

Livre blanc

Redessiner l'assurance santé

au bénéfice d'un système
créateur de valeur pour
tous les Français

ÉLECTION
PRÉSIDENTIELLE
2022



Éditorial

de Florence Lustman





Florence Lustman
Présidente de la FFA

Engagés pour un système de santé plus efficient au bénéfice de la santé des Français

À un moment où le système de santé est au cœur des préoccupations des Français, les assureurs santé peuvent et veulent être plus que des « complémentaires ».

Aujourd'hui nos compatriotes se soucient davantage de leur santé et recherchent des réponses personnalisées en matière de soins, de services, d'information et de prévention. Les assureurs ont déjà développé des offres innovantes notamment dans les secteurs desquels l'Assurance maladie obligatoire s'est massivement désengagée au fil du temps comme l'optique, le dentaire et l'aide auditive. Les assureurs, *via* leurs garanties, permettent par exemple l'accès à la chirurgie de la myopie ou aux implants dentaires.

Proches de leurs assurés qu'ils accompagnent tout au long de leur vie, les assureurs représentent un potentiel d'innovation considérable qu'ils souhaitent libérer au service de la santé de tous et au bénéfice de l'efficience du système de santé. La valeur que les assureurs santé peuvent contribuer à créer pour tous les Français va bien au-delà de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse. Les assureurs se différencient de l'Assurance maladie obli-

gatoire en assurant la santé de nos compatriotes, au-delà du remboursement des frais de santé, grâce à la prévention, à l'assistance et aux services d'accompagnement.

Il est donc temps d'aller plus loin en permettant aux assureurs santé de prendre toute leur place dans ces secteurs, mais également dans la prise en charge des maladies chroniques et bien d'autres domaines. En accompagnant les professionnels de santé, les établissements de santé et les assurés, les assureurs collaborent avec tous les acteurs du système. Les assureurs ont la capacité, comme dans bien d'autres pays, de contribuer à l'accélération de la modernisation du système de santé que nous attendons tous.

L'objectif du livre blanc de la Fédération Française de l'Assurance est d'émettre des propositions concrètes pour refonder une complémentarité public/privé plus efficace, mieux coordonnée, plus pertinente et qui réponde davantage aux attentes des Français en matière de personnalisation. Les assureurs entendent ainsi être des alliés de tous les usagers et des catalyseurs d'efficience du système de santé français auquel nous sommes tous attachés.

Sommaire

Éditorial de Florence Lustman	2
Synthèse du livre blanc	5
Introduction	9
Le système français d'Assurance maladie est confronté à 4 défis majeurs	11
Renforcer l'accès aux soins, aujourd'hui trop inégal.....	13
Apporter de la lisibilité aux parcours d'accompagnement proposés aux Français.....	14
Investir dans la prévention pour permettre aux Français de vivre plus longtemps en bonne santé.....	16
Changer de paradigme face au manque d'efficience des dépenses de santé.....	18
Les assureurs sont des partenaires clés de l'Assurance maladie et des autres acteurs du système de soins pour relever efficacement les défis de demain	21
Les assureurs santé sont des acteurs clés de l'accès aux soins pour tous.....	22
Les assureurs jouent un rôle essentiel dans l'amélioration des parcours et la qualité des soins.....	25
Les assureurs jouent un rôle de plus en plus actif en matière de prévention santé.....	28
Par leur gestion du risque, les assureurs contribuent à l'efficience et à la maîtrise de la dépense.....	29
Libérer tout le potentiel des assureurs permettrait d'en faire des alliés encore plus efficaces au service de la santé des Français	33
La structure actuelle du système de protection sociale freine la capacité des assureurs à créer davantage de valeur pour les Français et pour le système.....	34
Pour le bénéfice de la santé des Français, le rôle des assureurs doit être élargi.....	35
L'articulation entre l'Assurance maladie et les assureurs doit être revue afin d'améliorer la lisibilité du système, de libérer les parcours de soins et de vie, et de mieux maîtriser la dépense.....	40
À terme, la complémentaire santé doit dépasser son caractère subsidiaire et devenir une assurance santé essentielle, à portée de tous.....	45



Synthèse du livre blanc



À l'aube de l'élection présidentielle de 2022, notre système de santé est à l'heure des choix

La crise de la Covid-19 a lourdement impacté les systèmes de santé de la plupart des pays et la France n'a pas échappé à cette mise sous tension extrême. La pandémie a jeté la lumière sur le rôle sociétal, la dimension stratégique⁽¹⁾ et l'enjeu politique que constitue la protection sociale, longtemps considérée à travers le seul prisme du coût de l'Assurance maladie⁽²⁾ alors que la santé est un secteur économique de premier plan en France⁽³⁾.

