe 1.

⁴³ Poids notamment des personnes retraitées, en contrats individuels et pour lesquelles les dépenses d'hospitalisation et de médicaments sont plus importantes.

⁴⁴ DREES/ N° 191 – Août 2014 : Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2010. La DREES établit une typologie des contrats les plus souscrits qui consiste à classer les contrats en groupes homogènes selon les remboursements offerts pour plusieurs prestations. On distingue ainsi 5 classes, les contrats de type A étant ceux offrant la meilleure couverture et les contrats de type E la moins bonne.

⁴⁵ Une classification ascendante hiérarchique a été réalisée regroupant les contrats en quatre classes selon les niveaux de garanties qu'ils proposent. Classe 1 : les contrats à faibles garanties en optique et en dentaire. Classe 2 : Les contrats à garanties moyennes en optique et en dentaire. Classe 3 : Les contrats à garanties élevées en dentaire. Classe 4 : Les contrats à garanties élevées en optique et en dentaire. Classe 0 : Les contrats non classés.

Et pour un coût moyen mensuel nettement inférieur par bénéficiaire (36,1 € en collectif contre 46,7 € en individuel), les contrats collectifs assurent une prise en charge systématiquement supérieure et ce sur tous les segments de la dépenses (remboursements de médicaments, honoraires et soins, actes de laboratoire et radiologie, dentaire, optique et audioprothèses), sauf en matière d'hospitalisation.

Toujours selon la DREES, 85 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal bénéficient de la prise en charge des dépassements d'honoraires pour une consultation hospitalière contre 62 % pour les bénéficiaires de contrats individuels modaux ; le rapport DREES de 2015 souligne aussi que les contrats collectifs offrent des garanties plus avantageuses en dentaire et en optique⁴⁶.

2.1.2.2 Des inégalités selon les établissements et les secteurs d'activité

[104] L'enquête PSCE de 2009 fait un état précis de la complémentaire santé en entreprise et montre que la probabilité pour un salarié de se voir proposer cette complémentaire et les caractéristiques de cette couverture dépendent beaucoup du type d'entreprise auquel l'établissement appartient. Interviennent ainsi :

- la taille de l'établissement, facteur déjà pointé en 2003 : 93 % des établissements appartenant à des entreprises de 250 salariés et plus déclarent proposer une complémentaire santé d'entreprise à tout ou partie de leurs salariés contre seulement 33 % des établissements appartenant à des TPE. Malgré la montée en charge des accords de branche permettant une mutualisation des risques, le motif le plus fréquemment évoqué est le coût des contrats ou la trop petite taille des structures pour l'assumer : 28 % des établissements évoquent spontanément ce motif. La 11^{ème} édition du baromètre du CTIP réalisé par le CREDOC⁴⁷ et publié en juillet 2015 témoignait toutefois d'une évolution sur ce point : sept salariés sur dix y déclarent bénéficier d'une complémentaire santé de l'entreprise et 63 % des entreprises de un à neuf salariés déclarent proposer une complémentaire santé.

La taille de l'établissement joue aussi significativement dans le choix du type de contrat : 45 % des établissements de 250 salariés et plus offrent des contrats de classe 4 contre 25 % des établissements de moins de 10 salariés.

Si la participation moyenne de l'entreprise à la prise en charge de la complémentaire santé est de 56 %, celle-ci varie énormément selon les établissements : près de 17 % des établissements financent à 100 %, contre 6 % qui ne financent pas du tout. Les TPE prennent plus volontiers en charge la totalité du financement (25 % d'entre elles) que les grandes entreprises, mais elles choisissent *a contrario* des contrats centrés sur des garanties plus réduites (*cf. supra*).

- la composition socioprofessionnelle, déjà soulignée également lors de l'enquête de 2003 : 43 % des entreprises de plus de 10 salariés dont l'établissement n'emploie pas de cadres proposent une complémentaire santé, un chiffre qui passe à 85 % pour celles dont la proportion de cadres est supérieure à 9 %.
- le secteur d'activité : les établissements du secteur de l'industrie sont ainsi 53 % à proposer cette complémentaire contre 43 % dans le secteur des services et 45 % dans celui de la construction.

⁴⁶ Ainsi, pour 100 € de primes en 2014, les IP reversent en moyenne 18 € de prestations en optique contre 15 € pour les sociétés d'assurance mixte, 11 € pour les mutuelles et 8 € pour les sociétés d'assurance non-vie. De même, les IP reversent en moyenne 16 € de prestations pour les soins dentaires contre 12 € pour les sociétés mixtes, 11 € pour les mutuelles et 9 € pour les sociétés non-vie. Et le rapport Libault cite l'exemple du montant moyen remboursé pour une prestation de 500 € en optique : 200 € en individuel contre 345 € en collectif.

⁴⁷ Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie.

2.1.2.3 Des inégalités de traitements entre les salariés d'un même établissement

- [105] La couverture collective est aussi inégale au sein de l'entreprise.
- [106] Une première inégalité résulte du mode de contribution du salarié. On a vu *supra* que 80 % des établissements au sein desquels les salariés participent au financement proposent une participation forfaitaire, et seulement 13 % une participation proportionnelle au salaire et 4 % différencient le type de cotisation selon le contrat. La complémentaire santé collective est par ailleurs étendue au conjoint et aux enfants dans 89 % des cas, soit de manière automatique (27 %), soit à leur demande (62 %).
- [107] Le décret n°2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire permet en outre à l'employeur de moduler la forme et le périmètre du contrat d'aide à la complémentaire santé, sans remettre en cause le caractère collectif du contrat ouvrant droit à l'exemption d'assiette de cotisations sociales prévue à l'article L 242-1 du CSS. Ce texte prévoit :
- La faculté de ne couvrir qu'une ou plusieurs catégories de salariés dès lors que sont couverts tous les salariés « que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées » ;

Les critères constitutifs des catégories objectives - Décret du 9 janvier 2012

- * L'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres selon les définitions issues de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres
- * Les tranches de rémunération fixées pour le calcul des cotisations aux régimes complémentaires de retraite issus de la convention nationale de retraite ou de prévoyance des cadres ou de l'ANI du 8 décembre 1961
- * L'appartenance aux catégories et classifications professionnelles définies par les conventions de branches ou accords professionnels ou interprofessionnels
- * Le niveau de responsabilité, le type de fonctions ou le degré d'autonomie dans le travail des salariés correspondant aux sous-catégories mentionnés dans les conventions ou accords *supra*
- * L'appartenance aux catégories définies clairement et de manière non restrictive à partir des usages constants, généraux et fixes dans la profession

- La définition de clauses d'ancienneté qui ne remettent pas en cause le caractère collectif des garanties :
 - ✓ de douze mois pour les prestations de retraite supplémentaire et de couverture des risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès ;
 - ✓ de six mois pour les autres prestations (trois mois depuis le 1^{er} janvier 2016⁴⁸).
- La possibilité de prévoir des garanties supplémentaires sans contribution de l'employeur (en cas de contribution, l'exemption d'assiette ne joue pas sur cette partie supplémentaire) ;
- Des dispenses d'adhésion de droit au profit du salarié, dès lors qu'elles sont prévues dans l'acte juridique, pour les salariés déjà couverts avant la décision unilatérale de l'employeur (DUE), les salariés et apprentis en contrats courts, à temps partiel ou déjà couverts individuellement. Ces dispenses ont été revues suite à la LFSS 2016 (*cf. infra*).

⁴⁸ Durée ramenée à trois mois par le décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (nouvel article L911-7-1 du CSS).

[108] Selon l'enquête PSCE, 16 % des établissements excluent ainsi certaines catégories de salariés de la couverture : les trois quarts excluent les non-cadres, le quart restant excluant les contrats à durée déterminée (CDD) ou les salariés avec moins d'un an d'ancienneté. Environ 73 % des employés, professions intermédiaires et ouvriers déclarent avoir accès à une complémentaire santé par le biais de leur établissement, contre 80 % des cadres. Et ce sont les salariés percevant les niveaux de salaires les plus élevés qui y ont le plus fréquemment accès : 90 % des salariés ayant un salaire mensuel net compris entre 1 942 € et 2 763 €, contre 71 % de ceux percevant un salaire compris entre 1 065 € et 1 468 €. Les salariés déclarant n'avoir pas accès à une complémentaire santé collective sont majoritairement des salariés à faibles niveaux de salaires, en contrat à durée déterminée ou à temps partiel et des jeunes.

2.2 Des dispositifs pour les populations les plus vulnérables qui ont permis une réduction du reste à charge mais dont le taux de recours, notamment pour l'ACS, reste très insuffisant

2.2.1 Une couverture meilleure et plus large, grâce aux dispositifs CMU-C et ACS, de la population la plus vulnérable

2.2.1.1 La progression depuis 2010 du nombre de bénéficiaires de la CMU-C et la réduction de l'écart de reste à charge avec la population non bénéficiaire

[109] La CMU-C a été instaurée par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

[110] La CMU-C consiste en une protection complémentaire gratuite, d'une durée de douze mois indéfiniment renouvelable, en faveur des foyers dont les ressources des douze derniers mois précédant la demande sont inférieures à un plafond⁴⁹ et remplissant une condition de résidence (six mois en France au minimum). La demande de renouvellement doit être présentée deux mois avant la date d'échéance figurant sur cette attestation. En cas de refus du renouvellement, l'assuré bénéficie d'un dispositif dit « contrat de sortie CMU-C » : il consiste en un an de dispense d'avance de frais sur la part obligatoire ainsi que de tarifs avantageux pour une complémentaire santé.

[111] Le panier de soins est réglementé et comprend les prises en charge suivantes :

- ticket modérateur et participation forfaitaire de 18 euros sur les actes coûteux (supérieurs à 120 €) à l'hôpital,
- le forfait journalier hospitalier,
- dépenses de lunetterie, de prothèses dentaires et d'autres biens médicaux, avec la fixation par arrêté de tarifs opposables (dentaire, optique, prothèses auditives),
- dispense d'avance des frais,
- interdiction des dépassements d'honoraires.

[112] Les forfaits relatifs aux prothèses auditives ont fait l'objet d'une importante revalorisation en 2014 et le périmètre des prestations prises en charge a été élargi en 2014 aux «bridges» dentaires, à l'amincissement des verres en cas de forte correction et à la prise en charge d'audioprothèses stéréophoniques et non plus seulement analogiques.

⁴⁹ Au 1er juillet 2015, le plafond est de 8 644,52 € annuels pour une personne, jusqu'à 21 611 € annuels pour une famille de cinq personnes et 3 457,8 € par personne supplémentaire à charge au-delà.

- [113] Le dispositif est financé par l'Etat via la taxe de solidarité additionnelle (TSA) de 6,27 % depuis la LFSS 2011⁵⁰, taxe perçue sur les contrats d'assurances santé auprès de l'ensemble des organismes complémentaires complétée depuis la LFSS 2013 par une partie de la taxe sur les tabacs (15 %) ; la gestion est assurée par le fonds CMU. La mission du fonds est d'assurer le financement des contrats de complémentaire santé des personnes bénéficiaires de la CMU-C par remboursement des dépenses au réel des bénéficiaires, dans la limite d'un plafond (fixé à 400 € en 2013⁵¹ et indexé sur l'inflation les années suivantes). Les titulaires de la CMU-C ont la faculté de faire gérer leurs prestations complémentaires, soit par leur caisse d'assurance maladie (86,4 %), soit par un organisme proposant des garanties d'assurance complémentaire santé (13,6 %).
- [114] Le dispositif a connu une montée en charge rapide entre 2000 et 2004 et concernait 4,5 millions de personnes cette année-là. Après une phase de baisse relative sur la période 2005-2009, la population bénéficiaire connaît depuis 2010 une augmentation régulière, du fait de plusieurs facteurs et notamment la crise économique et la revalorisation des plafonds de ressources à compter de 2013 (*cf. infra*).

La CMU-C en quelques chiffres :

- 5,3 millions de bénéficiaires
- 46 % de bénéficiaires en Île-de-France, Nord-Pas de Calais, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon dont 16,6 % pour la seule Île-de-France
- 12 % des bénéficiaires de la CMU-C dans les DOM (moins de 3 % de la population)
- Une population jeune : 44 % des bénéficiaires ont moins de 20 ans (vs 24 % pour la population générale) et 5 % seulement des bénéficiaires ont plus de 60 ans (vs 24 % pour la population générale)
- Une population féminine : 57 % des bénéficiaires de plus 20 ans sont des femmes (vs 52 % pour la population générale)
- Un taux de recours compris entre 64 % et 77 %⁵²

Source :

DREES – Fonds CMU – chiffres 2014 et 2015

- [115] Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C atteint 5,35 millions de personnes au 31 octobre 2015, dont un peu plus de 4,6 millions en métropole et 0,6 millions dans les départements d'outre-mer –DOM). La progression de la population reste dynamique en 2014, avec une augmentation de 6,5 % pour l'ensemble des régimes. Cette dynamique se poursuit en se ralentissant en 2015, avec une hausse prévue de +4,4 % pour 2015 (chiffres provisoires fonds CMU).

⁵⁰ Créée en 1999 au taux de 1,75 % du chiffre d'affaires des complémentaires santé (taux qui a progressivement augmenté pour atteindre 5,90 % en 2009), elle est devenue à partir du 1er janvier 2011 une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSCA) assise sur le montant des primes ou cotisations hors taxes, au taux de 6,27 %.

⁵¹ La dépense unitaire en 2015 a été de 411 €(424 €pour le régime général et 376 €pour les OC).

⁵² Les taux de recours sont présentés par la DREES sous forme d'intervalles, sur la base de bornes inférieure et supérieure de populations éligibles estimées via le modèle Inès de micro simulation, les plafonds d'éligibilité étant eux-mêmes estimés en moyenne annuelle.

- [116] Le dispositif a contribué à la réduction du reste à charge : parmi les bénéficiaires de la CMU-C ayant eu recours aux soins en 2010, les trois-quarts (74 %) n'ont eu aucun reste à charge. 85 % ont eu moins de dix euros à déboursier sur l'ensemble de l'année, et 95 % moins de 65 euros, soit de l'ordre de cinq euros par mois. Le dispositif a permis de limiter le renoncement aux soins pour des raisons financières : l'IRDES constate ainsi que le taux de renoncement des bénéficiaires de la CMU-C chute fortement entre 2000 et 2002 lors de la mise en place du dispositif. Dans l'enquête ESPS de 2010, le taux de renoncement aux soins des personnes à la CMU-C avait été évalué à 22 %. L'IRDES estimait alors, comme cela a été vu *supra*, que ce taux aurait été porté à 40 %, si ces assurés n'avaient pas bénéficié de la CMU-C. En termes d'accès aux soins, le Fonds CMU relève que si le non recours au médecin des bénéficiaires de la CMU-C a très légèrement augmenté entre 2012 et 2013, l'écart s'est réduit entre bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires et la tendance est également à la baisse de l'écart sur 2006-2012 pour le non recours au dentiste.

2.2.1.2 L'ACS : une baisse de RAC en 2014 et une progression de la qualité de la couverture

- [117] L'ACS a été instituée par la loi du 13 août 2004 n°2004-810 relative à l'assurance maladie, afin de lisser l'effet de seuil de la CMU-C en incitant les personnes qui se situent au-delà de son plafond d'accès à souscrire une assurance complémentaire à titre individuel auprès d'un organisme d'assurance. Désignée sous le terme de « crédit d'impôt », les organismes déduisant l'aide du montant de TSA dû au fonds CMU, l'ACS est attribuée, sur leur demande, aux ménages dont les ressources des douze derniers mois précédant la demande excèdent de moins de 35 % le plafond de la CMU-C. Sa durée est de douze mois indéfiniment renouvelable. L'aide varie selon l'âge (quatre tranches d'aides : 100 € pour les moins de 16 ans, 200 € de 16 à 49 ans, 350 € de 50 à 59 ans, 550 € pour les 60 ans et plus) et la composition familiale. Le dispositif initial a fait l'objet de revalorisations successives à la fois du plafond de ressources (2007, 2011, 2012⁵³, ainsi qu'en 2013⁵⁴ (cf. encadré *infra*)) et du montant des aides (2006, 2009, 2010 et 2014) depuis sa création.

La revalorisation exceptionnelle des plafonds CMU-C et ACS de 7 % en 2013 dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale : un impact sensible particulièrement pour l'ACS

Le plafond de ressources de la CMU-C est révisé chaque année afin de tenir compte de l'évolution des prix à la consommation hors tabac. La révision, qui prend effet au 1^{er} juillet tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours. Jusqu'en 2013, la CMU-C a fait l'objet d'une stricte indexation sur les prix, ce qui a eu pour effet de diminuer le nombre de ses bénéficiaires par rapport à la population totale. En 2013, le plafond de ressources de la CMU-C est revalorisé à titre exceptionnel de 7 % en sus des 1,3 % d'inflation (soit 8,6 % au total).

Le plafond de ressources ACS compte tenu de sa définition en pourcentage de celui de la CMU-C, a bénéficié de cette réévaluation. Ce plafond est pour 2012⁵⁵ proche du seuil de pauvreté monétaire à 60 % du revenu médian (90,4 % pour une personne seule, contre 67 % pour un bénéficiaire de la CMU-C). La Cour des comptes estime toutefois que le calcul des ressources ne prenant pas en compte la totalité des ressources, le plafond « effectif » de l'ACS est désormais supérieur, dans la plupart des cas, au seuil statistique de pauvreté monétaire.

=> *Un nombre de bénéficiaires supplémentaires estimé à 370 000 pour la CMU-C et 350 000 pour l'ACS par la DREES*

⁵³ 2005 : le plafond initial de ressources est de 15% du plafond CMU-C ; LFSS 2007 : revalorisation à 20% du plafond ; LFSS 2011 : revalorisation à 26 % du plafond ; LFSS 2012 : 35% du plafond.

⁵⁴ Revalorisation exceptionnelle dans le cadre du plan national de lutte contre la pauvreté.

⁵⁵ Cour des comptes – Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie – mai 2015.

Cette évaluation conjugue taux de recours et recours effectif, sur la base d'un nombre de personnes supplémentaires estimé par la DREES, pour la CMU-C entre 0,4 et 0,6 million pour la seule France métropolitaine et pour l'ACS entre 0,7 et 1,1 millions de personnes.

=> **Un impact effectif moindre mais bien réel selon l'estimation plus récente du Fonds CMU-C (janvier 2015), avec 309 200 attributions nouvelles de CMU-C et 254 600 pour l'ACS.**

S'agissant de la CMU-C et sur la base des chiffres provisoires pour 2015 (évolution attendue de +4,4 % sur l'année), le fonds CMU note un ralentissement de l'augmentation des effectifs qui traduit une atténuation progressive de l'impact de la mesure de revalorisation du plafond de ressources. La prévision d'augmentation des effectifs à compter du dernier trimestre 2015 est plus directement liée à la reprise à la hausse du nombre de demandeurs d'emploi à partir de mai 2014, dont les observations passées reflètent qu'elles s'impactent sur le recours à la CMU-C avec un décalage de 16 mois. S'agissant de l'ACS, le suivi mis en place par le fonds CMU avec la collaboration de onze caisses locales (représentant 28 % des effectifs pour l'ACS – métropole et DOM) estime, à fin juin 2015 et par extrapolation, à plus 100 000 le nombre d'attributions directement liées à la mesure de relèvement exceptionnel du plafond. Ce nombre devrait dépasser en fin d'année 2015 les 300 000 bénéficiaires, un peu en deçà des estimations initiales.

- [118] Outre ces revalorisations pour faire baisser le taux d'effort des ménages, plusieurs mesures de rapprochement des droits ACS avec les titulaires de la CMU-C sont intervenues, avec notamment la dispense de frais sur la part AMO⁵⁶, l'accès aux soins aux tarifs opposables⁵⁷, la prise en charge des participations forfaitaires et franchises et la mise en place d'un tiers payant « intégral » (y compris sur la part complémentaire) à compter du 1^{er} juillet 2015⁵⁸.

L'ACS en quelques chiffres :

- 984 000 bénéficiaires
- Des bénéficiaires dans toutes les tranches d'âge mais une sur représentation de la population des plus de 60 ans (35 % contre 25 % en population générale) et des femmes de plus de 20 ans
- Un taux de recours compris entre 30 % et 43 %
- L'aide prend en charge en moyenne 55 % du coût du contrat

Source Fonds CMU – DREES (chiffres 2014 et mai 2015)

- [119] 1,3 millions de personnes sont titulaires d'une attestation fin août 2015 pour une population éligible estimée entre 2,8 et 4 millions de personnes. Le nombre de bénéficiaires, d'un peu moins d'un million, est en augmentation de 3,9 % entre 2013 et 2014. Cette augmentation moyenne est à mettre en regard de la revalorisation des plafonds et de la hausse subséquente des accords. La hausse se confirme sur les huit premiers mois de l'année 2015 (+13,5 %), malgré un léger fléchissement en août 2015. Le taux d'utilisation de l'attestation reste stable, autour de 80 %.

- [120] Plus équilibrée par tranches d'âge, la structure de la population bénéficiaire est assez sensiblement différente de celle relevant de la CMU-C : une population plus âgée (les plus de 60 ans représentent 35 % contre 5,1 % pour la CMU-C) et dans laquelle la part des femmes de plus de 20 ans est surreprésentée, ce qui est cohérent avec l'âge moyen élevé de la population puisque la proportion de femmes augmente en effet sensiblement avec l'âge. La part importante de personnes plus âgées est également à mettre en relation avec le nombre de titulaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), dont le montant de ressources dépasse le plafond de la CMU-C et les font relever du dispositif ACS (célibataires et couples).

⁵⁶ Convention nationale des généralistes et spécialistes du 22 septembre 2011.

⁵⁷ Avenant n°8 du 29 novembre 2012 à la convention nationale des généralistes et des spécialistes.

⁵⁸ LFSS 2015.

- [121] Les bénéficiaires s'adressent principalement à des mutuelles (69,3 % à fin 2014), les SA (28,6 %) et les IP (2 %, eu égard aux limites posées par leur objet social) étant minoritaires. Selon les constats de deux organismes complémentaires qui ont conventionné avec le Fonds CMU pour l'observation de la population ACS, parmi les 50 % de bénéficiaires qui quittent le dispositif au terme de l'année de prise en charge, la très grande majorité (86 % et 88 % respectivement pour chacun des deux OC) restent dans l'OC, ce qui selon le fonds CMU indique que l'ACS n'est donc pas un dispositif où les bénéficiaires se démutualiseraient massivement à l'issue de leur droit.
- [122] Selon le fonds CMU⁵⁹, le prix moyen des contrats des bénéficiaires de l'ACS s'établit en 2014 à 916 €par contrat, en hausse de 1,3 % par rapport à 2013. Il est de 576 €par personne, les contrats couvrant en moyenne 1,6 personne. En regard, l'aide est de 479 €par contrat soit 301 € par personne. L'augmentation du montant moyen de déduction est en hausse de 4,6 % sous l'effet du relèvement du montant de l'aide de 500 €à 550 €pour les plus de 60 ans au 1^{er} janvier 2014. Le taux moyen de RAC diminue de 2 % en 2014. Il est moins élevé pour les bénéficiaires de l'ACS sur les consultations de spécialistes et sur l'optique en comparaison de la situation des autres contrats individuels.
- [123] L'ACS permet de limiter le taux d'effort par foyer, défini ici comme le rapport entre la prime payée et le revenu. Le Fonds CMU estime ce taux à 3,9 % après aide en 2014, contre 8 % sans ACS. Il est stable depuis plusieurs années et représente près d'un demi-mois de revenu ; sans l'ACS il serait de près d'un mois. En moyenne, 55 % du prix du contrat est pris en charge par le dispositif ACS en 2014, ce qui est comparable au taux de prise en charge des employeurs sur les contrats collectifs obligatoires (54 %) et supérieur de 2 points à 2013.
- [124] Le taux d'effort comme le montant du reste à charge croît avec l'âge ; on observe toutefois, en lien avec le relèvement du montant de l'aide pour les plus âgés (de 500 €à 550 €) une diminution du RAC de cette population entre 2013 et 2014, de 47,4 % à 43,7 % pour les 70-79 ans et de 51,3 % à 48,2 % pour les 80 ans et plus.
- [125] En dépit d'une proportion importante de contrats « bas de gamme » en 2014 rapportés à la classification DREES, on note en 2014 une diminution de trois points de la proportion de ces contrats, plus marquée pour les contrats de classe E (-5,9 points) et le déplacement des effectifs vers des contrats de classe D et de classe C.

Tableau 3 : Répartition des contrats ACS et individuels par classe de contrats

	Contrats ACS 2014	Contrats individuels DREES 2013	Contrats ACS 2013	Contrats individuels DREES 2012
Classe A	0,4%	2,8%	0,3%	3,9%
Classe B	3,9%	5,9%	2,0%	6,3%
Classe C	8,6%	40,6%	7,6%	44,6%
Classe D	44,0%	28,6%	41,1%	27,6%
Classe E	43,2%	22,1%	49,1%	17,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Fonds CMU – rapport sur le prix et le contenu des contrats ACS – juin 2015

⁵⁹ Rapport sur l'évolution du prix et du contenu du contrat Fonds CMU – juin 2015

2.2.2 Des dispositifs qui ne touchent pas l'ensemble de la population visée et n'évitent pas totalement le renoncement aux soins pour raisons financières

2.2.2.1 Les imperfections de la CMU-C

[126] Ce dispositif, dont le coût pour 2014 est de 2 Mds € s'avère globalement satisfaisant compte tenu de l'objectif assigné, en termes de taux de recours global, de diminution du RAC moyen comme de qualité de la couverture. Ce tableau mérite toutefois d'être nuancé sur plusieurs points :

- Manifestement bien ancrée dans le « paysage » social, la CMU-C semble plafonner en matière de taux de recours, une partie encore non négligeable de la population éligible, estimée par la DREES entre 23 % et 36 % en 2014, ne bénéficiant pas du dispositif.
- Les démarches restent lourdes, même pour les bénéficiaires de droit dont les revenus sont connus, puisque les bénéficiaires potentiels doivent faire la demande pour l'attribution ou le renouvellement. La Cour des comptes souligne ainsi dans un rapport de mai 2015⁶⁰ qu'une « *part importante des foyers qui satisfont aux conditions d'attribution n'en bénéficient pas, faute de la demander ou d'être invités à le faire [...] par leur caisse d'assurance maladie ou d'autres organismes de protection sociale* ». Les CPAM n'ont pas accès aux revenus des assurés et les échanges de flux avec les CAF seraient pour l'heure peu opérationnels. La DSS estimait en mars 2014 que 0,6 millions de foyers bénéficiaires du RSA, représentant 1,2 millions d'allocataires ne bénéficiaient pas de la CMU-C; selon une étude de la DREES ciblée sur les bénéficiaires du RSA, 20 % des bénéficiaires du RSA socle non majoré ne bénéficient pas de la CMU-C et 8 % des titulaires du RSA socle ne bénéficient d'aucune complémentaire santé.
- Le plafond de ressources de la CMU-C reste encore, malgré les revalorisations successives, largement déconnecté du seuil de pauvreté, puisqu'il représente en 2013 de 67 % à 80,3 % du seuil de pauvreté⁶¹ ; ce plafond, toujours rapporté au seuil de pauvreté, diverge de plus en plus avec celui du dispositif ACS.
- Le renoncement à certains soins reste plus marqué pour les bénéficiaires de la CMU-C malgré son rôle protecteur : la proportion de titulaires de la CMU-C déclarant avoir renoncé à des soins pour des motifs financiers est de 32,8 % contre 24,5 % pour les titulaires de contrats complémentaires santé et toujours selon les travaux de l'IRDES⁶², seulement 45,3 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent porter des lunettes contre 51,7 % pour le reste de la population. De même, malgré des problèmes de dents plus fréquents, seulement 26 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent porter des prothèses dentaires contre 29,6 % des non bénéficiaires.
- Une petite fraction des bénéficiaires reste confrontée à des sommes élevées à déboursier. Elles sont de 270 euros en moyenne pour 5 % des bénéficiaires, de près de 440 euros pour 2,5 % et de l'ordre de 690 euros pour 1 % d'entre eux⁶³. De fait, les restes à charge sont très concentrés : 5 % des personnes concentrent 80 % du montant total des RAC observés, 2,5 % (soit 10 % des personnes ayant eu au moins un euro de RAC) en concentrent les deux tiers (66 %). Ce RAC moyen augmente avec l'âge, singulièrement à partir de 60 ans.

⁶⁰ Cour des comptes – Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie – mai 2015.

⁶¹ Selon qu'on se réfère à 60% ou 50% du revenu médian.

⁶² QES n° 170 novembre 2011 et ESPS 2012.

⁶³ Cour des comptes - Mai 2015.

- Le financement du dispositif dont les besoins croissent avec la population bénéficiaire n'est pas assuré sur le long terme : la Cour des comptes dans son rapport précité prévoit une mise en déficit du fonds à compter de 2017 ; sur la base du taux de recours actuel, en tenant compte de la dynamique positive en termes de chiffre d'affaires du marché de la complémentaire et d'une progressivité de la montée en charge des bénéficiaires supplémentaires⁶⁴, la direction du fonds CMU repousse cette situation d'une année à fin 2018.

2.2.2.2 Le taux important de non recours à l'ACS et les fragilités du dispositif

[127] La DREES évalue le taux de recours entre 30 % et 43 % en 2014⁶⁵, ce qui illustre en creux un non recours massif : près de 70 % de la population éligible ne bénéficie pas du dispositif, un chiffre qui dépasse les 80 % si l'on tient compte des attestations réellement utilisées.

[128] Ce faible recours est à mettre en lien avec plusieurs fragilités du dispositif ACS :

- La connaissance du dispositif reste insuffisante et sa lisibilité également, notamment du fait des nombreuses réformes intervenues depuis sa création, certes pour améliorer la prise en charge, mais qui ont pu donner un sentiment de complexité. Selon le dernier baromètre d'opinion de la DREES, trois personnes interrogées sur dix déclarent connaître ce dispositif (contre neuf sur dix pour la CMU-C).
- Comme pour la CMU-C, la demande doit être faite par le bénéficiaire potentiel, sur formulaire papier adressé ou déposé auprès des organismes gestionnaires, suivie pour l'ACS d'une seconde démarche qui consiste à contacter un ou des organismes privés d'assurance complémentaire (et d'un second formulaire, supprimé à compter du 1er juillet 2015). L'absence, comme pour l'ensemble des complémentaires santé, d'un outil véritablement comparatif à la disposition des assurés rend de manière générale le dispositif de la complémentaire souvent opaque pour les assurés qui ont du mal à se repérer dans le dédale des taux de remboursement, des franchises ou forfaits divers, des tarifs opposables et des différents « paniers », de la multiplicité de contrats et de clauses plus ou moins complexes et comparables.
- La CMU-C offre des garanties encore supérieures à celles de l'ACS, notamment sur la prise en charge des dispositifs médicaux.
- Malgré une amélioration⁶⁶ par rapport à 2013, les contrats ACS présentent fin 2014 des niveaux de garanties qui demeurent sensiblement inférieurs aux contrats individuels. 87,2 % des contrats sont en effet des contrats à faibles ou très faibles garanties (D et E) contre 50,7 % pour les contrats individuels (en 2013). A l'inverse, les contrats assurant de bonnes, voire très bonnes garanties, ne représentent que 4,3 % des contrats contre 8,7 % pour les contrats individuels⁶⁷.
- Le RAC et l'effort financier demeurent significatifs pour certains assurés et sur certains soins ou prises en charge. Selon le fonds CMU⁶⁸, malgré une augmentation plus modérée en 2014 du coût de contrat et surtout un taux de RAC en baisse, le coût du contrat augmente régulièrement avec l'âge, les plus âgés, à partir de 70 ans et au-delà, connaissant la situation la plus défavorable en termes de taux d'effort, compte tenu du niveau élevé de leurs primes, même si l'augmentation du montant de l'aide de 500 € à

⁶⁴ Liée notamment à la récente revalorisation du plafond en 2013.

⁶⁵ Note du 30 septembre 2015.

⁶⁶ Peut-être en lien avec l'opposabilité des tarifs intervenue début 2013. Il faudra toutefois s'assurer de l'application effective de cette opposabilité par les professionnels de santé concernés et de l'impact sur le niveau de garanties.

⁶⁷ Rapport d'activité 2014 Fonds CMU.

⁶⁸ Rapport d'activité 2014 Fonds CMU.

550 € à partir du 1er janvier 2014 a permis en partie de pallier cette situation⁶⁹. L'effort financier après aide ACS, demeure élevé pour les plus de 70 ans (5,1 % et jusqu'à 6,2 % au-delà de 80 ans). La prise en charge des prothèses dentaires et auditives reste globalement sensiblement inférieure aux autres contrats individuels (écarts respectivement de 59 % et 23 % - contrats de classe C et D pour le dentaire, et de 23 % et 43,9 % - contrats B et C pour l'audioprothèse).

- Enfin, échappent au dispositif des personnes qui peuvent être en situation précaire, sociale et financière, comme les chômeurs encore indemnisés, mais dont les ressources seraient au-dessus des seuils.

[129] Le faible recours et ces différents constats ont conduit les pouvoirs publics à de nouvelles réformes pour simplifier l'accès à l'ACS et améliorer la prise en charge :

- La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement instaure, à compter du 1^{er} juin 2016, le renouvellement automatique de l'ACS pour les retraités bénéficiaires de l'ASPA ;
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 modifiée par la loi de financement rectificative du 8 août 2014 renouvelle profondément les contenus et modalités de sélection des offres ACS (*cf. infra 3.1.3*).

[130] Mais la nécessité d'accroître le taux de recours cristallise assez bien le paradoxe de ce dispositif comme celui de la CMU-C : ce que la Cour des comptes appelle le « *choix paradoxal d'élargir toujours plus l'accès plutôt que d'assurer l'effectivité des droits* » ; toute mesure de simplification, pour aller dans le sens d'une plus grande automaticité du renouvellement afin de diminuer le taux de non-recours, a un impact financier et fragilise, sans recettes supplémentaires, la situation du fonds CMU. Pour les titulaires de l'ASPA, ce coût est estimé à 200 M€ par la direction de la sécurité sociale. Écarté à ce stade pour les titulaires du RSA socle, la Cour avait estimé pour ces publics le coût annuel d'une attribution automatique entre 250 M€ et 350 M€

2.3 Des aides aux autres contrats individuels inégalement réparties

[131] Les contrats individuels représentent 57 % des primes collectées en 2014 selon les derniers chiffres de la DREES et concernent de l'ordre de 35 millions de personnes.

[132] Les dispositifs d'encouragement à l'accès aux contrats individuels, hors CMU-C et ACS, sont beaucoup plus dispersés et moins avantageux que ceux concernant les contrats collectifs. Ils relèvent d'une approche catégorielle, en direction des travailleurs non-salariés, des fonctionnaires et des inactifs.

⁶⁹ 334 € pour les 16-24 ans, 858 € pour les 60-69 ans, 1019 € pour les 70-79 ans et 1 128 € pour les 80 ans et plus. La subvention de l'ACS qui croît avec l'âge, permet d'atténuer cet effet mais insuffisamment : le taux d'effort des bénéficiaires de l'ACS est de 1,4 % pour les 16-24 ans, 3,9 % pour les 40-49 ans, 3,7 % pour les 50-59 ans et 6,2 % pour les 80 ans et plus.

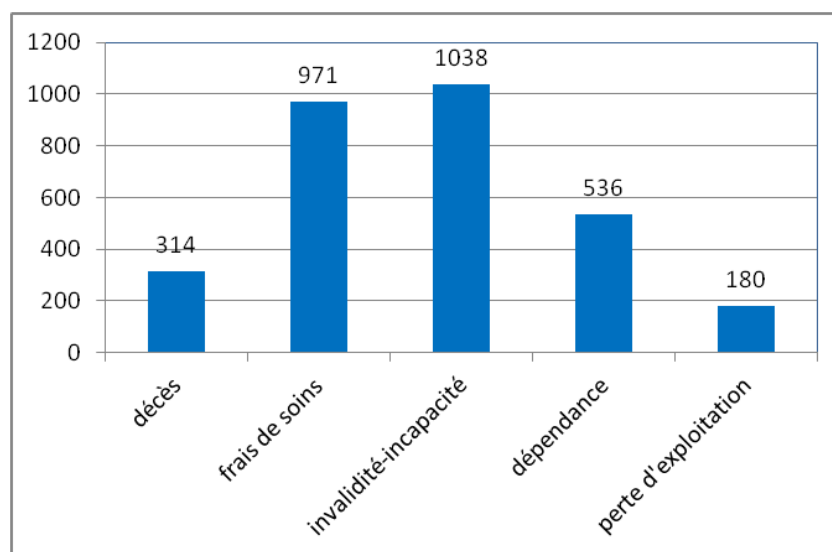
2.3.1 Les dispositifs pour les travailleurs non-salariés

2.3.1.1 Le taux d'équipement des travailleurs indépendants en progression

- [133] La loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite loi Madelin, reprise par l'article 154 bis du code général des impôts a mis en place en faveur des travailleurs non-salariés non agricoles un régime fiscal destiné à favoriser, outre la constitution de retraite complémentaire, la souscription de contrats de prévoyance et de complémentaire santé⁷⁰. Le dispositif a été étendu en 1996 (loi de finances rectificative 1995) aux conjoints collaborateurs.
- [134] Ce dispositif vise les travailleurs relevant de la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux et des bénéficiaires non commerciaux, à savoir les artisans, commerçants et professionnels libéraux et dirigeant de société soumis à l'IS affiliés au RSI, soit une population d'environ 2,8 millions de cotisants pour un peu plus de 4,2 millions de personnes protégées.
- [135] Les contrats doivent avoir été conclus par l'intermédiaire d'une association. Seules les sociétés d'assurance régies par le code des assurances, les mutuelles régies par le code de la mutualité et les caisses de retraite régies par le code de la sécurité sociale sont habilitées à gérer ces contrats « Madelin ». En pratique, ce sont les sociétés d'assurance qui couvrent la quasi-totalité de ces contrats. Les cotisations de prévoyance (prévoyance *stricto sensu* et complémentaire santé) sont déductibles du bénéfice imposable, dans la limite de 3.75 % du revenu professionnel augmenté de 7 % du PASS, le tout limité à 3 % de huit PASS (9129 € en 2015). Un contrat Madelin n'entre pas en outre dans l'assiette de l'impôt sur la fortune (ISF). Au niveau social, les cotisations « Madelin » ne sont en revanche pas déductibles et sont bien prises en compte pour le calcul des charges sociales.
- [136] Selon l'enquête réalisée en 2014 pour le compte de l'association française de l'assurance et de la FFSA, les sociétés d'assurance présentes sur ce marché au travers de 45 sociétés ou groupes, distribuent leurs contrats par l'intermédiaire de réseaux d'assurance (34 distributeurs) et de bancassurance (onze distributeurs). Le nombre de contrats détenus s'élève à 1,9 million fin 2014, en légère hausse (+1 %) par rapport à 2013. L'année 2014 se caractérise toutefois par une baisse significative du nombre de nouveaux contrats (-9 %) quel que soit le mode de distribution. Rapporté au taux d'assurés actifs du RSI, l'enquête estime le taux d'équipement à 79 % (contrats détenus par 1,8 million d'assurés), en hausse d'un point par rapport à 2013, mais très variable d'une garantie à l'autre. Le montant des cotisations recueillies est de 2,1 Mds€, en hausse de 3 % par rapport à 2013. La garantie frais de soins représente 44 % des cotisations de prévoyance, après la garantie invalidité-incapacité (46 %).

⁷⁰ Contrairement aux salariés, les travailleurs indépendants étaient souvent mal protégés en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès, ainsi qu'en matière de retraite. De même, ils ne bénéficient pas de couverture chômage en cas de perte d'emploi.

Graphique 2 : Cotisation moyenne annuelle 2014 en € par garanties



Source : *Enquête AFA- Mai 2015*

- [137] Plus d'un tiers des sociétés distribuent fin 2014 uniquement des contrats mono garanties. Un contrat sur deux prévoit la garantie frais de soins, le nombre de contrats couvrant cette garantie restant stable (+0,5 %) par rapport à 2013.

2.3.1.2 Une disposition en direction des exploitants agricoles

- [138] Si les cotisations pour l'acquisition d'une retraite complémentaire peuvent, sous conditions et en application du CGI article 154 bis 0-A, être déduites du bénéfice agricole, les exploitants agricoles ne bénéficient pas d'aide de même nature pour l'acquisition d'une complémentaire santé. En revanche, les contrats d'assurance offrant des garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé sont exonérés de la TSCA⁷¹. Cette exonération s'étend également aux exploitants retraités à la condition qu'ils restent domiciliés sur l'exploitation et justifient d'un lien de famille avec l'exploitant.

2.3.2 Dans la fonction publique, des dispositifs très divers, inégalement répartis et dont l'impact est peu mesurable

- [139] Jusqu'en 2006, le dispositif, inscrit dans le code de la mutualité, se traduisait par une subvention de chaque ministère auprès de la mutuelle qui couvrait celui-ci.
- [140] Après son invalidation par le Conseil d'Etat et la remise en cause par la Commission européenne des caractéristiques de ces aides jugées non conformes au régime des aides d'Etat, la loi n°2007-148 de modernisation de la fonction publique du 2 février 2007 a défini un nouveau cadre juridique permettant la contribution des employeurs publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.
- [141] Cette disposition s'est traduite par deux décrets :
- Le décret n°2007-1373 du 1er novembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;

⁷¹ Article 995, alinéa 13 du Code général des impôts.

- Le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaires de leurs agents.

[142] Pour la fonction publique hospitalière, il n'existe pas de dispositif spécifique : les agents de cette fonction publique bénéficient de la gratuité des soins à l'hôpital (établissement de rattachement)⁷².

[143] Le constat, sur la base de l'état des lieux du rapport du HCAAM et des travaux menés par les Inspections générales de l'administration, des affaires sociales et des finances plus récemment⁷³, est celui d'un panorama très contrasté pour les fonctions publiques d'Etat et territoriale, tant s'agissant de la forme et de la nature des aides que de leurs montants.

2.3.2.1 Des procédures diverses et complexes malgré des objectifs similaires

[144] Il s'agit dans tous les cas de faciliter la couverture des risques les plus élevés en assurant des solidarités familiales et intergénérationnelles. Pour ce faire, les garanties doivent respecter les contraintes suivantes :

- En matière couverture santé : l'absence d'âge maximal d'adhésion et de questionnaire médical ; un rapport maximum de un à trois entre la cotisation la plus faible et la plus élevée ;
- En matière de prévoyance : des garanties complémentaires à celles prévues par le statut et comportant au minimum le complément de traitement au traitement versé en maladie.

[145] L'Etat procède par référencement, dispositif facultatif qui intervient au terme d'un appel d'offres. Le ministère verse à l'organisme ou aux organismes référencés une participation financière.

[146] Les collectivités locales peuvent passer :

- Par le conventionnement : la collectivité conclut au terme d'une mise en concurrence une convention de participation avec l'organisme retenu ; le contrat est proposé à l'adhésion facultative des agents et la participation versée à l'organisme en fonction du nombre d'agents ayant souscrit un contrat ;
- Par la labellisation : la collectivité verse une participation à l'agent ayant souscrit un contrat dont le caractère solidaire aura été labellisé, au niveau national, par l'ACPR.

⁷² Loi n°86-45 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière (article 44).

⁷³ La protection sociale complémentaire des agents publics; IGAS-IGF-IGA, mai 2015.

Tableau 4 : Les différentes modalités de mise en œuvre des dispositifs de participation des employeurs publics

	Fonction publique d'Etat	Fonction publique territoriale
Versement de l'aide	L'aide est une somme globale, non individualisée, versée aux organismes d'assurance	L'aide est versée soit à l'agent, soit à l'organisme d'assurance : dans ce cas, elle vient en déduction du montant de la cotisation payée par l'agent : le montant de l'aide correspond à la somme des aides individuelles destinées aux agents
Mode de sélection des contrats	Désignation d'un ou plusieurs organismes de référence, après mise en concurrence	Sélection d'un organisme après mise en concurrence et signature d'une convention de participation ou Labellisation nationale de tout contrat répondant à des critères de solidarité les rendant éligibles à l'aide dès lors qu'ils sont souscrits par un agent et que la collectivité a institué une aide
Durée	Sept ans	Convention de participation : Six ans Contrat labellisé : Trois ans
Risques couverts	Couplage obligatoire santé et prévoyance	Découplage des risques
Agents couverts	Agents publics	Agents publics et privés

Source : Mission IGA-IGAS-IGF – mai 2015

[147] Selon la mission IGA-IGAS-IGF précitée, les nouvelles procédures, et notamment le référencement et le conventionnement, se sont avérées complexes à mettre en œuvre tant pour l'Etat que les collectivités et ont nécessité le recours à des prestataires spécialisés à la fois pour les appels d'offres et le suivi des conventions de référencement comme de participation, sans que celui-ci soit d'ailleurs toujours très performant.

2.3.2.2 Des montants de participations financières très contrastés

[148] Toujours selon les travaux précités, sept ministères versent une participation financière au titre de la complémentaire santé/prévoyance. Ce versement varie de 2 € à 104 € par agent⁷⁴ selon les ministères, pour une moyenne de moins de 15 € et un montant global inférieur à 35M€ en 2014 selon les données recueillies par la mission, en baisse par rapport à 2013 et en réduction constante depuis la mise en place du référencement.

[149] Les collectivités et employeurs publics territoriaux participent plus que les ministères à la protection sociale de leur agents, avec une prise en charge variant de 144 € par agent pour les communes affiliés aux centre de gestion à 684€ par agent pour les conseils régionaux (chiffres 2014). Ce constat est néanmoins à mettre en regard du nombre encore important d'agents non couverts par le dispositif (*cf. infra*).

⁷⁴ Une aide par agent toute théorique puisqu'il est rappelé que l'aide est versée aux organismes assureurs.

2.3.2.3 Un impact difficile à apprécier mais sans doute plus évident dans la fonction publique territoriale

- [150] Selon une étude de l'IRDES citée par les travaux des inspections susvisées⁷⁵, le taux de couverture des fonctionnaires par une complémentaire santé est déjà très élevé, de 97,8 % en 2012 soit 2,5 à 3 points supérieur à celui de l'ensemble de la population. L'enjeu était donc moins celui d'une extension de la couverture que d'une amélioration de celle-ci. Or si le dispositif de référencement couvre sept agents sur dix, ces travaux constatent une baisse du nombre d'adhérents entre 2011 et 2013 de -1,1 % et des garanties très semblables aux contrats antérieurs et d'un niveau moyen.
- [151] Dans la fonction publique territoriale, les premiers constats⁷⁶ mettraient en revanche en évidence une amélioration de l'accès des agents à la protection sociale complémentaire, dans le champ de la santé (de 20 % à 48 % d'agents de 2013 à 2014 dans les collectivités participant au dispositif), mais surtout celui de la prévoyance (le taux d'agents concernés dans ces mêmes collectivités passe de 28 % à 63 % sur la même période). La proportion d'agents non couverts par le dispositif reste néanmoins très élevée, notamment dans les petites collectivités territoriales. L'écart est ainsi de un à six entre les collectivités de moins de cinq agents et celles de 250 agents et plus (60 % des collectivités participant dans ce dernier cas au financement de la protection sociale complémentaire).

2.4 Le dispositif du contrat responsable : un taux préférentiel de taxation pour encadrer les garanties et « responsabiliser » les acteurs

- [152] La notion de contrat responsable et solidaire a été introduite par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie pour encadrer les dépenses de santé avec comme objectif initial de diminuer les dépenses de la Sécurité sociale en incitant les personnes couvertes à respecter le parcours de soins.
- [153] Outre l'interdiction de questionnaire médical et de tarifs liés à l'état de santé, le cahier des charges, défini par décret, précise le cadre des interdictions de remboursement et des obligations de prise en charge (qui peuvent être totales ou partielles)⁷⁷ que devront respecter les contrats d'assurance complémentaire santé individuels et collectifs pour bénéficier d'exonérations fiscales et de déductions fiscales et sociales. Le cahier des charges a été modifié récemment⁷⁸ (cf. *infra* §3.1.1) et de nouvelles conditions sont applicables depuis le 1^{er} avril 2015.

⁷⁵ IRDES – La couverture des fonctionnaires par la complémentaire santé – Exploitation de l'enquête ESPS 2012 – mars 2015.

⁷⁶ Enquête de la mutuelle nationale territoriale citée dans les travaux IGF-IGAS_IGA de 2015 précités

⁷⁷ A l'origine, l'exclusion de la prise en charge de la participation forfaitaire prévue par l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (forfait de un euro) ; l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la participation imposée aux assurés qui n'ont pas accepté l'inscription du soin dans leur dossier médical ; l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations applicables aux patients qui consultent un spécialiste sans passer par leur médecin traitant ; la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention ; la prise en charge totale ou partielle des consultations et prescriptions du médecin traitant.

