

SYNTHÈSE

Dans le contexte de la mission relative à l'articulation entre assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMC) confiée à quatre personnalités qualifiées, l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) ont été chargées, outre leur concours au rapport des personnalités qualifiées, de chiffrer l'impact de deux grands scénarios de réforme de l'articulation entre AMO et AMC, ainsi que de l'impact d'une évolution de la fiscalité relative aux contrats collectifs de complémentaire santé.

Le premier scénario est celui d'un plafonnement des restes à charge (RAC) après intervention de l'assurance-maladie obligatoire, dit « bouclier sanitaire » (BS). Il consiste à mettre en place un plafonnement des restes à charges après intervention de l'AMO, plafonds au-delà desquels l'AMO vient prendre en charge 100 % de la dépense de santé supplémentaire. En-deçà du plafond, les règles actuelles de prise en charge des dépenses par l'AMO resteraient en vigueur.

Le rapport permet d'actualiser les chiffrages réalisés par de précédentes missions, notamment la revue de dépense IGF-IGAS relative aux affections de longue durée¹, sur des données récentes (2023), mais aussi de présenter des scénarios de BS proportionnels au revenu.

Trois grandes familles de BS ont été chiffrées, déclinées en huit scénarios : un BS à plafond unique, un BS proportionnel au revenu, et un BS consistant à harmoniser l'ensemble des tickets modérateurs (TM), avec un plafond unique.

Parmi les scénarios à isocoût pour l'AMO, un bouclier sanitaire à plafond unique s'élèverait à 740 € annuels. Ce scénario diminuerait les restes à charge de 2,7 M d'assurés : le RAC après AMO baisserait en moyenne de 868 € pour les personnes en affection longue durée (ALD), et de 690 € pour les non ALD. À l'inverse, 8,3 M d'assurés en ALD verraient leur RAC augmenter de 345 € en moyenne, soit des proportions deux à trois fois plus faibles que les « gagnants » de la réforme.

Toujours à isocoût pour l'AMO, un bouclier proportionnel au revenu, égal à 2,8 % du revenu disponible du ménage, aurait des effets haussiers ou baissiers sur le RAC AMO pour le même nombre de ménages que le scénario précédent, mais présenterait des effets redistributifs importants entre déciles de niveau de vie. Cet effet redistributif se caractériserait par une baisse du RAC AMO moyen du premier décile de niveau de vie de près de 39 €, contre une augmentation de 64 € pour le dixième décile.

La mission a également étudié l'effet de plusieurs autres scénarios, d'une part permettant des économies pour l'AMO (ainsi, un bouclier à 1300€ permettrait de réduire les dépenses d'AMO de près de 3 Md€), d'autre part présentant des scénarios d'harmonisation des tickets modérateurs, détaillés dans l'annexe I du présent rapport.

¹ « Revue de dépenses sur les affections de longue durée », 2023, Igas-Igf

La mission souligne que ces travaux de chiffrage du BS n'épuisent pas les options possibles et que de nombreux paramètres du bouclier sanitaire devront faire l'objet d'une étude plus précise, en particulier s'agissant du BS proportionnel au revenu. L'articulation de ce dernier avec les contrats collectifs pose notamment des questions juridiques et opérationnelles non résolues. Une des limites des chiffrages réalisés tient par ailleurs à la difficulté à estimer l'impact des scénarios sur le marché des organismes complémentaires, le montant des primes et sur le comportement des assurés. Enfin, l'ensemble de ces scénarios nécessiterait un délai de mise en place estimé à au moins trois ans.

Le deuxième scénario est celui du « décroisement » du panier de soins, qui consiste à mettre fin, sur des postes de soins définis, au mécanisme de copaiement, pour laisser l'un ou l'autre des financeurs prendre en charge en totalité ces postes de soins, l'autre financeur s'en dégageant complètement.

La mission a étudié deux familles de scénarios de transferts de dépenses vers l'AMC. **Une première famille de scénarios consiste en un transfert de l'optique, de l'audioprothèse et du dentaire de l'AMO vers l'AMC**, sans contrepartie de l'AMC vers l'AMO. Ainsi, les postes de soins où les AMC sont d'ores et déjà financeurs majoritaires leur seraient intégralement confiés. Dans une version maximaliste, l'ensemble des dépenses de soins dentaires (conservateurs et prothétiques) serait confié à l'AMC, outre l'audioprothèse et l'optique, pour un montant total de 4,8 Md€. Dans une version plus minimaliste, seules les dépenses de soins prothétiques dentaires seraient transférées à l'AMC, pour un total de 1,6 Md€. Dans les deux cas, il résulterait de ce transfert un accroissement significatif des RAC AMO pour les foyers les plus âgés, plus important que chez les plus jeunes (entre +100 et +60€ par an pour les ménages dont le membre le plus âgé a plus de 70 ans ; entre +50 et +15 € pour les ménages dont le membre le plus âgé a moins de 40 ans). Les deux scénarios auraient également un léger effet redistributif entre ménages modestes et ménages aisés.

Un deuxième scénario a été étudié, **consistant en un transfert de l'audioprothèse, de l'optique et des transports sanitaires de l'AMO vers l'AMC, les dépenses d'hospitalisation étant, en contrepartie, transférées intégralement vers l'AMO**. Ce scénario représenterait un transfert net vers l'AMC de 2,4 Md€. Il serait quasiment sans effet sur les RAC des foyers jeunes, mais accroîtrait de manière importante ceux des foyers les plus âgés (entre environ 120 et 130 € par an).

De la même manière que pour les scénarios de bouclier sanitaire, de nombreuses autres options de scénarios de décroisement existent. Il convient de noter que selon leur ambition, ces scénarios pourraient notamment soulever des questions de constitutionnalité.

Par ailleurs, les scénarios prévoient un transfert net pour l'AMC, conduisant mécaniquement, dans les chiffrages présentés par la mission, à une augmentation du RAC AMO pour les assurés. Cependant, ces hausses pourraient être contrebalancées par une baisse de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) pesant sur les contrats de complémentaire santé, acquittée *in fine* par les consommateurs, non chiffrée par la mission. Par ailleurs, dans l'hypothèse de l'absence de baisse de TSA, le transfert permettrait de diminuer le déficit de l'AMO, donc la dette sociale et partant la dette publique.

Dans l'ensemble des chiffrages des scénarios, la complémentaire santé solidaire (C2S) est conservée.

Enfin, la mission a chiffré l'impact d'une suppression des avantages socio-fiscaux liés aux contrats collectifs, c'est-à-dire les contrats souscrits par les employeurs des actifs, salariés ou fonctionnaires, ainsi que les contrats des indépendants. Ces contrats bénéficient à la fois d'exemptions sociales bénéficiant aux employeurs, et d'avantages fiscaux bénéficiant aux salariés et aux indépendants. Le coût total pour les finances publiques de ces avantages s'élève à environ 3,5 Md€. Cette évolution pourrait permettre une baisse corrélative de la TSA sur l'ensemble des contrats responsables estimée entre 3 et 8 points.