Aujourd'hui, il apparaît indispensable de construire le futur de notre système de santé sur des bases confortées, durables et viables sur le plan économique, en s'appuyant sur l'innova-

tion et sur les nouvelles technologies, telles que la télémédecine. Les Français attendent des réponses à la hauteur de ces défis qui seront présents au cœur de la campagne présidentielle de 2022. Chaque candidat devra ainsi se prononcer sur la question cruciale : quel système de santé pour demain ?

Pour la Fédération Française de l'Assurance, assurer une meilleure prise en charge des Français nécessite de consolider et d'améliorer le système actuel en plaçant l'assuré-usager-citoyen au cœur des priorités et en confiant plus de responsabilités aux acteurs du système, dont les assureurs santé.

Les assureurs ont un rôle clé à jouer pour renforcer la performance de notre système de santé

Il y a 30 ans, avec la loi Évin, les pouvoirs publics ont pris la décision de renforcer le développement de la protection sociale complémentaire⁽⁴⁾ en la confiant aux sociétés d'assurance, aux institutions de prévoyance et aux mutuelles.

Les assureurs ont répondu à cet appel et montré ce qu'ils pouvaient apporter à notre système de santé.

À ce jour, un triple constat s'impose :

- 96 % des Français bénéficient d'une « couverture santé complémentaire »,

- cette quasi-universalité facilite, par de multiples moyens, l'accès aux soins de nos concitoyens,
- dans les champs d'intervention qui sont les leurs, les assureurs ont prouvé qu'ils sont des acteurs efficaces de la gestion du risque santé. Ils l'ont démontré sur le plan de l'efficacité de la dépense avec la mise en place de réseaux de soins et, plus généralement, d'outils de régulation, d'incitation à la pertinence des soins et de lutte contre la fraude. Ils l'ont également démontré en développant des services répondant aux besoins de leurs assurés.

1 — Le gouvernement s'est fixé pour objectif de faire de la France la « première nation européenne innovante et souveraine en santé », cf. la mission du CSIS.

2 — L'Assurance maladie obligatoire désigne les quatre régimes de protection sociale couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, la maternité et les accidents professionnels, les maladies professionnelles et les couvertures d'invalidité : le régime général, la Sécurité sociale pour les indépendants, le régime agricole, les régimes spéciaux. En fonction de son statut professionnel, chaque individu est rattaché à un régime.

3 — Institut Montaigne, Filière santé : gagnons la course à l'innovation, mars 2021 : « la santé est un secteur économique de premier plan en France. Premièrement, parce qu'il emploie plus de 2 millions de personnes. Deuxièmement, parce qu'il crée de la richesse, en particulier dans le domaine des industries et technologies de santé, mais aussi de plus en plus dans le secteur du numérique appliqué à la santé, dont il faut attendre une croissance exponentielle dans les années à venir. Au total, le poids économique de la filière représente près de 300 milliards d'euros (dépenses de santé et exportations), soit 12,3 % du PIB français. Troisièmement, parce qu'il est un des rares secteurs à investir massivement en R&D et à contribuer positivement à la balance commerciale de la France. »

4 — L'Assurance maladie complémentaire est l'assurance qui finance les frais de soins en complément ou supplément de l'Assurance maladie obligatoire.

Pour aller plus loin, les assureurs proposent de **s'orienter vers un système de santé centré sur l'assuré-usager-citoyen** parce que chaque assuré est en droit de bénéficier d'un système qui répond parfaitement à ses propres besoins et attentes, en matière d'assurance santé.

Forts de leur expertise dans le secteur de la santé, les assureurs veulent ainsi prendre une part plus importante dans l'organisation du système de santé français. Ils disposent du savoir-faire et de l'expertise nécessaires pour contribuer à une meilleure anticipation des risques et des besoins, pour déployer une offre qui évolue tout au long de la vie et pour améliorer l'efficacité des dépenses de santé.

Prêts à s'occuper de l'implémentation de politiques publiques de santé, ils **prennent l'engagement** de renforcer la transparence et l'évaluation de l'offre, de participer à des expérimentations auprès de publics cibles, de co-construire des projets en concertation, de renforcer les programmes de prévention, de développer des outils numériques et de contribuer activement à une culture de partage de la donnée.

Acteurs de l'innovation en santé, ils soulignent le bénéfice d'un système concurrentiel qui favorise l'investissement en faveur des usagers, des aidants, des professionnels de santé, des collectivités territoriales et de l'État. Au quotidien, ils opèrent dans l'intérêt général des Français, bien au-delà de leur mission d'assureur.