⁷⁸ Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales modifiant les articles R 871-1 et R 871-2 du CSS et circulaire DSS du 30 janvier 2015.

- [154] Historiquement, la taxation de ces contrats a connu plusieurs évolutions, dans le sens d'une taxation accrue des contrats d'assurance en général et d'application d'un taux minoré aux contrats responsables. La taxe sur les contrats d'assurance TCA, initialement au taux de 7 % lors de sa création en 1983, concerne toutes les conventions d'assurance conclues avec une société ou compagnie d'assurance ou avec tout autre assureur français ou étranger dès lors que le risque est situé en France ou que la personne concernée y a son domicile ou sa résidence habituelle. En 2004, les contrats responsables en ont été exonérés. A compter de 2011, les contrats responsables sont taxés, mais bénéficient d'une taxation minorée par rapport aux contrats qui ne le sont pas. Cette taxation est de 7 % depuis 2014, contre 14 % pour les contrats non responsables.
- [155] A compter du 1^{er} janvier 2016 en application de l'article 27 de la LFSS 2016 pour les contrats d'assurance maladie ne relevant pas d'un régime obligatoire, la TSCA et la TSA sont remplacées par une TSA modifiée dont les taux sont modulés en fonction des caractéristiques des contrats (à taux constant pour les assurés). Ceci afin de rassembler, au sein d'un même vecteur législatif, la fiscalité portant sur les contrats d'assurance maladie et les garanties qui y sont assimilées. Il s'agit d'une mesure de simplification pour les entreprises concernées qui n'auront désormais qu'un seul interlocuteur en matière de fiscalité des contrats d'assurance maladie⁷⁹ et ne déclareront ainsi qu'une seule fois la totalité de la taxe grevant ces contrats. Cette mesure ne remet pas en cause la modulation actuelle du taux de prélèvement en raison du caractère responsable ou non du contrat⁸⁰.

⁷⁹ Antérieurement, la TSCA était recouvrée par la DGFIP et la TSA par les URSSAF. Désormais la nouvelle taxe sera de la compétence des URSSAF.

⁸⁰ 13,27 % contre 20,27 %.

3 LES RECENTES REFORMES DOIVENT PERMETTRE DE GENERALISER ET UNIFORMISER LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE MAIS ACCENTUENT LA SEGMENTATION DU MARCHE AVEC UN RISQUE D'EFFETS NON ANTICIPES

- [156] La complémentaire santé a fait l'objet de plusieurs réformes majeures applicables à compter de 2015 et 2016 : la réforme du contrat responsable, l'extension de la couverture collective obligatoire à tous les salariés à compter du 1^{er} janvier 2016 et l'extension des mécanismes de portabilité en direction des inactifs, les dispositions spécifiques en direction des retraités et des travailleurs précaires, la refonte des contenus et modalités de sélection de l'offre ACS depuis le 1^{er} juillet 2015.
- [157] La très faible disponibilité de données chiffrées sur la plupart des sujets (et *a fortiori* sur les réformes votées mais non appliquées à ce jour) amènent à être prudent sur les premiers constats, qui doivent être considérés comme des éclairages encore à confirmer.

3.1 L'achèvement du mouvement d'uniformisation et de généralisation de la complémentaire santé par l'extension des couvertures collectives et individuelles

3.1.1 Le nouveau contrat responsable

- [158] Depuis le 1er avril 2015⁸¹, les contrats solidaires et responsables sont soumis à un nouveau cahier des charges visant renforcer les exigences imposées aux contrats bénéficiant des aides fiscales et sociales. La réforme du dispositif s'articule autour de trois principaux axes : garantir le niveau de couverture par la fixation de planchers de prise en charge ; encadrer les dépassements d'honoraires et agir sur les prix de l'optique.
- [159] Ces contrats doivent ainsi désormais : rembourser l'intégralité du ticket modérateur, prendre en charge le forfait journalier hospitalier sur l'ensemble de la période d'hospitalisation (la prise en charge pouvait jusqu'alors être limitée à un certain nombre de jours prédéfini), fixer un plafond (entre 470 euros et 850 euros) et un plancher (entre 50 euros et 200 euros) de prise en charge des équipements optiques et limiter cette dernière à un équipement tous les deux ans (à l'exception des mineurs et des patients nécessitant un renouvellement plus régulier), et enfin limiter le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins (CAS) à 125 % du tarif de la Sécurité Sociale en 2015 et 2016, puis 100 % en 2017. Ils comprennent également une interdiction de prise en charge des différentes franchises et doivent appliquer les pénalités prévues en cas de non-respect du parcours de soins.
- [160] Un régime transitoire permet de conserver le bénéfice des aides pour les contrats individuels conclus ou renouvelés jusqu'au 31 mars, ce jusqu'à la prochaine échéance principale du contrat (soit le 31 mars 2016 au plus tard). Pour les contrats collectifs obligatoires résultant d'actes signés avant la publication de la loi (soit le 9 août 2014), le bénéfice de l'aide est maintenue jusqu'à la prochaine modification des dits actes et au plus tard le 31 décembre 2017.

⁸¹ Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales modifiant les articles R 871-1 et R 871-2 du CSS et circulaire DSS du 30 janvier 2015, en application de l'article 56 de la LFSS 2014. La date d'application en a été reporté au 1^{er} avril 2015 par la loi de financement rectificatrice de la sécurité sociale du 8 août 2014.

Les effets estimés *ex ante*

- * Une augmentation de prise en charge du forfait hospitalier chiffrée à 25 M€
- * Un baisse de prise en charge de l'optique par les OC estimée à près de 600 M€(verres simples et complexe)⁸²
- * Une baisse de prise en charge évaluée entre 58 M€et 79M€pour une limitation des dépassements à 125 % du tarif de la sécurité sociale

Source – DSS 28/02/2014 – simulations DREES

[161] La mission n'a pu disposer à ce stade de chiffres d'impact sur la mise en œuvre, par ailleurs récente, de ces nouvelles dispositions. Des entretiens avec les assureurs et actuaires conseil, il ressort les points suivants :

- S'agissant des contrats collectifs, la réforme a été pour nombre d'entreprises l'occasion d'anticiper le travail de négociation ou de renégociation des garanties/primes, sans attendre la mise en œuvre de l'ANI, dans un contexte global d'attention grandissante portée à la maîtrise des coûts ;
- Pour une partie importante des contrats, les garanties en optique ont donné lieu à réévaluation pour atteindre le plancher ou diminution pour respecter le plafond ; les dépassements d'honoraires ont nécessité pour une partie non négligeable des contrats une revue à la baisse.

3.1.2 La généralisation en marche de la couverture collective par l'ANI et la loi de sécurisation de l'emploi

L'ANI et la loi de sécurisation de l'emploi

L'article 1 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la compétitivité et à la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés signé par les partenaires sociaux le 11 janvier 2013 prévoit que la généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé, au niveau de la branche, ou à défaut de l'entreprise doit être effective au 1er janvier 2016. A défaut d'accord, une couverture complémentaire santé minimale doit être définie.

L'article 1 de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi (LSE) transpose et précise ces dispositions, en réaffirmant d'une part le calendrier : les branches professionnelles non couvertes devaient entamer des négociations avant le 1er juin 2013. A défaut d'un accord de branche signé avant le 1er juillet 2014, c'est au tour des entreprises de négocier. En tout état de cause, au 1er janvier 2016, toutes les entreprises doivent permettre à leurs salariés de bénéficier d'une couverture santé collective dont les garanties doivent être au moins égales à un socle minimal.

Si le principe de la négociation au niveau de la branche est réaffirmé, la couverture doit être, à défaut, mise en place par un accord d'entreprise ou une décision unilatérale de l'employeur. La loi précise également que la négociation porte au moins sur le contenu et le niveau des garanties, la répartition de la charge des cotisations entre salariés et employeur, les modalités de choix de l'assureur, les modalités de financement et, le cas échéant, sur un objectif de solidarité (action sociale, droits non contributifs).

La portabilité de la couverture santé et prévoyance pour les salariés devenant demandeurs d'emploi est à la fois mutualisée, puisqu'ils bénéficient automatiquement de la couverture par leur ancienne entreprise sans s'acquitter de cotisations, et étendue à 12 mois.

⁸² Sur la base de plancher à 100 €et de plafonds à respectivement à 300 €et 480 €pour les simulations de la DREES.

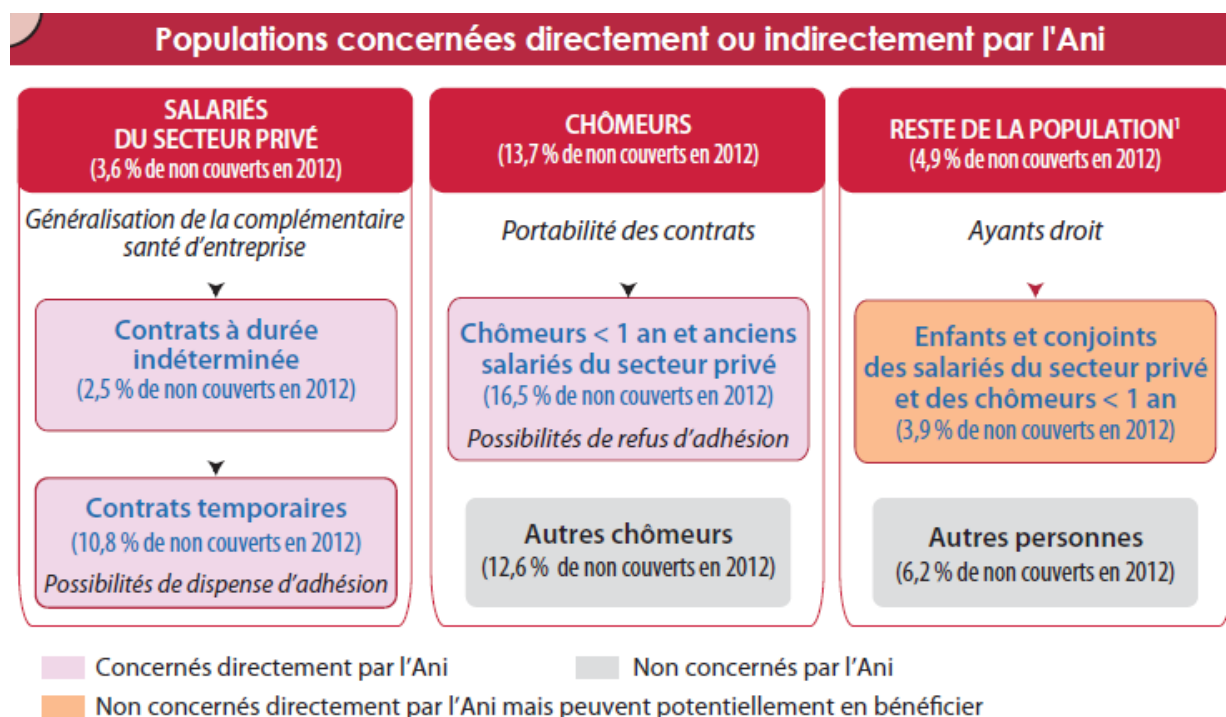
3.1.2.1 Un impact encore difficile à mesurer du fait d'un déploiement récent et encore inachevé

- [162] Il est encore prématuré de tirer un bilan complet de la loi du 14 juin 2013 : beaucoup de négociations n'ont commencé que tardivement dans les branches et n'ont pas encore eu de répercussions dans le choix des entreprises. Le comité de suivi de la généralisation de la complémentaire santé installé par la DSS en février suite au rapport Libault et comprenant des représentants des organisations professionnelles et des OC devrait permettre d'établir un bilan plus étayé dans quelques mois.
- [163] Plusieurs constats peuvent être cependant faits d'ores et déjà, qu'ils aient fait l'objet d'estimations ou évaluations *ex ante* ou qu'ils se dégagent des premières tendances en matière de conclusion de nouveaux contrats ou de renouvellement de ceux-ci.
- [164] L'observation de ces tendances, si elle ne permet pas de tirer des enseignements définitifs, donne de premiers indices sur le comportement des entreprises comme des salariés, ainsi d'ailleurs que des OC.
- [165] Au terme d'enquêtes réalisées en 2015 par le CREDOC pour le compte du CTIP, la connaissance de la loi sur la généralisation de la complémentaire santé s'améliore. Au premier semestre 2015, les deux tiers des salariés en ont entendu parler, contre seulement 43 % des salariés en 2013. Pour autant, les employeurs proposant déjà une complémentaire santé à leurs salariés ne semblaient pas toujours informés de toutes les conditions à respecter pour être en conformité avec la loi (proposer à tous les salariés, financer pour moitié la complémentaire santé et mettre en place un socle minimum de garanties). Près du tiers (29 %) ne connaissaient pas ces conditions. Parmi eux, peu souhaitaient mettre en concurrence leur organisme assureur et 91 % indiquent qu'ils conserveraient le même. Par ailleurs, plus des deux tiers (68 %) des employeurs ayant déjà mis en place une complémentaire santé ne savaient pas quels changements apporter pour être en conformité avec la législation. Certains, déjà en conformité avec la loi, ne savaient pas quelle amélioration cela allait apporter.
- [166] De ce fait, l'ensemble des personnes auditionnées par la mission soulignent que c'est un bilan à fin 2016 qui permettra d'éclairer avec plus de pertinence les premiers impacts de l'ANI. Une enquête sur la complémentaire santé en entreprise sera d'ailleurs lancée en 2017 par la DREES à cet effet.

3.1.2.2 La perspective réaliste d'une extension modérée de la couverture complémentaire santé

[167] Selon l'enquête ESPS 2012, 5 % de la population n'étaient pas couverts avant cette extension, relevant des catégories suivantes :

Tableau 5 : Taux de couverture par type de population concernée directement ou indirectement par l'ANI



¹ Salariés de la fonction publique, indépendants, étudiants, retraités et autres inactifs

Source : ESPS 2012 – Réalisation IRDES

[168] L'enjeu est multiple : couverture des salariés qui ne l'étaient pas, couverture par un contrat collectif des salariés qui l'étaient par un contrat individuel, extension aux conjoints et ayants-droits, effectivité des nouveaux dispositifs de portabilité pour les chômeurs.

[169] La DREES évalue dans une note du 3 septembre 2015 entre 400 000 et 600 000 personnes le nombre de salariés non couverts qui seraient couverts via un contrat collectif et entre 4,3 millions (source PSCE 2009) et 5,2 millions (source ESPS 2012) le nombre de salariés du privé qui devraient basculer de l'individuel vers le collectif du fait de l'ANI.

[170] Une évaluation *ex ante* réalisée par l'IRDES⁸³ complète cette approche en termes de couverture sur la base de trois scénarios, selon que l'ensemble des salariés pour laquelle elle est obligatoire accèderont à la complémentaire (scénario 1), que s'y ajouteront les chômeurs de moins de un an (scénario 2), ou enfin les conjoints et enfants de moins de 26 ans (scénario 3)⁸⁴.

⁸³ Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ?- QES n°209 – mai 2015.

⁸⁴ L'analyse ne tient pas compte d'un éventuel impact de l'augmentation du coût de la participation employeur sur les salaires et l'offre d'emploi.

- [171] Les impacts seraient alors les suivants :
- **Pour la population des salariés, un taux de couverture de 98,6 % à 100 %**, avec la disparition potentielle complète de la non couverture pour autant que les salariés en CDD adhèrent à la complémentaire santé ; dans le cas contraire, 40 % des salariés non couverts le resteraient selon l'IRDES soit 160 000 à 240 000 personnes, avec un taux de non couverture significativement non nul à 1,4 % (3,6 % en 2012 pour les actifs occupés).
 - **Pour la population générale, un taux de non couverture qui pourrait être réduit de moitié dans le meilleur des cas avec un taux de couverture compris entre 95,5 % et 97 %** : le taux de non couverture de la population générale pourrait passer à 4 % (sur la base du scénario 1 de couverture des seuls salariés), 3,7 % en y incluant les chômeurs de moins de un an dans le cadre de la portabilité (scénario 2) et jusqu'à 2,7 % en incluant les ayants-droits (scénario 3). Ce taux augmente légèrement après prise en compte des dispenses d'adhésion (+0,4 point dans tous les scénarios).
 - **Une réduction mais une persistance des inégalités d'accès à la complémentaire santé**, au détriment des personnes les plus âgées (6,8 % de non couverture pour les plus de 80 ans), des personnes mauvaise santé (8,8 %), des plus pauvres (12,7 %) et des chômeurs (8,9 %).
- [172] Une soixantaine d'accords de branche avaient été signés fin 2015 sur la prévoyance depuis l'adoption de l'ANI, dont 66 % avec un accord portant sur les frais de santé⁸⁵.
- [173] Les premiers chiffres recueillis à ce stade sur le nombre d'accords d'entreprises dans le champ de la protection sociale illustrent une augmentation du nombre d'accords dans ce champ, dans le domaine de la prévoyance comme de la santé. Une première augmentation du nombre d'accords sur la protection sociale et la prévoyance a été constatée en 2014 (+40 % par rapport à 2013 selon la direction de l'animation et de la recherche, des études et des statistiques - DARES), la progression intervenant principalement au premier semestre 2014, en lien selon la Direction générale du travail (DGT) avec la possibilité pour les entreprises de profiter du régime transitoire intervenu suite à la modification du contrat responsable (*cf. supra*). Les chiffres 2015 sont partiels et toute comparaison avec l'année 2014 est donc prématurée, même si l'on peut remarquer une augmentation à ce stade, des accords avec une composante « couverture complémentaire santé ».

⁸⁵ Le marché de la santé en pleine mutation – 15/01/2016 Optimindwinter

Tableau 6 : La protection sociale dans les accords d'entreprises

En 2015 (au 01/02/2016) - chiffres provisoires

☐ Protection sociale	5 613	
Couverture complémentaire santé - maladie	3 621	64,5 %
Prévoyance collective, autre que santé maladie	1 596	28,4 %
Retraite complémentaire - supplémentaire	396	7,1 %

En 2014

☐ Protection sociale	6 408	
Couverture complémentaire santé - maladie	3 384	52,8 %
Prévoyance collective, autre que santé maladie	2 462	38,4 %
Retraite complémentaire - supplémentaire	562	8,8 %

Source : DGT février 2016

3.1.2.3 Panier de soins et participation minimale de l'employeur : l'objectif d'une prise en charge améliorée pour les salariés

[174] Le panier minimal de soins prévu par l'ANI et confirmé par la LSE a été précisé par le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés pris en application de la loi et qui indique le niveau de prise en charge y compris pour certains dispositifs médicaux. Il va plus loin que ce qu'avaient prévu les partenaires sociaux, notamment sur l'optique.

Panier minimal de soins ANI (issu de la LSE)

- prise en charge des franchises sur les consultations
- remboursement des médicaments avec vignette à 65 %
- forfait journalier en établissement hospitalier ou médico-social sans limitation de durée
- remboursement jusqu'à 125 % des tarifs de responsabilité pour les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale
- forfait de prise en charge des lunettes de 100 à 200€ par catégories de verres, dans la limite du remboursement d'un équipement complet (monture et deux verres) tous les deux ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue ou la période est réduite à un an)

[175] La prise en charge de l'employeur a été fixée à 50 % au minimum et porte sur l'ensemble des garanties. Elle concerne, depuis la LFSS 2016, l'ensemble de la « couverture à adhésion obligatoire » et donc aussi bien les salariés que les ayants-droits⁸⁶.

⁸⁶ Article 34 qui modifie l'article L911-7 du CSS

[176] La DSS a fait l'analyse de 46 accords (45 accords de branche et un accord interrégional) conclus depuis septembre 2015 et passés devant la Commission des accords de retraite et de prévoyance (COMAREP). Les constats en sont les suivants :

- Le niveau global de la couverture est supérieur au panier ANI dans la quasi totalité des cas (44/46) ;
- 63 % des accords prévoient la mise en place d'options facultatives ; celles-ci peuvent être rendues obligatoires par les entreprises dans plus de la moitié des cas ;
- Près de la moitié des accords ne prévoit pas la couverture des ayants-droits ; seuls deux accords sur 46 la prévoient à titre obligatoire et un tiers des accords la prévoient à titre facultatif, à la charge exclusive du salarié ;
- La participation de l'employeur est de 50 % dans plus de 90 % des cas ; les trois-quarts des accords prévoient une cotisation forfaitaire ;
- Le montant mensuel de la cotisation va de 12 € à 56 € pour la couverture obligatoire de base du seul salarié. Le montant moyen de la cotisation forfaitaire est de 33 € ;
- Près de 60 % des accords comportent une clause de recommandation, qui ne vise dans 85 % des cas qu'un seul organisme assureur ;
- Dans la quasi-totalité des recommandations, la solidarité est financée par un prélèvement de 2 % du montant de la cotisation.

[177] Dans la mesure où il s'agit **d'un échantillon limité, qui concerne de plus les branches** et non les entreprises, il ne peut en être tiré de conclusion définitive. Tout au plus peut-on faire les remarques suivantes : l'analyse des accords ne dénote pas de baisse des garanties par un alignement sur le panier ; le nombre de contrats avec options est en forte augmentation par rapport à la situation de 2009 (37 %) ; la participation de l'employeur s'aligne en revanche sur le minimum de 50 % prévu par la loi (contre 56 % constaté dans les études DREES, sur la base des contrats réellement souscrits dans les entreprises, ce qui limite la comparaison, ou 54 % dans le rapport de la COMAREP de 2012); la proportion des accords incluant la couverture des ayants-droits en nette diminution par rapport à l'enquête de 2009 (48 % contre 89 %) le choix d'une cotisation forfaitaire reste très majoritaire comme c'était le cas avant l'ANI ; le coût mensuel du contrat par bénéficiaire présente une amplitude supérieure à celle observée jusqu'alors par la DREES⁸⁷ ; enfin la recommandation est mobilisée par deux-tiers des accords et concerne dans l'immense majorité un seul organisme. Les IP restent les principaux organismes recommandés (77 %) devant les mutuelles (15 %) et les sociétés d'assurance (9 %).

3.1.3 De nouveaux dispositifs pour assurer une meilleure couverture des retraités et des précaires

[178] Ces mesures sont à mettre en lien avec la restructuration du marché dont est porteur l'ANI. La DREES dans une récente note précitée évalue à entre 4,3 millions et 5,2 millions de personnes le nombre de salariés qui seraient transférés de l'individuel vers le collectif. En prenant en compte les éventuels ayants-droits, ce transfert concernerait entre sept et neuf millions de personnes. Le marché des contrats individuels devrait donc considérablement se rétracter, les personnes couvertes passant de 35 millions aujourd'hui à moins de 28 millions.

⁸⁷ Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé – Statistique n°191 – août 2014

3.1.3.1 Une nouvelle aide pour les plus âgés pour limiter leur RAC

- [179] Selon une note de la DREES datée du 14 septembre 2015, les plus de 60 ans représentent en 2012 environ 15 millions de personnes en France métropolitaine, soit 24 % de la population totale. Parmi eux, 12,6 millions sont retraités et 13,2 millions couverts par un contrat individuel (soit 88 %). 550 000 seraient couverts par la CMU-C ou l'ACS et 700 000 seraient sans couverture.
- [180] Après 60 ans, la DREES montre aussi que les primes peuvent représenter un poids important dans le revenu, particulièrement pour les personnes dont les ressources sont faibles, mais sans qu'elles soient éligibles à la CMU-C ou à l'ACS. Ainsi, un contrat E (entrée de gamme) représente près de 7 % du revenu pour les personnes situées dans le deuxième décile de niveau de vie à 60 ans, et 9 % à 75 ans. Cette situation devrait s'aggraver avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise. Aujourd'hui, plus d'un tiers des personnes couvertes par une assurance individuelle a plus de 60 ans. Cette proportion augmenterait mécaniquement pour dépasser les 50 %. Les personnes de plus de 60 ans verraient donc leurs primes augmenter, la mutualisation entre classes d'âge notamment au sein des mutuelles, qui pratiquent moins que les assureurs une tarification en fonction de l'âge, disparaissant. La DREES évalue ainsi pour les plus de 75 ans cette hausse à +25 %, soit 20 € par mois.
- [181] Le seul dispositif existant jusqu'alors destiné à la population plus âgée est celui de la loi Evin qui vise les anciens salariés. Elle instaure la proposition faite à l'ancien salarié du maintien, à titre individuel des garanties de la couverture d'entreprise à tarif encadré. Le dispositif ne prévoit toutefois pas d'aide spécifique à cette acquisition qui reste coûteuse pour les assurés malgré l'encadrement existant.

L'article 4 de la loi Evin

L'article 4 de la loi dite Evin du 31 décembre 1989 renforce les droits des assurés en réglementant la sortie des contrats de complémentaire santé collectif à caractère obligatoire. Il organise le maintien de la couverture complémentaire santé pour les anciens salariés de l'entreprise (chômeurs et retraités)⁸⁸, auparavant couverts par une assurance collective, qui peuvent conserver auprès de l'assureur de leur ancienne entreprise une couverture complémentaire santé à tarif encadré.

Le maintien n'est pas automatique et doit être demandé par l'ancien salarié dans un délai de six mois à compter de la rupture de son contrat de travail (ou dans les six mois du décès pour les personnes garanties du chef du salarié décédé). Les garanties sont maintenues sans limitation de durée pour le salarié, et pour une durée de 12 mois minimum pour les ayants-droits. Le tarif de cette couverture individuelle est plafonné à 150 % du tarif global des actifs incluant la participation de l'employeur. Le financement en est exclusif par les bénéficiaires.⁸⁹

Une étude réalisée par le CREDOC pour le compte de la DSS sur le comportement d'assurance des retraités, notamment au moment du passage à la retraite, montre que 45 % des salariés garderaient le contrat de sortie loi Evin, mais que huit ans après le départ en retraite, seuls 31 % seraient encore couverts par ce contrat.

Plus de la moitié des salariés interrogés (53 %) ignorent qu'ils pourront continuer à bénéficier de leur complémentaire santé à leur départ à la retraite en payant toutefois une cotisation plus élevée. Ce sont les salariés les plus jeunes qui connaissent le moins cette disposition : 42 % des 25-34 ans contre 50 % des 35-59 ans. Même si les salariés les mieux rémunérés la connaissent plus souvent : plus de 50 % de ceux percevant un salaire mensuel net supérieur à 1 469 € déclarent qu'ils pourront la conserver en payant une cotisation plus élevée, contre 37 % de ceux dont le salaire est compris entre 1 065 € et 1 468 €⁹⁰.

⁸⁸ Ainsi que les personnes garanties de leur chef après leur décès.

⁸⁹ Décret n°90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

⁹⁰ Etude Credoc 2011

- [182] Lors du congrès de la Mutualité de juin 2015 à Nantes, le Président de la République a donc fixé comme objectif de rendre effective au 1^{er} janvier 2017 « *la généralisation de la complémentaire santé aux futurs retraités* », pour à la fois pallier le renchérissement attendu du coût de la complémentaire santé individuelle qui résulterait de l'ANI et proposer un dispositif d'accès à la complémentaire à une population qui, pour la majeure partie, n'est pas éligible aux différents dispositifs d'aide en matière d'accès à un contrat de complémentaire santé : couverture complémentaire santé collective au sein de l'entreprise ; dispositif dit « Loi Madelin » pour les travailleurs non-salariés; contrats référencés pour les fonctionnaires ; CMU-C ou ACS.
- [183] Le dispositif spécifique instauré par l'article 33 de la LFSS 2016 instaure au profit des assurés de 65 ans et plus un crédit d'impôt au titre de la TSA d'un montant de 1 % pour les contrats complémentaire santé qu'ils souscrivent. Pour bénéficier de cette aide, les contrats devront être labellisés, l'obtention du label étant conditionnée au respect de niveaux de garanties et de prix qui seront précisées par décret en Conseil d'Etat pris après consultation de l'Autorité de la concurrence et de l'ACPR. La revalorisation des seuils de prix se fera annuellement en fonction de l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année antérieure.
- [184] Le nouveau dispositif, dont l'impact financier est chiffré entre 66 M€ et 95 M€ doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et ***pourrait potentiellement concerner 10 millions de personnes***. Il n'est donc pas possible de tirer de bilan ; tout au plus peut-on relever à ce stade qu'il offre une réponse à l'un des « trous » identifiés depuis fort longtemps dans la couverture complémentaire santé, tout en soulevant un certain nombre de questions (*cf. infra*).

3.1.3.2 Un nouveau dispositif pour les travailleurs précaires : le versement santé

- [185] La loi de sécurisation de l'emploi pose l'obligation de couverture *a priori* dès la première heure travaillée, ce qui renforce en théorie l'exigence de couverture complémentaire santé de l'ensemble des salariés. Le rapport Libault précité a souligné les difficultés que pose cette obligation pour les travailleurs en contrats courts et qui changent fréquemment d'employeurs. En pratique, le risque est soit qu'une entreprise recherche des salariés déjà couverts (au titre d'un autre contrat collectif), soit que les changements consécutifs d'assureurs deviennent d'une complexité ingérable pour le salarié.
- [186] Le nouvel article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale créé par l'article 34 de la LFSS entend répondre à cette situation. Le décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015 prévoit que les salariés titulaires d'un contrat d'une durée inférieure à trois mois, ou d'une durée de travail inférieure à 15 heures par semaine peuvent obtenir de la part de leur employeur un financement (dit « versement santé »), afin de participer à la prise en charge de la couverture santé qu'ils auront souscrite à titre individuel. Cette faculté est ouverte selon les trois modalités suivantes :

➤ A l'initiative des partenaires sociaux

Les partenaires sociaux peuvent prévoir que certains salariés ne relèvent pas du champ d'application du régime complémentaire santé collectif mis en place à titre obligatoire mais du versement santé. Peuvent être concernés les salariés suivants :

- ✓ Salariés en CDD < 3 mois ;
- ✓ Salariés dont la durée de travail < 15 heures par semaine ;
- ✓ Salariés en contrat de mission < 3 mois.

Cette modalité de couverture doit être instaurée par accord collectif de branche ou par accord d'entreprise si l'accord de branche le permet ou s'il n'existe pas d'accord de branche.

- Par décision unilatérale de l'employeur au titre de l'année 2016

Par exception, les employeurs auront la possibilité de décider par décision unilatérale de l'employeur, et pour l'année 2016 seulement, de mettre en place le versement santé en l'absence de couverture complémentaire santé obligatoire mise en place pour ces salariés.

- A l'initiative du salarié

Les salariés en CDD ou en contrat de mission inférieur à trois mois pourront demander à être dispensés de la couverture collective obligatoire proposée par leur employeur et à bénéficier en contrepartie du versement santé. Ils doivent justifier bénéficier d'une couverture santé individuelle. Ces salariés auront donc le choix : souscrire à la couverture complémentaire santé proposée par leur employeur ou bien demander à en être dispensés au bénéfice du versement santé. Toutefois, cette possibilité n'est pas ouverte à ces salariés si la couverture collective obligatoire dont ils vont bénéficier est au moins de trois mois, quelle que soit la durée de leur contrat. Le formalisme de cette demande est réduit, le demandeur devant simplement faire référence au cas de figure dans lequel il se trouve et une attestation sur l'honneur quant à sa couverture pouvant suffire.

[187] Pour bénéficier du versement, le salarié devra avoir souscrit un contrat « responsable » qui ne bénéficie pas déjà d'un financement public (CMU-C ou ACS). Il ne doit pas non plus s'agir d'une couverture collective mise en place par un autre employeur, y compris en tant qu'ayant droit.

[188] Un montant de référence du versement santé est calculé mensuellement selon des modalités différentes selon que la contribution de l'employeur est ou non forfaitaire. Ce montant ne peut dans tous les cas de figure être inférieur à 15 € (ou à 5 € dans le cadre du régime local d'Alsace-Moselle) ; il est appliqué un coefficient de majoration au titre de la portabilité de 105 % pour les salariés en CDI et de 125 % pour les salariés en contrats courts (CDD ou contrats de mission). Ce versement bénéficie de l'exemption de l'assiette des cotisations sociales et, si l'entreprise y est assujettie, du taux de 8 % du forfait social.

[189] Le public concerné est potentiellement très important : les CDD (toute durée confondues), intérimaires et apprentis représentent plus de la moitié de l'emploi total en 2014⁹¹ et le temps partiel 18,4 % (chiffres INSEE 2013). La mesure, qui prend effet au 1er janvier 2016, impactera plus particulièrement certains secteurs (construction, hôtellerie-restauration et agriculture) et sa mise en œuvre nécessitera une évaluation.

3.1.3.3 Une portabilité étendue pour les chômeurs

[190] La loi de sécurisation de l'emploi a introduit plusieurs dispositions pour articuler le dispositif de portabilité des droits issu de l'ANI du 11 janvier 2008 modifié par l'avenant n°3 du 18 mai 2009 et celui de l'ANI du 11 janvier 2013 et en faciliter l'accès de manière générale par les anciens salariés :

- Les salariés qui perdent leur emploi bénéficient désormais à titre gratuit, dont le financement est donc totalement mutualisé, d'une portabilité étendue à 12 mois ;
- Ils peuvent demander dans les 6 mois suivant l'expiration de ce premier maintien des garanties à bénéficier du maintien au titre de l'article 4 de la loi Evin ;
- L'ancien salarié doit enfin recevoir, deux mois avant la date de fin du contrat de travail ou de fin de la période de maintien des garanties (ou du décès si les garanties le sont au chef d'un ancien salarié décédé), une proposition de l'organisme assureur de maintien de la

⁹¹ Chiffres INSEE 2014 : CDD = 29,3 %, intérim = 6,3 %, apprentis = 16 %.

couverture. Sur ce point en effet, tant l'étude du CREDOC de 2011⁹² que l'enquête de l'IRDES de 2012⁹³ montraient qu'à peine plus de la moitié des retraités interrogés connaissaient la possibilité offerte par la loi Evin et déclaraient avoir reçu une information ou proposition.

[191] Les données sur l'impact des nouvelles mesures et notamment de l'information systématique des salariés ne sont pas disponibles.

3.1.4 La réforme de l'ACS : une couverture apparemment moins coûteuse et meilleure et un transfert *a priori* satisfaisant vers les offres sélectionnées

3.1.4.1 Un encadrement des prix et des garanties qui pourrait assurer une meilleure lisibilité du dispositif

[192] Cette réforme majeure concerne celle des offres à laquelle l'aide publique est désormais réservée et leur mode de sélection et traduit une volonté d'intervention de plus en plus forte de l'Etat à la fois sur les prix et sur le contenu des contrats.

[193] La LFSS pour 2014 modifiée par la LFRSS du 8 août 2014 a instauré une procédure de sélection des contrats d'assurance éligibles à l'ACS par le ministère chargé de la sécurité sociale. L'aide est réservée désormais aux contrats, souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} juillet 2015, sélectionnés par l'Etat, en fonction de la conformité de leur contenu à un socle obligatoire, de leur prix et du service rendu⁹⁴. Les offres des organismes d'assurance doivent proposer des garanties au titre de trois contrats type distincts : d'entrée de gamme (« A »), de moyenne gamme (« B ») et de haut de gamme (« C »)⁹⁵. Les garanties de ces contrats, obligatoirement responsables, sont homogènes et proches des prestations de la CMU-C.

[194] L'examen des offres s'est effectué sur la base de deux critères : un critère prix (80 %) avec un engagement de stabilité sur trois ans, et un critère qualité (20 %). À l'issue de la procédure de sélection, un arrêté ministériel du 10 avril 2015 (dix offres) complété par un arrêté ministériel du 25 juin 2015 (une offre) a fixé la liste des onze offres retenues (sur 23 déposées)⁹⁶, et des 33 contrats: cinq mutuelles ou groupements de mutuelles, quatre sociétés d'assurance (ou bancassurance), un groupement Mutuelles-IP-SA, un groupement IP-mutuelles.

[195] Au 1er décembre 2015, 227 OC proposent les nouveaux contrats éligibles à l'ACS (contre 600 précédemment). Parmi ces organismes, 74 sont porteurs de risques (33 % des OC retenus) et 153 sont uniquement distributeurs des offres (67 % des OC retenus). Ils couvrent 82 % des utilisateurs d'une attestation de droits à l'ACS enregistrés à fin août 2015. Un suivi de l'évolution des effectifs de l'ancien vers le nouveau dispositif a été mis en place par le fonds CMU. Il s'agit dans ce cadre de vérifier qu'à compter d'août 2015, les utilisateurs de l'aide déclarés par les OC qui ne gèrent plus le dispositif vont baisser progressivement. En effet, un peu moins de 20 % des bénéficiaires de l'ACS relevaient d'OC qui n'ont pas candidaté ou n'ont pas été retenus dans le cadre de l'appel d'offres.

⁹² Rapport CREDOC-DSS Les contrats collectifs de protection sociale complémentaire au moment de la retraite : analyses des comportements et pratiques – janvier 2011.

⁹³ Opinions des salariés sur la complémentaire d'entreprise – QES n°181 novembre 2012.

⁹⁴ Décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale.

⁹⁵ A l'inverse de la typologie DREES pour les contrats individuels et collectifs les plus répandus (A = les garanties les plus étendues à E pour les garanties les plus faibles).

⁹⁶ Offre Pacifica (Crédit agricole et LCL), Offre ASACS (Association solidaire pour l'aide à la complémentaire santé). Offre Pôle santé prévoyance du groupe MACIF. Offre Assureurs complémentaires solidaires. Offre Atout Cœur Santé. Offre Klésia Mutuelle. Offre Oui Santé, Offre Accès Santé. Offre MTRL Offre Proxime Santé, Offre Mutuelle Saint-Martin.

[196] La réduction du nombre d'offres facilite *a priori* l'aiguillage vers celles-ci et leur comparaison. La réforme s'est par ailleurs accompagnée d'une promotion « globale » du dispositif, dont la nouvelle procédure a permis de parler plus largement, ce qui pourrait accroître sa notoriété. Les assureurs retenus font également la promotion du dispositif, avec des informations sur leurs sites, même si l'assuré ne dispose pas de réel « comparatif » sur le site du fonds CMU. Seuls des chiffres sur 2016 permettront toutefois de confirmer une tendance.

3.1.4.2 L'amélioration du rapport coût/garanties des contrats ACS

[197] L'appel d'offres ACS s'accompagne d'une **baisse significative des tarifs** des contrats ACS à niveau de garanties identique. En comparant les tarifs des trois offres les mieux disantes avec ceux des contrats actuellement souscrits par les bénéficiaires de l'ACS, la DREES chiffre cette baisse moyenne à 37 % pour le contrat offrant les garanties les plus faibles (A), 27 % pour le contrat intermédiaire (B) et 15 % pour le contrat offrant les garanties les plus élevées. L'ACS prenait en charge en 2013 52,5 % du coût de la complémentaire santé souscrite avec le concours de cette aide. Cette proportion atteint 56 % pour le contrat C, 67 % pour le contrat B et 80 % pour le contrat A dans le cadre de la nouvelle procédure.

[198] Le prix moyen des garanties tous niveaux de garanties confondus s'étend de 446 € à 540 €. Par type de contrat, les écarts de prix moyens sont de 344 € à 486 € pour le contrat de type A, de 446 € à 536 € pour le contrat de type B et de 547 € à 666 € pour le contrat de type C⁹⁷.

[199] Cet effort sur les prix se traduit au niveau des restes à charge annuels. Pour le niveau A, le RAC annuel varie de 8 € pour l'offre la mieux disante à 150 € de 110 € à 200 € pour le contrat B et de 211 € à 330 € pour le contrat C. Le RAC varie également selon l'âge et le niveau de garantie, avec une augmentation avec le niveau des garanties et l'âge pour l'ensemble des offres et des écarts importants entre les offres avec un RAC qui varie de 201 € à 493 € pour les 60 ans et plus en contrat de type C.

Tableau 7 : Reste à charge – offres ACS

A	16-49 ans	27 €	50 €	32 €	82 €	124 €	95 €	65 €	95 €	79 €	150 €
	50-59 ans	16 €	95 €	39 €	78 €	144 €	101 €	93 €	105 €	70 €	150 €
	60 ans et +	0 €	48 €	26 €	91 €	178 €	111 €	136 €	108 €	89 €	150 €
B	16-49 ans	115 €	128 €	105 €	147 €	143 €	143 €	109 €	156 €	161 €	198 €
	50-59 ans	129 €	238 €	161 €	160 €	168 €	194 €	189 €	200 €	211 €	198 €
	60 ans et +	92 €	171 €	206 €	201 €	205 €	183 €	306 €	212 €	258 €	198 €
C	16-49 ans	203 €	222 €	221 €	227 €	176 €	227 €	165 €	219 €	237 €	264 €
	50-59 ans	242 €	325 €	356 €	272 €	192 €	352 €	264 €	343 €	340 €	264 €
	60 ans et +	210 €	259 €	493 €	319 €	288 €	305 €	410 €	388 €	465 €	264 €

Source : Fonds CMU – le nom des organismes a été retiré

⁹⁷ Le fort différentiel de coût⁹⁷ des offres ACS conduit certains acteurs du marché à dénoncer un « dumping » de leurs concurrents dont l'objectif serait de capter ce marché, en tant qu'il permettrait de manière plus large d'entrer sur le marché de la complémentaire santé, d'autant que la population des bénéficiaires de l'ACS se renouvelle à hauteur de 50 % par an. La mission relève que les assureurs dont les offres sont les moins coûteuses l'expliquent à la fois par les caractéristiques des populations qu'ils assurent (moins consommatrices de soins) et des frais de gestion plus réduits car répartis sur d'autres activités. Les actuaires estiment quant à eux l'offre tenable, les économies s'étant faites sur les frais d'acquisition et de gestion.

[200] L'avis d'appel public à la concurrence ne demandait pas d'engagement pour les moins de 16 ans et les plus de 80 ans. Bien qu'une partie des candidats aient produits pour cette population des grilles tarifaires, il sera intéressant de regarder l'évolution des tarifs pour cette dernière classe d'âge (qui représente 8 % des titulaires de l'ACS).

[201] Les premiers constats montrent également une augmentation du niveau des garanties pour les bénéficiaires. Au 1^{er} janvier 2016, les contrats souscrits se répartissent en moyenne comme suit : 20,8 % de contrats A, 41,8 % de contrats B et 37,4 % de contrats C. Le niveau de garantie est globalement plus élevé par rapport aux contrats précédents comme l'illustre le tableau ci-dessous, même si les équivalences entre classes de contrats sont grossières et ne reflètent pas le détail des garanties.

Tableau 8 : Comparaison du niveau des garanties 2013-2015

Contrats ACS 2013		Contrats ACS post juillet 2015	
Classe	%	Classe	%
A	0,1		
B	2,4	C	37,4
C	18,3	B	41,8
D	31,6	A	20,8
E	47,6		

Source : Chiffres DREES – Fonds CMU- Mission

[202] On relève des différences selon les groupements.

Tableau 9 : Répartition par groupements et types de contrats au 1^{er} janvier 2016

	Formule A	Formule B	Formule C	Nombre utilisateurs ACS sur contrats A, B, C	Structure	Taux de montée en charge à la date / fin mai 2015 pour les 11 groupements
Accès Santé - ACS-P	21,3%	53,1%	25,5%	261 687	41,7%	92,2%
ACS Couleurs Mutuelles	27,8%	35,7%	36,5%	80 015	12,8%	85,0%
ASACS	20,1%	27,0%	52,9%	73 996	11,8%	104,6%
Assureurs Complémentaires Solidaires	23,8%	34,9%	41,2%	63 345	10,1%	39,3%
Proxime Santé	14,7%	22,1%	63,3%	38 538	6,1%	104,6%
Complémentaire santé Solidaire	24,4%	28,4%	47,2%	34 909	5,6%	168,6%
MTRL Complémentaire Santé	17,0%	42,3%	40,6%	24 028	3,8%	117,9%
Oui Santé	18,1%	36,0%	45,9%	15 678	2,5%	53,8%
Atout Cœur Santé	26,5%	33,1%	40,4%	15 412	2,5%	83,7%
Klésia ACS	7,4%	12,8%	79,8%	12 284	2,0%	98,6%
Mutuelle Saint Martin	22,9%	49,8%	27,3%	7 082	1,1%	102,1%
Total	21,7%	40,5%	37,8%	626 974	100,0%	80,5%

Source : Fonds CMU

- [203] Les premiers éléments disponibles ne permettent toutefois pas d'établir à ce stade un lien entre cet accroissement des garanties et la baisse des prix puisque qu'au 31 août 2015, le plus grands nombre de contrats conclus l'avait été auprès d'un des opérateurs présentant par ailleurs les coûts moyens parmi les plus élevés.

Tableau 10 : Répartition pris/effectifs par offre

Prix A	344 €	393 €	367 €	420 €	481 €	437 €	429 €	437 €	417 €	486 €	431 €
Prix B	446 €	495 €	482 €	503 €	503 €	500 €	521 €	517 €	536 €	534 €	552 €
Prix C	547 €	586 €	666 €	600 €	551 €	607 €	595 €	629 €	663 €	600 €	668 €
Effectifs A	5 347	4 970	2 088	8 852	447	10 511	1 494	1 072	25 866	2 468	190
Effectifs B	6 189	7 337	5 864	12 617	808	14 172	1 814	1 924	33 896	3 997	114
Effectifs C	10 309	11 466	5 504	14 357	3 193	13 554	2 108	2 557	26 454	11 096	141

Source : Fonds CMU décembre 2015 – retraitement données des 11 organismes complémentaires. Le nom des organismes a été retiré.

- [204] Cette tendance se confirme après la bascule du 1^{er} janvier 2016 puisque cette offre regroupe 42 % des souscripteurs de contrats A, B et C. Ce constat renvoie aux critères de choix du contrat (OC déjà connu, proximité de l'agence...), qui primerait sur le coût, et la lisibilité des prix pour les bénéficiaires ACS. Plusieurs des offreurs retenus ont souligné lors des entretiens que sur un risque court comme le risque santé, on change assez peu de complémentaire, que le critère de l'accueil et de l'accompagnement est important et que les assurés resteront très majoritairement dans leur organisme. Il sera néanmoins intéressant de voir quelle sera l'attitude des 20 % d'assurés qui relèvent d'organismes non retenus ou qui n'ont pas candidaté et, si cela est possible, de connaître les raisons de leur choix.

3.1.4.3 Une incidence positive possible sur le taux de recours

- [205] La nouvelle procédure comporte des risques : celui notamment d'une « évaporation » pour reprendre le terme du rapport de la Cour des comptes déjà cité, d'une partie des utilisateurs actuels de l'ACS et notamment des quelques 20 % de bénéficiaires qui ne sont aujourd'hui plus couverts par une des offres sélectionnés. Outre qu'*a contrario*, plus de 80 % d'entre eux sont dans un organisme d'assurance sélectionné, il a été prévu pour faciliter la transition vers une offre retenue, que les assurés bénéficient de la possibilité instaurée, par l'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 de la possibilité pendant six mois de dénoncer leur contrat sans tenir compte de la date de fin de contrat et en respectant un préavis de deux mois. Les organismes d'assurance doivent en outre informer leurs adhérents de leur présence ou non sur la liste ministérielle des organismes sélectionnés, et les caisses de sécurité sociale doivent désormais remettre à chaque nouvel entrant dans le dispositif, autres divers documents d'information, la liste des contrats éligibles.
- [206] Par ailleurs et ainsi que le souligne le même rapport, la taille et le poids commercial des offreurs concernés pourraient au contraire favoriser une diffusion plus large de l'ACS parmi les bénéficiaires potentiels, faisant ainsi reculer le non recours.

- [207] Les constats du fonds CMU au 1^{er} janvier 2016 sont de ce point de vue encourageants : près de 630 000 utilisateurs des contrats ACS toutes classes confondues sont dénombrés au 1^{er} janvier 2016, ce qui correspond à un taux de montée en charge de 81 % par rapport aux effectifs rattachés aux onze groupements au 31 mai 2015, alors même que deux des groupement enregistrent une montée en charge beaucoup plus faible du fait de retards de traitement liés à l'incomplétude des dossiers et que les deux groupements les plus importants signalent l'existence de nombreux dossiers en cours de traitement. Cette évocation de nombreux dossiers en attente est cohérente avec les témoignages de ces gros opérateurs recueillis par la mission.
- [208] Il faudra préciser le potentiel de bascule. A ce stade et d'après le questionnaire adressé par le fonds CMU aux onze groupements, les seuls trois organismes ayant répondu ont fait état d'un taux de 40 % de nouveaux adhérents. Une nouvelle interrogation a donc été lancée auprès des onze groupements ainsi que des cinq principaux organismes complémentaires « sortants », afin de préciser le nombre de personnes encore couvertes par un ancien contrat ACS susceptibles de basculer dans les mois qui viennent dans le nouveau dispositif.

3.2 Un impact des réformes récentes encore à apprécier et le risque d'effets non anticipés

3.2.1 La crainte des acteurs d'une fragilisation des mécanismes de solidarité

3.2.1.1 La recommandation : l'ouverture du marché à la concurrence mais un éparpillement possible porteur de moindre mutualisation

- [209] La censure des clauses de désignation par le Conseil constitutionnel a créé une incertitude sur le déroulement de la généralisation et son coût, en particulier pour les petites entreprises. Le risque existe que cette ouverture à un nombre d'acteurs potentiellement importants, si elle favorise la transparence, conduise à une sélection *de facto* des risques par certains assureurs, comme le souligne le rapport Libault précité, même si certains interlocuteurs rencontrés par la mission prônent plutôt une mutualisation inter-branches⁹⁸. Les régimes de branche pouvaient par ailleurs mettre en place des droits non contributifs destinés à assurer une solidarité professionnelle qui va au-delà des exigences légales, s'appuyant parfois sur un fonds de solidarité⁹⁹. La mise en œuvre des droits non contributifs est facilitée, si ce n'est est rendue possible, grâce à un assureur unique qui couvre l'ensemble de la branche. Si plusieurs assureurs sont en concurrence au sein d'une même branche, l'organisation même de cette solidarité paraît plus problématique. Lors des entretiens, nombre d'organismes assureurs ont fait valoir qu'en outre, la simple recommandation implique un déploiement accru sur le territoire, auprès des entreprises, pour se positionner, ce qui a tendance à accroître les charges notamment de publicité et d'acquisition.

⁹⁸ En fonction du secteur d'activité en effet, les caractéristiques démographiques des branches sont bien différentes ; tel secteur dont les salariés sont plus âgés serait ainsi défavorisé par rapport à un autre dont la structure d'âge est plus jeune.

⁹⁹ Sur ce point, cf. rapport Libault sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective

3.2.1.2 Un impact encore difficilement appréciable des nouveaux cas de dispenses de droit

- [210] L'ajout de plusieurs dispenses de droit public à l'initiative du salarié par le décret du 30 décembre 2015 qui modifie l'article D 911-2 du CSS emporte, dans une proportion difficile à apprécier à ce stade, un risque de démutualisation au niveau de l'entreprise. Ces nouvelles dispenses ne remettent pas en cause les dispenses inscrites dans l'acte juridique instituant les garanties telles que prévues par ailleurs à l'article R 242-1-6 du CSS.

Les nouvelles dispenses d'ordre public - Art D 911-2 CSS

- *Salariés bénéficiaires de l'aide l'ACS ou de CMU-C
- * Salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du régime ou de l'embauche si celle-ci est postérieure, jusqu'à échéance du contrat individuel
- * Salariés qui bénéficient, même en temps qu'ayants droit, d'une couverture collective issue d'un des dispositifs suivants :
 - personne déjà couverte par une couverture collective à titre obligatoire ;
 - régime local d'Alsace-Moselle ;
 - régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
 - mutuelles des fonctions publiques ;
 - contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » destinés aux travailleurs indépendants.
- * salariés en CDD inférieur à trois mois ou en contrat de mission inférieur à trois mois (en l'absence de couverture collective au moins égale à trois mois)

3.2.1.3 Un risque pour la solidarité familiale en entreprise ?

- [211] Le choix des pouvoirs publics de fixer à 50 % la participation de l'employeur sur l'ensemble du périmètre du contrat souscrit pourrait conduire les employeurs à recentrer systématiquement le contrat sur la seule personne du salarié, au détriment des contrats famille, ou bien en faisant de cette couverture famille une couverture facultative à la seule charge du salarié. A cet égard l'analyse de la DSS précitée portant sur les accords de branches montre que près de la moitié ne prévoit pas la couverture des ayants-droits. C'est un risque qui a été souligné à la mission lors de ses entretiens.

3.2.1.4 Le nouveau crédit d'impôt « seniors » et le financement de la CMU-C

- [212] L'instauration d'un crédit d'impôt au profit des contrats seniors diminue à concurrence du montant de TSA les finances du fonds CMU-C¹⁰⁰ et pourrait être perçue comme une forme de redistribution de personnes en situation de pauvreté vers des personnes qui ne le sont pas nécessairement, bien que plus âgées.

3.2.1.5 Le développement d'options et de sur-complémentaires

- [213] De l'avis de l'ensemble des acteurs de la profession, les options ou les sur-complémentaires facultatives vont se multiplier, comme compensation à l'obligation de participation de 50 % sur l'ensemble du contrat souscrit et du fait de la tendance sur le long terme à l'alignement sur le panier minimal de soins. Deux organismes, l'un mutualiste l'autre société d'assurance font état des éléments suivants quant à la composition (fin janvier 2015) des contrats vendus et des options qui les accompagnent :

¹⁰⁰ 95 M€ en hypothèse haute selon les chiffres DSS

Organisme 1

29 % (20 % panier ANI/9 % bas de gamme) sur du bas de gamme avec option individuelle pour les 2/3
 54 % sur milieu de gamme et 1/5 avec renfort en option
 17 % sur haut de gamme et pas de renfort

Organisme 2

GO 12 % panier ANI –60 % avec option facultative
 G 1 9 % bas de gamme - 60 % avec option facultative
 G2 37 % moyenne gamme - 27 % avec option facultative
 G3 26 % moyenne gamme - 10 % avec option facultative
 G4 13 % haut de gamme – 4 % avec option facultative
 G5 3 % supérieur 0,5 % avec option facultative

[214] Plusieurs sociétés proposent par ailleurs des sur-complémentaires souscrites à titre individuel, sous formes de contrats distincts et qui visent à compléter la base souscrite par l'entreprise lorsqu'il s'agit du panier ANI. L'adhésion aux sur-complémentaires et options représenterait, selon les observations d'un cabinet d'actuaire à janvier 2016, 30 % dans les nouveaux contrats. Il est aussi renvoyé aux premiers constats cités *supra* de la DSS quant à l'existence d'options dans 63 % des accords de branches analysés. Ce mouvement pourrait être accentué par le plafonnement des dépassements d'honoraires, vivement ressenti par les salariés, et pourrait contribuer au développement des sur-complémentaires non responsables pour maintenir le niveau de garanties.

[215] L'effet potentiel de ce mouvement est multiple :

- sur le niveau réel des garanties dès lors l'on entre dans un schéma « à la carte » qui peut faire reculer le salarié devant le coût total (base + options) ;
- sur le coût global de la complémentaire santé si ces sur-complémentaires sont des contrats séparés, souscrits à titre individuel par les salariés pour compenser un contrat de base trop faible ;
- sur le caractère solidaire du système : le risque n'est pas nul que les moins bien couverts, qui ne choisiront pas de sur-complémentaire ou d'options faute de pouvoir les financer, financent indirectement la surconsommation de base comme complémentaire des mieux couverts, générant ainsi ce qu'un actuaire entendu dans le cadre de ces travaux appelle de la « *solidarité inversée* ».

3.2.1.6 La loi Evin, les projets de réformes et les interrogations sur la soutenabilité du système

[216] La loi Evin et ses décrets d'application limitent, au profit des retraités conservant la complémentaire d'entreprise, l'augmentation de la cotisation à +50 %. Les textes actuels restent ambigus sur le caractère viager de cet encadrement, qui engendrerait des inquiétudes au sein du monde de l'assurance, en termes de soutenabilité. Le Comité consultatif du secteur financier (CCSF), cité par le HCAAM dans son rapport de 2013, relevait dans son avis du 8 avril 2009 l'absence de contrôle des assureurs sur l'évolution du dispositif et indiquait : « *une application viagère de l'augmentation tarifaire plafonnée à 150 % apparaît délicate d'un point de vue prudentiel, compte tenu du vieillissement démographique et de l'évolution du périmètre de l'assurance maladie obligatoire* ». Cette analyse est largement partagée par l'ensemble des opérateurs et leurs conseils en actuariat rencontrés par la mission. La situation sociodémographique des branches est différente et peut aussi conduire à une forme de sélection non plus des individus mais des secteurs d'activité, telle branche comportant une proportion importante de travailleurs plus âgés étant délaissée par les assureurs au profit de branches plus « jeunes », avec un risque de fort renchérissement des coûts pour les premières et de baisse des garanties pour assumer la charge. Sans compter que la cristallisation des garanties, qui restent celle des actifs au moment du départ de l'entreprise soulève la question de leur adaptation à des besoins des retraités qui évoluent dans le temps.

[217] Par ailleurs, les auditions ont fait émerger une crainte majeure, liée à l'étalement de l'augmentation de 50 % sur trois ans, encore en discussion, à raison de 0 % - 25 % et 50 %. Si cette mesure peut être perçue favorablement par un certain nombre de salariés, elle n'est pas sans effet pervers car elle pourrait favoriser un appel d'air vers ce dispositif peu utilisé, que les assureurs, compte tenu de cette limite de 150 % et de son potentiel caractère viager, ne jugent pas soutenables économiquement. Dès lors, un afflux massif mettrait ceux-ci en grande difficulté et les obligerait à renégocier le niveau de primes et donc à transférer massivement la charge vers les actifs. Une IP a ainsi estimé à 15 % la majoration du tarif des actifs nécessaire, et une simulation FFSA pour une TPE de trois salariés (âge moyen 45 ans) donne le chiffre de 25 %. D'autres soulignent même le risque d'un désengagement de certains assureurs sur le champ de la santé en l'absence d'équilibre économique minimum.

3.2.1.7 Le sujet des salariés précaires

[218] L'encadrement législatif concernant les précaires a pu heurter certaines dynamiques en cours dans les branches.

[219] C'est le cas du secteur agricole par exemple, qui compte près d'1,4 million de contrats saisonniers, parfois de très courte durée (une journée). Très fortement impacté par l'ANI bien que considérant n'avoir pas été partie à la négociation, le secteur agricole estime que le texte vient percuter une négociation entamée positivement depuis quelques années sur ce sujet et qui avait permis tout récemment des avancées réelles. L'accord de branche, retoileté en 2015 et étendu en décembre (avenant de l'accord de 2010) prévoyait que tous les salariés de plus de trois mois d'ancienneté (contre douze dans l'accord de 2010 puis six mois depuis 2014) pouvaient bénéficier d'une complémentaire santé. Cette négociation s'inscrivait dans le cadre d'une participation patronale initiale inférieure aux 50 % prévus par l'ANI et la LSE.

[220] Dans les branches de la propreté et du travail temporaire également, qui avaient mis en place des solutions pour couvrir les salariés précaires (cotisation proportionnelle au salaire), ce dispositif risque aussi de remettre en cause l'économie générale du régime, à moins que les partenaires sociaux ne se saisissent de l'opportunité qui leur est offerte pour limiter l'étendue du versement santé. De manière générale, la complexité de la mise en œuvre de la réforme et du contrôle de l'existence d'une couverture pour bénéficier de la dispense (puisque la production d'une attestation sur l'honneur par le salarié suffit) est relevée par de nombreux acteurs, assureurs ou fédérations patronales.

3.2.2 La segmentation du marché et de possibles effets sur le coût et le niveau des garanties

[221] La multiplication de récentes mesures catégorielles en direction des plus âgés, des retraités et des précaires, outre qu'elle envoie un message qui peut paraître brouillé voire contradictoire par rapport à l'ambition affichée par ailleurs d'universalité portée par d'autres mesures dans le champ de la santé, accroît la segmentation : c'est ce que soulignent l'ensemble des assureurs rencontrés. Ils estiment que visant, avec de bonnes intentions, à répondre à différents types de situations qu'elles traitent de manière distinctes, les diverses mesures juxtaposées conduisent en fait à une segmentation des risques préjudiciables à certains assurés, en termes de prix comme de garanties.

➤ La question des retraités

[222] La mesure en faveur de 65 ans et plus, outre sa relative modicité (1 % des primes en crédit d'impôt pour les assureurs), en resserrant la base de mutualisation sur une population déjà plus à risques que la population générale, ne peut être à terme que porteuse de risques selon les OC :

- Celui de la mise en place de tarifs encadrés ne reflétant pas la réalité de la sinistralité, indexés sur une valeur (l'ONDAM) qui ne permet pas d'ajuster le niveau de risque ;
- Celui d'une sélection au sein de la catégorie des 65 ans et plus, entre « bons risques » (avant 70-75 ans) et « mauvais risques » au-delà, là aussi préjudiciables aux plus âgés, afin de pouvoir offrir un tarif en apparence intéressant ;
- Celui d'une difficulté renforcée d'accès à la complémentaire santé si certains assureurs se concentrent sur la frange la moins à risque de cette population ne laissant qu'une partie des assureurs sur un marché par nature plus coûteux pour eux-mêmes comme pour les assurés.

[223] La question des retraités et des plus âgés, dans un contexte de vieillissement de la population et d'allongement de la durée de vie, à laquelle le PLFSS apporte une première réponse, impliquera sans doute une approche plus globale. Certaines branches (UCANSS¹⁰¹) ont apporté des formes de réponse par des fonds de mutualisation.

La solidarité au profit des anciens salariés à l'UCANSS

Elle est inscrite dans le Protocole d'accord du 12 septembre 2008 – applicable depuis le 1^{er} janvier 2009 signé avec les organisations syndicales qui institue un régime complémentaire de couverture des frais de santé au profit des salariés des organismes de Sécurité sociale.

Le maintien des garanties de la complémentaire des actifs est proposée aux anciens salariés. Les cotisations sont à leur charge avec la participation d'un fonds dédié au financement.

→ Qui est concerné ?

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage
- les ayants-droits d'un salarié décédé ou d'un ancien salarié décédé

→ L'adhésion est volontaire

→ Le paiement des cotisations est à la charge des cotisants pour 80 %, le fonds de financement participe à hauteur de 20 %.

→ Le fonds de financement des cotisations des anciens salariés

Il est alimenté, outre des dons et legs, par une retenue sur la rémunération perçue pendant un congé maladie. Dans le cadre du maintien de salaire des agents en cas de congés maladie en application de la convention collective, il est posé que l'agent ne peut percevoir un total de rémunération supérieur à celui qu'il aurait reçu s'il avait travaillé effectivement. A cet effet, une retenue est effectuée de façon à ramener la rémunération totale à ce qu'elle aurait été pour une période de travail correspondante. Le montant de cette retenue est versé au Fonds de financement des cotisations des anciens salariés.

¹⁰¹ Union des caisses nationales de sécurité sociale.

[224] Mais la difficulté, déjà soulevée par le rapport HCAAM, consiste à ne pas faire payer les actifs de manière excessive pour les retraités et inactifs, au risque de voir remettre en cause le principe même de la mutualisation. Ce risque est réel : les départs de jeunes assurés constatés par un grand opérateur mutualiste a conduit celui-ci à revoir sa tarification afin de limiter les transferts intergénérationnels et de stopper la fuite des « bons risques ».

[225] Par ailleurs, la focalisation sur cette population spécifique, sans nier l'importance du RAC et du taux d'effort qui sont les siens, pourrait être mise en regard de sa capacité contributive globale en comparaison d'autres (les jeunes salariés ou les salariés pauvres par exemple). Le rapport du conseil d'orientation des retraites¹⁰² de décembre 2015 relève que si l'état de santé des retraités est moins bon que celui de la population et les dépenses afférentes supérieures, leur richesse moyenne est supérieure comme leur patrimoine médian, avec un taux d'équipement et des conditions de logement meilleures¹⁰³. En réalité, il n'y a pas une population de retraités, mais des retraités dans des situations diverses, et il existe déjà des dispositifs centrés sur les populations les plus fragiles dont ils pourraient bénéficier en fonction de leur niveau de revenu, quitte à aménager ces dispositifs pour tenir compte du taux d'effort plus important de cette population.

➤ Un risque de hausses des primes

- Sur les contrats collectifs : On l'a vu *supra*, un des effets probable de l'ANI en augmentant le marché des contrats collectifs et en recentrant celui des contrats individuels sur des populations *a priori* plus âgées ou plus à risque aura un impact sur le montant de primes des contrats individuels. Mais le risque d'augmentation paraît tout aussi réel à moyen terme pour les tarifs des contrats collectifs : les résultats techniques des contrats collectifs sont en effet actuellement et depuis des années négatifs ; cette situation sera d'autant moins tenable pour les assureurs que le nombre de personnes couvertes va augmenter et que la concurrence à laquelle continuent de se livrer les assureurs dans le cadre du déploiement de l'ANI a fait baisser les prix. Des éléments recueillis auprès d'assureurs et actuaires, l'offre de prix pour le panier de soins ANI est contrastée : telle mutuelle indique que son panier ANI est à 23 € en moyenne (31,50 € avec renfort). Tel actuaire fait état d'une moyenne de 24 € pour les TPE de dix salariés (cotisation pour le salarié seul – âge moyen 40 ans) avec toutefois des écarts de presque un à deux entre l'offre la plus basse et l'offre la plus haute. Tel autre actuaire estime le coût technique du panier ANI à 28 €, alors même que les prix de vente sont parfois inférieurs à 20 €. Certaines offres très basses paraissent à ces interlocuteurs peu viables économiquement sur le long terme. S'il est possible que certains assureurs diffusent initialement des contrats « déficitaires » dans le cadre de l'ANI, cette situation ne pourra pas perdurer et la nécessaire exigence de rentabilité conduira à une hausse des prix.
- Sur l'ACS : beaucoup d'OC ont souligné la sous-estimation des tarifs ACS issus de l'appel d'offres et prédisent une hausse de ceux-ci lors du prochain. La mission n'a pas pu juger de cet état de fait, mais elle ne peut que souligner le danger qu'il y aurait en effet à "sous-tarifier" le risque d'une population, pour à terme procéder à des réajustements tarifaires qui pourraient être significatifs. La DSS n'a pas évalué lors de l'étude des offres le lien entre les coûts et les tarifs. Il serait sans doute intéressant de réfléchir à une façon de l'intégrer, au moins sous forme d'alerte, lors du prochain appel d'offres, en s'appuyant éventuellement sur la notion d'offre "anormalement basse" et sur l'expertise d'actuaires.

¹⁰² Les retraités : un état des lieux de leur situation en France – 16 décembre 2015 Conseil d'orientation des retraites.

¹⁰³ Les chiffres de l'INSEE sur les structures des dépenses selon l'âge en 2011 illustrent un poids significativement supérieur des dépenses de logement ou de transport par exemple des moins de 25 ans par rapport aux 65 ans et plus, à la différence des dépenses de santé.

➤ Ou l'alternative d'une baisse des garanties ?

Concernant les contrats collectifs, la définition d'un panier minimal et d'une participation minimale de 50 % pourrait aussi faire craindre une baisse des garanties selon les professionnels du secteur. Selon le baromètre de la prévoyance du CREDOC paru en juillet 2015, les entreprises qui n'avaient pas encore mis en place la généralisation de la complémentaire santé semblaient avoir la volonté de limiter celle-ci au minima contrairement aux souhaits exprimés par les salariés. Ces entreprises étaient le plus souvent des entreprises de petite taille, de moins de dix salariés (environ neuf entreprises sur dix n'ayant pas mis en place de complémentaire santé sont des petites entreprises).

Si les premières observations de la DSS, à relativiser car au niveau des branches, ne semblent pas indiquer un alignement sur ce panier minimal, les éléments provisoires¹⁰⁴ communiqués par deux organismes assureurs sur les sur-complémentaires (*cf. supra*), affinent ce constat d'une baisse malgré tout des garanties, le panier ANI étant devenu la référence basse pour négocier. Dans ces deux cas, la majorité des contrats sont de fait supérieurs au panier ANI, mais on note en revanche, en particulier sur les contrats de basse gamme, l'importance des options. Cet alignement du contrat « socle » sur le panier ANI est nettement plus sensible pour les entreprises de petite taille (de un à 20 salariés), sur fond de tendance assez générale que soulignent plusieurs assureurs à stabiliser les budgets et à jouer sur le niveau des garanties. Cette tendance à un tassement des garanties (accentuée par la mise en œuvre du nouveau contrat responsable) se traduit, selon les données communiquées par un actuaire membre de l'Institut de protection sociale, par une augmentation des RAC entre 2013 et fin 2015¹⁰⁵ de +5 % pour les médecins généralistes, +1 % pour les soins dentaires et de +7 % pour l'hospitalisation.

[226] De manière générale, l'obligation de participation minimale à hauteur de 50 % pourrait selon les interlocuteurs du secteur se traduire par une renégociation à la baisse dans le temps des garanties pour maintenir un niveau d'engagement identique de l'entreprise en valeur absolue, le différentiel étant pris en charge par une sur-complémentaire à la charge du salarié.

3.2.3 Des effets potentiellement non anticipés en termes d'accès à la santé

[227] Plusieurs effets dont certains non anticipés et potentiellement contre-productifs par rapport aux objectifs affichés ont été évoqués par les nombreux interlocuteurs rencontrés à l'occasion de la rédaction du présent rapport. S'il est bien trop tôt pour mesurer la réalité, il faudra s'assurer qu'ils ne se traduisent pas par un accès aux soins amoindri.

➤ Une couverture ACS moins bien adaptée ?

[228] La réforme de l'ACS conduit les assurés bénéficiaires de l'ACS au sein des groupes non retenus pour la labellisation, à une alternative entre une perte de l'avantage financier procuré par l'ACS (s'ils souhaitent conserver l'assureur qu'ils connaissent et *a priori* apprécient) et une plus grande complexité (s'ils souhaitent continuer à bénéficier de l'ACS, ils doivent en effet effectuer les démarches nécessaires pour changer de groupe). Le suivi du devenir des quelques 20 % d'assurés aujourd'hui pris en charge par des OC non retenus par l'appel d'offres est en cela très important. Par ailleurs, il semblerait qu'une partie (marginale) de la population se retrouve moins bien couverte qu'elle ne l'était auparavant. Tel assureur relève ainsi que son offre ACS, qui couvrait les frais d'obsèques, dans le cadre d'un travail partenarial avec une grande association du secteur social qui avait fait remonter ce besoin exprimé par les populations qu'elle prend en charge, ne les couvre plus dans le nouveau dispositif ACS, ce qui est perçu pour la population concernée comme un recul.

¹⁰⁴ Chiffres fin janvier 2015 - Plus de 30 % des entreprises n'ont pas encore conclu selon l'un des organismes.

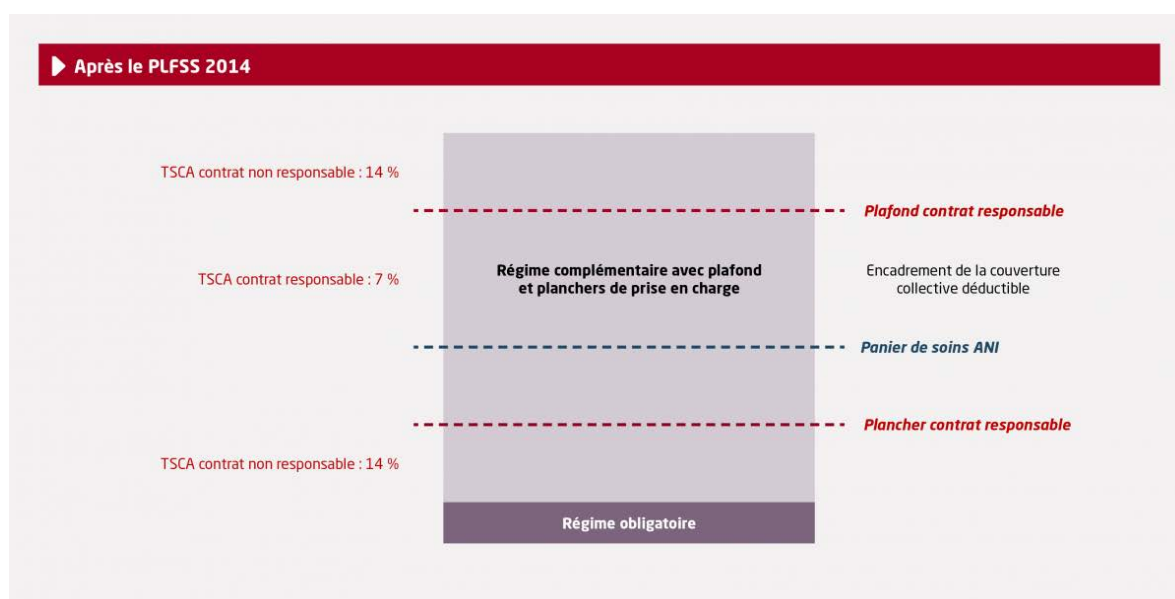
¹⁰⁵ Analyse des restes à charges sur les recommandations dans les accords de branches-15/01/2016

[229] Un autre assureur également très présent sur la population ACS avant et après réforme, constate une légère régression de l'offre majoritairement retenue par rapport à son offre antérieure : l'offre C de l'appel d'offre ne correspond pas tout à fait à l'offre antérieure qui rassemblait plus de 50 % de la population ACS ; la comparaison des tableaux de garanties illustre en effet un léger décalage pour l'ensemble des garanties.

➤ La lisibilité des différents paniers

[230] La coexistence d'un panier ANI et d'un panier « responsable » (ainsi d'ailleurs que de deux paniers qui restent différenciés pour les populations fragiles -CMU-C et ACS) est interrogée par une partie des acteurs, tant sur le plan de sa pertinence que comme facteur de complexité.

Graphique 3 : Les différents paniers de soins



Source : *Argus de l'assurance*

➤ Les contrats responsables ne le seraient pas toujours

[231] Les plafonds comme le niveau des plafonds d'optique sont dénoncés par pratiquement tous les opérateurs du secteur, qui indiquent souvent avoir dû revoir leur contrats sur ce point après la modification intervenue en 2014 ; certains soulignent l'effet inflationniste que cela peut engendrer sur un secteur où les réseaux d'opticiens avaient permis d'avancer. D'aucuns avancent même la proposition de ne plus rembourser l'optique, sauf verres médicalisés, comme c'est le cas partout ailleurs en Europe.

D'autres pointent le caractère difficilement compréhensible de la limitation des dépassements sur certains spécialités trop peu présentes (pédiatres), très « pédagogiques » (gynécologie) ou difficilement contournables (cardiologie) et qui exigent la plupart du temps des rendez-vous de plus longue durée. Il en va de même sur les soins dentaires ou les actes pratiqués en dépassement à l'hôpital. De plus, la réforme repose sur le pari que les professionnels de santé pratiquant des dépassements d'honoraires limiteront leurs tarifs aux niveaux maximums autorisés. Or ce pari n'est pas gagné, en particulier en région parisienne¹⁰⁶ et le risque est donc celui d'une augmentation du reste à charge pour les assurés ou d'un temps d'attente significativement plus élevé pour recourir à un médecin ne pratiquant pas de dépassement, voire

¹⁰⁶ La région la plus affectée par ces dépassements qui y concernent 10,9 % des généralistes et 30,7 % des spécialistes in « Offres de soins et état de santé » DREES -2014.

d'un transfert vers un contrat individuel non responsable pour assumer malgré tout la prise en charge. Enfin certains pointent l'absurdité de ne pas pouvoir se voir offrir des contrats « plus simples » (par exemple ne portant que sur l'hospitalisation pour les personnes âgées ou les jeunes notamment) ou la faiblesse des objectifs de prévention dans le contrat responsable.

3.2.4 Des interrogations sur la stabilité du système comme sur la place des mutuelles sur le marché

3.2.4.1 L'impact négatif sur le coût des contrats de l'instabilité législative et réglementaire

[232] Tous les organismes assureurs évoquent l'impact sur leur organisation comme sur les frais de gestion des évolutions trop fréquentes de la réglementation, tant en matière de systèmes d'information que de formation des personnels permanents et de recrutement de personnels temporaires pour répondre aux interrogations nombreuses des assurés, avec une répercussion sur le coût des contrats pour les assurés.

[233] Tel assureur mutualiste chiffre ainsi la mise en conformité, pour les contrats individuels, au nouveau contrat responsable à +0,8 % du montant de la prime et jusqu'à 2,1 % sur les contrats les plus bas et indique avoir dû accroître de plus de 10 % son effectif sur plate-forme téléphonique depuis l'ANI, l'appel d'offres ACS et la modification du panier du contrat responsable. Tel autre, institut de prévoyance, évalue à un minimum de 4 M€ le coût en gestion de cette réforme, en reparamétrage des contrats pour l'essentiel, mais également en impact au niveau des centres de relations clients et centres de gestion.

3.2.4.2 Des interrogations sur la place des mutuelles dans un cadre d'évolution très forte de la structuration du marché

[234] Le transfert important attendu du marché de l'individuel vers le collectif inquiète aussi les acteurs sur leur positionnement respectif. Le chiffre d'affaires des contrats individuels qui représente en 2013 18,4 Mds € devrait accuser une diminution comprise entre 3 Mds€ et 4 Mds€ selon les hypothèses. Malgré la hausse du marché des contrats collectifs, la DREES estime que le marché global (collectif + individuel) de l'assurance complémentaire pourrait baisser de 800 à 900 millions d'euros, malgré l'augmentation globale du nombre de personnes couvertes.

[235] Ce sont les mutuelles qui seraient le plus touchées par cette baisse de chiffre d'affaires, étant donné leur positionnement en santé et sur les contrats individuels (*cf. supra* partie 1). Certaines mutuelles ont largement anticipé ce mouvement et sont dans des stratégies d'alliance ou de constitutions de groupes ou sociétés pour conforter leurs positions sur les différents segments, individuels comme collectifs, voire élargir leur activité. Le caractère concurrentiel du secteur favorise ces stratégies (ainsi le rapprochement EOVI-ADREA, Harmonie-MGEN, la constitution d'une société d'assurance Mutex à capitaux mutualistes par cinq acteurs mutualistes). Par ailleurs, le marché des contrats individuels résiste bien¹⁰⁷ et la multiplication de sur-complémentaires individuelles pourrait conforter cette « résistance ». L'importance du réseau territorial et de l'accompagnement jouent également. Enfin, le développement des sur-complémentaires et la hausse possible à moyen-terme des tarifs des contrats collectifs sont susceptibles d'atténuer la baisse du marché de l'assurance individuelle.

¹⁰⁷ Selon la DREES, la masse totale des primes collectées au titre des contrats individuels a été plus dynamique en 2014 que celle au titre des contrats collectifs et l'évolution des contrats individuels se maintient pour 2013 et surtout 2014 malgré la généralisation.

4 LE MONTANT GLOBAL DES AIDES EST COMPLEXE A APPREHENDER

[236] La mission pour effectuer ses travaux sur l'évaluation du montant des aides et sur les scénarios éventuels de redéploiement, a monté un groupe de travail avec différentes administrations (DSS, DREES, DGFIP et DGTrésor). Ce groupe de travail s'est réuni à trois reprises entre décembre et février.

[237] Concernant l'évaluation des aides publiques destinées à faciliter l'acquisition d'une complémentaire santé, la mission a constaté que beaucoup de choses avaient été écrites, beaucoup de chiffres annoncés (4,3 Mds€ pour la Cour des comptes, mais hors dépenses CMU-C et ACS; 5,6 Mds€ tout compris pour le HCAAM), que ceux-ci ne comprenaient souvent pas les effets de l'ANI et que dans les différentes publications se confondaient souvent plusieurs notions. Elle a donc souhaité remettre à plat les différents concepts et les chiffrages, poste par poste.

[238] Elle a procédé en deux temps : elle a tout d'abord dressé un panorama global des flux financiers (recettes et dépenses publiques) liés aux complémentaires santé, avant de définir au sein des dépenses publiques ainsi isolées ce qui correspond selon elle à la définition d'une aide.

4.1 Des flux financiers liés aux complémentaires santé qui ont atteint ces dernières années des montants très importants

4.1.1 En recettes

[239] Le choix a été fait de ne pas comptabiliser les taxes non liées aux contrats complémentaires santé. Mais les OC payent également de l'IS ou de la taxe sur les salaires.

[240] Les OC étaient assujettis avant 2016 :

- à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) au taux de 6,27 % depuis 2011;
- à la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) :
 - au taux de 14 % depuis 2012 (*cf. supra*) lorsque les contrats vendus ne sont pas responsables ;
 - au taux de 7 % depuis 2012, lorsque les contrats vendus sont responsables;

Depuis le 1er janvier 2016, TSA, TCA et TSCA ont été fusionnées en une taxe unique, et la nouvelle TSA est au taux de 13,27 % ou au taux de 20,27 % selon le contenu des contrats, à quelques exceptions près¹⁰⁸.

[241] Par ailleurs, en matière de contrats collectifs, les employeurs payent sur la contribution qu'ils versent à l'OC pour leur salarié :

- du forfait social à 8 %. Pour calculer le montant de forfait social obtenu uniquement sur les primes « santé » (les montants affichés dans l'annexe 5 portant sur le forfait payé sur l'intégralité des primes santé/prévoyance), la mission a reconstitué l'assiette exemptée de cotisations sociales uniquement santé (l'annexe 5 du PLFSS ne fournissant qu'une assiette santé/prévoyance : 15,9 Mds€ en 2014 pour le PLFSS 2016).

Elle est répartie du montant global des primes versées aux OC en santé figurant dans le rapport annuel de la DREES déjà cité (15,3 Mds€ en 2014), y a appliqué le taux de participation employeur au financement de la protection complémentaire en entreprise issu du rapport

¹⁰⁸ Assurances dites « de groupe », professions agricoles, personnes non prises en charge par un régime obligatoire français, contrats complémentaires des indemnités journalières...

d'activité de la COMAREP¹⁰⁹ de 2012 (54 %), ce qui donne une assiette de 8,3 Mds€ A cette assiette a été appliqué un taux de 80 %, représentant la part des contrats obligatoires, estimée dans l'enquête PSCE de 2009 de la DREES déjà citée. **L'assiette des primes santé versées par les employeurs en 2014 et exemptée de cotisations sociales a donc été évaluée à 6,6 Mds€**

La DSS a évalué à 19,83 % la part des entreprises de moins de 10 salariés exonérée de forfait social. Le taux de 8 % est donc appliqué sur une assiette de 5,3 Mds€, ce qui donne 424 M€¹¹⁰.

- de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) à un taux global de 8 %¹¹¹, ce qui fait sur une assiette à 6,6 Mds€ un montant de 530 M€ pour 2014.

[242] Enfin, depuis le PLF 2014, les salariés se voient réintégrer dans leur revenu imposable la part payée par leur employeur pour leur complémentaire santé, auparavant exonérée d'impôt sur le revenu (IR). L'étude d'impact du PLF estimait le rendement de cette mesure à 1 Mds€

[243] Au total, les recettes associées aux contrats complémentaires santé s'élèvent en 2014 à 6,45 Mds€, hors effets ANI¹¹², puisque l'année 2014 a été l'année de référence. Il faudrait y ajouter 450 M€ si on voulait inclure les effets de l'ANI sur le forfait social et la CSG/CRDS¹¹³.

Tableau 11 : Recettes fiscales et sociales liées aux contrats complémentaires santé en 2014 (en Mds€)

Recettes	
TSA (6,27 %)	2,1
TSCA sur contrats responsables (7 %)	2,3
TCA sur contrats non responsables (14 %)	0,1
Forfait social à 8 %	0,42
CSG/CRDS (8 %)	0,53
IR part employeur	1
Total hors effet ANI	6,45
Total y compris effet ANI	6,90

Source : DSS/Mission

¹⁰⁹ Commission des accords de retraite et de prévoyance, qui statue sur l'extension des accords de branche (article L911-3 du CSS). Elle est composée de représentants des partenaires sociaux et présidée par la DSS.

¹¹⁰ Sur 864 M€ de forfait social en 2014, y compris prévoyance.

¹¹¹ 0,5 % au titre de la CRDS et 7,5 % au titre de la CSG.

¹¹² Sur les taxes, l'ANI aura sans doute un effet marginal, puisque peu de personnes supplémentaires devraient être couvertes, l'impact principal étant un transfert des contrats individuels vers les contrats collectifs. Sur l'IR part employeur, cet impact n'a pu être évalué par la mission.

¹¹³ Avec une assiette nouvelle "ANI" exemptée de cotisations sociales évaluée à 3,122 Mds€, cf *infra*.

4.1.2 En dépenses

- [244] La mission a voulu dresser un panorama exhaustif des dépenses réellement effectuées et des montants non récupérés en recettes par l'Etat ou la Sécurité sociale et liés aux contrats de complémentaire santé (ces montants ne peuvent être tous considérés comme des aides (*cf. infra*)).
- [245] Ont été intégrées les dépenses liées aux dernières réformes pas encore mises en œuvre, lorsqu'elles étaient connues, comme celle sur les contrats labellisés seniors (mais pas celles sur le versement santé). N'ont pas non plus été intégrés les montants versés pour leurs agents par les collectivités territoriales, puisque leur montant global n'est pas connu finement.
- [246] Ces dépenses ou « moindres recettes » sont constituées :
- des montants consacrés à la CMU-C et à l'ACS ;
 - de la nouvelle aide qui sera dédiée aux contrats seniors labellisés ;
 - des montants affectés par les employeurs publics à la protection sociale complémentaire des fonctionnaires de l'Etat ;
 - de l'écart entre les recettes qui auraient pu être perçues à un taux de 14 % de TSCA avec les recettes effectivement perçues à un taux de 7 % ;
 - de ce même écart sur les contrats destinés aux professions agricoles entre une TSCA à 0 % et une TSCA à 7 % ;
 - de l'exonération de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) dont bénéficient les OC, lorsqu'ils vendent des contrats solidaires et responsables ;
 - des « moindres recettes » liées aux contrats collectifs, les effets de l'ANI ayant été systématiquement intégrés :
 - assiette exemptée : en matière d'exemptions de cotisations sociales, la DSS a fait plusieurs hypothèses (*cf. encadré*) liées à la fois au comportement éventuel des employeurs en cas de suppression de l'exemption et à l'application de l'ANI, ce qui donne une fourchette comprise entre 1,7 Mds€ (hors ANI et avec changement de comportement des employeurs) et 4,8 Mds€ (y compris ANI et à comportement inchangé des employeurs) ; une manière alternative de mesurer la dépense serait de prendre l'écart entre un forfait social à 8 % et un forfait social à 20 %, si on considère que la règle sur ces dépenses est l'assujettissement au forfait social et non aux cotisations sociales, les montants étant cependant sans commune mesure ;
 - déduction d'IS des « charges » ainsi payées par l'employeur ;
 - déduction du revenu imposable de la part salarié en matière d'IR ;
 - des « moindres recettes » liées au dispositif dit « Madelin » sur les contrats individuels de complémentaire santé souscrits par les travailleurs indépendants, les primes versées étant déduites des bénéficiaires et donc non assujetties à l'IR.

Estimation de l'exemption d'assiette protection complémentaire santé (*cf. travaux de la DSS, PJ en annexe*)

1. La méthode de chiffrage de l'annexe 5

Chiffrer le montant de l'exemption d'assiette revient à évaluer, pour que cela ait une valeur réelle, les montants que récupérerait la sécurité sociale au cas où elles seraient supprimées.

C'est l'annexe 5 du PLFSS qui chaque année depuis 2006 recense les dispositifs dérogatoires relatifs aux cotisations et contributions assises sur les revenus d'activité du secteur privé.

Au plan méthodologique, la DSS considère qu'il n'est pas possible de réaliser une simulation pour évaluer la perte de cotisations de sécurité sociale qui résulte de chaque dispositif d'exemption d'assiette : il n'existe pas de modèle de simulation micro-économétrique permettant de mesurer les effets d'une normalisation des exemptions de l'assiette sociale – effets qui paraissent par ailleurs très différents à court terme et à moyen terme, suivant l'adaptation des comportements qui serait observée si l'on appliquait le droit commun.

Afin de prendre une hypothèse médiane et d'indiquer le niveau des enjeux financiers pour la sécurité sociale liés à ces exclusions d'assiette, l'annexe 5 retient conventionnellement un mode de conversion des montants d'assiettes exclus des cotisations vers des montants de cotisations équivalents, en multipliant les montants d'assiette exemptée par le taux des cotisations dues au-dessus du plafond de la sécurité sociale. Ce choix se justifie par le fait que les avantages consentis s'ajoutent souvent aux rémunérations ordinaires et ont tendance à porter le montant total de la rémunération jusqu'au ou au-delà du plafond de la sécurité sociale, limite au-delà de laquelle les taux de cotisations au régime général décroissent (ils ne sont plus que de 23 points contre près de 40 points en-deçà). En pratique cette hypothèse consiste à appliquer à la perte d'assiette un taux global de cotisations déplafonnées de 21,62 % pour l'année 2016. Pour l'estimation de la perte globale, il est également tenu compte des contributions spécifiques (tel que le forfait social) qui sont prélevées sur les sommes exclues de l'assiette des cotisations.

En 2016, sur une assiette exemptée de 6,8 Mds€ (assiette 2014 de 6,6 Mds€ vieillie), cela donne un montant de 1 Md€ de pertes de cotisations sociales.

La méthode issue de l'annexe 5 a paru peu robuste à la mission : elle repose sur une convention qui reste trop globale. Elle ne permet de prendre en compte de façon fine ni l'effet des allègements généraux auxquels seraient soumises les contributions santé versées par les employeurs si elles retombaient dans le droit commun (ce qui atténue la récupération de recettes par la sécurité sociale), ni l'impact sur les contributions sociales hors sécurité sociale (chômage, retraites complémentaires...), ni un éventuel effet de comportement des employeurs, s'ils décidaient de maintenir constant le montant consacré à la couverture complémentaire de leurs salariés. La mission souhaitait par ailleurs qu'apparaissent les effets liés à la mise en œuvre de l'ANI.

La DSS a donc, en lien avec la mission, approfondi l'évaluation de l'impact de la suppression de l'exemption d'assiette liée à la complémentaire santé en entreprise.

3. Les nouvelles méthodes d'évaluation de l'exemption d'assiette

Les chiffrages sont détaillés dans la pièce jointe en annexe du présent rapport.

a. La prise en compte de l'ANI

La DSS a évalué l'assiette supplémentaire exemptée suite à la généralisation de la complémentaire santé en entreprise. Elle prend deux hypothèses issues de l'enquête PSCE de 2009 (qui montre que 65,3 % des salariés sont couverts en entreprise et que 10,6 % non couverts sont en réalité ayants-droits du conjoint couvert en entreprise) : soit la généralisation entraîne une diffusion à 24 % des salariés (si on considère que les primes des 10,6 % couverts comme ayants-droits en collectif sont déjà payées, ce qui n'entraînera pas de dépenses supplémentaires), soit à 34,7 % de ceux-ci (si l'on prend l'intégralité des salariés non couverts à ce stade par un contrat collectif en propre). Dans les deux cas, la DSS prend en compte l'allongement de la durée de la portabilité et de sa mutualisation.

Selon les hypothèses on aboutit à une assiette ANI supplémentaire comprise entre 3,1 Mds€ et 4,5 Mds€

Si on appliquait la méthode de l'annexe 5, cela porterait le 1 Md€ des exemptions à une fourchette comprise entre 1,5 Mds€ et 1,8 Mds€

b. L'application d'un taux effectif moyen de cotisations : prise en compte de l'intégralité des cotisations et contributions sociales et des allègements généraux et du CICE (crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi)

Afin de mieux rendre compte des taux de droit commun qui s'appliqueraient aux assiettes si ces assiettes n'étaient pas exemptées et une fois pris en compte les allègements généraux et le CICE, une nouvelle estimation peut être produite en utilisant un taux de cotisations effectif moyen. Ce dernier est obtenu en calculant les taux de cotisations effectifs après intégration des allègements généraux et du CICE pour chaque tranche de 0,1 SMIC entre 1 et 5 SMIC, puis en pondérant ces différents taux par la part de salariés présents dans chacune de ces tranches.

Avant ANI, on obtient ainsi une perte de recettes de 2,9 Mds€ dont 1,6 Mds€ sur le champ hors sécurité sociale.

En prenant en compte l'assiette supplémentaire ANI, on obtient une perte de recettes globale comprise entre 4,3 Mds€ (dont 2,3 Mds€ hors sécurité sociale) et 4,9 Mds€ (dont 2,6 Mds€ hors sécurité sociale) selon l'hypothèse de diffusion retenue.

c. La prise en compte du comportement des employeurs

On considère ici une situation où les employeurs ajustent l'assiette à laquelle s'appliqueraient les taux de cotisations effectifs moyens afin que leur coût soit identique à celui qu'ils payaient pour une assiette assujettie au forfait social et à la CSG/CRDS seulement.

Avant ANI, on obtient ainsi une perte de recettes de 1,7 Mds€ dont 1 Md€ sur le champ hors sécurité sociale.

En prenant en compte l'assiette supplémentaire ANI, on obtient une perte de recettes globale comprise entre 2,4 Mds€ (dont 1,6 Mds€ hors sécurité sociale) et 2,8 Mds€ (dont 1,8 Mds€ hors sécurité sociale) selon l'hypothèse de diffusion retenue.

[247] *In fine*, selon les hypothèses utilisées sur la diffusion de l'ANI et sur le comportement des employeurs, on aboutit à une fourchette comprise entre 4,9 Mds€ et 2,4 Mds€ bien loin des 1,5 Mds€ à 1,8 Mds€ obtenus avec la méthode de l'annexe 5¹¹⁴.

Tableau 12 : Récapitulatif des chiffrages de l'exemption d'assiette selon la méthode employée

	Sans prise en compte du comportement employeur	Avec prise en compte du comportement employeur
Avant ANI	2,9	1,7
<i>Dont hors SS</i>	1,6	1
Après ANI avec hyp 24 %	4,3	2,4
<i>Dont hors SS</i>	2,3	1,6
Après ANI avec hyp 34,7 %	4,9	2,8
<i>Dont hors SS</i>	2,6	1,8

Source : DSS/Mission

[248] La mission a fait le choix pour la suite des travaux d'utiliser l'hypothèse de diffusion à 24 % des salariés de la généralisation de la complémentaire santé. C'est une hypothèse de prudence, les effets de l'ANI n'étant pas tous encore connus, qui paraît réaliste au vu des premiers résultats qui montrent une montée en charge moins rapide que prévue, le maintien de certains contrats individuels au moins pendant une période transitoire étant relativement crédible.

¹¹⁴ Le HCAAM évaluait quant à lui la perte de cotisations sur le champ SS à 1,4 Mds€ et la Cour des comptes sur le champ SS et hors SS à 2,3 Mds€ (hypothèse basse et 3,4 Mds€ hypothèse haute, selon comportement des employeurs).

Tableau 13 : Dépenses liées à l'acquisition d'une protection sociale complémentaire en 2015
(en Mds€)

Dépenses liées à l'acquisition d'une protection sociale complémentaire		Commentaires
Dépenses		
CMU-C	2,2	
ACS	0,3	
Aide aux contrats « séniors » art 33 LFSS 2016, mise en œuvre 2017	0,066 -0,095	Taux de recours 70 % - 100 %. Source DSS.
Aides aux OC (Fonction publique d'Etat)	0,032	DGAFP – (chiffres 2014 sf Justice 2013)
Moindres recettes OC		
Différentiel de TSCA 7 %/14 %	2,26	Données annexe 5 PLFSS 2016
Différentiel de TSCA 0 %/7 % sur les contrats agricoles	0,036	Source DSS
Exemption d'assiette C3S des OC	0,052	Données annexe 5 PLFSS 2016
Niches fiscales et sociales sur les entreprises et les salariés		
Exemption d'assiette de cotisations sociales patronales et salariales de la participation de l'employeur pour les contrats collectifs et obligatoires	De 2,4 à 4,3 (<i>dont 0,7 à 1,4 d'effet ANI</i>)	Comprend les cotisations SS et hors SS. La fourchette correspond à la prise en compte de l'ajustement du comportement des employeurs.
Pour mémoire : alternative à la fin de l'exemption : différentiel forfait social 8 %/20 % *	0,95	0,65 Mds€ hors ANI et 0,3 Mds€ d'effet ANI. Valeur 2016 (assiette 6,8 Mds€ hors ANI (5,45 Mds€ pour les entreprises de plus de 10) et assiette 3,122 Mds€ ANI (2,5 Mds€ pour les entreprises de plus de 10)).
Déduction IS des entreprises	2,43	1,7 Mds€ en 2016 (sur une assiette à 6,8 Md€ avec un taux de 25 % source DLF) + 0,78 M€ sur assiette ANI à 3,122 Md€
Déduction IR des salariés	1,15	Calcul IGAS à partir du montant employeur de 1 Md€ estimé dans l'EI PLF 2014 (0,852 M€ sr la base d'un financement employeur de 54 %) + estimation DSS post ANI 0,3 M€
Déduction du revenu imposable (IR) des cotisations de prévoyance complémentaire versées à titre facultatif par des TI (dispositif Madelin)	0,265	20 % (chiffre FFSA du poids des cotisations santé au sein du dispositif total) du montant de 1325 M€ affiché dans le tome II des Voies et Moyens PLF 2016. Source DLF.
TOTAL des dépenses	De 11,15 à 13,15	Selon les hypothèses prises en matière d'exemptions et de contrats séniors.

* non pris en compte dans le total qui comprend déjà le montant des exemptions

Source : Groupe de travail/Mission

- [249] Selon la mission, ces 11,15 Mds€ à 13,15 Mds€ ne sont pas à mettre en balance avec les 6,45 Mds€ de recettes sus-évoquées. D'abord parce que les montants en recettes sont des valeurs 2014, hors effet ANI, effet qui serait probablement cependant assez marginal sur les recettes, mais surtout parce que toutes ces "dépenses" ne constituent pas toutes en elles-mêmes des « aides ».