Les assureurs entendent nourrir la réflexion des pouvoirs publics en tant que partenaires à part entière du système de santé français

Créée en juillet 2016, la Fédération Française de l'Assurance réunit l'ensemble des entreprises d'assurance et de réassurance opérant en France, soit 260 sociétés représentant plus de 99 % du marché global de l'assurance.

Les assureurs santé identifient trois objectifs structurants au profit des Français :

- 1 • **Transformer** la gouvernance de notre système de santé pour encourager les collaborations entre le secteur public et le secteur privé afin de renforcer l'efficacité et la qualité du système,
- 2 • **Privilégier** une trajectoire créatrice de valeur pour les patients, les aidants, ceux qui les accompagnent et, plus largement, pour l'ensemble des Français,
- 3 • **Libérer** tout le potentiel des assureurs pour leur permettre de mieux répondre aux situations particulières de nos concitoyens et de ne laisser personne de côté.

Au-delà, ils entendent mieux faire connaître la mission qu'ils remplissent aujourd'hui et la valeur qu'ils créent pour développer leur action au service de la santé des Français.

EXPLORER

Les assureurs santé de la FFA

Avec 13,7 Mds € de cotisations en 2020, les 99 entreprises de la FFA qui opèrent sur le marché français de la complémentaire santé représentent 35,3 % de ce marché, part qui a augmenté de +0,6 point par rapport à 2019.

La Fédération Française de l'Assurance présente ses propositions au bénéfice de tous les Français

En tant qu'acteurs à part entière de l'écosystème de la santé, et non simples payeurs, les assureurs santé de la Fédération Française de l'Assurance soulignent que toute avancée vers une solution « tout Assurance maladie obligatoire » irait à l'encontre des attentes des Français.

Ces derniers partagent, d'ailleurs, ce point de vue. L'étude Élabé⁽⁵⁾ relève ainsi que face aux possibles évolutions du système de santé (privatisation ou nationalisation) **le maintien d'un système dual est le scénario jugé le plus souhaitable par une large majorité des Français** (pour 68 % des personnes interrogées et 77 % des 65 ans et plus). « Ce système a fait ses preuves et rassure, notamment en temps de

crise : ses deux piliers apparaissent indispensables.

Une « nationalisation » semble contre-productive et fait craindre une santé à deux vitesses, une augmentation du coût de la santé et une prise en charge dégradée (pour 78 % des personnes interrogées). » De la même manière, **63 % des chefs d'entreprise** se disent attachés au statu quo actuel et soulignent que la perspective de la nationalisation du système de santé manque de crédibilité et fait craindre une dégradation de l'accès aux soins⁽⁶⁾. C'est la raison pour laquelle les assureurs appellent à optimiser le système actuel et à favoriser l'innovation dans l'intérêt des patients et de notre système de santé.

FABRIQUER

Les 5 propositions de la FFA

PROPOSITION 1

Adapter le cadre réglementaire existant, notamment celui du contrat responsable, pour redonner aux assureurs des marges d'action et d'innovation au bénéfice des Français.

PROPOSITION 2

Développer le champ des partenariats avec les professionnels de santé pour valoriser de nouvelles formes de prise en charge et d'accompagnement des Français.

PROPOSITION 3

Redéfinir les territoires de prise en charge intégrale par les assureurs dans une logique d'efficacité collective.

PROPOSITION 4

Renforcer le partenariat État-assureurs dans les missions de prévention qui, à bien des égards, reste le point faible de notre système de santé.

PROPOSITION 5

Élargir l'accès à une assurance santé essentielle à des publics susceptibles de renoncer aux soins en raison de revenus particulièrement limités, en adaptant la fiscalité.

5 – « Les Français et le système de santé » : étude Élabé réalisée pour Malakoff Humanis auprès d'un échantillon de 3 000 personnes, représentatif de la population résidant en France métropolitaine âgée de plus de 18 ans. Enquête menée par Internet du 28 mai au 3 juin 2021.

6 – Étude réalisée par Élabé pour Malakoff Humanis auprès d'un échantillon de 259 dirigeants d'entreprise (représentativité assurée par la méthode des quotas appliquée aux critères de secteur d'activité et taille d'entreprise). Enquête menée par téléphone du 23 juin au 2 juillet 2021.

Introduction

Un « livre blanc » pour contribuer à l'évolution du système de santé français

La crise de la Covid-19 a lourdement impacté les systèmes de santé partout dans le monde. Elle a mis en lumière le rôle clé de la protection sociale dans notre société. Il apparaît aujourd'hui indispensable de construire collectivement l'avenir de notre système de santé sur des bases durables, viables sur le plan économique, en s'appuyant sur l'innovation et sur les nouvelles technologies.