4.2 Un montant des aides proprement dites moins significatif et centré sur les contrats collectifs

- [250] Si la ligne « dépenses » peut effectivement être considérée comme relative à des aides publiques, il en va différemment des moindres recettes ou des niches fiscal-sociales.
- [251] Du côté des moindres recettes sur les OC, la moindre recette de TSCA (et maintenant de TSA, avec l'écart de 7 % entre 13,27 % et 20,27 %) ne peut être considérée comme une "aide" à l'acquisition d'une complémentaire santé sur laquelle il serait possible de revenir : à l'origine, la TCA était à 0 % sur les contrats solidaires et responsables, et cette exception a été conçue comme un levier pour les pouvoirs publics destiné à encadrer les garanties figurant dans les contrats. Le taux majoré de TSA vise donc à inciter à améliorer la « qualité » des contrats proposés en étant un taux « anormal », un taux "sanction" et c'est le taux de TSA de 13,27 % qui peut être considéré comme le taux normal. En lui-même, il ne constitue donc pas une aide à l'acquisition d'une complémentaire. Il ne paraît donc pas envisageable de basculer sur un niveau de taxe à 14 % et de fixer ce taux de 14 % (à l'origine à 7 %) comme étant la normalité, ce qui reviendrait en plus à augmenter les primes santé des assurés. Le même raisonnement peut être tenu sur l'exonération de C3S, et ce d'autant plus que la suppression progressive de la C3S a été annoncée (dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité) : sa disparition totale est prévue pour 2017. En cela la mission fait un raisonnement différent de celui de la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de 2011 et du HCAAM dans son rapport de juillet 2013 déjà cité. Ces deux rapports ont cependant été publiés alors que le taux de TSCA majoré n'était pas encore à 14 %.
- [252] Du côté des niches fiscal-sociales, c'est la déduction IS des entreprises qui ne peut être considérée comme une « aide », et ce d'autant plus que désormais la complémentaire d'entreprise devient obligatoire, avec un financement employeur plancher à 50 %. Il s'agit d'une charge au sens comptable et fiscal, et il serait illisible de décider l'intégration de cette charge dans le bénéfice des entreprises, alors même que d'autres de nature proche continueraient d'en être exclues. Le tome II des Voies et Moyens annexé au PLF ne mentionne d'ailleurs pas le montant d'IS ainsi non versé, puisqu'il s'agit pour la DLF du « droit commun de l'impôt », alors que le dispositif Madelin lui y figure.
- [253] Ces clarifications faites, on obtient donc un montant des aides compris entre 6,4 Mds€ et 8,3 Mds€ selon le comportement employeur, la fourchette basse correspondant au montant des recettes générées par les OC. Au sein de cet ensemble, les aides en entreprises s'élèvent quant à elles entre 3,5 Mds€ et 5,4 Mds€, soit plus de la moitié des aides globales.

Tableau 14 : Montant des aides à l'acquisition d'une complémentaire santé 2016 (en Mds€)

Dépenses	2,6
CMU-C	2,2
ACS	0,3
Séniors	0,066
FPE	0,032
Niches fiscal-socials	de 3,8 à 5,7
Exemptions	2,4 à 4,3
Déduction IR	1,15
Dispositif Madelin	0,265
Total	de 6,4 à 8,3

Source : *Groupe de travail/Mission*

[254] Les aides représentent entre 25 % et 32 % des prestations versées par les OC et entre 94 % et 122 % de leurs frais de gestion.

[255] Le HCAAM a évalué un montant d'aide par bénéficiaire selon l'aide attribuée. A partir des calculs de la mission, on obtiendrait les chiffres suivants.

Tableau 15 : Montant d'aide par personne couverte ou par type de contrat

	Montant d'aide par personne couverte	Montant d'aide par contrat
CMU-C	411 €	802 €
ACS	309 €	532 €
Contrat collectif	de 140 € à 216 €	de 271 € à 419 €
FPE	6,6 €	14 €
Madelin	127 €	279 €

Source : *Mission*

[256] Les montants sont calculés de la façon suivante, à partir des montants d'aides du tableau n°5 :

- pour les montants par personne couverte : ont été utilisés les chiffres CMU-C et ACS de 2015¹¹⁵ et le chiffre de 25 millions de personnes couvertes en contrats collectifs avancé par la DREES dans ses récentes notes; ont été recalculés les montants, sur la base d'un nombre par personne par foyer de 2,2¹¹⁶, pour le dispositif Madelin (950 000 contrats¹¹⁷) et les fonctionnaires (2,2 millions de fonctionnaires couverts, actifs et retraités¹¹⁸).

¹¹⁵ 5 313 332 millions de bénéficiaires au 31 juillet 2015 pour la CMU-C (pour 2 183 294 114 € de dépenses fin 2015) et 984 941 utilisateurs de l'attestation ACS en mai 2015 (pour 300 M€). Source Références n°61 octobre 2015, fonds CMU.

¹¹⁶ Source INSEE : 2,3 personnes par foyer en 2005 et perspective de diminution entre 2,04 et 2,08 d'ici 2030 (INSEE Première, octobre 2006, Alain Jacquot, Des ménages toujours plus petits).

¹¹⁷ Source, Les contrats prévoyance Madelin en 2014, FFSA. 1,9 millions de contrats en cours fin 2014, dont la moitié environ offrent des garanties "frais de santé".

¹¹⁸ Rapport IGAS-IGF 2015 précité.

- pour les montants par contrat : ont été utilisés des chiffres par foyer fournis par le fonds CMU pour la CMU-C et l'ACS¹¹⁹, le chiffre de 12,9 millions d'ouvrants droits en contrats fourni par la DREES à la demande de la mission¹²⁰ et les chiffres précisés ci-dessus pour le dispositif Madelin et Fonction publique d'Etat.

[257] A la lecture de ce tableau, deux choses sont frappantes : le montant individuel très faible dédié aux fonctionnaires et les inégalités de montants entre contrats collectifs et individuels hors « précaires » (retraités, chômeurs ou jeunes au-delà du seuil de l'ACS pour lesquels l'aide est de 0 €); la hausse des montants ciblés sur les « contrats précaires » (CMU-C et ACS) depuis l'évaluation du HCAAM (respectivement 370 € et 270 € par personne couverte).

[258] En conclusion, à l'issue du bilan des dispositifs aidés en matière d'acquisition d'une complémentaire santé, il ressort plusieurs éléments :

- les dispositifs existants sont nombreux et pas toujours lisibles ;
- ils manquent d'universalité et sont distincts selon le « statut » souvent professionnel, mais pas seulement, de la personne et donc par définition inégaux ;
- cette inégalité paraît notamment criante lorsque l'on compare les bénéficiaires de contrats collectifs et ceux des contrats individuels (hors contrats ciblés « précaires »), ce qui faisait dire à la Cour des comptes dans son rapport de 2011 déjà cité que « *des considérations d'équité imposent impérativement de rechercher un meilleur ciblage des aides publiques* » ;
- de nombreuses réformes récentes sont intervenues et il est difficile d'en tirer à la date de réalisation du présent rapport un bilan étayé; mais dès à présent se font jour des critiques fortes, notamment sur l'impact contre-productif en matière de prix ou de garanties, et qui vont jusqu'à la remise en cause globale du système et l'articulation AMO/AMC.

¹¹⁹ Les ouvrants droits représentent 51,22 % du total des bénéficiaires CMU-C régime général : 2 486 009 pour 4 852 933 fin décembre 2015 et 57,2 % des bénéficiaires d'une attestation ACS délivrée par le régime général (93 % des attributions) : 722 700 foyers sur 1 263 442 bénéficiaires.

¹²⁰ A partir d'un redressement des données issues de l'enquête "contrats modaux" (année 2013).

5 PLUSIEURS SCENARIOS ONT ETE ETUDIES PAR LA MISSION

[259] Avant d'exposer les scénarios sur lesquels elle a réfléchi, et au vu des développements précédents, la mission s'est interrogée sur les critères qui feraient d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé une "bonne aide", qui remplisse ses objectifs, sans générer d'effets pervers.

5.1 Qu'est-ce qu'une « bonne aide » à la complémentaire santé ?

[260] Une première approche des aides à la complémentaire santé sous l'angle de leur pertinence peut être réalisée via la grille établie par la mission IGAS-IGF de juin 2015 s'agissant des exemptions d'assiette et des exonérations de cotisations sociales.

La méthode d'évaluation de la pertinence et de l'efficacité des niches sociales selon la revue de dépenses de juin 2015

Suite à la loi de programmation des finances publiques 2014-2019, qui prévoit une limitation dans le temps des "niches sociales" (trois ans pour les nouvelles niches) et une évaluation systématique de celles-ci avec une obligation de justification, en juin 2015, l'IGAS et l'IGF ont mené la première revue de dépenses sur les exonérations et exemptions de charges sociales spécifiques. Cette revue de dépenses a permis l'amélioration de la connaissance financière de certains dispositifs, la réalisation d'une étude d'impact du renforcement de la réduction générale des cotisations patronales sur l'avantage différentiel offert par les dispositifs spécifiques et la construction d'une méthode d'analyse transversale de la pertinence et de l'efficacité des dispositifs.

La méthode d'évaluation repose sur un ensemble de caractéristiques descriptives (intitulé de la niche, origine normative, nature de l'objectif, dernière modification, coût, avantage différentiel, compensation...) et d'indicateurs d'alerte, qui permettent d'indiquer les niches à supprimer ou réformer en priorité, grâce à un "faisceau d'indices".

Dix indicateurs d'alerte ont été élaborés par la mission :

- absence d'objectif clairement identifié ;
- niche qui n'a jamais été évaluée ;
- possibilité de cumul avec les allègements généraux ;
- existence de mesures concourant au même objectif à l'égard du même champ de bénéficiaires ;
- caractère très restreint du champ des bénéficiaires, d'un point de vue géographique ou sectoriel ;
- nombre d'individus ou de bénéficiaires très restreints ;
- coût moyen par individu bénéficiaire plus de deux fois supérieur au coût des allègements généraux ;
- complexité et manque de lisibilité du dispositif ;
- faible sécurité juridique du dispositif ;
- niche qui a été évaluée négativement.

Ce sont des indicateurs "binaires" qui sont activés en cas d'alerte.

Au-delà de quatre indicateurs d'alerte déclenchés, le dispositif devrait être mis "sous surveillance".

[261] L'exemption d'assiette liée à la prévoyance complémentaire n'a pas fait partie des dispositifs évalués par la revue de dépenses. Par convention et compte tenu de l'objectif partagé des dispositifs, il a été établi un seul tableau pour l'ensemble des aides fiscales et sociales concernant les contrats collectifs et le dispositif Madelin. Au filtre des critères d'alerte posés *supra*, le constat n'apparaît pas mauvais, si ce n'est au regard de la coexistence de multiples dispositifs et de la lisibilité de l'ensemble.

Tableau 16 : Analyse des aides fiscalo-sociales aux contrats santé à travers la grille de lecture de la revue de dépenses

Indicateurs d'alerte	Constats pour les aides à la complémentaire santé
Absence d'objectif clairement identifié	L'objectif est identifié comme la facilitation de l'accès à la complémentaire santé pour limiter le RAC
Niche qui n'a jamais été évaluée	Plusieurs rapports et analyses (HCAAM, DREES, ...) traitent des dispositifs et de leurs impacts – les études d'impact des LFSS successives traitent des impacts sur les finances publiques et les acteurs
Possibilité de cumul avec les allègements généraux	non
Existence de mesures concourant au même objectif	non
Caractère très restreint du champ des bénéficiaires Nombre de bénéficiaires très restreints	Même s'ils peuvent paraître inégaux dans leurs modalités, les dispositifs d'aide couvrent une large partie de la population (salariés + TNS + précaires)
Coût moyen par individu bénéficiaire plus de deux fois supérieur au coût des allègements généraux	ND
Complexité et manque de lisibilité du dispositif	Plus que le dispositif d'aide au collectif lui-même, la sédimentation par catégories de populations est un élément de complexité de l'ensemble du système comme la différence de traitement avec les contrats individuels, le double dispositif de taxation d'une part et d'aides d'autre part (notamment le cas particulier de l'ACS) et la gestion par les entreprises des dispenses et catégories objectives
Faible sécurité juridique du dispositif	non
Niche évaluée négativement	non à ce stade

Source : *Mission*

[262] Pour autant, la stratification des dispositifs et le traitement différencié des catégories de populations, notamment au vu de leur statut professionnel, au service d'un objectif global certes unique et clair de généralisation et d'accès aux soins pourrait justifier une analyse de pertinence et d'efficacité à l'aune d'autres critères.

[263] La mission s'est efforcée de faire une liste non exhaustive des critères d'efficacité d'une aide. Les principes en seraient :

- L'unicité de l'objectif poursuivi : celui-ci doit être l'accès à une complémentaire santé, et ne doit pas être mis en concurrence avec des objectifs secondaires (comme une aide aux entreprises) ;
- La stabilité des aides : il semble nécessaire, si l'on veut poursuivre un objectif clair, de ne pas faire évoluer les dispositifs trop souvent ;
- La lisibilité des dispositifs et la clarté du montage : ne pas trop différencier les dispositifs selon des catégories, simplifier les circuits de financement (exemple du double mécanisme de taxation d'une part et d'aide d'autre part a été largement souligné par le rapport du HCAAM, notamment pour les dispositifs ciblés "précaires"), ne pas "multiplier" les paniers de soins ;
- L'universalité et l'équité de l'aide, sur la base du principe que le « *risque* » santé est commun à l'ensemble de la population : ne pas différencier l'aide en fonction de critères sans lien avec l'objectif poursuivi. Si une modulation de l'aide en fonction de l'âge ou des revenus paraît pertinente, il en va différemment d'une distinction basée sur le statut professionnel de l'assuré ; à l'inverse, envisager la possibilité de prendre en compte la

globalité de la situation de la personne et pas seulement les aspects « santé » (exemple des retraités ou des fonctionnaires); ne pas segmenter le marché ;

- La solidarité que l'aide peut viser à renforcer en jouant sur la tarification notamment, afin d'éviter certains « travers » des AMC évoquées en partie 1 du présent rapport : solidarité inter-professionnelle si les mécanismes en place la favorise ; solidarité entre les âges ; solidarité au vu des revenus (cotisation proportionnelle au revenu plutôt que forfaitaire...);
- La prudence sur l'impact recherché de l'aide en matière de prix et garanties : l'encadrement des prix trop à la baisse peut mener à terme à des réajustements à la hausse contre-productifs ; surtout, normer les garanties par des mécanismes de plancher/plafond peut avoir des effets pervers (inflation ou à l'inverse augmentation du RAC) comme évoqués *supra*.

[264] La mission s'est même interrogée sur l'opportunité même d'une aide dans le domaine de la complémentaire santé :

- L'obligation désormais légale pour toutes les entreprises de proposer une complémentaire repose la question de l'aide, initialement conçue pour inciter les entreprises, dans le cadre de leur dialogue social, à proposer un dispositif attractif à leurs salariés. A l'inverse, cette obligation, selon d'autres interlocuteurs, rendrait l'aide plus que jamais nécessaire. La suppression est une option peu réaliste (*cf. infra*). Mais cela revient à changer l'objectif premier de l'aide qui d'incitation à la souscription de complémentaire santé devient une aide à la réduction de la charge que constitue la participation obligatoire de l'employeur.
- La multiplication de normes sur les prix, les garanties et la participation employeur interroge également le modèle d'une assurance maladie complémentaire qui apparait dans son principe de plus en plus proche de l'AMO alors même que l'on est sur un marché par nature concurrentiel, avec des frais de gestion élevés. La question se repose dès lors de la nature réellement complémentaire de l'assurance et ce qui pourrait/de devrait relever plutôt de l'AMO voire devrait cesser d'être remboursé (débat sur l'optique notamment).
- De façon plus générale, le principe même d'une aide à la complémentaire santé peut être interrogé. La sécurité sociale, via les ALD et l'hospitalisation notamment, prend en charge le risque lourd et long de santé ; certaines composantes du risque court qu'est la santé s'apparentent moins à un risque qu'à un événement certain (baisse de la vue, de l'audition, etc.), qui peut parfois inciter à la surconsommation. Une alternative consisterait à recentrer l'aide à la complémentaire et sa généralisation sur le véritable risque lourd que constitue la prévoyance, souvent très mal couvert, notamment pour les plus jeunes, alors qu'ils constituent, plus que la santé, un risque majeur. L'aide à la santé devrait être fléchée sur les populations les plus vulnérables financièrement uniquement.

[265] La remise en cause complète des dispositifs doit pour autant être mûrement pesée. Les scénarios alternatifs étudiés dans le cadre du présent rapport présentent certes un intérêt et notamment celui d'éviter la segmentation du secteur, mais ont de nombreux effets de bord qui incitent à la prudence (*cf. infra*). Le système actuel qui, après de nombreuses évolutions et réformes, tend à la généralisation de l'accès à la complémentaire santé, exige avant tout une stabilisation pour l'ensemble des acteurs, y compris les assurés. La CMU-C et l'ACS permettent une prise en charge relativement complète et de bonne qualité des assurés les plus vulnérables, malgré un taux de recours encore insuffisant. Dès lors plus qu'une « table rase » des dispositifs, c'est plutôt un aménagement des dispositifs existants qui, à court terme, pourraient constituer des pistes réalistes.

5.2 Des aides pour certaines non « récupérables » et une remise à plat globale qui engendre un certain nombre de questions

5.2.1 Un montant maximum redéployable qui ne correspond pas au montant total des aides

- [266] Dans l'hypothèse d'une « remise à plat » des aides, il semble d'abord nécessaire d'évaluer « l'enveloppe récupérable » et de faire des hypothèses réalistes en la matière. Or, il est apparu à la mission que sur le montant global des aides à l'acquisition d'une complémentaire santé, toutes n'étaient pas « redéployables » en cas de suppression. Il en va ainsi notamment des contributions sociales hors sécurité sociale qui seraient récupérées en cas de suppression des exemptions : 2,3 Mds€ ou 1,5 Mds€ selon les hypothèses de comportement des employeurs. Il y aurait bien de nouvelles contributions versées, mais il semble peu réaliste de penser que les pouvoirs publics pourront les « gager », puisque celles-ci viendront abonder des dispositifs de protection sociale entièrement gérées par les partenaires sociaux et à l'équilibre financier précaire (ARRCO-AGIRC et Assurance chômage). Le choix a donc été fait de prendre comme base de redéploiement sur les contrats collectifs en matière sociale entre 875 M€ et 1,9 Mds€, selon les hypothèses, de façon à conserver un coût neutre pour les finances publiques.
- [267] Par ailleurs, toujours dans une optique de neutralité globale pour les finances publiques, il a paru important de mesurer les "effets de bord" en matière d'IS entraînés par une suppression des exemptions d'assiette. Les employeurs déduiront en effet en charges un montant plus important qu'auparavant de leur bénéfice puisqu'il sera augmenté des cotisations et contributions sociales nouvellement payées sur les primes santé. Ces effets de bord sont importants : selon les hypothèses avec un taux moyen de 25 % estimé par la DLF, on arrive à un montant de 1,7 Mds€ de déduction IS supplémentaire, lorsque l'employeur ne change pas de comportement et continue à payer le même montant de primes santé qu'avant. En revanche, s'il ajuste son comportement pour payer le même montant au total (primes + cotisations) qu'avant la suppression de l'exemption d'assiette, il n'y aura pas d'effet de bord IS, puisque le montant déduit restera le même.
- [268] Il a en outre été fait le choix, par souci de crédibilité, de ne pas toucher aux crédits dédiés à la CMU-C, et à l'ACS (au moins dans le cas d'une aide directe pour ce dernier cas), ces deux dispositifs pouvant difficilement être remis en cause.
- [269] L'aide aux futurs « contrats seniors », n'a pas non plus été intégrée, car non encore mise en œuvre.
- [270] Seraient en revanche « récupérables », les cotisations sociales de sécurité sociale (sous réserve d'imaginer une « tuyauterie », à même de les gager), la déduction du revenu imposable à l'IR des salariés de leur « prime santé », les aides accordées par l'Etat à ses fonctionnaires et le dispositif Madelin. Dans ce dernier cas, on peut penser que la situation a évolué depuis 1994. Le dispositif Madelin a été instauré dans le but d'inciter le travailleur non salarié à se constituer lui-même sa propre protection sociale, et ce afin de pallier les carences de son régime obligatoire. Depuis 1994, ont été notamment mises en place les IJ au RSI. Surtout, en matière de complémentaire santé ne subsiste plus aucune différence "statutaire" entre un salarié ou un indépendant. Seul le montant des aides à l'acquisition à une complémentaire santé les distingue.
- [271] En définitive, la mission est arrivée sur un chiffre compris entre 1,7 Mds€ et 2,3 Mds€ à redistribuer, en laissant inchangés les crédits CMU-C et les crédits ACS, dans le cas d'une nouvelle aide globale. Les crédits ACS sont en revanche ajoutés à ces sommes dans le cas de la mise en place d'un crédit d'impôt les deux aides ne semblant pas cumulables (2,3 Mds€ à 2,6 Mds€ donc en tout).

Tableau 17 : Montants redéployables (en Mds€)

	Montants à redistribuer (en Mds€)
Exemptions de cotisations sans prise en compte du comportement employeur et avec hypothèse de diffusion ANI à 24 %, sans le hors sécurité sociale	2
Exemptions de cotisations avec prise en compte du comportement employeur et avec hypothèse de diffusion ANI à 24 %, sans le hors sécurité sociale	0,9
Dispositif fiscal Madelin	0,265
Déduction IR des salariés avec ANI	1,15
Aide aux fonctionnaires	0,032
Total sans prise en compte du comportement employeur	3,447
Effets de bord IS	1,7
Total à redistribuer	1,75
Total avec prise en compte du comportement employeur	2,347
Total à redistribuer	2,35

Source : Mission

[272] *In fine* il s'agit à la fois de crédits « Etat » et de crédits de « sécurité sociale », qui seraient remis dans un « pot commun » et qu'il faudrait « gager » pour créer un nouveau type d'aide. La mission a fait le choix de ne pas s'arrêter sur de telles distinctions : dans les deux cas il s'agit de crédits publics, mais s'il fallait envisager la création d'une nouvelle aide globale (Etat ou sécurité sociale), il faudrait imaginer de nouveaux circuits de financement.

5.2.2 Une remise à plat globale des aides « redistribuables » qui pose un certain nombre de questions

[273] De façon globale, la mission reste réservée sur une réforme « du grand soir », alors que beaucoup de dispositions législatives et réglementaires ont évolué dans la période récente et n'ont pas encore toutes montré leurs pleins effets, comme cela a été évoqué *supra*.

[274] Plus spécifiquement, elle s'interroge sur les effets négatifs que pourraient avoir une suppression totale des exemptions d'assiette et des dispositifs de déduction du revenu imposable actuels. Des scénarios alternatifs, avec un moindre montant redistribué, mais permettant un rééquilibrage des aides entre le collectif et l'individuel, seront donc proposés. Avant d'étudier des scénarios de remise à plat des aides, la mission a souhaité émettre des réserves en termes de réalisme d'un scénario qui supprimerait l'intégralité des exemptions d'assiette existantes en entreprise et la déductibilité du revenu imposable à l'IR des salariés et des travailleurs indépendants.

5.2.2.1 Un effet sur le coût du travail et le salaire net des salariés, et une acceptabilité limitée par les organisations professionnelles

[275] La suppression totale de l'exemption d'assiette liée à l'acquisition d'une complémentaire santé d'entreprise aurait des effets importants, qu'il est nécessaire de prendre en compte dans toute réforme :

- un impact sur le coût du travail. Si le choix est fait de récupérer 4,3 Mds€ de cotisations supplémentaires liées aux exemptions d'assiette (si le comportement de l'employeur n'est

pas modifié), une hausse du coût du travail à court terme serait « certaine » selon la DGTrésor, et ne "devrait pas s'annuler à court-moyen terme"¹²¹. Sur 57,44 % de taux moyen effectif de cotisations appliqués à l'ancienne assiette exemptée, 35,45 % correspond à un taux de cotisations patronales, ce qui mènerait selon la mission à une hausse de 2,7 Mds€ de charges en plus pour les entreprises¹²². Cette hausse du coût du travail devrait s'accompagner d'une modération salariale, équivalente à la nouvelle aide qui serait versée au salarié pour sa complémentaire santé lorsque c'est possible (récupération impossible au niveau du SMIC). Il semble que le signal envoyé, notamment en matière de compétitivité, serait contraire à la tendance de ces dernières années (30 Mds€ d'allègements entre 2012 et 2017 selon la DGTrésor), avec le CICE et le pacte de responsabilité qui a majoré les allègements de charges généraux¹²³.

- un impact sur le niveau des prélèvements obligatoires, la hausse globale des taux de cotisations étant de 57,44 %-8 %, soit 49,44 %.
- un impact sur les garanties offertes aux salariés. Si l'employeur ajuste son comportement pour ne pas avoir de coût supplémentaire (hypothèse basse envisagée dans les chiffrages de la mission), ce sont donc les garanties des salariés qui seront revues à la baisse, l'employeur contribuant moins. La DSS évalue ainsi une "perte d'assiette" avant ANI de 2,2 Mds€ (4,6 Mds€ d'assiette au lieu de 6,8 Mds€) et de 1 Md€ après ANI (2,11 Mds€ au lieu de 3,122 Mds€).
- un impact sur le salaire net et donc le pouvoir d'achat des salariés. Dans les deux cas, le salarié verra le prélèvement sur son salaire augmenté du montant des cotisations salariales, ce qui engendrera également un effet en matière de salaire net et donc de pouvoir d'achat. Dans le cas où l'employeur n'adapterait pas son comportement, il pourrait sans doute être tenté de modérer les hausses de salaires pour compenser le coût supplémentaire qui sera le sien, ce qui aura donc également un impact en termes de salaire net sur le salarié.
- un impact sur la conception de la complémentaire santé en entreprise. Actuellement, la contribution que versent les employeurs pour leurs salariés à une complémentaire santé n'est pas considérée comme de la « rémunération ». Certains interlocuteurs de la mission vont même plus loin : maintenant que la participation employeur est obligatoire, la cotisation versée par celui-ci s'apparenterait en elle-même à un prélèvement obligatoire, qu'on ne pourrait donc pas « taxer » par définition. La mission ne partage pas ce raisonnement sur ce point, mais force lui est de constater que le choix qui a été fait depuis une trentaine d'années a été en effet de ne pas "taxer" cet avantage social et lui a donc conféré une nature très particulière qui fait consensus au sein de l'entreprise et est un objet de dialogue social. Il semble important également de rappeler que la complémentaire d'entreprise permet une meilleure solidarité qu'en matière de contrats individuels, sur une base professionnelle ou interprofessionnelle, ce qui mène à des tarifs et des garanties avantageux. Revenir sur ces principes bouleversera nécessairement les équilibres institués sans qu'on puisse en mesure les conséquences exactes. A ce titre, rappelons qu'à la fin de l'article 1 de l'ANI, il est écrit que « *En cas de modification de ces conditions d'exonérations sociales, les parties signataires du présent accord conviennent de réexaminer ensemble les dispositions du présent article* ». Tous les partenaires sociaux rencontrés par la mission se sont montrés très opposés à une suppression des aides. L'acceptabilité d'une telle réforme au sein des entreprises et des branches semble donc assez limitée.
- un impact sur les recettes liées aux contrats de complémentaire santé. Les aides en entreprise ont un « effet de levier » qui est supérieur à celui d'une aide directe : un euro

¹²¹ Cf. travaux du groupe de travail réuni par la mission.

¹²² 35,45 %-8 % (de forfait social) appliqué à l'assiette de 6,8 Mds€ avant ANI + 3,122 Mds€ en plus après ANI avec une hypothèse de diffusion à 24 %.

¹²³ Moindre impact en revanche en termes d'emplois, puisqu'il s'agit d'allègements non ciblés autour du SMIC

d'exemption d'assiette entraîne un financement à la fois des entreprises et du salarié, qui génère à son tour des recettes plus importantes que si le financement était à la seule charge du bénéficiaire. Ce mécanisme réduit également les frais de gestion.

- un impact sur les tarifs des OC : si le financement de la complémentaire par les employeurs se réduit, les OC seront sans doute tentés de compenser cette « perte » par une hausse des primes ou une baisse des garanties.

5.2.2.2 Un impact en termes de niveau d'imposition et de pouvoir d'achat

[276] L'intégration de la part payée par le salarié ou le TI pour sa complémentaire santé dans le revenu qui va être imposé à l'IR viendrait augmenter le revenu imposable et donc le revenu fiscal de référence (RFR). Cette augmentation se traduirait par une hausse du montant d'IR payé et aura donc un impact en termes de niveau des prélèvements obligatoires et de pouvoir d'achat.

[277] L'augmentation du RFR peut également entraîner la perte du bénéfice de certains avantages fiscaux et sociaux qui y sont conditionnés¹²⁴ ou leur diminution. Ces « effets de bord » difficilement évaluables *ex ante* doivent nécessairement être pris en compte lorsqu'est décidée une mesure qui a un impact fort sur le RFR. Ce sont 5,9 Mds€¹²⁵ qui devraient être réintégrés dans le revenu ou le bénéfice des salariés et TI, certes pas tous imposables, mais avec des « effets de bord » certains.

5.3 Les scénarios de refonte du système

[278] Quelle que soit la forme revêtue par la nouvelle aide, elle aurait pour avantage certain d'être plus lisible (puisqu'elle se substituerait à plusieurs dispositifs) et plus équitable (puisqu'elle serait modulée éventuellement en fonction de l'âge et des ressources, mais traitant les assurés de façon égale, indépendamment de leur statut professionnel). La simplification engendrée n'est cependant pas la même selon que la nouvelle aide est un crédit d'impôt ou une aide directe.

¹²⁴ Exonérations ou crédits d'impôt en matière d'IR ; Exonérations, dégrèvements, abattements en matière d'impôts locaux ; Taux réduits de TVA ; Exonération de CSG, CRDS sur les allocations chômage ou les pensions de retraite, ou de cotisation CMU de base ; Accès à certains avantages sociaux.

¹²⁵ A partir de 80 % de l'assiette de primes de 15,4 Mds€ versées aux OC en 2014, on obtient 46 % de celle-ci qui correspond au financement salarié : 5,6 Mds€ auxquels on ajoute les 0,265 Mds€ de dispositif Madelin.

5.3.1 La forme de la nouvelle aide en cas de remise à plat globale et les incertitudes en matière de crédit d'impôt

[279] La nouvelle aide « universelle », qui se substituerait aux aides existantes, pourrait prendre la forme soit d'un crédit d'impôt comme le demande la FNMF ou certaines grosses mutuelles de fonctionnaires, soit d'une aide directe, de type ACS en repartant de cette aide (*cf. infra*).

Qu'est-ce qu'un crédit d'impôt?

La réalisation de dépenses ou d'investissements peut, dans certains cas limitativement énumérés, ouvrir droit à une réduction ou à un crédit d'impôt.

Les dépenses susceptibles d'ouvrir droit à un crédit d'impôt doivent réunir les conditions suivantes :

- être expressément prévues par la loi ;
- ne pas avoir été retenues pour la détermination des revenus nets catégoriels (cela représenterait alors un double avantage fiscal), tel que par exemple la déduction de certaines sommes en frais réels pour la détermination des traitements et salaires imposables.

Les crédits d'impôt sont, sauf exception prévue dans la loi, réservés aux personnes fiscalement domiciliées en France.

D'une manière générale, les crédits d'impôt sont égaux au produit de la dépense engagée, le cas échéant prise en compte dans la limite d'un plafond fixé par la loi, par un taux lui-même fixé par la loi.

Les dépenses sont en principe prises en compte pour l'imposition des revenus de l'année au cours de laquelle elles ont été payées.

Les réductions et crédits d'impôt s'imputent sur le montant d'impôt sur le revenu des intéressés calculé après application du barème progressif de l'impôt sur le revenu dans les conditions fixées par l'article 197 du code général des impôts (CGI).

Les réductions et crédits d'impôts sont calculés après application de la décote et les réductions sont imputées avant les crédits d'impôt.

Une réduction d'impôt ne peut donner lieu à restitution. En revanche, les crédits d'impôt font l'objet d'une restitution si la cotisation d'impôt sur le revenu est inférieure ou nulle (sous réserve du seuil de non restitution de 8 € prévu à l'article 1965 L du CGI).

Le crédit d'impôt s'apprécie au niveau du foyer fiscal composé soit du contribuable pour les personnes célibataires, divorcés ou veuves, soit des deux conjoints pour un couple marié, et des personnes à charge, enfants mineurs ou personnes rattachées.

Enfin, l'article 200-0 A du CGI prévoit que le total de certains avantages fiscaux accordés au foyer fiscal ne peut pas procurer une réduction du montant de l'impôt dû supérieure à une certaine limite (10 000 € ou 18 000 € selon les cas).

Source : DLF

[280] Le groupe de travail s'est interrogé sur les avantages et inconvénients de chacun des dispositifs, récapitulés dans le tableau *infra*.

Tableau 18 : Récapitulatif des avantages et inconvénients d'un crédit d'impôt vs une aide directe

	Avantages	Inconvénients
Crédit d'impôt	Permet de diminuer l'impôt dû par le contribuable ou, s'il est non imposable, de lui restituer le montant du crédit d'impôt.	Dispositif non individualisable qui bénéficie au foyer dans son ensemble.
	Automaticité de l'aide (pas de démarches) dès lors que les conditions sont respectées.	Décalage de trésorerie : crédit d'impôt qui s'imputera sur l'impôt dû en N+1. Avance de trésorerie par le bénéficiaire de la complémentaire.
	N'est pas une nouvelle dépense publique, mais une diminution de recette ¹²⁶ .	Dispositif moins lisible (critères d'éligibilité au CI, conditions à respecter, majoration du CI selon la composition de la famille, ...)
		Coût supplémentaire en termes de gestion pour l'administration fiscale : échanges d'informations, nouvelle case sur la déclaration de revenus... Aide qui peut varier d'une année sur l'autre si le CI est fonction du RFR (complexité du barème au même titre que celui qui existait pour la PPE).
Aide directe	Aide versée directement à la personne bénéficiaire de la complémentaire, ce qui évite toute avance de trésorerie.	
	Informations relatives aux critères d'éligibilité facilement identifiables.	

Source : *DLF- Mission*

- [281] Le crédit d'impôt est apparu moins facile à mettre en œuvre pour les raisons suivantes :
- décalage de trésorerie ;
 - difficulté en gestion pour l'administration fiscale (case supplémentaire sur la déclaration de revenus ; échanges d'informations avec les OC ; contrôle du caractère responsable des contrats...) ;
 - problématique de constitutionnalité du dispositif : aujourd'hui, aucun crédit d'impôt existant n'est modulable en fonction des ressources et de l'âge. Au regard du principe constitutionnel d'égalité devant les charges publiques, la sécurité juridique d'un tel dispositif n'est pas avérée (cf. travaux de la DLF en pièce jointe au présent rapport).
- [282] A l'inverse, il est important de noter que si l'on met une aide directe en place qui « prolonge » l'ACS actuelle, il faudrait revoir l'appel d'offres qui vient d'être passé.

¹²⁶ Et n'est pas pris en compte dans l'équilibre des comptes nationaux au sens du Traité de Maastricht

5.3.2 La mise en place d'un crédit d'impôt

[283] La DGFIP, à la demande de la mission, a simulé plusieurs scénarios, dans une fourchette allant de 2 Mds€ à 2,6 Mds€ (inclusion des 300 M€ de l'ACS) :

- pour mémoire un scénario "théorique" où tout le monde dispose du même montant de crédit d'impôt¹²⁷. Avec 2 Mds€, chaque assuré pourrait recevoir 40 € environ par an, ce qui constitue un taux de crédit d'impôt variant entre 3,6 % et 6,6 % selon les hypothèses de montant de prime (entre 50 € et 90 € par mois). Avec 2,6 Mds€ on passe à 50 € par an, soit un taux variant de 4,7 % à 8,6 % selon les mêmes hypothèses.
- un scénario où est mis en place un CI avec un taux unique, la variabilité de la cotisation étant prise en compte dans les résultats (à partir de données de la DREES sur les cotisations par âge¹²⁸). Cela donne un taux à 5 % de CI avec une enveloppe à 2 Mds€ et un taux à 6,5 % avec une enveloppe à 2,6 Mds€. Le montant de CI moyen annuel varie alors entre 48 € et 56 € selon la cotisation payée par les bénéficiaires, dans le cas d'un taux à 6,5 %.
- un scénario identique au précédent où est ajoutée une condition de ressources, qui exclut du champ du dispositif la moitié la plus riche de la population¹²⁹. Le taux de CI varie alors entre 11,5 % et 15 %, selon l'enveloppe (2 Mds€ et 2,6 Mds€), ce qui fait un montant moyen (variable selon la cotisation payée) variant entre 80 € et 104 € par an.
- un dernier scénario qui module le CI en fonction des ressources (le périmètre reste le même que dans le scénario précédent) et de l'âge du bénéficiaire, ces deux facteurs ayant été pondérés comme le montre le tableau *infra* : ainsi par exemple une personne âgée dans les plus basses tranches de RFR aura un crédit d'impôt cinq fois plus élevé qu'un jeune dont le RFR se trouve dans les déciles 3 à 5. Le taux de CI n'est donc plus unique, contrairement aux deux scénarios précédents.

Tableau 19 : Coefficients de pondération âge/revenus

Revenus/part	Age de l'assuré			
	Moins de 20 ans	De 20 ans à 40 ans	De 40 ans à 65 ans	Plus de 65 ans
Moins de 3 024 €	2	3	4	5
De 3 024 € à 6 761 €	2	3	4	5
De 6 761 € à 9 215 €	1	2	3	4
De 9 215 € à 11 324 €	1	2	3	4
De 11 324 € à 13 341 €	1	2	3	4
De 13 431 € à 15 558 €	0			
De 15 588 € à 18 266 €				
De 18 266 € à 22 046 €				
De 22 046 € à 29 116 €				
Plus de 29 116 €				

Source : DGFIP

Avec une enveloppe à 2,6 Mds€ le montant moyen de CI varie pour ce scénario de 31 € à 155 € par an.

¹²⁷ Le champ des bénéficiaires étant les déclarants principaux et les personnes à charge de plus de 65 ans, soit 50 249 157 individus.

¹²⁸ Enquête statistique auprès des OC 2013. Cotisation moyenne selon l'âge et la classe de contrat, pour les contrats individuels tarifant selon l'âge.

¹²⁹ Soit un champ de 25 126 865 individus.

Tableau 20 : Montant moyen de CI

Revenus/part	Age de l'assuré			
	Moins de 20 ans	De 20 ans à 40 ans	De 40 ans à 65 ans	Plus de 65 ans
Moins de 3 024 €	62	93	124	155
De 3 024 € à 6 761 €	62	93	124	155
De 6 761 € à 9 215 €	31	62	93	124
De 9 215 € à 11 324 €	31	62	93	124
De 11 324 € à 13 341 €	31	62	93	124
De 13 431 € à 15 558 €	0			
De 15 588 € à 18 266 €				
De 18 266 € à 22 046 €				
De 22 046 € à 29 116 €				
Plus de 29 116 €				

Source : DGFIP

Avec 2 Mds€, il varie de 24 € à 120 €, dans les mêmes proportions, selon l'âge et les ressources.

[284] *In fine*, la mission, outre les réserves soulignées *supra* sur le mécanisme du CI, souligne deux éléments importants qui l'amènent à écarter cette solution :

- les montants distribués, quelles que soient les hypothèses, restent globalement en deçà des montants moyens actuels servis en contrats collectifs ou via l'ACS par assuré. Ce nouveau mécanisme ferait donc de nombreux perdants, les principaux gagnants étant les fonctionnaires et les retraités au-delà du seuil de l'ACS, et les principaux perdants étant les salariés et les personnes modestes.
- la faisabilité juridique d'un CI sous condition d'âge et de ressources semble fragile. La DLF a attiré l'attention du groupe de travail sur la faible sécurité juridique d'un CI variable en fonction des ressources ou de l'âge. Sans précédent, il poserait la question de l'égalité devant les charges publiques, et ce point devrait en tout état de cause être approfondi.

5.3.3 La mise en place d'une aide directe universelle

[285] Le choix a été fait par le groupe de travail de ne pas créer une nouvelle aide *ad hoc* mais de conserver l'ACS comme base de départ, en faisant abstraction de la nouvelle législation relative à l'appel d'offres sur l'ACS et aux conséquences qu'une telle réforme impliquerait par ailleurs. La nouvelle aide (ci-après dénommée ACS+) ne serait pas cumulable avec la CMU-C, que le nouveau dispositif ne remet pas en cause.

[286] La nouvelle aide serait, en fourchette haute, calibrée pour atteindre le coût global de 2,35Mds€, soit le coût actuel de l'ACS (0,25 Mds€) augmenté du budget potentiellement récupérable au titre des exemptions dont bénéficient actuellement les employeurs tel que déterminé *supra* (2,1 Mds€ pour la France métropolitaine). En fourchette basse, le montant disponible est de 1,85 Mds€. La DREES a simulé à la demande de la mission deux scénarios :

- Le premier scénario consiste à mettre en place une aide véritablement universelle, sans conditions de ressources, en calculant le montant du chèque ACS de manière à rester dans l'enveloppe financière globale définie *supra*.
- Soit l'ACS actuelle est totalement refondue dans l'ACS+ qui devient le dispositif unique et universel : le nombre des nouveaux entrants est considérablement accru (de l'ordre de 15 à 57 millions de personnes selon les hypothèses de recours) ; cela

engendre une baisse importante des montants touchés par les bénéficiaires, avec un montant moyen par aide qui passerait de 290 € à 150 € par personne en hypothèse haute et 120 € en hypothèse basse à taux de recours constants. Les montants alloués diminuent sensiblement en cas de recours maximal. Les titulaires actuels de l'ACS, quelle que soit la classe d'âge, sont donc largement perdants, ainsi que les salariés.

Tableau 21 : Montant des chèques d'une ACS universelle

	Recours constant		Plein recours	
	hyp 2,35 Mds€	hyp 1,85Mds	hyp 2,35 Mds€	hyp 1,85Mds
Montant d'ACS moyen	150 €	120 €	40 €	30 €
<i>Montant moins de 16 ans</i>	54 €	43 €	14 €	11 €
<i>Montant 16-49 ans</i>	108 €	85 €	28 €	22 €
<i>Montant 50-59 ans</i>	188 €	149 €	49 €	39 €
<i>Montant 60 ans ou plus</i>	296 €	234 €	78 €	61 €
Nombre d'individus bénéficiaires	15 000 000		57 000 000	

Source : DREES - ERFS 2012, modèle Ines 2014 (Insee-Drees)

Note : Les montants moyens sont arrondis à la dizaine, le nombre d'individus au million.

- Soit l'ACS+ sans conditions de ressources intervient en complément de l'ACS actuelle et au-delà de l'actuel plafond. Les nouveaux entrants, presque aussi nombreux que dans l'hypothèse *supra* (14 à 53 millions de personnes selon les taux de recours), bénéficient d'une aide qui reproduit la structure par âge des montants d'aides, avec des niveaux toutefois sensiblement réduits. L'aide moyenne est de 140 € à 110 € annuels par personne selon les hypothèses, à taux de recours constant ; les montants, qui ne sont pas symboliques y compris au regard des aides moyennes aux contrats collectifs, deviennent en revanche très faibles en cas de plein recours, sans toutefois par construction que les bénéficiaires actuels de l'ACS ne soient perdants.

Tableau 22 : Montant des chèques d'une ACS+ complétant le dispositif existant

	Recours constant		Plein recours	
	hyp 2,35 Mds€	hyp 1,85Mds	hyp 2,35 Mds€	hyp 1,85Mds
Montant d'ACS + en complément	140 €	110 €	20 €	10 €
<i>Montant moins de 16 ans</i>	50 €	38 €	8 €	5 €
<i>Montant 16-49 ans</i>	100 €	76 €	16 €	10 €
<i>Montant 50-59 ans</i>	175 €	133 €	29 €	18 €
<i>Montant 60 ans ou plus</i>	275 €	208 €	45 €	27 €
Nombre d'individus bénéficiaires supplémentaires	14 000 000		53 000 000	

Source : DREES - ERFS 2012, modèle Ines 2014 (Insee-Drees)

Note : Ce tableau ne concerne que les bénéficiaires du nouveau dispositif, ceux éligibles à l'ACS actuelle bénéficiant du barème en vigueur. Les montants moyens sont arrondis à la dizaine, le nombre d'individus au million.

- le second scénario consiste à augmenter les plafonds d'éligibilité à due concurrence du budget supplémentaire disponible, sans modifier les montants du « chèque ACS » actuellement attribué aux bénéficiaires en fonction des tranches d'âge. Les actuels bénéficiaires des contrats collectifs obligatoires¹³⁰ pourraient, sous conditions de ressources, bénéficier de l'ACS+.

Sur la base de 2,35 Mds€ et à taux de recours inchangé, l'augmentation importante du plafond (+108 %) dans tous les cas de figure permet de toucher une population plus large (8,4 millions en hypothèse haute, contre 0,9 million aujourd'hui). Dès lors toutefois que le taux de recours serait maximal, d'une part le plafond d'éligibilité diminue (revalorisation de +22 % seulement), tout en restant supérieur au plafond actuel, d'autre part, la part de population « nouvelle » de l'aide diminue.

Dans l'hypothèse basse de montant à redistribuer (1,85 Mds€), les constats sont comparables dans des proportions moindres, avec une augmentation de la population éligible à 6,6 millions de personnes en lien avec l'augmentation de 79 % du plafond d'éligibilité. A taux de recours de 100 % (même hautement improbable), le plafond n'augmenterait plus que de 14 % et serait inférieur au plafond actuel pour les célibataires avec trois enfants et les couples avec trois enfants. 6,8 millions de personnes seraient couvertes, mais la seule intégration des non-recourants actuels et des bénéficiaires de contrats collectifs absorberait plus de la moitié du budget supplémentaire disponible.

Comme pour le scénario précédent, les impacts estimés sont étroitement dépendants du taux de recours, dont l'évolution est très difficile à estimer *ex ante*.

- [287] Par ailleurs, les premières simulations conduites dans le cadre de ces travaux ne permettent pas d'apprécier précisément le nombre des perdants et des gagnants. Les bénéficiaires de l'ACS sont assez nettement perdants dans le cas du scénario d'une aide universelle totale qui profite pour l'essentiel aux publics qui ne bénéficient aujourd'hui d'aucune aide ou d'une aide minimale, à savoir les chômeurs hors portabilité et dont les revenus de substitution ne leur permettent pas de bénéficier de l'ACS ou de la CMU-C, et la majeure partie des fonctionnaires. Dans tous les cas de figure, une majeure partie des salariés seraient effectivement perdants, soit qu'ils ne bénéficient plus d'aucune aide dans l'hypothèse d'une aide sous conditions de ressources, soit que les montants dans le cadre d'une aide universelle soient inférieurs à ceux dont ils bénéficient aujourd'hui via un contrat collectif (140 € à 246 € par personne, cf. *supra* calcul mission).
- [288] *In fine*, malgré certains avantages indéniables, la mission reste réservée sur ces scénarios de refonte globale, pour les raisons déjà évoquées : déstabilisation d'un système déjà fortement en évolution, très grosses incertitudes sur la réalité du recours s'agissant d'une aide nouvelle qui rend délicate l'évaluation de l'impact réel sur les assurés, effets pervers d'une récupération globale des aides fisca-lo-sociales et importance du nombre des perdants, notamment parmi les salariés. Elle ne peut par ailleurs que souligner que si l'ACS était élargie de façon aussi massive, il serait nécessaire d'en modifier certains aspects pour qu'elle puisse être réellement fonctionnelle (simplification des démarches, modalités de déclaration des revenus...).
- [289] Les scénarios alternatifs suivants étudiés par la mission auront moins d'impact en termes de simplification, mais devraient permettre de conforter l'équité du système (en diminuant les aides sur les contrats collectifs), de cibler sur les populations qui sont les plus pénalisées en termes d'accès aux soins et de renforcer des éléments de solidarité (selon l'âge, le revenu, la maladie...).

¹³⁰ Soit une cible potentielle selon la DREES de 760 000 personnes.

5.4 Les scénarios alternatifs

5.4.1 Avec un impact à 1 Md€

[290] Afin d'éviter une « remise à plat globale », la mission a demandé au groupe de travail d'étudier l'hypothèse d'une redistribution d'1 Md€ seulement qui serait prélevé sur les aides aux contrats collectifs. Cette récupération pourrait s'effectuer en jouant sur les plafonds actuels d'exemption d'assiette. Les plafonds en place ont été fixés historiquement de façon empirique, sans évaluation précise des montants, en cohérence avec les plafonds d'exonérations fiscales. Dans les faits, le plafond actuel santé/prévoyance, distinct de celui de la retraite, n'est pas opérant : les montants versés lui sont en général largement inférieurs¹³¹ et la prise en compte d'un plafond proportionnel au revenu ne semble pas adaptée à ce qu'est une complémentaire santé, dans la mesure où les salariés sont égaux face au risque maladie, indépendamment de leur niveau de revenu. Un plafond santé « à part », déterminé sur une base « forfaitaire », apprécié par rapport au PASS et inférieur à ce qui existe aujourd'hui semble une piste envisageable. Le HCAAM proposait ainsi dans son rapport de juillet 2013 précité de découpler le plafond actuel global santé/prévoyance et de les passer de 6 % du PASS au global et à 3 % du PASS chacun. Le plafond santé ne varierait donc plus en fonction de la rémunération.

[291] En matière d'exemptions cependant, la marge de manœuvre est faible, puisque dans un scénario où l'employeur souhaite maintenir constant son niveau de prélèvement, le montant récupéré sur les seules cotisations de sécurité sociale est de 875 M€ lorsqu'on supprime totalement l'exemption d'assiette. Une baisse du plafond actuel entraînerait donc des recettes supplémentaires inférieures au milliard, et ce d'autant plus que devraient être pris en compte "les effets de bord IS" sus évoqués, si l'employeur ne change pas son comportement.

[292] Le choix pourrait alors être fait de ne pas toucher à l'exemption d'assiette et de supprimer totalement les déductions du revenu imposable pour les salariés et les TI, ce qui correspondrait *grosso modo* à l'enveloppe d'1 Md€ et paraîtrait équitable par rapport aux autres catégories de la population qui ne bénéficient pas de cet avantage fiscal pour leur complémentaire santé. Cela ne résoudrait cependant pas le sujet des effets négatifs évoqués *supra*.

5.4.1.1 Un ciblage sur les seniors ou sur les précaires

➤ Une ACS « sénior » pour les plus de 75 ans

[293] Deux scénarios ont été étudiés au sein du groupe de travail : une ACS « senior » au sein du dispositif existant, complétée par une ACS+ pour tous les 60 ans et plus non éligibles à l'ACS, ou bien un ACS ciblée sur les plus de 75 ans exclusivement, qu'ils soient éligibles ou non au dispositif actuel. Seule l'hypothèse d'un montant de redistribution de 1,15 Mds€ (France métropolitaine¹³²) a été retenue par la mission, toute redistribution de l'ensemble des montants au profit de cette seule population ne paraissant pas justifiée.

➤ Le premier scénario s'appuie sur les deux axes suivants :

- ✓ Au sein du dispositif existant, la création d'un chèque « senior » de 700 € pour les plus de 75 ans.
- ✓ Avec le reliquat de budget, la création de deux chèques ACS+ pour les non éligibles à l'ACS de plus de 60 ans : un chèque pour les 60 – 74 ans, un chèque, plus élevé, pour les 75 ans ou plus.

¹³¹ Selon la DSS, en matière de couverture santé, d'après les premières analyses des accords passés en COMAREP sur la fin d'année 2015, le montant de la cotisation mensuelle est en moyenne de 33,33 € soit, en appliquant la règle du cofinancement, une cotisation de l'employeur de l'ordre de 17 € par mois et par salarié (204 € par an), soit bien loin des 12% du PASS (4 634 € en 2016).

¹³² Hypothèse de 0,9 Mds€ + 0,25 Mds€ ACS

[294] A taux de recours constant, un budget de 1,15 Md€ permettrait de financer le surcoût associé à la création d'un chèque ACS de 700 € pour les plus de 75 ans et de verser via le reliquat un chèque complémentaire de 176 €aux 60-74 ans et de 224 €aux 75 ans ou plus non éligibles à l'ACS ; ce dispositif toucherait 5 millions de personnes au total contre 0,9 millions aujourd'hui, dont 35 % de plus de 60 ans, dont la proportion passerait à 85 %. Dans l'hypothèse d'un plein recours, le reliquat budgétaire serait proche de 0 et mettrait en cause l'intérêt d'un tel dispositif.

Tableau 23 : Montant des chèques d'une ACS « senior » et d'une ACS+ pour les 60 ans et plus non éligibles complétant le dispositif existant

	Recours constant		Plein recours	
	Montant d'ACS	Répartition de la population bénéficiaire	Montant d'ACS	Répartition de la population bénéficiaire
Éligibles ACS actuelle	300 €	21 %	290 €	22 %
<i>Montant moins de 16 ans</i>	100 €	5 %	100 €	6 %
<i>Montant 16 - 49 ans</i>	200 €	8 %	200 €	9 %
<i>Montant 50 - 59 ans</i>	350 €	2 %	350 €	2 %
<i>Montant 60 - 74 ans</i>	550 €	3 %	550 €	3 %
<i>Montant 75 ans ou plus</i>	700 €	3 %	700 €	3 %
Non éligibles ACS actuelle	190 €	79 %	0 €	78 %
<i>Montant 60 - 74 ans</i>	176 €	52 %	2 €	51 %
<i>Montant 75 ans ou plus</i>	224 €	27 %	3 €	27 %
Nombre d'individus bénéficiaires	5 000 000		18 000 000	

Source : DREES - ERFS 2012, modèle Ines 2014 (Insee-Drees)

- Le second scénario se concentre sur la seule population des 75 ans et plus au profit desquels serait mis en place un chèque senior de 700 € (au lieu de 550 € aujourd'hui), couplée avec des conditions d'éligibilité élargies pour cette seule tranche d'âge également.

Dans l'hypothèse d'un taux de recours inchangé, le dispositif pourrait toucher 2,3 millions de personnes, dont 51 % de nouveaux bénéficiaires, du fait du triplement du plafond d'éligibilité qui passerait de 973 € à 2953 € 57 % des bénéficiaires de l'ACS, âgés de plus de 75 ans, bénéficieraient d'une aide revalorisée à 700 € En cas de plein recours, le relèvement de l'aide capterait la quasi-totalité du budget supplémentaire et les bénéficiaires du dispositif seraient en fait les bénéficiaires actuels à 99 %, ne permettant qu'une entrée à la marge de nouveaux bénéficiaires (1 %).

Tableau 24 : Répartition des bénéficiaires de l' « ACS Senior 75 ans »

	Recours constant	Plein recours
	Répartition de la population bénéficiaire	Répartition de la population bénéficiaire
Éligibles ACS actuelle	49 %	99 %
<i>moins de 16 ans (100 €)</i>	12 %	26 %
<i>16 - 49 ans (200 €)</i>	20 %	40 %
<i>50 - 59 ans (350 €)</i>	4 %	8 %
<i>60 - 74 ans (550 €)</i>	7 %	13 %
<i>75 ans ou plus (700 €)</i>	6 %	11 %
Non éligibles ACS actuelle	51 %	1 %
<i>75 ans ou plus (700 €)</i>	51 %	1 %
Nombre d'individus bénéficiaires	2 300 000	3 900 000

Source : DREES modèle Ines (Insee-Drees), législation 2014

- [295] Comme pour les scénarios d'ACS+ présentés plus haut, les impacts varient fortement en fonction du taux de recours. Même en cas de recours important, l'augmentation de la prise en charge à hauteur de 61 % de la prime moyenne des 75 ans¹³³ et plus pourraient permettre aux bénéficiaires actuels soit de baisser leurs RAC soit de choisir un contrat de meilleure gamme¹³⁴.
- [296] La mission note que la faisabilité juridique d'un plafond spécifique à une tranche d'âge au sein d'un dispositif devrait être approfondie.
- Le scénario d'une CMU-C payante
- [297] A la demande de la mission, la DREES a simulé un dispositif de CMU-C payante (avec une enveloppe de 0,9 M€ en France métropolitaine). Celui-ci, comme la CMU-C ou l'ACS, reposerait sur les ressources du foyer. Il s'adresserait aux populations au-delà du seuil d'éligibilité à la CMU-C et remplacerait le dispositif ACS pour la population éligible à l'ACS.
- [298] Le panier proposé serait celui de la CMU-C¹³⁵, et la DREES a fait l'hypothèse que les bénéficiaires des contrats collectifs resteraient en contrats collectifs sans faire jouer la nouvelle dispense d'ordre public. La cotisation à ce dispositif demandée aux bénéficiaires augmenterait avec le revenu du foyer (tel que calculé pour définir l'éligibilité aux dispositifs CMU-C et ACS). Le dispositif serait gratuit pour les moins de 16 ans. Pour les plus de 16 ans, le montant de la cotisation ne dépendrait pas de l'âge. Du fait de sa progressivité et de la mutualisation intergénérationnelle, le chiffrage repose sur des hypothèses de recours croissant avec l'âge et décroissant avec le revenu. Deux hypothèses de taux de recours ont été envisagées : un taux de recours modéré (équivalent au recours à l'ACS) et un taux de recours élevé (proche du recours à la CMU-C).

¹³³ Il s'agit d'une simple estimation réalisée à la demande de la mission sur la base de l'enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, 2013.

¹³⁴ Il est précisé que ce scénario ne tient pas compte de la réforme de l'appel d'offre qui a affecté le prix et le type de contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS ainsi que leur comportement.

¹³⁵ Les montants remboursés aux bénéficiaires de ce dispositif sont approchés par les montants actuellement remboursés aux bénéficiaires de la CMU-C, modulés par âge. Ceci revient à faire l'hypothèse que leurs comportements de consommation seraient équivalents à ceux actuellement observés chez les bénéficiaires de la CMU-C.

[299] Avec un taux de recours modéré, l'enveloppe permettrait d'offrir ce dispositif aux individus dont le foyer a un revenu compris entre le plafond d'éligibilité à la CMU-C et ce plafond majoré de 65 % (2 millions d'individus nouveaux recourants en France métropolitaine).

[300] La cotisation serait croissante avec le revenu, comprise entre 100 € et 500 € par personne et par an. Les individus actuellement éligibles à l'ACS contribueraient à hauteur de 100 € par an au dispositif (soit 13 % du coût réel de la CMU-C pour cette population : 620 €), et seraient à tout âge gagnants par rapport au dispositif actuel de l'ACS¹³⁶.

Tableau 25 : Hypothèses sur un scénario CMU-C payante avec un taux de recours ACS
(Champ : France métropolitaine)

revenu des individus	hypothèses de taux de recours		effectifs recourants	montant de la cotisation (euros) pour les individus à partir de 16 ans	taux de financement des recourants correspondants
	moins de 60 ans	60 ans et plus			
entre le seuil CMU-C et le seuil CMU-C + 35 % (éligibles à l'ACS)	40%	60%	1 141 100	100	13%
entre le seuil CMU-C + 35 % et le seuil CMU-C + 45 %	40%	60%	440 100	100	14%
entre le seuil CMU-C + 45 % et le seuil CMU-C + 55 %	20%	30%	226 500	300	41%
entre le seuil CMU-C + 55 % et le seuil CMU-C + 65 %	20%	30%	233 700	500	66%
<i>Ensemble</i>	<i>33%</i>	<i>48%</i>	<i>2 041 400</i>	<i>169</i>	<i>22%</i>

Source : INES 2014– calculs Drees

[301] Avec un taux de recours plus proche de celui de la CMU-C (60 %), le nombre de recourants passe à 1,6 millions. Surtout, dans ce cas-là, le dispositif ne peut pas être étendu à des bénéficiaires dont les ressources dépassent le seuil actuel d'éligibilité à l'ACS. La cotisation payée serait de 100 €

Tableau 26 : Hypothèses sur un scénario CMU-C payante avec un taux de recours CMU-C
(Champ : France métropolitaine)

revenu des individus	hypothèses de taux de recours		effectifs recourants	montant de la cotisation (euros) pour les individus à partir de 16 ans	taux de financement des recourants correspondants
	moins de 60 ans	60 ans et plus			
entre le seuil CMU-C et le seuil CMU-C + 35 % (éligibles à l'ACS)	60%	80%	1 618 900	100	14%
<i>Ensemble</i>	<i>60%</i>	<i>80%</i>	<i>1 618 900</i>	<i>100</i>	<i>14%</i>

Source : INES 2014– calculs Drees

¹³⁶ Suite à l'appel d'offre sur les contrats ACS, le reste à payer des bénéficiaires de l'ACS (coût de la complémentaire santé net d'ACS) serait compris entre 116 euros pour les 60-74 ans (133 euros pour les 16-49 ans) et 241 euros pour les plus de 75 ans (Calculs DREES à partir du Rapport d'observation provisoire de la Cour des comptes).

- [302] Le gain net du dispositif pour les bénéficiaires (remboursements distribués auxquels sont soustraites les cotisations demandées) est particulièrement élevé pour les plus âgés qui bénéficient de la solidarité intergénérationnelle du dispositif. La mesure est aussi plus généreuse avec les plus démunis.

Tableau 27 : Gain net du dispositif par individu en euros
(dispositif avec taux de recours modéré)

	moins de 16 ans	16 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 74 ans	75 ans et plus	Ensemble
entre le seuil CMU-C et le seuil CMU-C + 35 %	295	332	551	644	840	539
entre le seuil CMU-C + 35 % et le seuil CMU-C + 45 %	295	332	551	644	840	524
entre le seuil CMU-C + 45 % et le seuil CMU-C + 55 %	295	132	351	444	640	370
entre le seuil CMU-C + 55 % et le seuil CMU-C + 65 %	295	-68	151	244	440	225
Ensemble	295	268	492	575	760	481

Source : INES 2014 – calculs Drees

- [303] Pour mémoire, la DREES a également effectué des simulations à 1,9 Mds€ en pièce jointe au présent rapport. Elles reposent soit sur des hypothèses de taux de recours modérés (compris entre 43 % et 62 %), décroissants avec le revenu et croissants avec l'âge, atteignant des niveaux faibles pour les populations pouvant préférer se couvrir sur le marché de la complémentaire privée, soit sur des hypothèses plus élevées de taux de recours (entre 51 % et 71 %) si la cotisation est plafonnée. Dans les deux cas, **le dispositif serait gratuit pour les bénéficiaires actuels de l'ACS** et le nombre de nouveaux bénéficiaires serait de 4,2 millions de personnes. Dans le premier cas, le plafond d'éligibilité pourrait aller jusqu'à CMU-C + 104 %, et la cotisation jusqu'à 600 €. Dans le deuxième cas, elle serait plafonnée à 400 € et le nouveau dispositif toucherait des personnes jusqu'au seuil CMU-C + 85 %.
- [304] A défaut de la mise en place d'une CMU-C payante, le redéploiement des aides pourrait être en partie utilisé pour abonder les recettes du fonds CMU, si celle-ci s'avéraient insuffisantes.

5.4.1.2 Une revalorisation de certaines prestations peu solvabilisées par l'AMO

- [305] La mission a rencontré plusieurs interlocuteurs, qui au vu des critiques faites à l'encontre des complémentaires santé, déjà évoquées, s'interrogent sur la révision de la frontière existante entre l'AMO et l'AMC. Revoir cette frontière permettrait de revenir à des mécanismes de redistribution plus larges et plus équitables entre malades et bien portants et entre personnes modestes et plus aisées. Cela permettrait aussi de diminuer les aides aux OC et de les recycler dans une prise en charge moins coûteuse en gestion. Didier Tabuteau, notamment, mais également des économistes de la santé au sein du conseil d'analyse économique, prônent ainsi une hausse du taux de prise en charge de la sécurité sociale sur les « soins courants » ou sur un « panier solidaire », et notamment sur les consultations de ville auprès du médecin traitant. L'exemple du régime local d'Alsace Moselle, qui prend en charge une partie du ticket modérateur sur certains actes¹³⁷, est souvent mis en avant.

¹³⁷ Gratuité de l'hospitalisation et ticket modérateur limité à 10 % pour les frais de soins ambulatoires (sauf médicaments à vignette bleue à 80% et à vignette orange non pris en charge).

[306] La mission sur ce sujet a eu une approche pragmatique, qui n'exclut pas à plus long terme d'autres réflexions plus structurantes :

- 95 % de la population disposent aujourd'hui d'une complémentaire santé.
- Certes, les garanties sont inégales selon les contrats, mais les travaux de la DREES tendent à montrer que le ticket modérateur sur les « soins courants » est quasi systématiquement pris en charge.
- Les renoncements aux soins et les difficultés d'accès aux soins aujourd'hui se concentrent d'abord sur les secteurs à forts dépassements ou non pris en charge par la sécurité sociale, notamment dentaire et audio-prothèses (cf. *supra*)¹³⁸. 56 % des renoncements pour raisons financières concernent ainsi les soins dentaires. C'est sur le dentaire que le RAC des ménages est le plus élevé (25,5 % contre 8,5 % sur l'ensemble de la CSBM)¹³⁹, les chirurgiens-dentistes dépassent de plus de 50 % les bases de remboursement depuis 2009. L'étude INSEE sur les RAC précitée montre que parmi les 1 % d'individus qui supportent des RAC supérieurs à 1272 € par an, 59 % appartiennent aussi à la catégorie qui a les RAC dentaires les plus élevés (supérieurs à 859 €). Concernant les audioprothèses, selon la DREES, la répartition moyenne des frais d'acquisition d'audioprothèse est la suivante en 2010 (sur la base d'un prix de référence de 3 000 € pour deux oreilles) : 9 % pour l'AMO, 34 % pour les complémentaires et 57 % à la charge directe des assurés. Dans l'enquête menée sur les contrats modaux en 2010, la DREES rappelle enfin que la quasi-totalité des bénéficiaires sont remboursés au-delà du ticket modérateur pour une prothèse dentaire ou pour une paire de lunettes. Pour les bénéficiaires des contrats modaux, le remboursement médian d'une prothèse dentaire facturée 750 € est de 300 € qui s'ajoutent au remboursement de 75 € par la Sécurité sociale ; celui pour une paire de lunettes à verres complexes facturée 500 € est de 260 € (la Sécurité sociale rembourse 15 €).

[307] *In fine*, réduire le ticket modérateur pour accroître la prise en charge de la sécurité sociale ne résoudrait en aucune manière la situation des assurés qui font face à des coûts importants liés à des dépassements ou des non prises en charge. Il s'agirait juste d'un transfert de financement entre AMC et AMO, sans bénéfice pour l'assuré.

[308] La mission a donc privilégié des scénarios où ce sont les tarifs opposables qui seraient revalorisés, voire mis en place, dans certains secteurs. Ces pistes de réflexion mériteraient bien sûr d'être approfondies, ce que n'a pas pu faire la mission dans les délais impartis, le sujet sur lequel elle était mandatée étant différent de celui du niveau de prise en charge de la sécurité sociale.

[309] Plusieurs pistes pourraient être étudiées :

- sur le dentaire¹⁴⁰, le rapport de l'IGAS de juin 2013¹⁴¹ préconisait une revalorisation des tarifs des soins conservateurs¹⁴² de 22 %, pour un coût de 400 M€ et une intégration en leur sein des soins du parodonte pour 100 M€ (soit au global un coût de 500 M€ : 350 M€ pour la SS et 150 M€ pour les AMC). La DSS évalue 10 centimes de revalorisation à 50 M€. La mission recommandait également un doublement du niveau de remboursement des actes prothétiques par la sécurité sociale (qui deviendraient donc à tarifs opposables

¹³⁸ Le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières concerne ainsi 18 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie âgés d'au moins 18 ans, 10 % pour les soins d'optique, 5 % pour les consultations de médecins et 4 % pour les autres types de soins.

¹³⁹ Source : Comptes nationaux de la santé 2014.

¹⁴⁰ Les actes des chirurgiens-dentistes se répartissent entre les actes à tarifs opposables (consultations, soins conservateurs, radiographies), les tarifs pouvant faire l'objet de dépassements (soins prothétiques et orthodontiques) avec entente directe avec le patient et actes hors nomenclature (à tarifs libres non remboursables sans mention sur la feuille de soins).

¹⁴¹ Evaluation des pratiques et de l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste.

¹⁴² L'avenant 2 et l'avenant 3 à la convention nationale de 2006 ont amorcé cette revalorisation, avec des mesures de l'ordre de 55 M€

pour un coût de 1 Md€ pour la sécurité sociale, les AMC économisant un montant équivalent s'ils ne décident pas de maintenir leur participation au niveau antérieur), qui font aujourd'hui l'objet de dépassements importants par entente directe avec le patient. Celui-ci devrait s'accompagner d'une inscription sur la liste des produits et prestations (LPP) des prothèses dentaires, avec fixation d'un prix limite de vente, ce qui reviendrait à découpler la prothèse et l'acte, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui¹⁴³.

[310] La mission partage ces propositions. Leur coût financier pour l'AMO ne correspond pas exactement au redéploiement de 1 Md€ d'aides, elles devraient donc sans doute être plus progressives et s'accompagner de mesures de prévention renforcées, comme le préconisait la mission de 2013, ou de mesures de déremboursement sur l'optique en parallèle. Les développements *supra* (montures non remboursées moins chères, exception en Europe d'une prise en charge globale, plafonds de remboursements des contrats responsables trop élevés, mise en place possible de tarifs inférieurs aux planchers des contrats responsables) permettent en effet de penser qu'un redécoupage sur l'optique serait envisageable. Le coût supplémentaire pour l'AMO sur les soins conservateurs serait quant à lui compensé par les économies générées pour les organismes par l'intégration des actes prothétiques dans les tarifs opposables.

- sur l'audioprothèse, les prix pratiqués par les distributeurs pour les prothèses auditives et les prestations associées sont très élevés sans qu'il existe une corrélation avec le coût de fabrication de ces dispositifs médicaux (produits en série). Ils ne font par ailleurs l'objet d'aucune régulation dans un marché peu concurrentiel puisque partagé entre seulement six fabricants. De plus, selon le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2013, 90 % des audioprothèses vendues en France relèveraient de la classe d'appareils la plus chère compte tenu de l'absence de prescription précise sur ce champ (prix moyen de 1900 € selon les réseaux¹⁴⁴). Les audioprothèses sont prises en charge au titre de la LPP, qui décrit les produits et prestations indissociables pris en charge et définit également les tarifs servant de base au remboursement par l'AMO. Le tarif de responsabilité pour une prothèse pour les plus de 20 ans est très inférieur au coût réel, d'où, malgré une prise en charge des OC souvent au-delà du TM¹⁴⁵, un RAC très élevé déjà évoqué (57 %).

Tableau 28 : Prix moyens pratiqués pour une prothèse auditive

	Coût moyen	Tarif de responsabilité
Entrée de gamme (environ 15 % des ventes)	1000€	199,71€
Moyenne gamme (environ 50 % des ventes)	1500€	
Haut de gamme (environ 30 % des ventes)	1950€	

Source : *Analyse économique du secteur des appareillages optiques et auditifs, Alcimed pour la Sécurité sociale, mars 2011 (données tarifaires actualisées en 2014)*

¹⁴³ Les praticiens se font une marge importante sur les prothèses. Selon l'HCAAM, il existe un écart significatif, quel que soit le type de prothèse dentaire, entre le prix moyen du prothésiste et les honoraires prothétiques moyens. Cet écart est compris entre 4 et 6,6 fois le coût d'achat, selon le type de prothèse.

¹⁴⁴ 1 836 € en 2011 selon le réseau de soins Kalivia, 1 952 € selon le réseau Santéclair

¹⁴⁵ La fourchette de taux de prise en charge des audioprothèses par l'AMO est prévue par le 8° de l'article R.322-1 du CSS : elle est comprise entre 50 et 60 % depuis le décret du 14 janvier 2011 (auparavant, la fourchette était comprise entre 60 et 70 %). Le taux fixé par la décision de l'UNCAM correspond au maximum de la fourchette, soit 60 % du tarif de remboursement inscrit à la LPP.

- [311] Plusieurs pistes sont évoquées par différents acteurs : l'UFC Que Choisir ? propose une dissociation sur la LPP de la prothèse et des actes associés, la mission IGAS-IGF de juin 2015 sur la régulation du secteur des dispositifs médicaux a estimé que les procédures d'achat groupés étaient non opérantes en ville mais n'écarte pas la possibilité de vente en ligne, et la DSS réfléchit à l'instauration d'un prix limite de vente, qui semble cependant difficile à défendre étant donné la faible part prise en charge par l'AMO sur le secteur.
- [312] Au-delà de ces propositions intéressantes, il pourrait être envisagé, comme sur les soins dentaires, d'accroître le tarif de responsabilité. La DSS a chiffré à 29 M€ le doublement du tarif de responsabilité (à 400 €) et à 92 M€ son triplement (620 €), si cette revalorisation s'accompagne de la suppression du forfait de remplacement de la pile de l'audioprothèse. Passer à un tarif de 1100 € comme dans les pays limitrophes coûterait, avec cette même hypothèse, 230 M€. Le redéploiement d'une partie des aides à l'acquisition d'une complémentaire santé pourrait donc là encore être une source de financement pour l'AMO. Ces mesures, comme certaines des précédentes sur les soins dentaires, auraient également un coût pour les OC, s'ils décident de maintenir leur taux d'intervention, après solvabilisation du ticket modérateur (qui sera plus importante), à un niveau identique à celui qui est le leur aujourd'hui.

5.4.1.3 Une déductibilité d'IR pour tous ?

- [313] Aujourd'hui, les salariés, comme les travailleurs indépendants, peuvent déduire du montant de leur revenu imposable leur prime complémentaire santé. La mission s'est interrogée sur le coût qu'aurait l'extension de cette déduction à l'ensemble de la population. La DGFIP a fait une simulation sur les plus de 65 ans qui conclut à un coût de 1,2 Mds€. Cette seule simulation est cependant insuffisante pour extrapoler combien coûterait ce type de mesure étendu à la population générale.
- [314] Par ailleurs, si elle apparaît comme porteuse de plus d'équité, la mission émet trois réserves importantes :
- elle ne s'applique qu'aux foyers imposables et est donc anti-redistributive ;
 - elle semble difficile à défendre juridiquement car ne s'attachant pas nécessairement à la « conservation du revenu », ce qui est une des conditions de validité d'une déduction du revenu imposable pour la DLF ;
 - elle ne pourrait être financée que par une suppression quasi-totale des exemptions d'assiette (puisque le financement affecté à la déduction d'IR des salariés ne serait plus une option), suppression sur laquelle la mission a déjà émis des réserves *supra*.

5.4.2 Des ajustements sans impact financier : les scénarios de conditionnalité des aides et d'aménagement des dispositifs existants

- [315] Sans préjudice d'un travail sur le redéploiement de tout ou partie des aides actuellement fléchées sur les contrats collectifs ou d'une partie du remboursement de l'optique vers les soins dentaires, d'autres pistes sont possibles, qui ajustent plus qu'elles ne bouleversent l'existant, et qui viseraient à introduire plus de lisibilité et de solidarité dans le système.
- [316] La mission n'a pu les approfondir. Elle ne peut donc qu'en faire une liste, qui pourra donner lieu à des analyses plus poussées.

- Une première piste réside dans la conditionnalité des aides aux contrats collectifs.

Ces aides ont cet avantage qu'elles créent par nature de la solidarité intergénérationnelle au sein de l'entreprise ; en revanche, il n'y a aucune différenciation selon le niveau de revenus. Elles pourraient ainsi être plus directement conditionnées à des critères de solidarité :

- l'existence d'une cotisation proportionnelle aux revenus, comme le proposait le rapport Libault. Les deux enquêtes PSCE illustraient la très grande majorité de cotisations forfaitaires. Ce point semble se confirmer dans les premiers éléments d'analyse des accords de la DSS. Or ce caractère forfaitaire limite grandement la redistribution entre revenus et favorise au contraire les plus hauts salaires. Ce phénomène, on l'a vu, risque d'être accentué encore avec le développement de surcomplémentaires ou autres options. Une alternative consisterait à imposer une modulation de la contribution employeur en fonction du revenu.
- la mise en place d'une solidarité de la branche en faveur des retraités, à l'image de ce qui se pratique à l'UCANSS par exemple ;

Le rééquilibrage contrats collectifs/contrats individuels pourrait également passer, comme le proposait le HCAAM, par une modulation des taux de TSCA selon la nature du contrat. Les contrats individuels, qui verraient leurs primes augmenter dans les années qui viennent, pourraient se voir appliquer un taux de TSCA plus faible qu'aux contrats collectifs qui vont *a contrario* bénéficier d'un équilibre économique plus favorable.

- Une seconde piste réside dans l'évolution du panier des contrats responsables.

Il pourrait être envisagé de faire évoluer le contenu des contrats responsables en lien avec l'ensemble des acteurs pour éviter de nouveaux bouleversements : on a vu par exemple que le contenu de ceux-ci en matière d'optique est largement dénoncé par les assureurs comme les actuaires qui les conseillent. On pourrait faire le pari de l'intelligence collective pour diminuer la prise en charge en la matière et renforcer à l'inverse d'autres remboursements (*cf. supra*). L'inclusion d'une thématique autour de la prévention (possibilité de prévoir la prise en charge de bilans périodiques, en matière dentaire par exemple) pourrait être un axe de réflexion intéressant l'ensemble des parties. A pu aussi être suggérée l'introduction d'éléments de solidarité : rapport du montant de la cotisation entre jeunes et retraités, comme dans la fonction publique. Enfin, la possibilité de proposer des contrats à garanties plus "réduites" devrait pouvoir être étudiée.

Par ailleurs, la coexistence du panier minimal ANI avec le panier « responsable » peut poser question : certes les objectifs initiaux sont différents : l'un de définition d'une référence minimale de protection, l'autre plus d'encadrement et de maîtrise des dépenses de santé. Mais outre que le panier responsable répond également au premier objectif, l'imbrication des deux dispositifs pour pouvoir bénéficier des aides milite pour une simplification et la définition d'un panier unique, en lien avec les organismes assureurs et les représentants des entreprises et des salariés.

- D'autres évolutions sont sans doute plus délicates et n'ont pas été expertisées dans le cadre de ces travaux :
 - celle du sujet des dépassements qu'il est légitime pour les pouvoirs publics de vouloir maîtriser dans un contexte où leur montant global, à 2,5Mds€ en 2014, ne diminue pas malgré la mise en place du contrat d'accès aux soins. Ces dépassements sont très régionalisés, comme le relève la DREES dans son étude « Offres de soins et état de santé » de 2014 puisqu'ils concernent pour l'essentiel quatre régions : l'Ile-de-France, Rhône-Alpes, la région Provence Côte-d'Azur et

l'Alsace¹⁴⁶, où ils posent un problème réel d'accès aux soins pour une partie de la population. Il paraît juridiquement complexe de poser les bases d'une prise en charge différenciée selon les régions, ce qui reviendrait par ailleurs à conforter les dépassements dans les régions où ils sont déjà présents. Mais il faudrait apporter une réponse à cette vraie question de possibles renoncements aux soins. Les aides pourraient-elles être là aussi conditionnées pour partie à l'existence d'un partenariat avec un réseau de soins ? Les professionnels libéraux pourraient y voir une entrave à l'exercice libéral. Pour autant et dès lors que des aides fiscales ou sociales sont consenties que la collectivité nationale assume, la question mérite d'être posée.

- celle du sujet des « catégories objectives » qui demeure mal apprécié. Ce point n'a pas été expertisé par la mission qui constate néanmoins que le traitement différencié se maintient entre cadres et non cadres notamment au détriment de ces derniers comme le montrent les enquêtes DREES-IRDES de 2003 et 2009.

¹⁴⁶ 10,9% des généralistes et 30,7 % des spécialistes en IDF (respectivement 14€ et 40€ en moyenne), 5 % des généralistes et 21,9 % des spécialistes en Rhône-Alpes (respectivement 13€ et 35€ en moyenne), 4,1 % des généralistes en PACA et 19,7 % des spécialistes en Alsace.

CONCLUSION

[317] Au terme du présent rapport, la mission fait un constat en plusieurs points :

- Sur les dispositifs et les aides :
 - les dispositifs d'accès à la complémentaire santé sont multiples et pour beaucoup anciens ; tous ne sont pas associés à des dépenses publiques, mais les flux financiers qui y sont liés sont néanmoins très importants (entre 11 Mds€ et 13 Mds€ côté dépenses (y compris dépenses fiscales et non recettes) et près de 7 Mds€ côté recettes) ;
 - le procès en complexité qui leur est fait provient notamment de leur multiplicité, même si chaque dispositif pris individuellement répond en général à une logique ciblée sur un public ;
 - les aides publiques attachées aux contrats complémentaires santé réellement redistribuables sont d'un montant bien moindre que l'ensemble des dépenses (entre 1,7 Mds€ et 2,3 Mds€), ce qui rend toute « aide universelle » peu crédible, au vu du faible montant par assuré qui pourrait être redistribué ;
- Sur les réformes récentes et en cours :
 - l'ANI de 2013 et la généralisation de la complémentaire santé ont entraîné un bouleversement du marché qui rend tout retour en arrière improbable et ont accentué une approche par public, associée à une segmentation forte du marché de la complémentaire ;
 - l'impact des dernières réformes ne peut pas encore être évalué en l'absence de données réellement consolidées ;
 - il apparaît en revanche qu'elles ont suscité inquiétude et interrogations au sein des OC, mais aussi des entreprises et pour les assurés.
- Sur des scénarios de refonte de l'architecture financière des aides :
 - le principe même d'une aide à la complémentaire santé ne va pas de soi, dans un contexte où les enjeux portent plutôt sur la prévoyance ou la dépendance, la sécurité sociale prenant déjà en charge les risques santé lourds et les personnes les plus malades ;
 - une « bonne » aide à la complémentaire est une aide qui répond à des principes d'universalité, de lisibilité et de solidarité et qui évite une approche trop « cloisonnée par public » ;
 - mais il existe également un principe de « réalité » qui doit prendre en compte les conséquences que pourraient avoir un bouleversement du système ;
 - or, la mission est arrivée à la conclusion que les scénarios de « refonte globale » ont des effets incertains en termes de redistribution, et auront en revanche de vrais impacts en termes de coût du travail ou de pouvoir d'achat des salariés.

[318] Au vu de l'ensemble de ces constats, la mission reste donc prudente sur des scénarios trop « globaux » dans un contexte où les dispositifs législatifs et réglementaires ont déjà beaucoup évolué et où il semble nécessaire de procéder à une "pause", afin d'éviter de nouveaux éléments de complexité ou des mesures qui accentueraient une segmentation du marché déjà bien amorcée. Des scénarios alternatifs plus modestes, financés par un rééquilibrage entre aides aux contrats collectifs et aides aux contrats individuels, et permettant par exemple d'accroître la prise en charge sur certains secteurs où se concentrent aujourd'hui les renoncements aux soins ou de cibler les personnes précaires, semblent plus réalistes à court terme.

Anne BRUANT-BISSON

Marie DAUDE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

SECRETARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DU BUDGET

Les Directeurs de Cabinet

Paris, le 07 OCT 2015

NOTE

A l'attention de

Monsieur Pierre BOISSIER,

Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : préparation du rapport du Gouvernement sur les aides à l'acquisition d'une complémentaire santé

L'article 2 de la loi de sécurisation de l'emploi prévoit que soit remis un rapport du gouvernement au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Je vous demande de réaliser une mission d'appui auprès des administrations concernées (direction de la sécurité sociale, direction de la législation fiscale, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) pour préparer ce rapport du gouvernement.

Vous veillerez à présenter et quantifier les différents dispositifs d'aide destinés à différents publics, en les rapportant aux nombres d'assurés qui en bénéficient : contrats collectifs, contrats individuels, dispositifs de solidarité (Cmuc et ACS), dispositifs ciblés sur certaines catégories professionnelles (fonctionnaires, indépendants).

Vous présenterez notamment l'impact des différentes évolutions récentes ou à venir : extension de la couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C – et de l'aide à la complémentaire santé – ACS, réformes de l'ACS, redéfinition des contrats responsables, mise en œuvre au 1^{er} janvier 2016 de la généralisation de la couverture complémentaire en santé pour les salariés, mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale concernant d'une part les retraités et d'autre part les salariés en contrats courts ou en temps partiel.

.../...

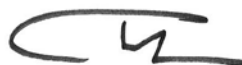
2

Vous évaluez l'efficacité et l'équité de l'architecture de ces différents dispositifs d'aide et présenterez plusieurs scénarios de refonte de l'architecture de ces aides.

Vous consulterez les partenaires sociaux et les fédérations représentant les organismes complémentaires dans le cadre de la préparation de ce rapport.



Guillaume ROBERT



Etienne CHAMPION

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinets

Yann-Gaël AMGHAR, directeur-adjoint du cabinet, ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme

Sophie MARTINON, conseillère comptes sociaux, secrétariat d'Etat au budget

Administrations

Direction de la sécurité sociale

Thomas FATOME, directeur

Jonathan BOSREDON, chef de service

Marie-Anne JACQUET, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail (2^{ème} SD)

Jérôme CLERC, adjoint à la sous-directrice

Géraldine DUVERNEUIL, cheffe du bureau 2A, Couverture maladie universelle et prestations de santé

Cendrine BLAZY, adjointe à la cheffe du bureau 2A

Nina VASSILIEFF, rédactrice, bureau 2A

Sarah CHAMPENOIS, rédactrice, bureau 2A

Agathe DENECHERE, sous-directrice des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire (3^{ème} SD)

Brice LEPETIT, chef du bureau 3C, Régimes professionnels de retraite et institutions de la protection sociale complémentaire »

Charlotte GEAY, cheffe du bureau 3C, Régimes professionnels de retraite et institutions de la protection sociale complémentaire »

Sophie ROUSSET, rédactrice bureau 3C

Denis LE BAYON, adjoint à la sous-directrice du financement de la sécurité sociale (5^{ème} SD)

Virginie CHENAL, adjointe du bureau 5B, Législation financière

Gatien TORTEREAU, rédacteur, bureau 5B

Katarina MILETIC-LACROIX, chef du bureau 5D, Recettes fiscales

Judith GERTHOFFERT, chargée de mission, bureau 5D

Eric LEFEBVRE, sous-directeur des études et des prévisions financières (6^{ème} SD)

Marianne CORNU-PAUCHET, adjointe au sous-directeur

Gaëlle PRIOUX, cheffe du bureau 6D, Etudes et évaluation

Thomas WANECQ, sous-directeur du financement du système de soins (1^{ère} SD)

Eve SINTAS, rédactrice au bureau 1B, Relations avec les professions de santé

Mickaël DONATI, rédacteur au bureau 1C, Produits de santé

Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques

Romain ROUSSEL, adjoint à la sous-direction synthèses, études économiques et évaluation

Antoine SIREYJOL, chargé de mission – Bureau de la redistribution et de l'évaluation

Renaud LEGAL, chef du bureau assurance maladie et études sur les dépenses de santé (S/D Observation de la santé et assurance maladie)

Aude LEDUC, chargée de mission - Bureau assurance maladie et études sur les dépenses de santé – section Statistiques et études sur l'AMC et la prévoyance d'entreprise

Direction générale des finances publiques

Direction de la législation fiscale

Véronique BIED-CHARRETON, directrice

Céline D'ARGENT DES DEUX FONTAINES, bureau C1, Aspects généraux de l'impôt sur le revenu

Charlotte MOLARO, bureau C1

Pascal MENISSEZ, bureau A, coordination des projets de textes de nature fiscale

Service de la gestion fiscale

Brice LEPETIT, chef du bureau GF-3C, Etudes et statistiques en matière fiscale

Sandra ABRIC, bureau GF 3C

Christophe DESPONS, bureau GF-3C

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

Dominique DURANT, adjointe au directeur des études

Paul COULOMB, directeur de la 1ère direction du contrôle des assurances

Fonds CMU

Vincent BEAUGRAND, directeur

Raphaëlle VERNIOLLE, directrice adjointe

Fédérations d'organismes assureurs

Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)

Véronique CAZALS, directrice santé de la FFSA

Pierre FRANCOIS, président du comité santé de l'association française de l'assurance (AFA)

Norbert BONTEMPS, vice président de l'association française de l'assurance (AFA)

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

Etienne CANIARD, président

Emmanuel ROUX, directeur général

Agnès BOCOgnANO, directrice déléguée santé, direction de la santé

Olivier BACHELLERY directeur-adjoint

Philippe BRAGHINI, directeur délégué Direction des entreprises et organismes mutualistes

Christophe OLLIVIER, responsable du pôle Accompagnement des entreprises mutualistes

Fédération des mutuelles de France (FMF)

Jean-Paul BENOIT, président

Laurent EVEILLARD, directeur général

Nicolas SOUVETON, conseiller auprès du président

Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles (FNIM)

Philippe MIXE, président

Jean SAMMUT, conseiller du président

Centre technique des instituts de prévoyance (CTIP)

Jean-Paul LACAM, délégué général

Bertrand BOIVIN-CHAMPEAUX directeur prévoyance et retraite supplémentaire

Evelyne GUILLET, directrice santé

Miriana CLERC, communication et relations extérieures

Isabelle PARIENTE, Service juridique

Organismes complémentaires**ADREA**

Patrick BROTHIER, président

AG2R – La Mondiale

André RENAUDIN, président

Jean-Pierre DIAZ, directeur santé et prévoyance du groupe

Anne-Françoise POTTIER, directrice juridique

Cécile WAQUET directrice adjointe santé

AXA

Didier WECKNER, directeur Axa Solutions collectives

Lucie TALEYSON, directeur technique et marketing

EOVI-MCD

Maurice RONAT, président

GENERALI

Yannick PHILIPPON, directeur des assurances collectives

Lucie GEORGES, chargée d'études actuarielles

HARMONIE

Catherine TOUVREY DG déléguée, DG en juin prochain

Jean-Louis MERCIER, DG adjoint en charge du développement et du service aux adhérents

Bérangère PRIOUR, directrice instances et de la formation des élus

KLESIA

Christian SCHMIDT DE LA BRELIE, directeur général

Benjamin LAURENT, directeur administratif et financier adjoint, directeur des régimes professionnels et des relations publiques

MALAKOFF-MEDERIC

Alexandrine de VALLOIS, direction stratégie et marketing

MGEN

Thierry BAUDET, président

Jean-Louis DAVEY, directeur général

Luc PIERRON, chef de cabinet

MUTEX

Catherine ROUCHON, présidente du directoire

Christian MAREY, directeur général (membres du directoire)

Jean-Pierre CALVET, responsable des conventions collectives de branche au sein de la direction

PACIFICA

Guillaume ORECKIN, directeur général adjoint

Lionel FERAUD, directeur du marché des particuliers

Organisation syndicales**CFDT**

Josiane CABANAL, Commission exécutive – Protection sociale

Dominique DROUET, secrétaire confédérale sur les complémentaires santé

FO

Philippe PIHET, secrétaire confédéral

Jocelyne LAVIER D'ANTONIO

MEDEF

Jean-Marc LAMERE, bureau protection sociale, représentant du Medef au HCAAM

Delphine BENDA directrice Protection sociale

Clara TOUSCH, responsable Retraite

FNSEA

Morgan OYAUX, sous-directeur Emploi relations sociales

Sandrine WEIL, assistante auprès du sous-directeur, chargé de mission Santé Prévention

Delphine RIVA, responsable « accords collectifs » AGRICA

UNAPL

Michel CHASSANG, président

Michel PICON, vice -président

Gérard GOUPIL, président de la commission des affaires sociales

Christine MERCIER, Déléguée générale

UPA

Christian PINEAU, chef de service relations de travail protection sociale

Anne NOVAK ANDRE conseillère technique social santé

Institut de protection sociale

Michel HALLOPEAU, directeur du Pôle Retraite et Prévoyance d'entreprise, cabinet Fidal

Anna FERREIRA, avocat Pôle Retraite et Prévoyance

Pierre-Alain BOSCHER, actuaire, directeur métier Protection Sociale cabinet optimind winter,

Arthur GACHET, cabinet Grayling, cabinet conseil de l'IPS

Autres personnalités

Anne MARION, actuaire, cabinet Actuarielles

Dominique LIBAULT, conseiller d'Etat, directeur de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale

Didier TABUTEAU, conseiller d'Etat, Chaire Santé publique Sciences Po

SIGLES UTILISES

ACPR	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ACS	Aide à la complémentaire santé
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection de longue durée
AMO	Assurance maladie obligatoire
AMC	Assurance maladie complémentaire
ANI	Accord national interprofessionnel
ARRCO	Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCN	Convention collective nationale
CCSF	Comité consultatif du secteur financier
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CGI	Code général des impôts
CICE	Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
C3S	Contribution sociale de solidarité des sociétés
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale
CSG	Contribution sociale généralisée
CSS	Code de la sécurité sociale
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
CTIP	Centre technique des instituts de prévoyance
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DLF	Direction de la législation fiscale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
DUE	Déclaration unilatérale de l'employeur
FFSA	Fédération française des sociétés d'assurance
FMF	Fédération des mutuelles de France
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
FNIM	Fédération nationale indépendante des mutuelles
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IJ	Indemnités journalières
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IP	Institution de prévoyance
IRDES	Institut de recherche et de documentation en santé
IR	Impôt sur le revenu
IS	Impôt sur les sociétés
ISF	Impôt sur la fortune

LFI	Loi de finances initiale
LFR	Loi de finances rectificative
LPP	Liste des produits et prestations
LSE	Loi de sécurisation de l'emploi
LRFSS	Loi de financement rectificatrice de la sécurité sociale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
OC	Organismes complémentaires
PASS	Plafond de la sécurité sociale
PME	Petites et moyennes entreprises
PLF	Projet de loi de finances
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PLV	Prix limite de vente
PSCE	Protection complémentaire sociale d'entreprise
RAC	Reste à charge
RFR	Revenu fiscal de référence
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SGAM	Société de groupe d'assurance mutuelle
SA	Société d'assurance
TCA	Taxe sur les conventions d'assurance
TI	Travailleurs indépendants
TM	Ticket modérateur
TPE	Très petites entreprises
TSA	Taxe de solidarité additionnelle
TSCA	Taxe spéciale sur les conventions d'assurance
UCANSS	Union Nationale des Caisses de Sécurité Sociale

PIECES JOINTES

Pièce jointe n°1	Note CAE n°12 – avril 2014
Pièce jointe n°1	Travaux de la DSS
Pièce jointe n°2	Travaux de la DREES
Pièce jointe n°3	Travaux de la DGFIP
Pièce jointe n°4	Travaux de la DLF
Pièce jointe n°5	Travaux de la DGTrésor

PIECE JOINTE N°1 : NOTE CAE N°12 – AVRIL 2014

Le financement des soins dans d'autres pays européens

Dans la totalité des pays européens, le financement des soins repose sur des principes de solidarité, avec des dispositions très variées pour en garantir l'application.

Au **Royaume-Uni**, les soins sont financés par l'impôt et prodigués par un service public, le *National Health Service* (NHS). L'accès aux soins est universel et gratuit pour les usagers ; seuls les soins optiques, dentaires, et les médicaments font l'objet de modiques participations financières. Même si les comparaisons internationales sont délicates en la matière, les enquêtes montrent que la satisfaction des usagers est élevée, notamment pour la médecine de ville^a. En revanche, les délais sont parfois importants pour accéder aux soins hospitaliers^b. Le système de soins est décentralisé, avec des structures régionales chargées d'évaluer les besoins de santé. La médecine de ville est structurée autour de cabinets de groupe rémunérés pour une part importante en fonction la qualité de la prise en charge et de l'efficacité des soins, selon une liste d'indicateurs tenant compte des caractéristiques de la population locale et des mesures entreprises pour réduire les inégalités de santé. En résumé, la régulation est très active au Royaume-Uni, mais elle passe exclusivement par l'offre de soins sans s'appuyer sur la demande. La manière dont les professionnels s'organisent est ouverte, mais les règles du jeu et les objectifs sont définis par la tutelle et se traduisent par des rémunérations à la performance.

Les performances en matière de qualité des soins pour la médecine de ville, de santé publique et d'inégalités de santé mettent le Royaume-Uni au même niveau que les autres pays, pour un niveau de dépenses très inférieur : en 2011, la dépense de soins ne représentait que 9,3 % du PIB au Royaume-Uni, contre 11,6 % en France et respectivement 11 %, 11,3 % et 11,9 % pour la Suisse, l'Allemagne et les Pays-Bas, les trois autres pays examinés ici. Outre le caractère très « économe » du système anglais, on peut en tirer deux leçons : d'une part, l'assurance-maladie n'est pas la seule organisation envisageable pour garantir l'accès aux soins ; d'autre part, un système de soins peut être piloté exclusivement du côté de l'offre de soins.

La **Suisse** a décidé dès 1911 de permettre aux assurés de choisir entre plusieurs caisses d'assurance-maladie. La loi sur l'assurance-maladie de 1996 a introduit de nombreux éléments de régulation de la concurrence entre caisses, avec notamment l'interdiction de toute tarification au risque.