Quel système de santé pour demain ? Telle est la question cruciale à laquelle les candidats à l'élection présidentielle de 2022 devront répondre, face aux attentes des Français, éprouvés par la pandémie, soucieux d'un accès aux soins facilité et souhaitant la meilleure qualité de soins au meilleur coût.

Pour la Fédération Française de l'Assurance, assurer une meilleure prise en charge des Français nécessite de consolider et d'améliorer le système actuel en plaçant l'assuré-usager-citoyen au cœur des priorités et en confiant plus de responsabilités aux acteurs du système que sont les assureurs santé.

Assurant la protection sociale complémentaire de 96% des Français, favorisant quotidiennement l'accès aux soins et ayant prouvé leur efficacité pour la gestion du risque santé dans leurs champs d'intervention, les assureurs souhaitent jouer un rôle clé dans le renforcement de la performance de notre système de santé.

Parce que chaque assuré est en droit de bénéficier d'un système qui répond parfaitement à ses propres besoins et attentes en matière de protection, les assureurs proposent des services et contrats personnalisés et souhaitent que les choix collectifs s'orientent vers un système de santé centré sur l'assuré-usager-citoyen.

Forts de leur expertise dans le secteur de la santé, les assureurs veulent prendre une part plus importante dans l'organisation du système de santé français. Ils disposent du savoir-faire et de l'expertise nécessaires pour contribuer à une meilleure anticipation des risques et des besoins, pour déployer une offre qui évolue tout au long de la vie et pour améliorer l'efficacité des dépenses de santé.

Prêts à s'occuper de l'implémentation de politiques publiques de santé, ils prennent l'engagement de renforcer la transparence et l'évaluation de l'offre, de participer à des expérimentations auprès de publics cibles, de co-construire des projets en concertation, de renforcer les programmes de prévention, de développer des outils numériques et de contribuer activement à une culture de partage de la donnée.

Acteurs de l'innovation en santé, ils soulignent le bénéfice d'un système concurrentiel qui favorise l'investissement en faveur des usagers, des aidants, des professionnels de santé, des collectivités territoriales et de l'État. Au quotidien, ils opèrent dans l'intérêt général des Français, bien au-delà de leur mission d'assureurs.

À travers ce livre blanc, la Fédération Française de l'Assurance entend mettre l'expérience et l'engagement sociétal des assureurs santé au service de l'évolution de notre système de santé, au bénéfice de tous les Français.

Tout en dressant l'état des lieux du système de santé actuel et en analysant ses perspectives d'évolution, ce livre blanc émet des propositions concrètes.

Son objectif est aussi de mieux faire connaître la mission remplie par les assureurs santé et la valeur qu'ils apportent au service de la santé des Français.



**Le système français
d'Assurance maladie
est confronté à
4 défis majeurs**



Le système de santé français repose sur un socle universel et solidaire, qui relève de l'Assurance maladie obligatoire, et sur une assurance santé complémentaire, au bénéfice des Français.

Cette dualité a des vertus incontestées : un premier niveau qui assure un filet de sécurité à tous nos concitoyens, universel et indifférencié, renforcé pour toute personne en affection de longue durée, et un second niveau qui le complète en permettant des choix plus personnels de garanties et de services adaptés aux besoins et attentes de chacun. Nos concitoyens sont fortement attachés à cette dualité.

La loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 « *renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques* », plus connue sous le nom de loi Évin, en fixe les grands équilibres.

L'encadrement de l'activité des assureurs complémentaires est fondamental. Il protège notre système contre des dérives trop libérales (« à l'américaine ») que certains redoutent dans l'hypothèse d'un élargissement du périmètre d'intervention des assureurs.

La Fédération Française de l'Assurance est très attachée à l'héritage d'un modèle social qui fait encore la fierté des Français, comme le révèle une récente étude Élabé⁽⁷⁾. Elle estime néanmoins, que dans ce cadre légal, des marges d'action pourraient être saisies afin d'accroître la performance de notre système de santé au bénéfice des Français et de relever les défis de demain. Les assureurs entendent intervenir comme des alliés encore plus efficaces de notre système solidaire.



Les fondamentaux de la loi Évin

La loi Évin a posé le cadre de la complémentaire santé que les pouvoirs publics souhaitaient valoriser en France. Elle aborde des questions majeures comme celles de la prise en compte des pathologies antérieures à la souscription d'un contrat, de l'interdiction d'augmenter la prime payée par un individu en fonction de son état de santé et des dépenses engagées, du maintien de certaines garanties y compris après résiliation du contrat, du lissage de la sortie des contrats collectifs, de l'interdiction pour l'organisme d'assurance de résilier un contrat individuel après un an...