Encadrer ainsi la prime d'assurance induit deux difficultés : lorsqu'un assuré est plus risqué que la moyenne, l'assureur est incité à ne pas l'admettre, puisqu'il entraînera des dépenses plus élevées que sa prime ; à l'inverse, un assuré en bonne santé peut ne pas vouloir s'assurer, refusant de « payer pour les autres ». Pour résoudre ces problèmes de sélection et d'anti-sélection, la loi instaure un partage du risque maladie à l'échelle de la population en obligeant tout résident à s'assurer, et chaque assureur à satisfaire toute demande de contrat. En outre, un mécanisme de compensation des risques est mis en place, qui décourage la chasse aux bons risques en permettant aux caisses couvrant une population plus risquée de recevoir un financement de la

part de caisses dont les affiliés présentent des caractéristiques plus favorables. Le mécanisme de compensation des risques est fondé sur une prévision de dépenses individuelles de santé basée sur l'âge et le sexe de l'assuré, ainsi que le risque de maladie grave révélé par un séjour hospitalier. Un assureur ne peut améliorer sa situation en cherchant à sélectionner les risques, mais doit s'engager dans la recherche d'une meilleure efficacité des soins.

La forme des contrats et le panier de soins couverts sont définis par la loi fédérale suisse. Fixer un contrat standard institue une concurrence réduite à une concurrence en prix. Par ailleurs, tout assuré fait face à une franchise annuelle dont la valeur varie entre 300 CHF (environ 250 euros) et 2 500 CHF et, au-delà, à un co-paiement représentant 10 % du coût des soins. Mais le reste à charge est plafonné : les soins sont couverts à 100 % une fois qu'il a dépassé 700 CHF dans l'année en sus de la franchise.

En Suisse, comme aux Pays-Bas, il est interdit aux assureurs de proposer des contrats qui couvriraient la franchise et le ticket modérateur. Initialement peu présente, la contractualisation avec les offreurs de soins se développe. Mais la maîtrise de la dépense pèse surtout sur les assurés au travers des franchises.

En **Allemagne**, le choix de la caisse d'assurance a été introduit dans les années quatre-vingt-dix pour 95 % des assurés. Obligation d'assurance, interdiction de la sélection, primes indépendantes de l'âge ou de l'état de santé, standardisation des contrats et compensation des risques : les principes de la concurrence régulée sont appliqués, avec pour le financement des cotisations proportionnelles aux revenus, principe auquel les Allemands sont très attachés. Depuis 2009, les cotisations sont versées à un fonds central qui redistribue les ressources aux caisses en fonction du nombre d'assurés et de leurs caractéristiques. Des primes additionnelles peuvent être demandées par les caisses. Mais elles représentent actuellement une part infime du financement, soit 0,4 %, et le nouveau gouvernement prévoit d'imposer qu'elles soient définies en fonction des revenus. Une participation aux dépenses a été introduite en 2003 pour les assurés : forfait hospitalier, ticket modérateur de 10 % sur les médicaments, etc. Ces participations sont limitées par un plafond annuel qui dépend du revenu.

Aux **Pays-Bas**, la réforme de 2006 a introduit une concurrence régulée et autorisé la mise en place de réseaux de soins. Les assurés sont sujets à une franchise annuelle qui peut varier de 165 à 650 euros, l'ensemble des participations aux dépenses étant plafonné. Le financement du système est à mi-chemin entre les systèmes allemand et suisse, car il repose pour moitié sur des primes et pour moitié sur un fonds de péréquation alimenté par des cotisations sociales. La réforme a entraîné une restructuration du secteur, qui est aujourd'hui assez concentré puisque quatre caisses couvrent 80 % du marché. Curieusement, les dépenses de santé ont explosé depuis 2007 au Pays-Bas, ce qui a conduit certains observateurs à considérer que cela signalait l'incapacité d'un tel système à maîtriser les coûts. En fait, ce dérapage est dû pour partie à une augmentation du périmètre des soins remboursés et pour partie à une vive augmentation des rémunérations des généralistes et des spécialistes sur la période. Ces augmentations n'étaient pas du ressort des caisses d'assurance mais ont été décidées au niveau central.

^a European Commission (2009) : *Special Eurobarometer: Patient Safety and Quality of Healthcare*.

^b Après une réduction jusqu'en 2008, ces délais ont recommencé à augmenter. Voir Limb M. (2013) : « Hospital Waiting Lists in England Reach Five Year High », *British Medical Journal*, n° 347, août.

PIECE JOINTE N°2 : TRAVAUX DE LA DSS

Travaux de chiffrage de la perte d'assiette liée à l'exemption dont bénéficie l'abondement employeur au financement d'une complémentaire santé obligatoire

1) Détermination de l'assiette à prendre en compte

1.1) Assiette avant ANI

L'assiette avant mise en place de l'ANI retenue dans les calculs qui suivent est basée sur le montant des primes collectées par les organismes de santé complémentaires pour l'année 2014 figurant dans le rapport 2015 de la DREES sur la situation financière des OC. Ce montant d'élève à 15,3 Md€ (*annexe, figure 1*). Il recouvre l'abondement employeur mais aussi l'abondement des salariés et couvre par ailleurs tous les contrats, qu'ils soient obligatoires ou pas.

Il est ensuite nécessaire d'appliquer plusieurs correctifs afin de se limiter à l'abondement employeur pour les contrats obligatoires. La part des contrats obligatoires est supposée être de 80 % en reprenant l'hypothèse utilisée par le HCAAM pour son rapport de juillet 2013 (*annexe, figure 2*). Enfin, la part du financement assuré par l'employeur appliquée est de 54 %, conformément à ce qui figure dans le rapport d'activité 2012 de la commission des accords de retraite et de prévoyance (*annexe, figure 3*).

L'assiette des abondements employeurs aux contrats obligatoires collectifs santé pour 2014 s'élève ainsi à 6,6 Md€. Afin d'obtenir une assiette pour l'année 2016, on applique à ce montant l'évolution prévue retenue lors de la réunion d'arbitrage de septembre 2015 pour 2015 (+2,5 %) puis 2016 (+0,4 % une fois pris en compte les effets de la loi Macron avec augmentation du seuil d'assujettissement au forfait social à 11 salariés mais hors effets de la mise en place de l'ANI).

Tableau 1 : Estimation de l'assiette 2014 des abondements employeurs au financement de contrats obligatoires de complémentaire santé

Primes des OC en M€ (1)	15 280
Part des contrats obligatoires (2)	80%
Part de l'abondement employeur (3)	54%
Assiette 2014 abondement employeurs sur contrats obligatoires (4) = (1) x (2) x (3)	6 601
Assiette 2015 en M€ (5)	6 769
Assiette 2016 en M€ (6)	6 795

En fonction de la taille de l'entreprise, l'assujettissement de ces sommes n'est pas le même :

- forfait social et CSG / CRDS pour les 10 salariés et plus
- CSG/CRDS seulement pour les moins de 10 salariés

Afin de calculer les pertes de cotisations, il est ainsi nécessaire de pouvoir distinguer l'assiette pour les 10 salariés et plus (à laquelle s'applique le forfait social à 8 % et la CSG/CRDS) d'une part et pour les moins de 10 salariés d'autre part (à laquelle ne s'applique que la CSG/CRDS). On utilise pour cela le montant de recettes correspondant au forfait social à 8 % qui permet d'obtenir une estimation de

l'assiette pour les plus de 10 sur le champ complet de la prévoyance. On multiplie cette assiette par la part de la santé (49 % d'après le rapport 2015 de la DREES sur la situation financière des OC, *annexe figure 4*) pour obtenir l'assiette santé. On obtient par différence l'assiette des moins de 10. La part des moins de 10 est ainsi de 19,8 %.

Tableau 2 : Détermination de l'assiette des plus de 10 et des moins de 10 salariés pour 2016

Rendement du forfait social à 8 % en 2016 en M€ (1)'	889
Assiette des plus de 10 salariés en M€ (2)' = [(1)' / 8 %] x 49 %	5 447
Assiette des moins de 10 salariés en M€ (3)' = (6) - (2)'	1 347
Part des moins de 10 salariés (4)' = (3)' / (6)	19,83%

Calculs DSS, SD6, 6C

1.2) Assiette liée à la mise en place de l'ANI

Pour estimer l'extension d'assiette liée à la mise en place de l'ANI, on utilise les hypothèses de diffusion qui avaient été retenues pour l'étude d'impact : diffusion à 24 % des salariés pour l'hypothèse basse et à 34,7 % pour l'hypothèse haute.

Pour obtenir l'assiette hors portabilité des droits des chômeurs, on détermine au préalable l'assiette totale (contrats collectifs + autres contrats) en divisant l'assiette de 6,8 Md€ estimée au 1.1) pour 2016 par la part des contrats collectifs issue de l'enquête PSC 2009 de l'IRDES, soit 65,3 % (*annexe, figure 5*). On applique ensuite à cette assiette globale les deux hypothèses de diffusion.

Pour la portabilité des droits des chômeurs, on retient une part de 24,7 % à l'assiette déterminée ci-dessus. La FFSA et le CTIP avaient en effet estimé à 18,5 % la hausse des abondements employeurs à attendre d'une généralisation de la portabilité en mutualisation sur 9 mois. La durée retenue étant finalement de 12 mois, on augmente cette part de 1/3. On distingue là encore les moins de 10 des plus de 10.

Tableau 3 : Détermination de l'assiette liée à la mise en place de l'ANI pour 2016

	plus de 10	moins de 10	total
avec hypothèse de diffusion à 34,7% des salariés	3 619	895	4 514
hors portabilité	2 894	716	3 610
portabilité	725	179	905
avec hypothèse de diffusion à 24% des salariés	2 503	619	3 122
hors portabilité	2 001	495	2 497
portabilité	502	124	626

Calculs DSS, SD6, 6C

L'assiette supplémentaire attendue de la mise en place de l'ANI est ainsi de 4,5 Md€ ou de 3,1 Md€ selon que l'on retient respectivement l'hypothèse de diffusion à 34,7 % des salariés ou celle à 24 %.

2) Calcul de la perte d'assiette avec la méthode de l'annexe 5 au PLFSS

Pour l'estimation des pertes de cotisations liées aux exemptions d'assiette, la méthode conventionnelle retenue dans l'annexe 5 au PLFSS se base sur la différence entre l'application d'un taux déplafonné (taux de cotisations patronales et salariales au-dessus du plafond hors CSG/CRDS, soit 21,62 % pour 2016) et l'application du taux du forfait social à 8 %.

Tableau 4 : Estimation de la perte de cotisations sécurité sociale (méthode conventionnelle annexe 5), en M€

Assiette avant ANI	6 795
Recette sur la base d'un taux à 21,62 %	1 469
Recette de forfait social à 8 %	436
Perte sur assiette avant ANI	1 033
Assiette ANI hypothèse de diffusion à 34,7 %	4 514
Recette sur la base d'un taux à 21,62 %	976
Recette de forfait social à 8 %	290
Perte sur assiette ANI hypothèse de diffusion à 34,7 %	686
Assiette ANI hypothèse de diffusion à 24 %	3 122
Recette sur la base d'un taux à 21,62 %	675
Recette de forfait social à 8 %	200
Perte sur assiette ANI hypothèse de diffusion à 24 %	475
Perte totale (hypothèse de diffusion à 34,7 %)	1 720
Perte totale (hypothèse de diffusion à 24 %)	1 508

Calculs DSS, SD6, 6C

La perte de cotisations sur le champ sécurité sociale serait de 1,1 Md€ avant ANI et comprise entre 1,5 Md€ et 1,8 Md€ selon l'hypothèse de diffusion retenue une fois la mise en place de l'ANI pris en compte.

3) Calcul de la perte d'assiette en utilisant un taux effectif moyen de cotisations et en supposant que les employeurs ne changent pas de comportement

Afin de mieux rendre compte des taux de droit commun qui s'appliqueraient aux assiettes si ces assiettes n'étaient pas exemptées et une fois pris en compte les allègements généraux et le CICE, une autre estimation peut être produite en utilisant un taux de cotisations effectif moyen. Ce dernier est obtenu en calculant les taux de cotisations effectifs après intégration des allègements généraux et du CICE pour chaque tranche de 0,1 SMIC entre 1 et 5 SMIC puis en pondérant ces différents taux par la part de salariés présents dans chacune de ces tranches (*annexe, tableau*).

On privilégie ici un calcul sur la totalité de la distribution (1 à 5 SMIC) car on applique ce taux à l'assiette totale et non pas seulement au delta lié à la mise en place de l'ANI. Le delta lié à l'ANI porte a priori sur les faibles rémunérations, mais a contrario, l'assiette avant extension est plus largement distribuée.

Le calcul des recettes de forfait social et de CSG/CRDS s'appuie sur la distinction de l'assiette des plus de 10 à laquelle on applique et le forfait social et la CSG/CRDS et de l'assiette des moins de 10 sur laquelle ne porte que la CSG/CRDS.

On fait par ailleurs ici l'hypothèse que les employeurs ne modifient pas leur comportement et n'ajustent donc pas l'assiette à laquelle on applique les taux moyens effectifs.

Tableau 5 : Estimation de la perte de cotisations sur la base d'un taux de cotisations effectif moyen, sans changement de comportement des employeurs, en M€

	Cotisations sécurité sociale yc AG avant CICE	Cotisations sécurité sociale yc AG après CICE	Hors sécurité sociale	TOTAL yc AG après CICE
Assiette avant ANI				
Recette sur la base d'un taux effectif moyen	2 626	2 322	1 581	3 903
Recette de forfait social à 8 % et de CSG/CRDS	970	970	0	970
Perte sur assiette avant ANI	1 656	1 352	1 581	2 933
Assiette ANI hypothèse de diffusion à 34,7 %				
Recette sur la base d'un taux effectif moyen	1 745	1 542	1 051	2 593
Recette de forfait social à 8 % et de CSG/CRDS	644	644	0	644
Perte sur assiette ANI hypothèse de diffusion à 34,7 %	1 101	898	1 051	1 949
Assiette ANI hypothèse de diffusion à 24 %				
Recette sur la base d'un taux effectif moyen	1 207	1 067	727	1 793
Recette de forfait social à 8 % et de CSG/CRDS	446	446	0	446
Perte sur assiette ANI hypothèse de diffusion à 24 %	761	621	727	1 348
Assiette totale				
Perte totale (hypothèse de diffusion à 34,7 %)	2 757	2 250	2 632	4 882
Perte totale (hypothèse de diffusion à 24 %)	2 418	1 973	2 308	4 281

Calculs DSS, SD6, 6C

La perte de cotisations sur l'assiette avant ANI s'élève à 1,4 Md€ sur le champ sécurité sociale une fois prise en compte les allègements généraux et le CICE. La perte atteint 1,6 Md€ sur le champ hors sécurité sociale. Pour ce qui concerne le delta d'assiette lié à la mise en place de l'ANI, il donne lieu à une perte totale de recettes (champ sécurité sociale et hors sécurité sociale) de 1,9 Md€ sous l'hypothèse de diffusion à 34,7 % des salariés et de 1,3 Md€ pour une diffusion à 24 % de la population.

4) Calcul de la perte d'assiette en utilisant un taux effectif moyen de cotisations et en supposant que les employeurs changent de comportement

On considère ici une situation où les employeurs ajustent l'assiette à laquelle s'appliqueraient les taux de cotisations effectifs moyens afin que leur coût soit identique à celui qu'ils payaient pour une assiette assujettie au forfait social et à la CSG/CRDS seulement.

La nouvelle assiette dite équivalente est telle que :

$$\text{Ancienne assiette} \times (\text{ancien taux} + 1) = \text{Nouvelle assiette équivalente} \times (\text{nouveau taux} + 1)$$

Les assiettes obtenues avec cette méthode sont présentées dans le tableau 6.

Tableau 6 : Assiettes équivalentes à coût constant pour l'employeur, en M€

Assiette avant ANI	4 593
plus de 10 salariés	3 737
moins de 10 salariés	856
Assiette ANI hypothèse de diffusion à 34,7 %	3 051
plus de 10 salariés	2 483
moins de 10 salariés	569
Assiette ANI hypothèse de diffusion à 24 %	2 110
plus de 10 salariés	1 717
moins de 10 salariés	393

Calculs DSS, SD6, 6C

La perte de cotisation est alors calculée comme la différence entre les recettes actuelles (assiette sans changement de comportement à laquelle est appliquée le forfait social et/ou la CSG/CRDS en fonction de la taille) et le produit des taux moyens effectifs et de ces assiettes équivalentes.

Tableau 7 : Estimation de la perte de cotisations sur la base d'un taux effectif moyen, avec changement de comportement des employeurs, en M€

	Cotisations sécurité sociale yc AG avant CICE	Cotisations sécurité sociale yc AG après CICE	Hors sécurité sociale	TOTAL yc AG après CICE
Assiette avant ANI				
Recette sur la base d'un taux effectif moyen	1 775	1 569	1 069	2 638
Recette de forfait social à 8 % et de CSG/CRDS	970	970	0	970
Perte sur assiette avant ANI	805	599	1 069	1 668
Assiette ANI hypothèse de diffusion à 34,7 %				
Recette sur la base d'un taux effectif moyen	1 179	1 043	710	1 753
Recette de forfait social à 8 % et de CSG/CRDS	644	644	0	644
Perte sur assiette ANI hypothèse de diffusion à 34,7 %	535	398	710	1 108
Assiette ANI hypothèse de diffusion à 24 %				
Recette sur la base d'un taux effectif moyen	816	721	491	1 212
Recette de forfait social à 8 % et de CSG/CRDS	446	446	0	446
Perte sur assiette ANI hypothèse de diffusion à 24 %	370	275	491	767
Assiette totale				
Perte totale (hypothèse de diffusion à 34,7 %)	1 340	998	1 779	2 776
Perte totale (hypothèse de diffusion à 24 %)	1 175	875	1 560	2 435

Calculs DSS, SD6, 6C

Sous l'hypothèse que les employeurs ajustent l'assiette afin que leurs coût restent constants, la perte de cotisations sur le champ sécurité sociale serait de 0,6 Md€ avant ANI une fois les allègements généraux et le CICE pris en compte et atteindrait 1,0 Md€ ou 0,9 Md€ après mise en place de l'ANI selon l'hypothèse de diffusion retenue, respectivement 34,7 % ou 24 %. Sur le champ total, la perte serait de 2,4 Md€ selon l'hypothèse basse et de 2,8 Md€ selon l'hypothèse haute.

Annexe

Figure 1 : Montants des primes pour 2014

Ensemble des organismes	En euros			En % des primes		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
Produits	20 059	15 394	35 453	101%	101%	101%
Primes collectées	19 872	15 280	35 152	100%	100%	100%
Autres produits ¹	187	115	301	1%	1%	1%
Charges	19 220	15 973	35 193	97%	105%	100%
Charges de prestations, dont	15 699	13 824	29 523	79%	90%	84%
- Sinistres payés aux assurés	14 816	12 705	27 521	75%	83%	78%
- Frais de gestion des sinistres	827	728	1 555	4%	5%	4%
- Autres charges de prestations ²	56	391	447	0%	3%	1%
Frais d'acquisition	1 711	1 040	2 751	9%	7%	8%
Frais d'administration ³	1 654	926	2 579	8%	6%	7%
Autres charges ⁴	156	184	340	1%	1%	1%
Résultat technique	839	-579	260	4,2%	-3,8%	0,7%

Source : Rapport DREES 2015 sur la situation financière des OC en 2014

Figure 2 : Part des contrats collectifs

Modalité d'estimation du coût des aides publiques aux contrats collectifs des complémentaires santé

Selon les données des fédérations, le montant des primes des contrats collectifs des trois types d'opérateurs s'est établi en 2010 à 13,3 Mds €. Le HCAAM a fait l'hypothèse que 80 % des cotisations des contrats collectifs correspondaient à des garanties obligatoires.

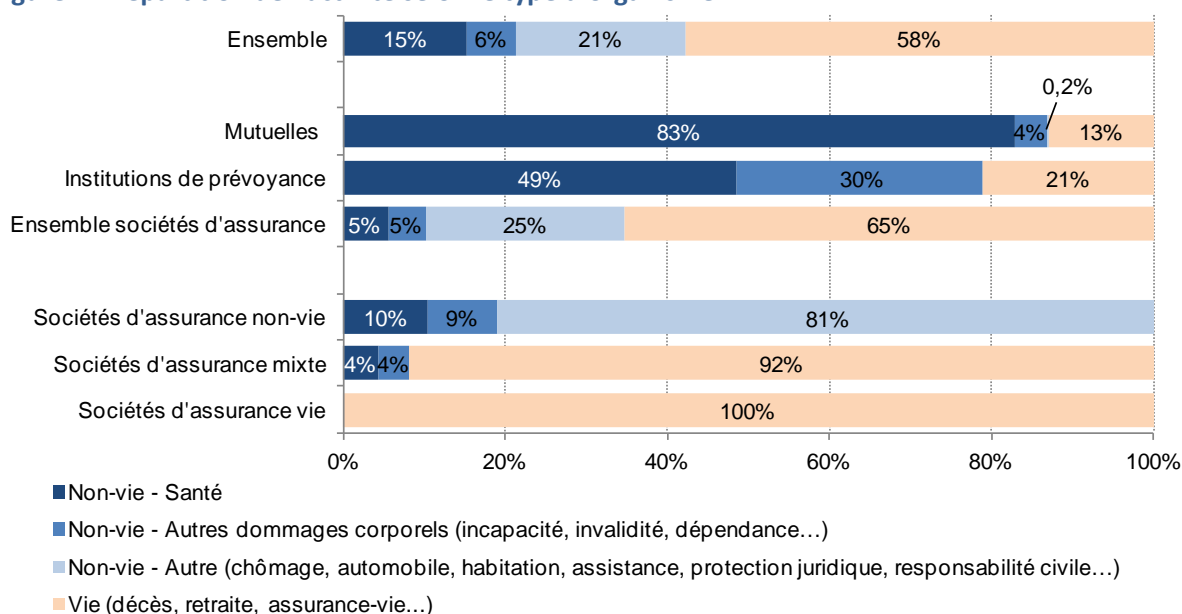
Source : Rapport HCAAM, La généralisation de la couverture complémentaire en santé, juillet 2013

Figure 3 : Part du financement employeur

Concernant la participation employeur dans ces régimes, sur les 33 régimes ayant défini un niveau de cotisation, 2 régimes n'ont pas défini de participation employeur dans l'accord. Lorsque cette participation employeur est définie, elle est en moyenne de l'ordre de 54 %. On constate cependant que 81% des régimes impose une participation employeur supérieure à 50%, dont 28% imposent une cotisation supérieure à 60%.

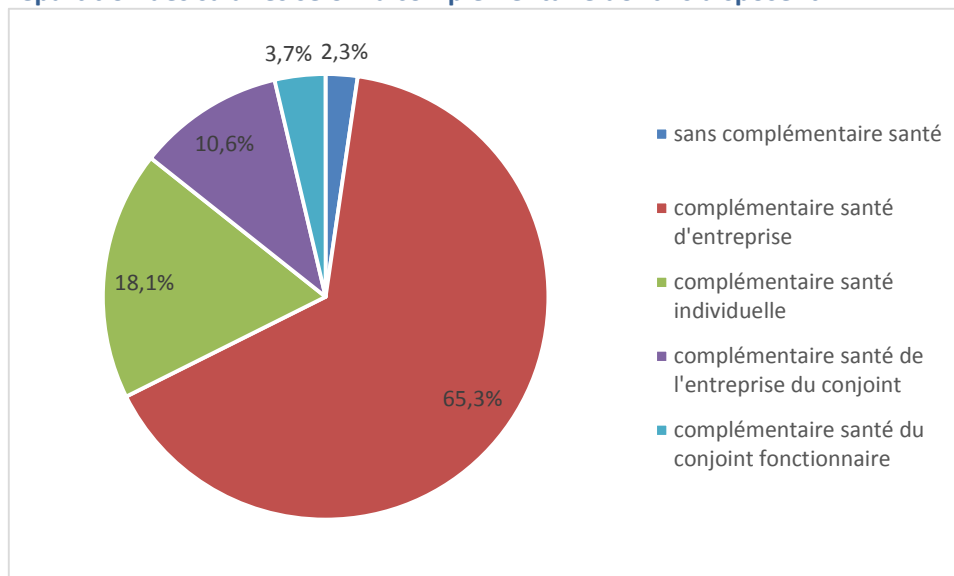
Source : Rapport d'activité de la COMAREP 2012

Figure 4 : Répartition de l'activité selon le type d'organisme



Source : Rapport DREES 2015 sur la situation financière des OC en 2014

Figure 5 : Répartition des salariés selon la complémentaire dont ils disposent



Source : enquête PSCE Irdes 2009, calcul DSS, SD6, 6C

Tableau : Taux moyen effectif de cotisations 2016 une fois pris en compte les allègements généraux et le CICE sur les champs sécurité sociale et hors sécurité sociale

	Cotisations sécurité sociale yc AG avant CICE	Cotisations sécurité sociale yc AG après CICE	Hors sécurité sociale	TOTAL
taux moyen effectif cotisations patronales + salariales	38,65%	34,17%	23,27%	57,44%
taux moyen effectif cotisations patronales	23,43%	18,95%	16,50%	35,45%

Calculs DSS, SD6, 6C

PIECE JOINTE N°3 : TRAVAUX DE LA DREES



Ministère des finances et des comptes publics
Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

**Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques**

**Sous-direction des synthèses, des études
économiques et de l'évaluation**

Bureau de la redistribution et de l'évaluation

Dossier suivi par : Antoine Sireyjol

Tel : +33 (0) 1 40 56 58 47

Mél : <mailto:antoine.sireyjol@sante.gouv.fr>

Paris, le 10/03/2016
DREES-BRE N°17/2016

**Note à l'attention
d'Anne Bruant-Bisson et Marie Daudé,
Inspectrices à l'Igas**

**Objet : Nouvelles simulations de réformes de l'ACS sur la base de budgets différents et
présentation d'un troisième scénario à la suite de la note DREES – BRE N°08/2016.**

**Addendum : résultats obtenus avec un budget porté à 2,3 Md€, suite à votre demande
du 7 mars 2016 (fiche 3)**

Dans le cadre de la mission de l'Igas sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé, cette note apporte des compléments à la note DREES – BRE N°08/2016. Elle reproduit tout d'abord les simulations de réformes de l'ACS présentées précédemment sous deux nouvelles hypothèses de budget : ces hypothèses, communiquées par l'Igas sur la base d'estimations DSS, correspondent à des montants de dépenses potentiellement recyclables au titre des exemptions de cotisations dont bénéficient actuellement les employeurs pour financer une complémentaire santé collective et obligatoire. La première hypothèse suppose un budget supplémentaire de 1,6 Md€ (France métropolitaine, soit 1,7 Md€ France entière¹⁴⁷) par rapport aux dépenses actuelles au titre de l'ACS. La deuxième hypothèse repose sur un budget supplémentaire de 0,9 Md€ (France métropolitaine, soit 1 Md€ France entière). Les résultats des simulations et leurs effets au niveau individuel sont présentés respectivement dans les fiches 1 et 2.

Pour ces deux hypothèses de budget, sont déclinés de nouveau les scénarios présentés dans la note

¹⁴⁷ Le budget de 1,7 Md€ en France entière correspond à 1,6 Md€ sur le champ de la France métropolitaine sur lequel portent les simulations menées ici (la réfaction opérée se fonde sur les chiffres du Fonds CMU qui indiquent que 93 % des chèques ACS sont versés en France métropolitaine en 2014).

DREES-BRE n°08/2016. Pour mémoire, le premier scénario consiste à augmenter les plafonds d'éligibilité, sans modifier les montants du « chèque ACS » attribué aux bénéficiaires. Le deuxième scénario consiste à mettre en place une ACS universelle, sans condition de ressources, en diminuant les montants des chèques ACS attribués aux bénéficiaires, de manière à rester dans l'épure financière. Les résultats de la fiche 1 sont très proches de ceux présentés dans la note précédente en raison d'une hypothèse de budget similaire, ceux des fiches 2 et 3 diffèrent sensiblement en lien avec les moyens consacrés à l'aide.

En plus des résultats précédents et sous les hypothèses de budget des fiches 1 et 2, un troisième scénario a été construit. Celui-ci postule la création d'une nouvelle tranche de chèque ACS senior de 700 € annuels pour les plus de 75 ans éligibles au dispositif existant (actuellement, l'aide maximale au titre de l'ACS est de 550 € pour les 60 ans et plus). Le budget supplémentaire restant est supposé servir à financer une ACS+ pour les non éligibles au dispositif existant âgés de 60 ans ou plus. Cette ACS+ serait composée d'un chèque pour les 60-74 ans et d'un chèque - plus élevé - pour les 75 ans ou plus, calibrés en fonction des budgets disponibles. Dans le cas d'une augmentation de budget de 1,6 Md€ et d'un recours constant, les montants de ces deux chèques seraient respectivement de 329 € et 419 €.

Les estimations précédentes dépendent très fortement de l'hypothèse retenue quant au taux de recours à ces aides, impossible à estimer de manière fiable *ex-ante* avant réforme. Aussi, la note présente également une estimation du risque financier théorique maximal de ces réformes, dans l'hypothèse majorante d'un recours à 100 % à l'ACS et à l'ACS+ (pour mémoire, le taux de recours de l'ACS est estimé entre 30 % et 43 % des éligibles actuellement - France métropolitaine, 2014). Cette hypothèse suppose aussi un taux de couverture de la population par une complémentaire santé de 100 % - correspondant par exemple à une automaticité du versement du chèque - alors qu'il est de 95 % actuellement¹⁴⁸.

Les simulations sont réalisées sur l'année 2014, dernière année disponible dans le [modèle Ines](#) mobilisé pour cet exercice de chiffrage (sur le champ de la France métropolitaine). Pour mémoire, le barème de l'ACS est resté inchangé entre 2014 et 2016 (hors revalorisations habituelles des plafonds). Pour autant, depuis le 1^{er} juillet 2015, les nouveaux bénéficiaires de l'ACS doivent choisir leur contrat d'assurance santé complémentaire parmi ceux retenus lors d'un appel d'offre national. Cette réforme a pu affecter la qualité et le prix des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS, ainsi que leur comportement de recours, effets qui ne peuvent être estimés ici.

¹⁴⁸ L'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012, Irdes

Fiche 1 : Augmentation du budget de 1,6 Md€

6 Premier scénario : hausse des plafonds d'éligibilité, sans modifier les montants du « chèque ACS » attribué aux bénéficiaires

Nous étudions dans cette partie la mise en place d'une nouvelle ACS (appelée ci-après ACS+) dotée d'un budget de 1,85 Md€ (France métropolitaine, 2014), soit un surcoût de 1,6 Md€ par rapport au coût actuel de l'ACS (0,25 Md€). Ce surcoût correspond à l'estimation, fournie par la DSS, du recyclage intégral du montant des dispositifs d'exonérations sociales et fiscales bénéficiant actuellement aux contrats de complémentaire santé collectifs et obligatoires. Sous réserve d'expertises juridique et technique, ceux-ci pourraient par exemple être supprimés afin de financer le nouveau dispositif. Par ailleurs, les bénéficiaires de contrats collectifs obligatoires pourraient, sous condition de ressources, bénéficier de l'ACS+ pour réduire leurs cotisations de complémentaire santé, alors qu'ils sont actuellement exclus du bénéfice de l'ACS. Tout comme l'ACS actuellement, le nouveau dispositif ne serait pas cumulable avec la CMUc ce qui signifie que tous les éligibles à la CMUc en sont exclus.

L'augmentation du budget de 1,6 milliard d'euros permettrait d'augmenter les plafonds d'éligibilité de 79 % sous l'hypothèse que le recours resterait le même que pour le dispositif ACS pour chacune des tranches d'âges concernées, en dépit de la forte extension du champ de l'aide (tableau 1). Le seuil d'éligibilité passerait ainsi de 930 € de salaire pour un célibataire sans enfant à 1750 € (tableau 2). Cette augmentation du budget ainsi que l'élargissement aux bénéficiaires de contrats collectifs permettrait alors de faire passer le nombre d'individus utilisant effectivement leur chèque ACS de 0,9 million à 6,6 millions.

Tableau 1. Effet d'une augmentation du budget sur l'éligibilité à l'ACS en fonction des hypothèses de recours

	Nombre d'individus recourant en dessous du seuil ACS actuel	Augmentation du plafond d'éligibilité	Nombre d'individus recourant total après augmentation du plafond	Nombre de ménages recourant total après augmentation du plafond
Recours constant	1 100 000*	79 %	6 600 000	3 400 000
Plein recours	3 900 000*	14 %	6 800 000**	3 300 000**

Source : modèle Ines (Insee-Drees), législation 2014

Note de lecture : Les individus recourant dans les deux cas ne sont pas les mêmes : dans le cas d'un recours constant ce sont les individus recourant au dessous du plafond ACS augmenté de 79 %, dans le cas de l'hypothèse de plein recours ce sont les individus au dessous du plafond ACS augmenté de 14 %.

* Dans les deux hypothèses de recours, le nombre d'individus recourant comprend l'élargissement aux bénéficiaires de contrats collectifs (cf. annexe). C'est pourquoi dans l'hypothèse de recours constant le chiffre de 1,1 million indiqué est supérieur aux seuls utilisateurs effectifs du chèque ACS actuel (0,9 million).

** Les nombres de ménages et d'individus sont différents en plein recours en raison de légères différences de structures par âge et par composition familiale au sein des populations bénéficiaires.

Le tableau 1 fournit également les effets d'une telle augmentation du plafond d'éligibilité en cas de plein recours, une hypothèse conventionnelle majorante qui vise à rendre compte du risque financier théorique maximal si l'ACS devait être attribuée automatiquement (voir annexe). Dans ces conditions, la hausse des plafonds d'éligibilité permettant de respecter la contrainte budgétaire globale ne serait plus que de 14 % (tableau 1), dans la mesure où une part conséquente de la hausse budgétaire de 1,6 Md€ serait absorbée par l'augmentation du recours des personnes actuellement éligibles mais non recourantes. On estime ainsi que la seule intégration des non-recourants et des bénéficiaires des contrats collectifs obligatoires coûterait 860 millions d'euros. Cela signifie que sur le budget de 1,6 milliard d'euros, seuls 740 millions seraient dédiés à de nouveaux éligibles dans ce cas de figure.

Si la réforme devait aboutir à une situation de plein recours, le seuil d'éligibilité après mesure serait ramené de 1 750 € annuels à 1 070 € pour un célibataire sans enfant (tableau 2). Le tableau ci-après

reproduit les nouveaux seuils d'éligibilité à l'ACS+ en fonction de l'hypothèse de recours supposée et de la configuration familiale considérée (les seuils sont exprimés ici à la fois en niveaux de salaire du foyer et en parts de SMIC).

Tableau 2. Limite d'éligibilité en fonction du salaire et de la composition du foyer

Composition du foyer	Situation actuelle			Plafonds d'éligibilité après réforme - recours constant		Plafonds d'éligibilité après réforme - plein recours	
	Seuil légal mensuel	Équivalent en salaire du foyer	En parts de Smic	Salaire du foyer mensuel	En parts de Smic	Salaire du foyer mensuel	En parts de Smic
Célibataire sans enfant	973 €	930 €	0,82	1 750 €	1,55	1 070 €	0,95
Célibataire 1 enfant	1 459 €	1 350 €	1,20	2 630 €	2,33	1 580 €	1,40
Célibataire 2 enfants	1 751 €	1 470 €	1,30	3 000 €	2,66	1 750 €	1,55
Célibataire 3 enfants *	2 042 €	1 410 €	1,25	3 180 €	2,81	1 690 €	1,50
Couple sans enfant	1 459 €	1 470 €	1,30	2 630 €	2,33	1 660 €	1,47
Couple 1 enfant	1 751 €	1 720 €	1,52	3 150 €	2,79	2 000 €	1,77
Couple 2 enfants	2 042 €	1 810 €	1,60	3 520 €	3,12	2 200 €	1,95
Couple 3 enfants	2 431 €	1 810 €	1,60	4 040 €	3,58	2 170 €	1,92

Source : ERFS 2012, modèle Ines 2014 (Insee-Drees) et cas-types Drees

Note méthodologique : on fait ici l'hypothèse que les enfants ont entre 6 et 10 ans.

Les seuils légaux sont donnés en équivalent salaire mais tous les revenus sont pris en compte dans la base ressources (salaires, revenus de remplacement et prestations notamment).

* Sous l'hypothèse de plein recours, le niveau de salaire diminue entre les foyers de célibataires avec deux enfants et ceux avec trois enfants alors que les seuils légaux augmentent. Ceci est dû au fait que ces familles avec trois enfants touchent par ailleurs significativement plus de prestations familiales, ce qui baisse le niveau de salaire à partir desquels ils ne sont plus éligibles à l'ACS.

7 Deuxième scénario : une ACS universelle, sans condition de ressources, avec des montants plus faibles de « chèque ACS »

Ce deuxième scénario consiste à mettre en place une ACS universelle, sans condition de ressources, en diminuant les montants du « chèque ACS » attribué aux bénéficiaires de manière à aboutir par construction au même coût total que dans le scénario précédent. Comme dans la partie précédente, le nouveau dispositif serait donc doté d'un budget global de 1,85 Md€ (France métropolitaine, 2014), soit un surcoût de 1,6 Md€ par rapport au coût actuel de l'ACS (0,25 Md€).

Nous faisons l'hypothèse que cette ACS+ reproduirait la structure par âge des montants d'aide servis dans le cadre de l'ACS (tableau 1), en les diminuant uniformément d'une même proportion. De plus, les éligibles à la CMUc ne pourraient pas toucher cette aide nouvelle (dans la législation actuelle le cumul entre CMUc et ACS n'est d'ores et déjà pas permis). Ils sont estimés entre 5,8 et 7,0 millions de personnes.

Les simulations suivantes sont réalisées dans deux cadres :

- une refonte de l'ACS incorporant le dispositif existant. Dans ce cadre, les bénéficiaires actuels de l'ACS seraient toujours éligibles à l'ACS+, mais le niveau du chèque qui leur serait servi serait bien plus faible que celui actuellement perçu (partie 2.1) ;
- la création d'une ACS+ qui viendrait s'ajouter au dispositif existant de telle sorte que les bénéficiaires actuels de l'ACS ne soient pas perdants (partie 2.2) : coexisteraient ainsi l'ACS actuelle, sous condition de ressources, et l'ACS+, sans condition de ressources mais avec des montants de chèque plus faibles compte tenu de la contrainte budgétaire à respecter. Cela revient à répartir les aides existantes en faveur des contrats collectifs sur les personnes non éligibles à la CMUC et à l'ACS actuelle.

7.1 Une ACS universelle modulée en remplacement de l'ACS actuelle

En refondant l'ACS actuelle dans un dispositif qui serait universel, le montant touché par les individus serait quel que soit le cas très inférieur à celui du dispositif existant, du fait du nombre d'entrants très élevé (entre 15 et 57 millions selon les scénarios de recours) à coût total donné.

Même dans le cas d'un recours constant, les pertes seraient importantes pour les bénéficiaires actuels, puisque ce montant serait en moyenne de 120 € par personne, contre 290 € dans le dispositif ACS actuel (soit -60 %). Le montant par personne couverte et par an varierait de 43 € pour les moins de 16 ans à 234 € pour les plus de 60 ans (tableau 4). Sous l'hypothèse maximaliste de plein recours, les montants diminueraient encore sensiblement, et ne seraient plus que de 30 € en moyenne par an. Les moins de 16 ans toucheraient alors 11 € et ceux de plus de 60 ans, 61 €.

Tableau 3. Montant des chèques d'une ACS universelle*

	Recours constant	Plein recours
Montant d'ACS moyen	120 €	30 €
<i>Montant moins de 16 ans</i>	<i>43 €</i>	<i>11 €</i>
<i>Montant 16-49 ans</i>	<i>85 €</i>	<i>22 €</i>
<i>Montant 50-59 ans</i>	<i>149 €</i>	<i>39 €</i>
<i>Montant 60 ans ou plus</i>	<i>234 €</i>	<i>61 €</i>
Nombre d'individus bénéficiaires	15 000 000	57 000 000

Source : ERFIS 2012, modèle Ines 2014 (Insee-Drees)

Note : Les montants moyens sont arrondis à la dizaine, le nombre d'individus au million.

* pour un coût global donné du dispositif supposé de 1,85 Md€ (France métropolitaine, 2014), selon les hypothèses de taux de recours.

7.2 Une ACS+ universelle en complément de l'ACS actuelle

Si l'ACS actuelle continuait d'être servie pour éviter de faire des perdants, le nouveau dispositif sans condition de ressources qui viendrait en complément concernerait 14 millions de personnes si le comportement de recours restait inchangé et 53 millions de personnes au maximum en cas de plein recours. Le montant moyen perçu par personne serait de 110 euros annuels en moyenne dans le premier cas, soit des chèques allant de 38 € pour les moins de 16 ans à 208 € pour les plus de 60 ans.

Dans le cas de l'hypothèse d'un plein recours, nous considérons que ce plein recours s'applique également au dispositif existant. Le montant moyen d'ACS serait de seulement 10 €. Cela s'explique par le fait que le plein recours et l'élargissement aux bénéficiaires des contrats collectifs aurait un impact très important sur le coût du dispositif actuel qui coûterait alors 1,1 milliard d'euro, soit 860 millions d'euros de plus. Le dispositif actuel toucherait ainsi 4 millions de personnes. Il resterait alors seulement 750 millions d'euros à répartir sur le reste de la population¹⁴⁹, soit 53 millions de personnes.

¹⁴⁹ Non éligibles à la CMUc et non éligibles au dispositif ACS actuel.

Tableau 4. Montant des chèques d'une ACS+ universelle complétant le dispositif existant*

	Recours constant	Plein recours
Montant d'ACS + moyen	110 €	10 €
<i>Montant moins de 16 ans</i>	<i>38 €</i>	<i>5 €</i>
<i>Montant 16-49 ans</i>	<i>76 €</i>	<i>10 €</i>
<i>Montant 50-59 ans</i>	<i>133 €</i>	<i>18 €</i>
<i>Montant 60 ans ou plus</i>	<i>208 €</i>	<i>27 €</i>
Nombre d'individus bénéficiaires	14 000 000	53 000 000

Source : ERFS 2012, modèle Ines 2014 (Insee-Drees)

Note : Ce tableau ne concerne que les bénéficiaires du nouveau dispositif, ceux éligibles à l'ACS actuelle bénéficiant du barème en vigueur (tableau 1). Les montants moyens sont arrondis à la dizaine, le nombre d'individus au million.

* pour un coût global donné du dispositif supposé de 1,85 Md€ (France métropolitaine, 2014), selon les hypothèses de taux de recours.

8 Troisième scénario : une ACS « senior » au sein du dispositif existant, complétée par une ACS+ pour tous les 60 ans et plus non éligibles à l'ACS

Ce scénario explore la possibilité d'une réforme de l'ACS au profit des plus âgés, qu'ils soient éligibles ou non au dispositif actuel. Il s'appuie sur deux axes :

- Au sein du dispositif existant, la création d'un chèque « senior » de 700 € pour les plus de 75 ans.
- Avec le reliquat de budget, la création de deux chèques ACS+ pour les non éligibles à l'ACS de plus de 60 ans¹⁵⁰ :
 - Un chèque pour les 60 – 74 ans.
 - Un chèque, plus élevé, pour les 75 ans ou plus.

Cette réforme permettrait, dans le cas d'une augmentation de budget de 1,6 Md€, de verser des montants substantiels aux nouveaux bénéficiaires sans faire de perdants au sein du dispositif actuel. Les plus de 75 ans bénéficiant du dispositif actuel verraient également leur chèque augmenter de manière significative.

En effet, dans l'hypothèse d'un recours constant, l'augmentation du budget permettrait – en plus de l'augmentation de la valeur du chèque des plus de 75 ans – de verser des chèques de 329 € aux 60 – 74 ans non éligibles au dispositif actuel et de 419 € aux 75 ans ou plus qui recourraient au nouveau dispositif (tableau 5). Les nouveaux éligibles représenteraient environ 80 % de l'ensemble des bénéficiaires de cette ACS rénovée. Celle-ci bénéficierait en tout à 5 millions de personnes.

Dans l'hypothèse maximaliste d'un plein recours à l'ancien et au nouveau dispositif, le chèque senior de l'ACS pourrait toujours être financé mais les chèques des plus de 60 ans non éligibles au dispositif actuel ne seraient plus que de 48 € et 61 €. Le dispositif compterait alors 18 millions de bénéficiaires.

¹⁵⁰ Les éligibles à la CMU-C sont, comme précédemment, exclus de ce dispositif.

Tableau 5. Montants des chèques d'une ACS « senior » et d'une ACS+ pour les 60 ans et plus non éligibles au dispositif existant*

	Recours constant		Plein recours	
	Montant d'ACS	Répartition de la population bénéficiaire	Montant d'ACS	Répartition de la population bénéficiaire
Éligibles ACS actuelle	300 €	21 %	290 €	22 %
<i>Montant moins de 16 ans</i>	100 €	5 %	100 €	6 %
<i>Montant 16 - 49 ans</i>	200 €	8 %	200 €	9 %
<i>Montant 50 - 59 ans</i>	350 €	2 %	350 €	2 %
<i>Montant 60 - 74 ans</i>	550 €	3 %	550 €	3 %
<i>Montant 75 ans ou plus</i>	700 €	3 %	700 €	3 %
Non éligibles ACS actuelle	360 €	79 %	50 €	78 %
<i>Montant 60 - 74 ans</i>	329 €	52 %	48 €	51 %
<i>Montant 75 ans ou plus</i>	419 €	27 %	61 €	27 %
Nombre d'individus bénéficiaires	5 000 000		18 000 000	

Source : ERFIS 2012, modèle Ines 2014 (Insee-Drees)

Note de lecture: Parmi la population bénéficiaire du dispositif ACS rénové et dans l'hypothèse d'un recours constant, 21 % sont éligibles à l'ACS actuelle dont 3 % ont plus de 75 ans.

Note : Les montants moyens sont arrondis à la dizaine, le nombre d'individus au million.

* pour un coût global donné du dispositif supposé de 1,85 Md€ (France métropolitaine, 2014), selon les hypothèses de taux de recours.

Dans le cas de l'hypothèse d'un recours constant, on estime que le budget total se répartirait pour 0,3 Md€ en faveur des éligibles au dispositif actuel et 1,5 Md€ en faveur des nouveaux éligibles à l'ACS+¹⁵¹. Le surcoût associé au chèque senior des plus de 75 ans éligibles au dispositif actuel est d'environ 20 millions d'euros.

Dans le cas de l'hypothèse d'un plein recours, cette répartition serait de 1,1 Md€ pour les éligibles au dispositif actuel et de 0,7 Md€ pour les nouveaux éligibles. Le surcoût associé au chèque senior des plus de 75 ans éligibles au dispositif actuel serait alors de 70 millions d'euros.

¹⁵¹ Cette répartition exacte ne se retrouve pas directement en réalisant les calculs sur les chiffres présentés dans le tableau en raison des arrondis.

Fiche 2 : Augmentation du budget de 0,9 Md€

Nous reproduisons ici les tableaux détaillés dans la fiche 1 sous les trois familles de scénarios présentés précédemment, avec cette fois une hypothèse d'augmentation du budget de 0,9 Md€. Cela représente un budget total de 1,15 Md€, y compris le coût de l'ACS actuelle.

Ce budget de 1,15 Md€ est à peine supérieur au coût potentiel de l'ACS actuelle si tout le monde y recourrait et qu'elle était élargie aux contrats collectifs, ce qui signifie qu'il ne resterait que très peu de moyens disponibles pour les chèques ACS+ dans le cas des hypothèses de plein recours.

Premier scénario : si le recours restait à son faible niveau actuel, cette augmentation du budget permettrait tout de même d'augmenter de 46 % le plafond d'éligibilité de l'ACS pour le fixer à l'équivalent de 1,25 smic pour un célibataire, contre 0,8 smic actuellement (tableaux 1 bis et 2 bis).

Tableau 1 bis. Effet d'une augmentation du budget sur l'éligibilité à l'ACS en fonction des hypothèses de recours

	Nombre d'individus recourant en dessous du seuil ACS actuel	Augmentation du plafond d'éligibilité	Nombre d'individus recourant total après augmentation du plafond	Nombre de ménages recourant total après augmentation du plafond
Recours constant	1 100 000*	46 %	4 100 000	2 100 000
Plein recours	3 900 000*	2 %	4 200 000**	2 100 000**

Source : modèle Ines (Insee-Drees), législation 2014

Note de lecture : Les individus recourant dans les deux cas ne sont pas les mêmes : dans le cas d'un recours constant ce sont les individus recourant au dessous du plafond ACS augmenté de 46 %, dans le cas de l'hypothèse de plein recours ce sont les individus au dessous du plafond ACS augmenté de 2 %.

* Dans les deux hypothèses de recours, le nombre d'individus recourant comprend l'élargissement aux bénéficiaires de contrats collectifs (cf. annexe).

** Les nombres de ménages et d'individus sont différents en plein recours en raison de légères différences de structures par âge et par composition familiale au sein des populations bénéficiaires.

Tableau 2 bis. Limite d'éligibilité en fonction du salaire et de la composition du foyer

Composition du foyer	Situation actuelle			Plafonds d'éligibilité après réforme - recours constant		Plafonds d'éligibilité après réforme - plein recours	
	Seuil légal mensuel	Équivalent en salaire du foyer	En parts de Smic	Salaire du foyer mensuel	En parts de Smic	Salaire du foyer mensuel	En parts de Smic
Célibataire sans enfant	973 €	930 €	0,82	1 410 €	1,25	930 €	0,82
Célibataire 1 enfant	1 459 €	1 350 €	1,20	2 120 €	1,87	1 380 €	1,22
Célibataire 2 enfants	1 751 €	1 470 €	1,30	2 400 €	2,12	1 520 €	1,35
Célibataire 3 enfants *	2 042 €	1 410 €	1,25	2 430 €	2,15	1 470 €	1,30
Couple sans enfant	1 459 €	1 470 €	1,30	2 120 €	1,87	1 500 €	1,32
Couple 1 enfant	1 751 €	1 720 €	1,52	2 540 €	2,25	1 780 €	1,57
Couple 2 enfants	2 042 €	1 810 €	1,60	2 830 €	2,51	1 860 €	1,65
Couple 3 enfants	2 431 €	1 810 €	1,60	3 060 €	2,71	1 860 €	1,65

Source : ERFS 2012, modèle Ines 2014 (Insee-Drees) et cas-types Drees

Note méthodologique : on fait ici l'hypothèse que les enfants ont entre 6 et 10 ans.

Les seuils légaux sont donnés en équivalent salaire mais tous les revenus sont pris en compte dans la base ressources (salaires, revenus de remplacement et prestations notamment).

* Sous l'hypothèse de plein recours, le niveau de salaire diminue entre les foyers composés de célibataires avec deux enfants et ceux avec trois enfants alors que les seuils légaux augmentent. Ceci est dû au fait que ces familles avec trois enfants touchent significativement plus de prestations familiales, ce qui baisse le niveau de salaire à partir desquels ils ne sont plus éligibles à l'ACS.

Deuxième scénario : si ce budget devait financer une ACS universelle, celle-ci représenterait 70 € par personne en moyenne en cas de recours constant, et 20 € par personne en cas de plein recours (tableau 3 bis).

Tableau 3 bis. Montant des chèques d'une ACS universelle*

	Recours constant	Plein recours
Montant d'ACS moyen	70 €	20 €
Montant moins de 16 ans	27 €	7 €
Montant 16-49 ans	53 €	14 €
Montant 50-59 ans	93 €	24 €
Montant 60 ans ou plus	146 €	38 €
Nombre d'individus bénéficiaires	15 000 000	57 000 000

Source : ERFS 2012, modèle Ines 2014 (Insee-Drees)

Note : Les montants moyens sont arrondis à la dizaine, le nombre d'individus au million.

* pour un coût global donné du dispositif supposé de 1,15 Md€ (France métropolitaine, 2014), selon les hypothèses de taux de recours.

Variante du deuxième scénario, la création d'une ACS+ complétant le dispositif existant ne permettrait de verser que 60 € aux nouveaux bénéficiaires en moyenne en cas de recours constant (tableau 4 bis). En cas de plein recours, le reliquat serait très faible et les chèques ACS+ seraient proches de 0 € (puisque le budget total alloué ici serait à peine supérieur au coût potentiel de l'ACS actuelle dans le cas d'un taux de recours de 100 %) ; les moyens disponibles ne permettraient donc pas de mettre en œuvre un dispositif de ce type.

Tableau 4 bis. Montant des chèques d'une ACS+ universelle complétant le dispositif existant*

	Recours constant	Plein recours
Montant d'ACS+ moyen	60 €	0 €
<i>Montant moins de 16 ans</i>	21 €	1 €
<i>Montant 16-49 ans</i>	42 €	1 €
<i>Montant 50-59 ans</i>	73 €	2 €
<i>Montant 60 ans ou plus</i>	115 €	3 €
Nombre d'individus bénéficiaires	14 000 000	53 000 000

Source : ERF5 2012, modèle Ines 2014 (Insee-Drees)

Note : Ce tableau ne concerne que les bénéficiaires du nouveau dispositif, ceux éligibles à l'ACS actuelle bénéficiant du barème en vigueur (tableau 1). Les montants moyens sont arrondis à la dizaine, le nombre d'individus au million.

* pour un coût global donné du dispositif supposé de 1,15 Md€ (France métropolitaine, 2014), selon les hypothèses de taux de recours.

Troisième scénario : enfin, un budget de 1,15 Md€ permettrait de financer le surcoût associé à la création d'un chèque ACS de 700 € pour les plus de 75 ans. Dans le cas d'un recours constant, le reliquat permettrait également de verser un chèque complémentaire de 176 € aux 60-74 ans et de 224 € aux 75 ans ou plus non éligibles à l'ACS. Dans l'hypothèse d'un plein recours, le reliquat budgétaire serait proche de 0 et ne permettrait pas de mettre en place un tel dispositif.

Tableau 5 bis. Montant des chèques d'une ACS « senior » et d'une ACS+ pour les 60 ans et plus non éligibles complétant le dispositif existant*

	Recours constant		Plein recours	
	Montant d'ACS	Répartition de la population bénéficiaire	Montant d'ACS	Répartition de la population bénéficiaire
Éligibles ACS actuelle	300 €	21 %	290 €	22 %
<i>Montant moins de 16 ans</i>	100 €	5 %	100 €	6 %
<i>Montant 16 - 49 ans</i>	200 €	8 %	200 €	9 %
<i>Montant 50 - 59 ans</i>	350 €	2 %	350 €	2 %
<i>Montant 60 - 74 ans</i>	550 €	3 %	550 €	3 %
<i>Montant 75 ans ou plus</i>	700 €	3 %	700 €	3 %
Non éligibles ACS actuelle	190 €	79 %	0 €	78 %
<i>Montant 60 - 74 ans</i>	176 €	52 %	2 €	51 %
<i>Montant 75 ans ou plus</i>	224 €	27 %	3 €	27 %
Nombre d'individus bénéficiaires	5 000 000		18 000 000	

Source : ERF5 2012, modèle Ines 2014 (Insee-Drees)

Note de lecture: Parmi la population bénéficiaire du dispositif ACS rénové et dans l'hypothèse d'un recours constant, 21 % sont éligibles à l'ACS actuelle dont 3 % ont plus de 75 ans.

Note : Les montants moyens sont arrondis à la dizaine, le nombre d'individus au million.

* pour un coût global donné du dispositif supposé de 1,15 Md€ (France métropolitaine, 2014), selon les hypothèses de taux de recours.

Addendum - Fiche 3 : Augmentation du budget de 2,1 Mds€

En réponse à votre demande, cette fiche reproduit les tableaux¹⁵² correspondant aux deux premiers scénarios de réforme possibles de l'ACS détaillés dans la note n°08/2016 en prenant comme hypothèse un budget de 2,3 Md€, conformément à la réévaluation par la DSS des montants de dépenses potentiellement recyclables. Les simulations étant réalisées en France métropolitaine, le budget mis en œuvre après correction du champ est de 2,1 Md€¹⁵³. À ce budget s'ajoute le coût actuel de l'ACS évalué à 0,25 Md€, soit une enveloppe totale de 2,35 Md€ en France métropolitaine.

Tableau 1 ter. Effet d'une augmentation du budget sur l'éligibilité à l'ACS en fonction des hypothèses de recours

	Nombre d'individus recourant en dessous du seuil ACS actuel	Augmentation du plafond d'éligibilité	Nombre d'individus recourant total après augmentation du plafond	Nombre de ménages recourant total après augmentation du plafond
Recours constant	1 100 000*	108 %	8 400 000	4 300 000
Plein recours	3 900 000*	22 %	8 600 000**	4 100 000**

Source : modèle Ines (Insee-Drees), législation 2014

Note de lecture : Les individus recourant dans les deux cas ne sont pas les mêmes : dans le cas d'un recours constant ce sont les individus recourant en dessous du plafond ACS augmenté de 108 %, dans le cas de l'hypothèse de plein recours, ce sont les individus en dessous du plafond ACS augmenté de 22 %.

* Dans les deux hypothèses de recours, le nombre d'individus recourant comprend l'élargissement aux bénéficiaires de contrats collectifs (cf. annexe).

** Le nombre de ménages et d'individus est différent en plein recours du fait des différences de structure d'âge au sein des deux fenêtres d'éligibilité.

Tableau 2 ter. Limite d'éligibilité en fonction du salaire et de la composition du foyer

Composition du foyer	Situation actuelle			Plafonds d'éligibilité après réforme - recours constant		Plafonds d'éligibilité après réforme - plein recours	
	Seuil légal mensuel	Équivalent en salaire du foyer	En parts de Smic	Salaire du foyer mensuel	En parts de Smic	Salaire du foyer mensuel	En parts de Smic
Célibataire sans enfant	973 €	930 €	0,82	2 030 €	1,80	1 180 €	1,05
Célibataire 1 enfant	1 459 €	1 350 €	1,20	3 030 €	2,69	1 750 €	1,55
Célibataire 2 enfants	1 751 €	1 470 €	1,30	3 490 €	3,09	1 950 €	1,72
Célibataire 3 enfants *	2 042 €	1 410 €	1,25	3 750 €	3,32	1 860 €	1,65
Couple sans enfant	1 459 €	1 470 €	1,30	3 030 €	2,69	1 780 €	1,57
Couple 1 enfant	1 751 €	1 720 €	1,52	3 640 €	3,22	2 140 €	1,90
Couple 2 enfants	2 042 €	1 810 €	1,60	4 100 €	3,63	2 370 €	2,10
Couple 3 enfants	2 431 €	1 810 €	1,60	4 730 €	4,19	2 450 €	2,17

Source : ERFIS 2012, modèle Ines 2014 (Insee-Drees) et cas-types Drees

Note méthodologique : on fait ici l'hypothèse que les enfants ont entre 6 et 10 ans.

Note : Les seuils légaux sont donnés en équivalent salaire mais tous les revenus sont pris en compte dans la base ressources (salaires, revenus de remplacement et prestations notamment).

¹⁵² Pour faciliter la comparaison entre les différents scénarios, la numérotation des tableaux est reprise à l'identique de celle de la note.

¹⁵³ D'après le rapport d'activité 2014 du Fonds CMU, 93 % des chèques ACS sont versées en France métropolitaine.

* Sous l'hypothèse de plein recours, le niveau de salaire diminue entre les foyers de célibataires avec deux enfants et ceux avec trois enfants alors que les seuils légaux augmentent. C'est dû au fait que ces familles avec trois enfants touchent significativement plus de prestations familiales, ce qui peut baisser le niveau de salaire à partir desquels ils ne sont plus éligibles à l'ACS.

Tableau 3 ter. Montant des chèques d'une ACS universelle*

	Recours constant	Plein recours
Montant d'ACS moyen	150 €	40 €
<i>Montant moins de 16 ans</i>	<i>54 €</i>	<i>14 €</i>
<i>Montant 16-49 ans</i>	<i>108 €</i>	<i>28 €</i>
<i>Montant 50-59 ans</i>	<i>188 €</i>	<i>49 €</i>
<i>Montant 60 ans ou plus</i>	<i>296 €</i>	<i>78 €</i>
Nombre d'individus bénéficiaires	15 000 000	57 000 000

Source : ERFS 2012, modèle Ines 2014 (Insee-Drees)

* pour un coût global donné du dispositif supposé de 2,35 Md€ (France métropolitaine, 2014), selon les hypothèses de taux de recours.

Tableau 4 ter. Montant des chèques d'une ACS universelle complétant le dispositif existant*

	Recours constant	Plein recours
Montant d'ACS bis moyen	140 €	20 €
<i>Montant moins de 16 ans</i>	<i>50 €</i>	<i>8 €</i>
<i>Montant 16-49 ans</i>	<i>100 €</i>	<i>16 €</i>
<i>Montant 50-59 ans</i>	<i>175 €</i>	<i>29 €</i>
<i>Montant 60 ans ou plus</i>	<i>275 €</i>	<i>45 €</i>
Nombre d'individus bénéficiaires	14 000 000	53 000 000

Source : ERFS 2012, modèle Ines 2014 (Insee-Drees)

Note : Ce tableau ne concerne que les bénéficiaires du nouveau dispositif, ceux éligibles à l'ACS actuelle bénéficiant du barème en vigueur.

* pour un coût global donné du dispositif supposé de 2,35 Md€ (France métropolitaine, 2014), selon les hypothèses de taux de recours.

Annexe

Hypothèses des estimations

Année d'estimation

Les simulations sont réalisées sur l'année 2014, dernière année disponible dans le [modèle Ines](#) mobilisé pour cet exercice de chiffrage. Pour mémoire, le barème de l'ACS est resté inchangé entre 2014 et 2016 (hors revalorisations habituelles des plafonds). Pour autant, depuis le 1^{er} juillet 2015, les nouveaux bénéficiaires de l'ACS doivent choisir leur contrat d'assurance santé complémentaire parmi ceux retenus lors d'un appel d'offre national. Cette réforme a pu affecter la qualité et le prix des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS, ainsi que leur comportement de recours, effets qui ne sont pas pris en compte ici.

Champ de l'analyse

Le champ utilisé est celui de la France métropolitaine dans la mesure où le modèle Ines ne permet pas d'étudier les départements ultra-marins.

Comportement de recours

Cette note présente deux hypothèses concernant le recours des ménages au nouveau dispositif ACS+ :

- un taux de recours qui resterait inchangé par rapport à celui de l'ACS, à un niveau faible : on estime que seuls de 30 à 43 % des foyers éligibles font la demande du chèque en 2014, et que seuls 80 % d'entre eux l'utilisent effectivement auprès de leur organisme complémentaire ;
- un taux de recours de 100 % (plein recours), dans lequel on fait l'hypothèse que l'ensemble des foyers éligibles demandent le chèque, et qu'ils le font tous valoir auprès d'un organisme complémentaire (ce qui exclut les situations de non couverture par une complémentaire santé dans les scénarios où cette aide serait versée sans condition de ressources). Cette hypothèse de plein recours constitue un cas peu réaliste, qui vise à rendre compte de ce que serait la situation si l'ACS devait être attribuée automatiquement.

Il est toujours délicat d'anticiper les comportements de recours des ménages lorsqu'un nouveau dispositif est mis en place. La littérature économique donne cependant des indications sur les caractéristiques des dispositifs associées à un plus ou moins fort niveau de recours. Ainsi, pour l'ACS+, on pourrait anticiper :

- dans un sens positif par rapport à l'ACS, la population couverte par l'ACS+ est plus importante, ce qui devrait augmenter le recours ;
- en sens inverse, les montants servis dans le cadre de l'ACS+ sont généralement plus faibles que pour l'ACS (au moins dans le deuxième scénario), et la nouvelle population éligible, plus aisée, a moins besoin de cette aide (car elle représente une part moindre de leurs revenus), et a des contacts moins fréquents avec les services sociaux ou les administrations de Sécurité sociale. Ces caractéristiques tendraient à diminuer significativement le niveau de recours.

Enfin, les simulations du recours à l'ACS tiennent compte de la répartition par âge des bénéficiaires fournie par le fonds CMU. On fait donc l'hypothèse que celle-ci n'est pas modifiée lorsque le nombre d'éligibles augmente (dans le cas d'une hausse du plafond d'éligibilité).

Intégration des bénéficiaires de contrats collectifs obligatoires

On fait l'hypothèse que le comportement de recours des bénéficiaires des contrats collectifs obligatoires est le même que les bénéficiaires de contrats individuels. Une partie du budget de la réforme est ainsi captée par l'éligibilité des bénéficiaires des contrats collectifs en raison de l'inclusion des personnes dont les revenus sont situés en dessous du seuil d'éligibilité ACS mais qui n'y avaient pas droit actuellement du fait de leur contrat collectif. Ce surcoût est estimé à 70 millions d'euros en cas de recours constant, et à 230 millions d'euros en cas de plein recours. Il bénéficierait dans le premier cas à 230 000 personnes et dans le second cas à 760 000 personnes¹⁵⁴.

Copie : Les membres du groupe de travail :

Laure Alduy, Céline d'Argent de Deux-Fontaines, Françoise Georgin, Renaud Legal, Brice Lepetit, Katarina Miletic-Lacroix, Gaëlle Prioux, Nicolas Scotte, Olivier Vazeille, Jean-Denis Zafar.

¹⁵⁴ Estimé à partir de la part de bénéficiaires de contrats collectifs obligatoires parmi les ménages du deuxième décile fournie par le modèle OMAR 2012 (Drees).

**Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques****Sous-direction des synthèses, des études
économiques et de l'évaluation**

Bureau de la redistribution et de l'évaluation

Dossier suivi par : Antoine Sireyjol

Tel : +33 (0) 1 40 56 58 47

Mél : <mailto:antoine.sireyjol@sante.gouv.fr>Paris, le 29/02/2016
DREES-BRE N° 21/2016
1.**Note
à l'attention d'Anne Bruant-Bisson et Marie Daudé,
Inspectrices à l'Igas****Objet : Examen de la possibilité d'un niveau d'éligibilité à l'ACS plus élevé pour les plus de 75 ans.**

Dans le cadre de la mission de l'Igas sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé, cette note apporte des compléments à la note DREES – BRE N°17/2016. Elle examine la possibilité de mettre en place une ACS senior pour les plus de 75 ans relevée par convention à 700 € par an (au lieu de 550 € actuellement pour tous les 60 ans et plus) couplée avec des conditions d'éligibilité élargies pour cette tranche d'âge seulement (relâchement de la condition de ressources). Ces simulations sont effectuées sous les mêmes hypothèses de budget que celles de la note précédente, soit 1,6 Md€ et 0,9 Md€.

Pour ces deux hypothèses de budget, nous examinons dans quelle mesure l'éligibilité aux plus de 75 ans peut être étendue de manière à rester dans l'épure financière. Les estimations obtenues dépendent très fortement de l'hypothèse retenue quant au taux de recours à ces aides, impossible à estimer de manière fiable *ex-ante* avant réforme. Aussi, comme dans la note précédente, raisonnons sur deux hypothèses de taux de recours : le niveau actuel (compris entre 30 % et 43 %) et le maximum théorique (100 %). Pour un budget de 0,9 milliards et en cas de recours constant, le plafond d'éligibilité « senior » s'élèverait à 2 950 € par mois, soit le triple du plafond d'éligibilité actuelle. Il n'augmenterait en revanche que très légèrement (+3 %) en cas de plein recours. L'étendue de cette fourchette montre à quel point le calibrage du niveau et du plafond de ressources de l'aide est délicat en raison du faible taux de recours à l'ACS actuelle.

Nous considérons ici qu'une personne de 75 ans ou plus est éligible si son foyer au sens de la CMU respecte les conditions de ressources. Il ne serait en effet pas cohérent avec le dispositif CMUc/ACS actuel de raisonner sur des conditions de ressources individuelles. En effet, comme ce type de raisonnement introduirait une éligibilité individuelle en fonction de l'âge, un senior de 75 ans ou plus pourrait alors être éligible sans que les autres membres de son foyer ne le soient.

Les simulations sont réalisées sur l'année 2014, dernière année disponible dans le [modèle Ines](#) mobilisé pour cet exercice (sur le champ de la France métropolitaine). Pour mémoire, le barème de l'ACS est resté inchangé entre 2014 et 2016 (hors revalorisations habituelles des plafonds). Pour autant, depuis le 1^{er} juillet 2015, les nouveaux bénéficiaires de l'ACS doivent choisir leur contrat d'assurance santé complémentaire parmi ceux retenus lors d'un appel d'offre national. Cette réforme a pu affecter la qualité et le prix des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS, ainsi que leur comportement de recours, effets qui ne peuvent pas être estimés ici.

2. Élargissement de l'éligibilité aux seniors dans le cadre d'un budget à 0,9 Md€

En instaurant un chèque ACS pour les plus de 75 ans de 700 € et en élargissant l'éligibilité à l'ACS pour ces personnes, le plafond d'éligibilité « senior » atteindrait 2 953 € par mois en cas de recours constant, soit un niveau trois fois supérieur au seuil actuel qui resterait en vigueur pour les personnes de moins de 75 ans (tableau 1).

Dans l'hypothèse maximaliste d'un plein recours, il ne resterait que peu de marges financières pour élargir l'accès à l'ACS aux plus de 75 ans non éligibles au dispositif actuel (voir notes précédentes) et le plafond d'éligibilité « senior » se fixerait à 1 000 € par mois, soit un niveau à peine supérieur au niveau actuel (+3 %).

Tableau 1. Augmentation du plafond d'éligibilité des seniors à l'ACS

	Montant du plafond ACS « senior » pour une personne seule	Montant du plafond ACS actuel pour une personne seule	Augmentation du plafond d'éligibilité
Recours constant	2 953 €	973 €	205 %
Plein recours	1 000 €	973 €	3 %

Source : modèle Ines (Insee-Drees), législation 2014

En cas de recours constant, les bénéficiaires de l'ACS actuelle et de l'ACS élargie aux seniors se répartiraient à 49 % en bénéficiaires du dispositif actuel et 51 % en bénéficiaires du dispositif élargi aux seniors (tableau 2). Le nombre de bénéficiaires total serait de 2,3 millions. En cas de plein recours, l'immense majorité des bénéficiaires seraient les bénéficiaires du dispositif actuel (99 %) puisque le relèvement de l'aide de 550 à 700 € par an capterait la quasi-totalité du budget.

Tableau 2. Répartition des bénéficiaires de l'ACS

	Recours constant	Plein recours
	Répartition de la population bénéficiaire	Répartition de la population bénéficiaire
Éligibles ACS actuelle	49 %	99 %
<i>moins de 16 ans (100 €)</i>	12 %	26 %
<i>16 - 49 ans (200 €)</i>	20 %	40 %
<i>50 - 59 ans (350 €)</i>	4 %	8 %
<i>60 - 74 ans (550 €)</i>	7 %	13 %
<i>75 ans ou plus (700 €)</i>	6 %	11 %
Non éligibles ACS actuelle	51 %	1 %
<i>75 ans ou plus (700 €)</i>	51 %	1 %
Nombre d'individus bénéficiaires	2 300 000	3 900 000

Source : modèle Ines (Insee-Drees), législation 2014

Note de lecture : En cas de recours constant, 51 % des bénéficiaires du nouveau dispositif seraient des personnes de 75 ans ou plus non éligibles au dispositif ACS avant son élargissement. Au total, 57 % des bénéficiaires ACS auraient 75 ans ou plus et bénéficieraient d'un chèque de 700 €

Si le dispositif ACS ainsi revu n'était pas ouvert aux bénéficiaires des contrats collectifs¹⁵⁵, le plafond d'éligibilité pour les plus de 75 ans atteindrait des niveaux encore supérieurs, du fait des marges de manœuvre financières ainsi dégagées (de 70 à 230 millions d'euros supplémentaires, voir annexe) : ce plafond pourrait alors avoisiner 3 920 € en cas de recours constant et 1 130 € en cas de plein recours¹⁵⁶.

Le nombre de bénéficiaires serait alors de 2,2 millions en cas de recours constant, dont 59 % feraient partie des nouveaux éligibles de plus de 75 ans. En cas de plein recours, 3,3 millions de personnes bénéficieraient du dispositif ACS, dont 12 % parmi les nouveaux éligibles de plus de 75 ans.

3. Élargissement de l'éligibilité aux seniors dans le cadre d'un budget à 1,6 Md€

Sous cette hypothèse de budget et en cas de recours constant, toutes les personnes de plus de 75 ans pourraient bénéficier de l'ACS majorée à 700 €. Le montant de ce chèque majoré pourrait même s'élever jusqu'à 1 030 € sous cette contrainte de budget. Le nombre de bénéficiaires de ce chèque majoré atteindrait 1,6 million, sur 2,5 millions de bénéficiaires de l'ACS en tout. Dans l'hypothèse maximaliste de plein recours, le plafond de ressources pour les seniors pourrait s'élever à 1 328 €, soit 37 % de plus que le plafond d'éligibilité à l'ACS actuelle. Le nombre de bénéficiaires serait de 4,9 millions, dont 21 % seraient des bénéficiaires de plus de 75 ans qui n'étaient pas éligibles au dispositif existant.

Tableau 3. Répartition des bénéficiaires de l'ACS en cas de plein recours

	Plein recours
	Répartition de la population bénéficiaire
Éligibles ACS actuelle	79 %
<i>moins de 16 ans (100 €)</i>	21 %
<i>16 - 49 ans (200 €)</i>	32 %
<i>50 - 59 ans (350 €)</i>	7 %
<i>60 - 74 ans (550 €)</i>	10 %
<i>75 ans ou plus (700 €)</i>	9 %
Non éligibles ACS actuelle	21 %
<i>75 ans ou plus (700 €)</i>	21 %
Nombre d'individus bénéficiaires	4 900 000

Source : modèle Ines (Insee-Drees), législation 2014

Note de lecture : En cas de plein recours, 21 % des bénéficiaires du nouveau dispositif seraient des personnes de 75 ans ou plus non éligibles au dispositif ACS avant son élargissement. En tout, 30 % des bénéficiaires ACS auraient 75 ans ou plus et bénéficieraient d'un chèque de 700 €.

¹⁵⁵ Par exemple dans le cas où le budget mis en œuvre ne proviendrait pas d'un recyclage des exonérations dont bénéficient actuellement ces contrats collectifs.

¹⁵⁶ Nous faisons ici l'hypothèse simplificatrice qu'aucune personne de plus de 75 ans n'est couverte par un contrat collectif, qui bénéficie généralement à des personnes en emploi et à leurs ayants droits.

Annexe

Hypothèses des estimations

Année d'estimation

Les simulations sont réalisées sur l'année 2014, dernière année disponible dans le [modèle Ines](#) mobilisé pour cet exercice de chiffrage. Pour mémoire, le barème de l'ACS est resté inchangé entre 2014 et 2016 (hors revalorisations habituelles des plafonds). Pour autant, depuis le 1^{er} juillet 2015, les nouveaux bénéficiaires de l'ACS doivent choisir leur contrat d'assurance santé complémentaire parmi ceux retenus lors d'un appel d'offre national. Cette réforme a pu affecter la qualité et le prix des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS, ainsi que leur comportement de recours, effets qui ne sont pas pris en compte ici.

Champ de l'analyse

Le champ utilisé est celui de la France métropolitaine dans la mesure où le modèle Ines ne permet pas d'étudier les départements ultra-marins.

Comportement de recours

Cette note présente deux hypothèses concernant le recours des ménages au nouveau dispositif ACS+ :

- un taux de recours qui resterait inchangé par rapport à celui de l'ACS, à un niveau faible : on estime que seuls de 30 à 43 % des foyers éligibles font la demande du chèque en 2014, et que seuls 80 % d'entre eux l'utilisent effectivement auprès de leur organisme complémentaire ;
- un taux de recours de 100 % (plein recours), dans lequel on fait l'hypothèse que l'ensemble des foyers éligibles demandent le chèque, et qu'ils le font tous valoir auprès d'un organisme complémentaire (ce qui exclut les situations de non couverture par une complémentaire santé dans les scénarios où cette aide serait versée sans condition de ressources). Cette hypothèse de plein recours constitue un cas peu réaliste, qui vise à rendre compte de ce que serait la situation si l'ACS devait être attribuée automatiquement.

Les simulations du recours à l'ACS tiennent compte de la répartition par âge des bénéficiaires fournie par le fonds CMU. On fait donc l'hypothèse que celle-ci n'est pas modifiée lorsque le nombre d'éligibles augmente (dans le cas d'une hausse du plafond d'éligibilité).

Intégration des bénéficiaires de contrats collectifs obligatoires

On fait l'hypothèse que le comportement de recours des bénéficiaires des contrats collectifs obligatoires est le même que les bénéficiaires de contrats individuels. Une partie du budget de la réforme est ainsi captée par l'éligibilité des bénéficiaires des contrats collectifs en raison de l'inclusion des personnes dont les revenus sont situés en dessous du seuil d'éligibilité ACS mais qui n'y avaient pas droit actuellement du fait de leur contrat collectif. Ce surcoût est estimé à 70 millions d'euros en cas de recours constant, et à 230 millions d'euros en cas de plein recours. Il bénéficierait dans le premier cas à 230 000 personnes et dans le second cas à 760 000 personnes¹⁵⁷.

Copie : Les membres du groupe de travail :

Laure Alduy, Céline d'Argent de Deux-Fontaines, Françoise Georgin, Renaud Legal, Brice Lepetit, Katarina Miletic-Lacroix, Gaëlle Prioux, Nicolas Scotte, Olivier Vazeille, Jean-Denis Zafar.

¹⁵⁷ Estimé à partir de la part de bénéficiaires de contrats collectifs obligatoires parmi les ménages du deuxième décile fournie par le modèle OMAR 2012 (Drees).

**Direction de la recherche, des études, de
l'évaluation et des statistiques****Sous-direction de l'observation de la santé et
de l'assurance maladie**

Bureau de l'assurance maladie et des études sur
les dépenses de santé

Dossier suivi par : Alexis LOUVEL
Tel : +33 (0) 1 40 56 88 16
Fax : +33 (0) A uc un
Mél : alexis.louvel@sante.gouv.fr

Paris, le 18 mars 2016
DREES-BAMEDS N° 001-2016

**Note à l'attention
de Mesdames Anne Bruant-Bisson et Marie Daudé,
Inspectrices générales des affaires sociales**

Objet : Calibrage d'une CMU-C payante

Cette note présente un dispositif de CMU-C payante. Ce dispositif, comme la CMU-C ou l'ACS, repose sur les ressources du foyer. Il s'adresserait aux populations au-delà du seuil d'éligibilité à la CMU-C et remplacerait le dispositif ACS pour la population éligible à l'ACS. La cotisation à ce dispositif demandée aux bénéficiaires augmenterait avec le revenu du foyer (tel que calculé pour définir l'éligibilité aux dispositifs CMU-C et ACS). Le dispositif serait gratuit pour les moins de 16 ans. Pour les plus de 16 ans, le montant de la cotisation ne dépendrait pas de l'âge. Du fait de sa progressivité et de la mutualisation intergénérationnelle, le chiffrage repose sur des hypothèses de recours croissant avec l'âge et décroissant avec le revenu.

Un premier scénario présente un dispositif pour une enveloppe budgétaire à 900 millions d'euros pour la France métropolitaine. Il est présenté avec une hypothèse de taux de recours modéré (équivalent au recours à l'ACS) (**scénario A**) et alternativement avec un taux de recours élevé (proche du recours à la CMU-C) (**scénario A bis**).

Un second scénario présente un dispositif pour une enveloppe budgétaire à 1,9 milliard d'euros pour la France métropolitaine (**scénario B**). Il propose un dispositif avec une sortie « en sifflet ». Il conduit à demander une participation pouvant atteindre des niveaux relativement élevés, et repose donc sur des hypothèses de taux de recours modérés (compris entre les derniers taux de recours connus à la CMU-C et à l'ACS), décroissants avec le revenu et croissants avec l'âge, atteignant des niveaux faibles pour les populations pouvant préférer se couvrir sur le marché de la complémentaire privée.

Un dernier scénario à 1,9 milliard d'euros (**scénario C**) repose sur les mêmes principes, mais est plus compétitif par rapport aux couvertures privées (les cotisations n'excèdent pas 400 euros). Ainsi, il repose sur des hypothèses de taux de recours plus élevés et sa population cible est donc moins étendue.

Dans tous les scénarii, le dispositif ne s'adresserait pas aux bénéficiaires de contrats collectifs (contrairement à la CMU-C actuelle), des hypothèses sont donc également faites sur les effets à attendre de la généralisation de la couverture complémentaire d'entreprise effective depuis le 1^{er} janvier 2016. Enfin, les montants remboursés aux bénéficiaires de ce dispositif sont approchés par les montants actuellement remboursés aux bénéficiaires de la CMU-C, modulés par âge. Ceci revient à faire l'hypothèse que leurs comportements de consommation seraient équivalents à ceux actuellement observés chez les bénéficiaires de la CMU-C.

Cette note ne chiffre pas la baisse des honoraires des professionnels due à l'application de tarifs opposables à un plus grand nombre de patients.

Scénario A.

Le dispositif à 0,9 milliard d'euros (dispositif A) pour la France métropolitaine propose la CMU-C payante aux individus dont le foyer a un revenu compris **entre le plafond d'éligibilité à la CMU-C et ce plafond majoré de 65 %** (2 millions d'individus recourant en France métropolitaine ; tableau 1). Pour les plus de 16 ans, la cotisation à la CMU-C payante serait indépendante de l'âge ce qui engendrerait une très forte mutualisation du risque entre les générations. La cotisation serait croissante avec le revenu, comprise entre 100 et 500 euros par personne et par an. Les individus actuellement éligibles à l'ACS contribueraient à hauteur de 100 euros par an au dispositif (soit 13 % du coût réel de la CMUC pour cette population : 620 euros), et seraient à tout âge gagnants par rapport au dispositif actuel de l'ACS¹⁵⁸.

Tableau 1 : dispositif à 0,9 milliard d'euros (dispositif A) : hypothèses de taux de recours et effectifs recourant, montant de la cotisation et taux de financement des recourant.

revenu des individus	hypothèses de taux de recours		effectifs recourants	montant de la cotisation (euros) pour les individus à partir de 16 ans	taux de financement des recourants correspondants
	moins de 60 ans	60 ans et plus			
entre le seuil CMU-C et le seuil CMU-C + 35 % (éligibles à l'ACS)	40%	60%	1 141 100	100	13%
entre le seuil CMU-C + 35 % et le seuil CMU-C + 45 %	40%	60%	440 100	100	14%
entre le seuil CMU-C + 45 % et le seuil CMU-C + 55 %	20%	30%	226 500	300	41%
entre le seuil CMU-C + 55 % et le seuil CMU-C + 65 %	20%	30%	233 700	500	66%
<i>Ensemble</i>	<i>33%</i>	<i>48%</i>	<i>2 041 400</i>	<i>169</i>	<i>22%</i>

Sources : INES 2014 – calculs Drees

Champ : France métropolitaine vivant en ménages ordinaires

Scénario A bis

Le scénario A bis, également avec une enveloppe de 0,9 milliard propose aussi la CMU-C payante aux actuels éligibles à l'ACS pour une cotisation de 100 euros. Il se distingue du scénario A par une hypothèse de taux de recours plus important au dispositif pour cette population (1,6 million de recourants ; tableau 2). Sous cette hypothèse, la contrainte budgétaire ne permettrait pas d'étendre le dispositif à des bénéficiaires dont les ressources dépassent le seuil actuel d'éligibilité à l'ACS.

Tableau 2 : dispositif à 0,9 milliard d'euros (dispositif A bis) : hypothèses de taux de recours et effectifs recourant, montant de la cotisation et taux de financement des recourant.

revenu des individus	hypothèses de taux de recours		effectifs recourants	montant de la cotisation (euros) pour les individus à partir de 16 ans	taux de financement des recourants correspondants
	moins de 60 ans	60 ans et plus			
entre le seuil CMU-C et le seuil CMU-C + 35 % (éligibles à l'ACS)	60%	80%	1 618 900	100	14%
<i>Ensemble</i>	<i>60%</i>	<i>80%</i>	<i>1 618 900</i>	<i>100</i>	<i>14%</i>

¹⁵⁸ Suite à l'appel d'offre sur les contrats ACS, le reste à payer des bénéficiaires de l'ACS (coût de la complémentaire santé net d'ACS) serait compris entre 116 euros pour les 60-74 ans (133 euros pour les 16-49 ans) et 241 euros pour les plus de 75 ans (Calculs DREES à partir du Rapport d'observation provisoire de la Cour des comptes).

Sources : INES 2014– calculs Drees
 Champ : France métropolitaine vivant en ménages ordinaires

Scénario B.

Le dispositif à 1,9 milliard d'euros (dispositif B) pour la France métropolitaine propose la CMU-C payante aux individus dont le foyer a un revenu compris **entre le plafond d'éligibilité à la CMU-C et ce plafond majoré de 105 %** (4,2 millions d'individus recourant en France métropolitaine; tableau 3) avec une sortie « en sifflet » et des cotisations atteignant 600 euros pour les tranches de revenus supérieures. La **CMU-C gratuite est étendue aux foyers actuellement éligibles à l'ACS**.

Tableau 3 : dispositif à 1,9 milliard d'euros (dispositif B) : hypothèses de taux de recours et effectifs recourant, montant de la cotisation et taux de financement des recourant.

revenu des individus	hypothèses de taux de recours		effectifs recourants	montant de la cotisation (euros) pour les individus à partir de 16 ans	taux de financement des recourants
	moins de 60 ans	60 ans et plus			
entre le seuil CMU-C et le seuil CMU-C + 35 % (éligibles à l'ACS)	50%	70%	1 380 000	0	0%
entre le seuil CMU-C + 35 % et le seuil CMU-C + 45 %	40%	60%	440 100	100	14%
entre le seuil CMU-C + 45 % et le seuil CMU-C + 55 %	40%	60%	453 100	100	14%
entre le seuil CMU-C + 55 % et le seuil CMU-C + 65 %	30%	50%	371 900	200	26%
entre le seuil CMU-C + 65 % et le seuil CMU-C + 75 %	30%	50%	408 900	300	40%
entre le seuil CMU-C + 75 % et le seuil CMU-C + 85 %	30%	50%	455 400	400	53%
entre le seuil CMU-C + 85 % et le seuil CMU-C + 95 %	20%	40%	318 800	500	65%
entre le seuil CMU-C + 95 % et le seuil CMU-C + 105 %	20%	40%	339 400	600	79%
<i>Ensemble</i>	43%	62%	4 167 600	206	26%

Sources : INES 2014 – calculs Drees
 Champ : France métropolitaine vivant en ménages ordinaires

Scénario C.

Enfin, un dernier scénario à 1,9 milliard d'euros est considéré (scénario C). Pour rendre le dispositif plus attractif, les cotisations n'excèdent pas 400 euros. Ce scénario repose donc sur des hypothèses de recours plus élevés que le scénario B. Le dispositif étend toujours la CMU-C gratuite aux actuels éligibles à l'ACS. La CMU-C payante est proposée aux individus dont le foyer a un revenu compris entre le plafond d'éligibilité à la CMU-C majoré de 35 % et ce **plafond majoré de 85 %** (4,2 millions d'individus recourant au total en France métropolitaine ; tableau 4).

Tableau 4 : dispositif à 1,9 milliard d'euros (dispositif C) : hypothèses de taux de recours et effectifs recourant, montant de la cotisation et taux de financement des recourant.

revenu des individus	hypothèses de taux de recours		effectifs recourants	montant de la cotisation (euros) pour les individus à partir de 16 ans	taux de financement des recourants
	moins de 60 ans	60 ans et plus			
entre le seuil CMU-C et le seuil CMU-C + 35 % (éligibles à l'ACS)	60%	80%	1 618 900	0	0%
entre le seuil CMU-C + 35 % et le seuil CMU-C + 45 %	50%	70%	534 000	100	14%
entre le seuil CMU-C + 45 % et le seuil CMU-C + 55 %	40%	60%	453 100	200	27%
entre le seuil CMU-C + 55 % et le seuil CMU-C + 65 %	40%	60%	467 300	300	39%
entre le seuil CMU-C + 65 % et le seuil CMU-C + 75 %	40%	60%	514 000	400	53%
entre le seuil CMU-C + 75 % et le seuil CMU-C + 85 %	40%	60%	569 900	400	53%
<i>Ensemble</i>	<i>51%</i>	<i>71%</i>	<i>4 157 200</i>	<i>176</i>	<i>23%</i>

Sources : INES 2014 – calculs Drees

Champ : France métropolitaine vivant en ménages ordinaires

Hypothèses

Les simulations des scénarii A et B reposent sur une hypothèse de taux de recours moyen compris entre les taux de recours à la CMU-C (entre 64 et 77 %) et l'ACS (entre 30 et 43 % en 2014¹⁵⁹, avant procédure d'appel d'offre sur les contrats ACS). Pour les bénéficiaires actuels de l'ACS, le taux de recours est ainsi de 48 % pour le dispositif à 0,9 milliard (tableau 1), et de 58 % pour le dispositif à 1,9 milliard (tableau 2), dans lequel la CMU-C est proposée gratuitement à cette population.

Les cotisations demandées aux recourants des dispositifs A et B peuvent atteindre des niveaux relativement élevés (jusqu'à 500 et 600 euros) rendant ces dispositifs peu attractifs pour certaines populations (la cotisation des jeunes de 20 ans sur le marché de la complémentaire santé individuelle est de l'ordre de 400 euros). Les chiffrages reposent donc sur des hypothèses de taux de recours peu élevés.

Le scénario C est rendu plus attractif : en plafonnant les cotisations à 400 euros, ce dispositif garantit l'accès à une complémentaire très compétitive pour tous ses bénéficiaires potentiels. Les jeunes et les revenus élevés seraient alors plus fortement incités à y recourir. Les bénéficiaires plus aisés de ce dispositif pourraient favoriser un recours plus élevé dans son ensemble. Il repose donc sur des hypothèses de taux de recours plus élevés pour l'ensemble de la population éligible, comparables à ceux de la CMU-C gratuite actuelle pour les premières tranches de revenu ciblées.

Dans tous les scénarii, les taux de recours diminuent avec le revenu. Ils sont appliqués à la population potentiellement éligible au dispositif, donc en excluant de la population cible :

- Les individus ayant un contrat collectif obligatoire, non concernés par le dispositif : cette proportion¹⁶⁰ varie selon le revenu et l'âge ;
- Les bénéficiaires de la généralisation de la couverture collective obligatoire pour les salariés : environ 17 % de la population¹⁶¹ de moins de 60 ans devraient basculer d'un contrat individuel ou de la non-couverture à un contrat collectif.

Les taux de recours sont croissants avec l'âge et présentent un saut chez les plus de 60 ans pour tenir compte de la plus forte attractivité du dispositif pour les personnes âgées pour lesquels le coût d'accès à une complémentaire santé individuelle est plus élevé.

¹⁵⁹ Calculs Drees.

¹⁶⁰ Estimée avec le modèle OMAR 2012.

¹⁶¹ Calculs Drees.

Le coût individuel moyen de la CMU-C est calculé sur la base d'un coût moyen de 427 euros¹⁶² pour les bénéficiaires de la CMU-C. Ce coût (corrige de la structure par âge particulière des bénéficiaires de la CMU-C) est modulé selon l'âge avec la même progression que celle observée avec les remboursements des organismes complémentaires, tous types de contrats confondus¹⁶³ (1 pour les moins de 16 ans ; 1,5 pour les 16-49 ans ; 2,2 pour les 50-59 ans ; 2,5 pour les 60-74 ans et 3,2 pour les 75 ans ou plus). L'hypothèse est faite que le comportement de recours aux soins des bénéficiaires du nouveau dispositif serait en moyenne le même que celui des bénéficiaires actuels de la CMU-C.

Le gain net du dispositif pour les bénéficiaires (remboursements distribués auxquels sont soustraites les cotisations demandées) est particulièrement élevé pour les plus âgés qui bénéficient de la solidarité intergénérationnelle du dispositif (tableaux 5 à 8). La mesure est aussi plus généreuse avec les plus démunis.

Pour les dispositifs A et B, de rares catégories de la population pourraient être légèrement « déficitaires » en contribuant au-delà des remboursements qu'elles perçoivent (les 16-49 ans appartenant aux foyers au revenu entre le seuil de la CMU-C +55 % et le seuil de la CMU-C +65 % par exemple ; tableau 5). Cet indicateur ne reflète cependant pas le gain total des bénéficiaires qui comprend aussi la baisse des restes à charge due à l'opposabilité des tarifs et des forfaits CMU-C, et du moindre coût de la CMU-C par rapport au prix d'une complémentaire santé individuelle.

Tableau 5 : Gain net du dispositif par individu en euros (dispositif A à 0,9 milliard)

	moins de 16 ans	16 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 74 ans	75 ans et plus	Ensemble
entre le seuil CMU-C et le seuil CMU-C + 35 %	295	332	551	644	840	539
entre le seuil CMU-C + 35 % et le seuil CMU-C + 45 %	295	332	551	644	840	524
entre le seuil CMU-C + 45 % et le seuil CMU-C + 55 %	295	132	351	444	640	370
entre le seuil CMU-C + 55 % et le seuil CMU-C + 65 %	295	-68	151	244	440	225
<i>Ensemble</i>	295	268	492	575	760	481

Sources : INES 2014– calculs Drees

Champ : France métropolitaine vivant en ménages ordinaires

Tableau 6 : Gain net du dispositif par individu en euros (dispositif A bis à 0,9 milliard)

	moins de 16 ans	16 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 74 ans	75 ans et plus	Ensemble
entre le seuil CMU-C et le seuil CMU-C + 35 %	295	332	551	644	840	527
<i>Ensemble</i>	295	332	551	644	840	527

Sources : INES 2014– calculs Drees

Champ : France métropolitaine vivant en ménages ordinaires

¹⁶² Rapport d'activité du Fonds CMU, édition 2014.

¹⁶³ INES-Omar 2012, calculs Drees.

Tableau 7 : Gain net du dispositif par individu en euros (dispositif B à 1,9 milliard)

	moins de 16 ans	16 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 74 ans	75 ans et plus	Ensemble
entre le seuil CMU-C et le seuil CMU-C + 35 %	295	432	651	744	940	615
entre le seuil CMU-C + 35 % et le seuil CMU-C + 45 %	295	332	551	644	840	524
entre le seuil CMU-C + 45 % et le seuil CMU-C + 55 %	295	332	551	644	840	539
entre le seuil CMU-C + 55 % et le seuil CMU-C + 65 %	295	232	451	544	740	492
entre le seuil CMU-C + 65 % et le seuil CMU-C + 75 %	295	132	351	444	640	400
entre le seuil CMU-C + 75 % et le seuil CMU-C + 85 %	295	32	251	344	540	320
entre le seuil CMU-C + 85 % et le seuil CMU-C + 95 %	295	-68	151	244	440	238
entre le seuil CMU-C + 95 % et le seuil CMU-C + 105 %	295	-168	51	144	340	148
<i>Ensemble</i>	295	260	471	513	719	459

Sources : INES 2014– calculs Drees

Champ : France métropolitaine vivant en ménages ordinaires

Tableau 8 : Gain net du dispositif par individu en euros (dispositif C à 1,9 milliard)

	moins de 16 ans	16 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 74 ans	75 ans et plus	Ensemble
entre le seuil CMU-C et le seuil CMU-C + 35 %	295	432	651	744	940	610
entre le seuil CMU-C + 35 % et le seuil CMU-C + 45 %	295	332	551	644	840	517
entre le seuil CMU-C + 45 % et le seuil CMU-C + 55 %	295	232	451	544	740	455
entre le seuil CMU-C + 55 % et le seuil CMU-C + 65 %	295	132	351	444	640	397
entre le seuil CMU-C + 65 % et le seuil CMU-C + 75 %	295	32	251	344	540	304
entre le seuil CMU-C + 75 % et le seuil CMU-C + 85 %	295	32	251	344	540	313
<i>Ensemble</i>	295	273	491	555	750	479

Sources : INES 2014– calculs Drees

Champ : France métropolitaine vivant en ménages ordinaires

PIECE JOINTE N°4 : TRAVAUX DE LA DGFIP

Réf. : 2016_RL1_0056

Fiche 1 : simulations à 1,5 Mds€

Hypothèse n°1 : cotisation unique, taux unique, crédit d'impôt unique

Champ des bénéficiaires : déclarants principaux (1 ou 2) et personnes à charge de plus de 65 ans (donc invalides à 80 % au moins, cf. case R).

Les plus de 65 ans représentent 36 % des personnes à charge invalides à au moins 80 % (37 896 individus).

Nombre de bénéficiaires : 50 249 157 individus.

Montant de l'enveloppe *a priori* : 1 500 000 000 euros.

Soit un crédit d'impôt d'environ 30 € par tête. Le taux du crédit d'impôt serait alors compris entre 2,76 % et 4,98 %, selon le montant de la cotisation :

Hypothèse n°2 : cotisation variable selon l'âge, taux unique, crédit d'impôt variable

Champ des bénéficiaires : déclarants principaux (1 ou 2) et personnes à charge de plus de 65 ans (donc invalides à 80 % au moins, cf. case R).

Les plus de 65 ans représentent 36 % des personnes à charge invalides à au moins 80 % (37 896 individus).

Nombre de bénéficiaires : 50 249 157 individus.

Montant de l'enveloppe *a priori* : 1 500 000 000 euros.

Le tableau ci-dessus présente les données de tarification fournies par la Drees, pour quatre cas-types pour les seuls contrats individuels.

Le graphique ci-dessous représente l'ajustement de la fonction linéaire utilisée par la suite aux cas-types de la Drees :

Pour information, le tableau ci-dessous présente la répartition par âge des bénéficiaires du dispositif ainsi que leur cotisation théorique :

Le taux du crédit d'impôt serait de 4 % (ou 5 % si l'enveloppe budgétaire est de 2 milliards d'euros) :

Hypothèse n°3 : cotisation variable selon l'âge, taux unique, crédit d'impôt variable, sous conditions de ressources

Champ des bénéficiaires : déclarants principaux (1 ou 2) et personnes à charge de plus de 65 ans (donc invalides à 80 % au moins, cf. case R).

Les plus de 65 ans représentent 36 % des personnes à charge invalides à au moins 80 % (37 896 individus).

Reprise de l'hypothèse 2, en excluant du champ du dispositif les individus composant la moitié la plus riche de la population (soit un RFR par part supérieur à 13 431 €).

Nombre de bénéficiaires : 25 126 865 individus.

La répartition de la population concernée par déciles de RFR/nombre de parts fiscales du foyer, avec pour hypothèse un taux de crédit d'impôt de 4 % est la suivante :

Le 1^{er} tableau ci-dessous présente les taux envisageables de CI selon que l'enveloppe budgétaire est de 1,5 ou 2 milliards d'euros. Le second tableau présente le montant moyen de la cotisation pour les bénéficiaires du dispositif, ainsi que le CI moyen selon que le taux est à 8,5 % ou 11 %.

Fiche 2 : Mêmes hypothèses et simulations à 2,6 Mds€

Hypothèse n°2 : cotisation variable selon l'âge, taux unique, crédit d'impôt variable

Champ des bénéficiaires : déclarants principaux (1 ou 2) et personnes à charge de plus de 65 ans (donc invalides à 80 % au moins, cf. case R).

Les plus de 65 ans représentent 36 % des personnes à charge invalides à au moins 80 % (37 896 individus).

Nombre de bénéficiaires : 50 249 157 individus.

Montant de l'enveloppe a priori : 2 600 000 000 euros.

Le tableau ci-dessous présente les données de tarification fournies par la Drees, pour quatre cas-types pour les seuls contrats individuels :

Age de l'assuré	20	40	60	75
Cotisation mensuelle moyenne (source Drees)*	33	51	76	95
Fonction approchante de la cotisation	31	54	77	94

* Attention, ce mode de tarification correspond au seuls contrats individuels ; les contrats collectifs (ignorés ici) ont des tarifs supérieurs et indépendants de l'âge.

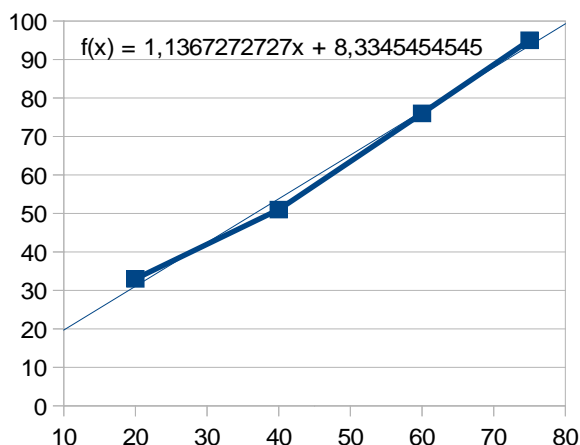
Pour information, le tableau ci-dessous présente la répartition par âge des bénéficiaires du dispositif ainsi que leur cotisation théorique :

Âge du bénéficiaire	Effectif	Cotisation moyenne
Moins de 20 ans	65 760	18
De 20 à 40 ans	14 203 547	44
De 40 à 60 ans	18 175 056	64
De 60 à 75 ans	10 853 563	84
Plus de 75 ans	6 951 231	103

Le graphique ci-dessous représente l'ajustement de la fonction linéaire utilisée par la suite aux cas-types de la

Drees :

Coût total du crédit d'impôt, sous l'hypothèse 2, suivant le taux retenu ; un taux de



■ Cotisation mensuelle moyenne (source Drees)*
 — Linéaire (Cotisation mensuelle moyenne (source Drees)*)

crédit d'impôt à 6,5 % permettrait de respecter l'enveloppe de 2,6 milliards d'euros :

Taux du crédit d'impôt Coût total du crédit d'impôt

4 %	1 524 871 526
5 %	1 907 339 408
6,5 %	2 663 682 774

Ci-dessous la répartition de la population (individus) par déciles de RFR/nombre de parts fiscales (du foyer), pour un taux de crédit d'impôt de 6,5 % :

Décile de RFR/NBP du foyer	Cotisation annuelle moyenne	Crédit d'impôt moyen : taux de 6,5 %	Age moyen
Moins de 3024 euros	745 €	48 €	47
De 3024 à 6761 euros	785 €	51 €	50
De 6761 à 9215 euros	835 €	54 €	54
De 9215 à 11324 euros	825 €	54 €	53
De 11324 à 13431 euros	793 €	52 €	51
De 13431 à 15588 euros	813 €	53 €	52
De 15588 à 18266 euros	821 €	53 €	53
De 18266 à 22046 euros	831 €	54 €	54
De 22046 à 29116 euros	840 €	55 €	54
Plus de 29116 euros	868 €	56 €	56
Ensemble (50 249 157 individus)	816 €	53 €	52

Hypothèse n°3 : cotisation variable selon l'âge, taux unique, crédit d'impôt variable, sous conditions de ressources

Champ des bénéficiaires : déclarants principaux (1 ou 2) et personnes à charge de plus de 65 ans (donc invalides à 80 % au moins, cf. case R).

Les plus de 65 ans représentent 36 % des personnes à charge invalides à au moins 80 % (37 896 individus).

Reprise de l'hypothèse 2, en excluant du champ du dispositif les individus composant la moitié la plus riche de la population.

Nombre de bénéficiaires : 25 126 865 individus.

Le tableau ci-dessous présente les taux possibles pour le CI selon que l'enveloppe budgétaire est de 2 ou 2,6 milliards d'euros. Le second tableau présente le montant moyen de la cotisation pour les bénéficiaires du dispositif ainsi que le CI moyen selon que le taux est à 11,5 % ou 15 %.

Fiche 3 : Nouvelle hypothèse de CI variable en fonction de l'âge et des revenus (2,6 Mds€)

Coefficients du crédit d'impôt « Couverture santé complémentaire » en fonction de l'âge et des revenus

Revenus/part	Age de l'assuré			
	Moins de 20 ans	De 20 ans à 40 ans	De 40 ans à 65 ans	Plus de 65 ans
Moins de 3 024 €	2	3	4	5
De 3 024 € à 6 761 €	2	3	4	5
De 6 761 € à 9 215 €	1	2	3	4
De 9 215 € à 11 324 €	1	2	3	4
De 11 324 € à 13 341 €	1	2	3	4
De 13 431 € à 15 558 €	0			
De 15 588 € à 18 266 €				
De 18 266 € à 22 046 €				
De 22 046 € à 29 116 €				
Plus de 29 116 €				

Effectif de chaque sous-population (source POTE 2014)

Revenus/part	Age de l'assuré			
	Moins de 20 ans	De 20 ans à 40 ans	De 40 ans à 65 ans	Plus de 65 ans
Moins de 3 024 €	32 975	1 941 985	2 186 617	869 066
De 3 024 € à 6 761 €	16 080	1 719 430	2 067 722	1 217 501
De 6 761 € à 9 215 €	6 644	1 472 905	1 856 668	1 687 679
De 9 215 € à 11 324 €	3 331	1 497 841	1 948 160	1 575 624
De 11 324 € à 13 341 €	2 052	1 618 748	2 143 008	1 262 829
De 13 431 € à 15 558 €	0			
De 15 588 € à 18 266 €				
De 18 266 € à 22 046 €				
De 22 046 € à 29 116 €				
Plus de 29 116 €				

Effectif pondéré de chaque sous-population

Revenus/part	Age de l'assuré			
	Moins de 20 ans	De 20 ans à 40 ans	De 40 ans à 65 ans	Plus de 65 ans
Moins de 3 024 €	65 950	5 825 955	8 746 468	4 345 330

De 3 024 € à 6 761 €	32 160	5 158 290	8 270 888	6 087 505
De 6761 € à 9 215 €	6 644	2 945 810	5 570 004	6 750 716
De 9 215 € à 11 324 €	3 331	2 995 682	5 844 480	6 302 496
De 11 324 € à 13 341 €	2 052	3 237 496	6 429 024	5 051 316
De 13 431 € à 15 558€	0			
De 15 588 € à 18 266 €				
De 18 266 € à 22 046 €				
De 22 046 € à 29 116 €				
Plus de 29 116 €				

Montant du CI

Revenus/part	Age de l'assuré			
	Moins de 20 ans	De 20 ans à 40 ans	De 40 ans à 65 ans	Plus de 65 ans
Moins de 3 024 €	62	93	124	155
De 3 024 € à 6 761 €	62	93	124	155
De 6761 € à 9 215 €	31	62	93	124
De 9 215 € à 11 324 €	31	62	93	124
De 11 324 € à 13 341 €	31	62	93	124
De 13 431 € à 15 558€	0			
De 15 588 € à 18 266 €				
De 18 266 € à 22 046 €				
De 22 046 € à 29 116 €				
Plus de 29 116 €				

Fiche 4 : Déductibilité des cotisations d'assurance maladie complémentaire pour les plus de 65 ans**Méthode**

Pour tous les déclarants et personnes à charge de plus de 65 ans, le montant de la cotisation AMC est ajouté à la case 6DD (déductions diverses) de la déclaration 2042. Par convention le montant mensuel de cette cotisation est fixé à 80 euros.

La simulation a été réalisée sur l'échantillon des déclarations de revenus 2014, à la cinquième émission.

Résultats

Cette simulation concerne environ 9,7 millions de foyers fiscaux.

	Montant d'impôt (en millions d'euros)
Référence	15 762
Simulation	14 488
Coût de la déductibilité	1 274

Source : Félin 2014-5, simulation GF-3C.

Champ : Foyers composés d'au moins une personne de plus de 65 ans.

PIECE JOINTE N°5 : TRAVAUX DE LA DLF

<p>Fiche 1 : Aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé</p> <p>Impact de la suppression d'une exonération sur l'impôt dû et sur le revenu fiscal de référence</p>

Dans le cadre de la mission qui lui a été confiée, le groupe de travail constitué par l'IGAS souhaite présenter un scénario de refonte globale de l'architecture des différentes aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Dans cette optique, le groupe de travail souhaite obtenir des précisions sur l'impact de la suppression d'une exonération d'impôt sur le revenu (IR) sur l'impôt dû ainsi que sur le revenu fiscal de référence (RFR).

Le RFR est composé de l'ensemble des revenus imposables, auxquels sont ajoutés certains revenus exonérés ou certains abattements limitativement énumérés à l'article 1417 du CGI¹⁶⁴.

La fin de l'exonération d'IR d'un revenu entraîne donc mécaniquement l'augmentation du revenu imposable du contribuable qui le perçoit et, sauf s'il était auparavant réintégré au RFR par une disposition expresse de la loi, celle de ce dernier.

A. Impact sur le montant d'impôt sur le revenu dû par les contribuables

La fin d'une exonération d'IR augmente le revenu catégoriel auquel la somme auparavant exonérée est afférente et, par suite, le revenu imposable du contribuable bénéficiaire : à revenu constant, l'IR dû en N+1 augmente par rapport à l'IR dû en N.

B. Impact sur le bénéfice des dispositifs liés au montant du RFR

Le RFR conditionne le bénéfice de certains dispositifs fiscaux et sociaux favorables¹⁶⁵.

En matière d'impôt sur le revenu, il conditionne le bénéfice de certaines exonérations ou crédits d'impôt spécifiques.

En matière d'impôt locaux et de taxes assimilées, le revenu fiscal de référence est pris en compte pour l'octroi d'exonérations, de dégrèvements et d'abattements en matière de taxe d'habitation, de taxe foncière sur les propriétés bâties, de taxe annuelle sur les résidences mobiles terrestres et de contribution à l'audiovisuel public.

En matière de taxe sur la valeur ajoutée (TVA), le RFR est pris en compte pour le bénéfice de certains taux réduits.

En matière de contributions sociales, il est retenu comme critère d'éligibilité à l'exonération de contribution sociale généralisée (CSG) ou de contribution pour le remboursement de la dette publique (CRDS) sur les allocations de chômage et les pensions de retraite et d'invalidité. Il est également utilisé pour déterminer l'application de la cotisation spécifique due par les personnes qui bénéficient de la CMU.

Par ailleurs, le montant du RFR conditionne l'accès à certains avantages sociaux.

¹⁶⁴ La liste complète des réintégrations figure en annexe I.

¹⁶⁵ La liste des dispositifs fiscaux et sociaux liés au RFR est présentée en annexe II.

Enfin, pour mémoire, depuis l'imposition des revenus de l'année 2011, le RFR constitue l'assiette de la contribution exceptionnelle sur les hauts revenus.

Une augmentation du RFR peut entraîner la perte du bénéfice de certains des avantages fiscaux ou sociaux susmentionnés ou à tout le moins leur diminution en N+1.

Composition du RFR

Le revenu fiscal de référence s'entend du montant net des revenus et plus-values retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, majoré de certaines charges déductibles du revenu imposable constituant des dépenses d'ordre personnel, de certains revenus et profits exonérés d'impôt sur le revenu ou faisant l'objet d'un report ou d'un sursis d'imposition, de certains abattements appliqués pour la détermination du revenu catégoriel et des revenus et profits soumis à des prélèvements ou versements libératoires.

Les revenus exonérés ou soumis à des prélèvements libératoires, les abattements ainsi que les charges déductibles du revenu global ne sont réintégrés dans le revenu fiscal de référence que si cette réintégration est expressément prévue par la loi.

Certains revenus soumis à prélèvement libératoire sont réintégrés :

- les produits des contrats d'assurance-vie ;
- les revenus nets des auto-entrepreneurs ;
- les indemnités de fonction perçues par les élus locaux et soumis à la retenue à la source ;
- les pensions de retraite en capital taxées à 7,5 % ;
- les plus-values de cessions de valeurs mobilières des non-résidents.

Il en est de même de certains abattements :

- les plus-values de cession des dirigeants partant à la retraite ;
- certains abattements applicables aux entrepreneurs individuels (jeunes créateurs, ...) ;
- l'abattement de 40 % sur les revenus distribués.

Le RFR réintègre également certains revenus exonérés ou faisant l'objet d'un report d'imposition :

- les revenus professionnels nets en faveur des jeunes entreprises innovantes et des activités en zone franche urbaine ;
- les salaires des impatriés, des salariés détachés à l'étranger, les droits CET versés sur un PERCO, les salaires des salariés de la chambre de commerce internationale ;
- les revenus provenant de fonds communs de placement à risque et de sociétés unipersonnelles d'investissement ;
- les cessions de valeurs mobilières ou de droits sociaux en report d'imposition, les cessions de participation au sein d'un groupe familial, les cessions provenant de structures de capital risque ou encore les cessions de titres de jeunes entreprises innovantes ;
- les revenus exonérés en vertu d'une convention internationale et ceux des fonctionnaires internationaux ainsi que les revenus du patrimoine des impatriés.

Dispositifs fiscaux et sociaux liés au montant de RFR

9 1/ Dispositifs fiscaux liés au RFR

En matière de fiscalité locale :

Les allègements en matière de fiscalité directe locale en faveur des personnes de condition modeste s'appliquent, sauf exceptions, à l'habitation principale du bénéficiaire et sous réserve de respecter les conditions de cohabitation définies à l'article 1390 du code général des impôts (CGI).

Ces allègements se traduisent en dispositifs d'exonération, de dégrèvement partiel, d'abattement ou de plafonnement qui peuvent aller jusqu'au dégrèvement total.

C'est le RFR, défini à l'article 1417-IV du CGI, qui est pris en compte pour déterminer ces allègements. Les seuils de RFR appliqués pour l'octroi d'un allègement sont fonction du nombre de parts de quotient familial.

a) Taxe d'habitation et contribution à l'audiovisuel public

- Sont exonérées de la taxe d'habitation lorsque le montant de leur RFR de l'année précédente n'excède pas la limite fixée à l'article 1417-I du CGI, les personnes :
 - âgées de plus de soixante ans ;
 - veuves ;
 - titulaires de l'allocation aux adultes handicapés ;
 - infirmes ou invalides qui ne peuvent subvenir par leur travail aux nécessités de l'existence ;
 - installées durablement dans une maison de retraite qui conservent la jouissance exclusive de leur ancienne résidence principale, si elles remplissent l'une des conditions d'exonération ci-dessus.
- Le dégrèvement de la contribution à l'audiovisuel public est aligné sur le régime des exonérations de la taxe d'habitation.
- Les contribuables autres que ceux bénéficiant des exonérations ci-dessus et dont le RFR de l'année précédente est inférieur aux seuils définis à l'article 1417-II du CGI bénéficient d'un dégrèvement de la partie de leur cotisation excédant 3,44 % de leur RFR diminué d'un abattement fonction du nombre de parts de quotient familial qui leur sont attribuées. Compte tenu de cet abattement, ce plafonnement peut conduire au dégrèvement total de la taxe d'habitation mise à leur charge. La condition de cohabitation n'est pas exigée.
- A l'initiative des communes, un abattement de 1 % à 15 % peut être appliqué à la base de la taxe d'habitation des personnes dont le montant de leur RFR de l'année précédente n'excède pas la limite fixée à l'article 1417-I du CGI et dont la valeur locative de leur habitation principale n'excède pas un certain montant.

b) Taxe sur les résidences mobiles terrestres

De manière plus limitée que pour la TH, sont exonérées de la taxe sur les résidences mobiles terrestres lorsque le montant de leur RFR de l'année précédente n'excède pas la limite fixée à l'article 1417-I du CGI, les personnes :

- titulaires de l'allocation aux adultes handicapés ;
- infirmes ou invalides qui ne peuvent subvenir par leur travail aux nécessités de l'existence.

Pour l'ensemble des situations visées, l'exonération de la taxe est accordée, propriétaire de la résidence mobile, son conjoint ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité qui est titulaire de l'allocation concernée ou qui remplit la condition d'infirmité ou d'invalidité ouvrant droit à l'exonération.

c) Taxe foncière sur les propriétés bâties

Sont exonérées de la taxe foncière sur les propriétés bâties lorsque le montant de leur RFR de l'année précédente n'excède pas la limite fixée à l'article 1417-I du CGI, les personnes :

- titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ;
- âgées de plus de soixante-quinze ans pour leurs résidences principale ou secondaire.

Les redevables âgés de soixante-cinq à soixante-quinze ans bénéficient d'un dégrèvement de 100 euros lorsque le montant de leur RFR de l'année précédente n'excède pas la limite fixée à l'article 1417-I du CGI.

Enfin, un plafonnement en fonction des revenus permet aux contribuables de bénéficier d'un dégrèvement de la fraction de leur cotisation supérieure à 50 % de leurs revenus lorsque ces derniers n'excèdent pas le seuil fixé à l'article 1417-II du CGI. Les revenus pris en compte correspondent au RFR auquel sont apportés différentes corrections. La condition de cohabitation n'est pas exigée.

En matière d'impôt sur le revenu, le RFR conditionne le bénéfice :

- de l'exonération de plus-values immobilières réalisées par les titulaires de pensions de vieillesse ou de la carte d'invalidité ;
- de l'option pour le versement libératoire forfaitaire des exploitants individuels (régime de l'auto-entrepreneur) ;
- de la dispense d'acomptes sur les dividendes et les intérêts ;
- du cumul du crédit d'impôt au titre des avances remboursables ne portant pas intérêt pour financer l'acquisition ou la construction d'une résidence principale (prêt à taux zéro) et du crédit d'impôt au titre des avances remboursables ne portant pas intérêt pour le financement de travaux d'amélioration de la performance énergétique (éco-prêt à taux zéro) ;
- du maintien du crédit d'impôt en faveur du développement durable pour les ménages modestes au titre des actions simples « hors bouquet ».

Il est également pris en compte pour apprécier les ressources du locataire dans le cadre des dispositifs d'incitation fiscale à l'investissement immobilier locatif dit « Besson neuf », « Besson ancien », « Borloo neuf », « Scellier métropole intermédiaire », « Scellier outre-mer secteur intermédiaire » et « Duflot ».

En matière de taxe sur la valeur ajoutée, le RFR est pris en compte pour le bénéfice du taux réduit applicable en matière de logements sociaux et, en particulier, pour l'acquisition par les particuliers de leur logement principal situé dans une zone faisant l'objet d'une convention de rénovation urbaine signée avec l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU).

En matière de contributions sociales, le RFR est retenu comme critère d'éligibilité à l'exonération de contribution sociale généralisée (CSG) ou de contribution pour le

remboursement de la dette publique (CRDS) sur les allocations de chômage et les pensions de retraite et d'invalidité.

Il est également utilisé pour déterminer l'application de la cotisation spécifique due par les personnes qui bénéficient de la CMU.

Enfin, le revenu fiscal de référence constitue l'assiette de la contribution exceptionnelle sur les hauts revenus.

10 2/ Dispositifs sociaux liés au RFR

Le revenu fiscal de référence est pris en compte pour l'octroi :

- des chèques vacances ;
- des logements sociaux par les organismes d'habitation à loyer modéré.

Il constitue également l'un des critères d'éligibilité aux bourses du collège et du lycée.

En outre, les tarifs de certaines crèches et cantines ainsi que le montant de l'aide accordée par l'Etat dans le cadre du chèque emploi service universel (CESU) préfinancé sont déterminés en fonction du revenu fiscal de référence.

Ce revenu est également utilisé pour l'accès au livret d'épargne populaire (depuis le 1er janvier 2014), pour l'attribution d'une prime exceptionnelle d'aide à la rénovation thermique des logements privés et, enfin, pour le bénéfice du tarif social de l'électricité et, par renvoi, du tarif spécial de solidarité du gaz naturel.

<p style="text-align: center;">Fiche 2 : Aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé Avantages et inconvénients d'un crédit d'impôt par rapport à une aide directe</p>

Dans le cadre de la mission qui lui a été confiée, le groupe de travail constitué par l'IGAS réfléchit à la suppression de toutes les aides fiscales et sociales existantes aujourd'hui aidant à l'acquisition d'une complémentaire santé, afin de les remplacer par une autre aide.

Parmi les scénarii envisagés, celui de la création d'un crédit d'impôt (CI) a été évoqué et le groupe de travail souhaiterait connaître les principes du CI ainsi que ses avantages et inconvénients.

11 I. Présentation générale du dispositif du crédit d'impôt

La réalisation de dépenses ou d'investissements peut, dans certains cas limitativement énumérés, ouvrir droit à une réduction ou à un crédit d'impôt.

Les dépenses susceptibles d'ouvrir droit à un crédit d'impôt doivent réunir les conditions suivantes :

- être expressément prévues par la loi ;
- ne pas avoir été retenues pour la détermination des revenus nets catégoriels (cela représenterait alors un double avantage fiscal), tel que par exemple la déduction de certaines sommes en frais réels pour la détermination des traitements et salaires imposables.

Les crédits d'impôt sont, sauf exception prévue dans la loi, réservés aux personnes fiscalement domiciliées en France ou considérées comme « non-résidents Schumacker ¹⁶⁶ ».

D'une manière générale, les crédits d'impôt sont égaux au produit de la dépense engagée, le cas échéant prise en compte dans la limite d'un plafond fixé par la loi, par un taux lui-même fixé par la loi ¹⁶⁷.

Les dépenses sont en principe prises en compte pour l'imposition des revenus de l'année au cours de laquelle elles ont été payées.

Les réductions et crédits d'impôt s'imputent sur le montant d'impôt sur le revenu des intéressés calculé après application du barème progressif de l'impôt sur le revenu dans les conditions fixées par l'article 197 du code général des impôts (CGI).

Les réductions et crédits d'impôts sont calculés après application de la décote et les réductions sont imputées avant les crédits d'impôt.

Une réduction d'impôt ne peut donner lieu à restitution. En revanche, les crédits d'impôt font l'objet d'une restitution si la cotisation d'impôt sur le revenu est inférieure ou nulle ¹⁶⁸.

Le crédit d'impôt s'apprécie au niveau du foyer fiscal composé soit du contribuable pour les personnes célibataires, divorcés ou veuves, soit des deux conjoints pour un couple marié, et des personnes à charge, enfants mineurs ou personnes rattachées.

¹⁶⁶ Le non-résident « Schumacker » est domicilié dans un autre Etat membre de l'Union européenne, ou dans un Etat partie à l'Espace Economique Européen ayant conclu avec la France une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude ou l'évasion fiscale et ses revenus de source française sont supérieurs ou égaux à 75 % de son revenu mondial imposable.

¹⁶⁷ Par exception, le montant de l'avantage peut être fixé de manière forfaitaire ou calculé selon des règles autonomes lorsqu'il ne correspond pas à des dépenses.

¹⁶⁸ Sous réserve du seuil de non restitution de 8 € prévu à l'article 1965 L du CGI.

Enfin, l'article 200-0 A du CGI prévoit que le total de certains avantages fiscaux accordés au foyer fiscal ne peut pas procurer une réduction du montant de l'impôt dû supérieur à une certaine limite (10 000 € ou 18 000 € selon les cas).

12 II. Avantages et inconvénients du crédit d'impôt par rapport à une aide directe

S'il est techniquement envisageable de créer un crédit d'impôt en faveur de l'acquisition d'une complémentaire santé, plusieurs éléments doivent préalablement être précisés.

1. Le crédit d'impôt n'est pas, contrairement à une aide directe, individualisable. Il profite à l'ensemble du foyer fiscal, donc y compris aux personnes composant le foyer mais ne remplissant pas les conditions pour bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

2. Le crédit d'impôt implique un décalage de trésorerie a priori moins adapté à l'objectif de l'ACS.

En effet, le décalage entre le moment où la personne a besoin d'une aide pour souscrire à une complémentaire santé et celui où le contribuable bénéficie effectivement du crédit d'impôt rend le dispositif du crédit d'impôt peu réactif. Or, compte tenu de l'objet de l'aide qui est d'aider les contribuables qui n'en ont pas les moyens de souscrire une complémentaire santé, ce décalage n'est pas adapté. C'est pour cette principale raison que la prime pour l'emploi (PPE) a été supprimée afin d'être remplacée par une aide directe, la prime d'activité.

3. Le mécanisme du crédit d'impôt est, comme tout dispositif fiscal, moins lisible pour les contribuables que la perception directe d'une aide.

4. Le crédit d'impôt implique l'intervention des services des impôts qui n'ont a priori pas les informations dont peuvent disposer les administrations sociales ou les employeurs. La création d'un crédit d'impôt pour l'acquisition d'une complémentaire santé aurait donc un coût en termes de gestion puisqu'elle impliquerait, a priori, des échanges d'informations spécifiques entre les services compétents et l'administration fiscale ainsi que des modifications de la déclaration de revenus. Par ailleurs, un crédit d'impôt n'est gérable par l'administration fiscale que s'il est simple dans son économie ou en cas d'assiette complexe ou conditionnée, s'il est entièrement déclaré par le contribuable.

5. Est-il possible, au regard des principes constitutionnels, de moduler l'avantage fiscal en fonction de l'âge et des ressources au regard de l'objectif de financer une complémentaire santé ?

Bien qu'il n'existe aucune décision du Conseil constitutionnel traitant d'un cas similaire, le risque constitutionnel lié à une modulation de l'avantage en fonction des ressources ou de l'âge du seul souscripteur de la complémentaire santé ne peut être écarté.

a) La prise en compte de critères individuels s'articule mal avec la notion de foyer fiscal retenue en matière d'impôt sur le revenu et dans le cadre duquel le mécanisme du crédit d'impôt s'applique. La prise en compte des ressources individuelles pour moduler le montant de l'avantage consenti pourrait notamment avoir pour effet de faire coexister, à revenus identiques de foyers, des différences de traitement entre plusieurs foyers fiscaux, ce qui pourrait être considéré par le Conseil constitutionnel comme constitutif d'une rupture du principe d'égalité.

Le Conseil constitutionnel a eu recours à un raisonnement comparable en matière d'assiette pour censurer des dispositifs sur le fondement d'une atteinte au principe d'égalité devant les charges publiques.

Voir en ce sens la décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 :

« 9. Considérant que, s'il est loisible au législateur de modifier l'assiette de la contribution sociale généralisée afin d'alléger la charge pesant sur les contribuables les plus modestes, c'est à

la condition de ne pas provoquer de rupture caractérisée de l'égalité entre ces contribuables ; **que la disposition contestée ne tient compte ni des revenus du contribuable autres que ceux tirés d'une activité, ni des revenus des autres membres du foyer, ni des personnes à charge au sein de celui-ci ; que le choix ainsi effectué par le législateur de ne pas prendre en considération l'ensemble des facultés contributives crée, entre les contribuables concernés, une disparité manifeste contraire à l'article 13 de la Déclaration de 1789 ; ».**

Ou plus récemment la décision n° 2012-662 DC du 29 décembre 2012 :

« 73. Considérant que le législateur a retenu le principe d'une imposition sur le revenu par personne physique sans prendre en considération l'existence du foyer fiscal ; que, par l'effet de cette contribution exceptionnelle assise sur les revenus d'activité professionnelle des personnes physiques excédant un million d'euros, **deux foyers fiscaux bénéficiant du même niveau de revenu issu de l'activité professionnelle pourraient se voir assujettis à cette contribution ou au contraire en être exonérés, selon la répartition des revenus entre les contribuables composant ce foyer ; qu'ainsi, en soumettant à cette contribution exceptionnelle les revenus des personnes physiques, sans tenir compte, comme pour l'imposition de l'ensemble du revenu à l'impôt sur le revenu et la contribution exceptionnelle prévue par l'article 223 sexies du code général des impôts, de l'existence du foyer fiscal, le législateur a méconnu l'exigence de prise en compte des facultés contributives ; qu'ainsi, il a méconnu le principe d'égalité devant les charges publiques ; »**

Il est donc nécessaire que le crédit d'impôt soit modulé de manière à prendre également en compte l'ensemble des ressources du foyer fiscal, à l'instar de l'ancien mécanisme de la prime pour l'emploi.

Recommandation n°1 : b) Bien qu'il n'existe pas de précédents jurisprudentiels, la modulation d'une aide fiscale en fonction de l'âge du contribuable présente également un risque constitutionnel : pour autoriser des différences de traitement entre les contribuables, notamment selon leur âge, la loi doit, en effet, s'assigner un objectif précis, d'intérêt général, et identifier une catégorie homogène de contribuables.

Ainsi, les dispositifs liés à l'âge du contribuable prévus en matière d'impôt sur le revenu ne sont pas modulés et poursuivent généralement un objectif de soutien aux personnes âgées (ex : demi-part pour les personnes âgées de plus de 75 ans titulaires d'une carte d'invalidité...).

Or, au cas particulier, le critère de l'âge, en dépit des apparences, n'est pas nécessairement satisfaisant pour constituer une catégorie homogène de contribuables. En outre, une modulation comportant de nombreux tarifs différents présenterait l'inconvénient majeur de rendre encore plus complexe la justification du caractère homogène de chaque catégorie et donc du montant de l'aide octroyée. Plus les tarifs se multiplient, plus le caractère homogène d'une catégorie devient artificiel (ex : dans le cas d'aides différentes pour les 25-30 ans et les 30-35 ans...).

En tout état de cause, la différence de traitement en fonction de l'âge du contribuable devra être justifiée en fonction de l'objectif du législateur.

Dès lors, au regard de la nécessité d'un soutien de l'Etat à l'acquisition d'une complémentaire santé, le niveau de revenu constitue un critère plus rationnel que l'âge de l'assuré. Il conviendra donc que l'objectif poursuivi soit défini précisément et que les catégories qui seront constituées soient rationnelles au regard de cet objectif.

13 Récapitulatif

	Avantages	Inconvénients
14 Crédit d'impôt	Permet de diminuer l'impôt dû par le contribuable ou, s'il est non imposable, de lui restituer le montant du crédit d'impôt.	Dispositif non individualisable qui bénéficie au foyer dans son ensemble.
	Automaticité de l'aide (pas de démarches) dès lors que les conditions sont respectées.	Décalage de trésorerie : crédit d'impôt qui s'imputera sur l'impôt dû en N+1. Avance de trésorerie pour le bénéficiaire de la complémentaire.
		Dispositif moins lisible (critères d'éligibilité au CI, conditions à respecter, majoration du CI selon la composition de la famille, ...)
		Coût supplémentaire en terme de gestion pour l'administration fiscale : échanges d'informations, ... Aide qui peut varier d'une année sur l'autre si le CI est fonction du RFR (complexité du barème au même titre que celui qui existait pour la PPE).
15 Aide directe	Aide versée directement à la personne bénéficiaire de la complémentaire, ce qui évite toute avance de trésorerie.	
	Informations relatives aux critères d'éligibilité facilement identifiables.	

Fiche 3**Mission de l'Inspection générale des affaires sociales****Aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé****Coût des déductions fiscales en IR et IS relatives à l'acquisition d'une protection sociale complémentaire****I. Objet de la demande**

Dans le cadre d'une mission sur les aides à l'acquisition d'une complémentaire santé, l'IGAS souhaite connaître le coût pour les finances publiques des deux dispositifs fiscaux suivants :

- en matière d'impôt sur le revenu (IR), la déduction du revenu imposable des cotisations de retraite ou de prévoyance complémentaire versées à titre facultatif par les travailleurs indépendants ;
- en matière d'impôt sur les sociétés (IS), la déduction du bénéfice imposable de la quote-part des primes versées par les employeurs au titre des contrats complémentaires de santé de leurs salariés.

II. En matière d'impôt sur le revenu

La déduction du revenu imposable des cotisations de retraite ou de prévoyance complémentaire versées à titre facultatif par les non-salariés et leur conjoint collaborateur, mesure particulière n° 190101, est estimée à 1 325 M€ en 2016 (Source : PLF 2016 – Voies et moyens – tome II).

Sur l'ensemble des cotisations ouvrant droit à déduction, le poids des seules cotisations santé est estimé à 20 % (Source : IGAS - proportion confirmée par la Fédération française des sociétés d'assurance).

Sur cette base, le coût de la déduction fiscale des cotisations de santé complémentaire est estimé à 265 M€ pour 2016.

III. En matière d'impôt sur les sociétés

La quote-part des primes versées par les employeurs pour les contrats santé de leurs salariés déductible du bénéfice est déterminée de la façon suivante (source : IGAS) :

- montant total de primes : 15,3 Md€(rapport DREES 2014 situations financières) ;
- part afférente aux contrats obligatoires : 80 % (travaux HCAAM – enquête PSCE 2009) ;
- participation de l'employeur : 54 % (rapport COMAREP 2012) ;

soit une masse de primes déductibles estimée à $15,3 \times 80 \% \times 54 \% = 6,61$ Md€(chiffage DSS)

Sur cette base, en retenant un taux moyen d'IS de 25 %, le coût budgétaire du dispositif est estimé à 1,652 Md€

PIECE JOINTE N°6 : TRAVAUX DE LA DGTRESOR

Effets économiques de la fin des exemptions sociales et fiscales sur le pouvoir d'achat des ménages et la compétitivité des entreprises

La transformation des exonérations de cotisations sociales patronales relatives aux contrats collectifs en subvention versée par les administrations publiques aux ménages souscripteurs de contrats de complémentaires santé individuels et collectifs¹⁶⁹ serait susceptible d'avoir des effets négatifs sur la compétitivité des entreprises, positifs sur les marges des complémentaires et variables sur le revenu des ménages.

1. La suppression d'exonérations de cotisations pour les employeurs pèserait sur le coût du travail :

[319]

- **Une hausse du coût du travail significative serait quasi certaine à très court terme et ne devrait pas s'annuler à court-moyen terme** Sachant que les salariés bénéficiaires de contrats collectifs disposeront d'une subvention financée par la suppression d'exonérations de cotisations sociales patronales, il est probable que les entreprises baisseront à court terme la partie variable de la rémunération et à long terme limiteront les hausses de salaire. Cette modération salariale ne sera toutefois probablement pas immédiate, entraînant donc à très court terme une forte hausse du coût du travail . Et même si les entreprises cherchaient aux prochaines négociations salariales à « récupérer » totalement la subvention perçue par le salarié via un freinage des salaires, cette récupération ne serait que partielle, le montant des exonérations de charge supprimées étant supérieure aux subventions versées aux salariés souscripteurs de contrats collectifs (une partie de la suppression des exonérations de charge finançant des subventions aux ménages souscripteurs de contrats individuels, en particulier des retraités ou des inactifs). Et cette récupération est impossible au niveau du SMIC, le niveau brut étant fixé par les pouvoirs publics.

[320]

- **Cette évolution serait en contradiction avec les mesures récemment adoptées de baisse du coût du travail et freinerait ainsi les effets attendus de ces mesures sur l'emploi et le rattrapage de compétitivité vis-à-vis de nos concurrents, allemands notamment.** Depuis l'automne 2012, la France a pris des mesures fortes pour restaurer la compétitivité de ses entreprises. Le CICE (crédit d'impôt compétitivité emploi) qui consiste en un crédit d'impôt sur les bénéfices à hauteur de 6 % des salaires inférieurs à 2,5 Smic, ainsi que la majoration des allègements de charges du Pacte de responsabilité ont réduit le coût du travail de 30 Md€ entre 2012 et 2017. Une telle disposition freinerait l'effet emploi de ces mesures, et freinerait également la compétitivité des entreprises françaises vis-à-vis des concurrents étrangers, allemands notamment.

[321]

- 2. Elle pourrait conduire à une hausse des marges des complémentaires :** cet effet est probable pour les contrats individuels en raison de la mise en place d'une subvention solvabilisant la demande. L'ampleur de la hausse des prix des complémentaires dépendrait du degré de concurrence sur ce marché.

¹⁶⁹ Nous faisons l'hypothèse que les bénéficiaires de contrats collectifs seraient éligibles à la nouvelle aide (à la différence de l'ACS) pour ne pas pénaliser cette population alors que les contrats collectifs obligatoires d'entreprise ont été généralisés au 1er janvier 2016.

3. Cette hausse aura également des effets sur le revenu des ménages :

La mesure s'accompagnerait d'une hausse du pouvoir d'achat des ménages. Plus précisément,

- Les ménages souscripteurs de contrats individuels percevraient une subvention qui, participant au financement de leur couverture complémentaire, réduirait leur reste à charge
- Les salariés assurés par un contrat collectif bénéficieraient également d'une subvention dont le montant restera (au moins à court terme) supérieur à la perte probable de revenu induite par la modération salariale.

Remarques :

- En raison de la moindre dynamique attendue du revenu salarié et de la hausse du revenu disponible de la population assurée par un contrat individuel, la mesure pourrait éventuellement contribuer à inciter certains individus à sortir du marché du travail et ainsi **avoir un effet négatif sur l'offre de travail.**
- **Si, l'aide était financée, non plus par la suppression d'exonérations de cotisations patronales, mais par la suppression d'exonérations de cotisations salariales ou d'IR, les effets seraient proches en termes de redistribution.** Le revenu des ménages actuellement assurés par des contrats individuels progresserait au détriment de celui des ménages bénéficiant actuellement de la déductibilité à l'IR de leur participation au contrat collectif. Selon les propensions marginales à consommer entre les deux populations et la manière dont les scénarios envisagés affectent chacune d'elle (dépendance au revenu en particulier), la mesure pourrait avoir un effet sur la consommation des ménages à court terme. Les assurances complémentaires devraient augmenter leurs prix par le même mécanisme que celui exposé supra et bénéficier de la mesure. A la différence de la suppression de l'exonération des cotisations patronales détaillée supra, elle serait neutre sur le coût du travail.

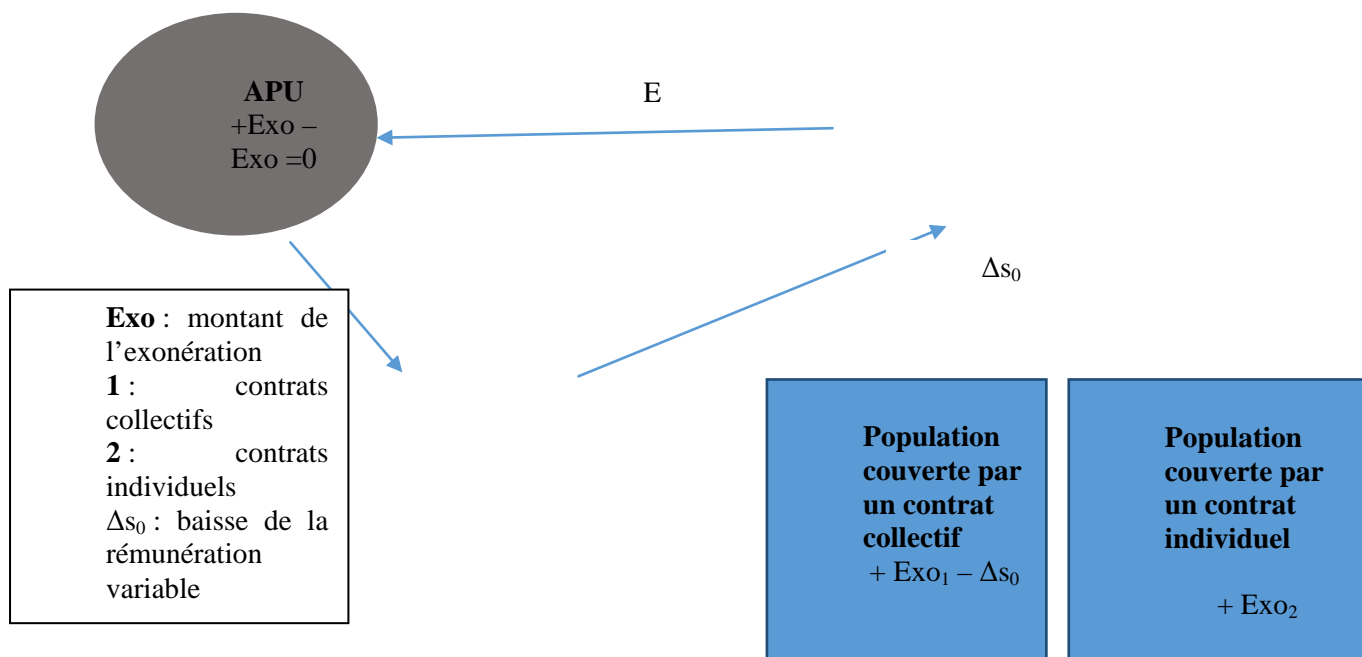
Annexe : effets économiques consécutifs à la mise en place de subvention participant à l'acquisition d'une complémentaire santé financée par une suppression des exonérations patronales sur la participation des employeurs à la couverture complémentaire collective.

Les transferts entre les différentes entités seraient les suivants :

- **A court terme**, en notant « Exo » le montant des suppressions d'exonérations redistribué aux ménages, on a : $Exo = Exo_1 + Exo_2$, avec :
 - Exo1 : montant redistribué aux populations actuellement couvertes par les contrats collectifs (actifs du secteur marchand) ;
 - Exo2 : montant redistribué au reste de la population assurée par des contrats individuels (travailleurs indépendants, fonctionnaires, chômeurs, retraités).

On note Δs_0 la baisse de la rémunération variable des salariés.

Les gains (+) et pertes (-) des agents seraient alors les suivants :

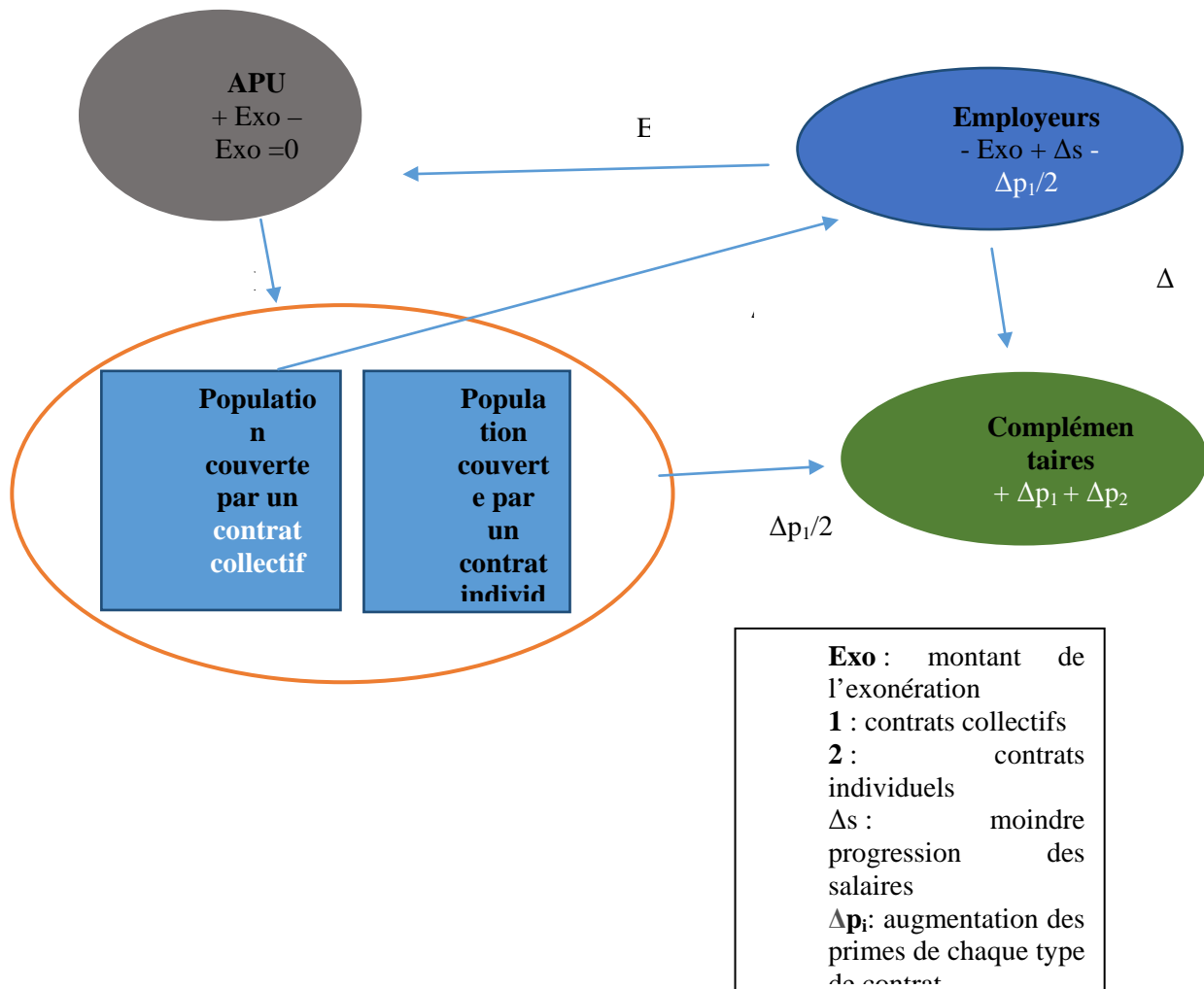


- **A long terme**, on note Δs la moindre progression des revenus d'activité des salariés (sous l'effet d'une moindre dynamique des salaires), et Δp_1 et Δp_2 les hausses des primes des complémentaires résultant du pouvoir d'achat accru des ménages¹⁷⁰, Δp_1 représentant l'augmentation pour les contrats collectifs et Δp_2 l'augmentation pour les contrats individuels. Le montant Δp_1 serait vraisemblablement assez faible voire nul :
 - les primes de contrats collectifs sont rigides à la hausse car les entreprises paient la moitié des primes des contrats collectifs de leurs salariés et sont en capacité de négocier leurs montants avec les assureurs ;

¹⁷⁰ Caractère inflationniste des aides publiques sur les primes des contrats individuels. Il est fonction de l'élasticité de la demande d'assurance à son prix.

- elles le sont aussi à la baisse, car en raison de cette négociation les marges des assureurs sont déjà réduites sur ce type de contrat.

On peut en revanche supposer une hausse Δp_2 plus importante pour les primes des contrats individuels. On se place dans le cas où les primes des contrats collectifs sont payées à parts égales entre employeur et salarié (primes égales à $p_1/2$ ¹⁷¹).



Ainsi :

- le transfert serait **neutre pour les APU** ;
- mais **pèserait sur les employeurs** à travers les cotisations sociales supplémentaires, qui seraient **en partie compensées par la modération sur les rémunérations** ;
- les **complémentaires** profiteraient de l'aide à travers **une inflation des tarifs des primes** ;
- la **population couverte par un contrat collectif profiterait de l'aide publique**, mais **perdrait en rémunération** ;
- la **population couverte par un contrat individuel profiterait de l'aide**, mais **l'inflation des primes** de contrats de complémentaires **compenserait en partie ce gain**.

¹⁷¹ On considère en l'occurrence que l'employeur paye la fraction minimale (50%) que lui impose la loi.

En fonction de l'ampleur des différents effets, l'aide aurait donc un effet redistributif entre les populations couvertes ou non par les contrats collectifs qui dépendrait également du ciblage de l'aide selon le revenu.