Encore aujourd'hui, et même si d'autres réglementations sont venues compléter l'arsenal de mesures encadrant la complémentaire santé, les principes fondamentaux de la loi Évin constituent l'essence de l'assurance santé française. Ils fondent la spécificité de la protection sociale complémentaire française qui se démarque de celle d'autres pays.

Au-delà des principes, c'est aussi par une politique d'incitation fiscale que les pouvoirs publics ont cherché à favoriser le déploiement de l'assurance santé : fiscalité nulle à l'origine, taux de taxe de solidarité additionnelle⁽⁸⁾ différencié si le contrat est responsable et solidaire, avantages fiscaux pour les indépendants, exemptions sociales et fiscales pour les contrats d'entreprise...

7 — « Les Français et le système de santé » : étude Élabé réalisée pour Malakoff Humanis auprès d'un échantillon de 3 000 personnes, représentatif de la population résidant en France métropolitaine âgée de plus de 18 ans. Enquête menée par Internet du 28 mai au 3 juin 2021.

8 — La TSA finance la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et alimente la Sécurité sociale.

Bien que souvent cité comme l'un des meilleurs au monde, le système français d'Assurance maladie ne fait pas toujours figure de « *premier de la classe* » dans les classements officiels et les systèmes de notation d'organismes spécialisés.

L'Euro Health Consumer Index (EHCI), qui évalue les performances des systèmes de santé européens, place la France au 11^e rang au sein de l'Union européenne. Les résultats 2019 du classement mondial de Bloomberg (OCDE), la classe à la 12^e place dans le monde. En effet, sur certains indicateurs, la France présente indéniablement des résultats de tout

premier ordre : taux de reste à charge, espérance de vie des femmes, prise en charge des accidents cardio-vasculaires ou oncologie. En revanche, d'autres sont nettement moins bons, tels que l'espérance de vie en bonne santé (63,7 ans pour les hommes et 64,6 ans pour les femmes), et relèguent la France au 9^e rang des pays de l'Union européenne⁽⁹⁾ !

Pour progresser, notre système de santé doit relever 4 défis majeurs : renforcer l'égalité d'accès aux soins, rendre les parcours de soins et de vie plus lisibles, améliorer l'efficacité de la dépense publique, et développer fortement la prévention.

Renforcer l'accès aux soins, aujourd'hui trop inégal

La France possède un système de santé obligatoire qui repose sur la solidarité entre les plus aisés et les plus démunis⁽¹⁰⁾, entre actifs et inactifs, et entre bien portants et malades.

Si cette solidarité permet d'afficher un taux global de reste à charge des dépenses de soins de 6,9 %⁽¹¹⁾ seulement (l'un des meilleurs au monde), elle masque **des difficultés réelles d'accès aux soins** pour un grand nombre de nos concitoyens.

En effet, d'une part, les patients qui souffrent d'une affection de longue durée (ALD), bien que largement couverts par l'Assurance maladie⁽¹²⁾, conservent des restes à charge très élevés sur plusieurs postes de dépenses (frais d'hospitalisation, dépassements d'honoraires...). D'autre part, les inégalités dans l'accès aux soins subsistent sur le plan financier, géographique et qualitatif.

— Le système français est inégal sur le plan financier.

Loin d'être anecdotiques, les taux de reste à charge en 2020 s'élèvent à 9 % pour les soins en ville, 13 % pour les médicaments, 18 % pour les soins dentaires et 27 % pour l'optique⁽¹³⁾.

Même pour les soins hospitaliers, le parcours global du patient intègre de nombreux coûts annexes non pris en charge par l'Assurance maladie, qu'il s'agisse du forfait journalier de la chambre particulière, des dépassements d'honoraires de médecins en clinique ou des dépenses consécutives à l'absence du domicile durant l'hospitalisation⁽¹⁴⁾.

9 — Source : Eurostat.

10 — La Protection universelle maladie et l'Aide médicale d'État permettent de garantir une couverture minimale. Au-delà du caractère solidaire du système de financement de la Sécurité sociale, les plus démunis bénéficient de la complémentaire santé solidaire qui permet de ne pas payer les dépenses de santé chez le médecin, chez le dentiste, en pharmacie, à l'hôpital (c'est l'Assurance maladie qui paie les professionnels de santé), de bénéficier de tarifs sans dépassement chez les médecins, de ne plus payer la plupart des lunettes, prothèses dentaires et auditives.

11 — Source : *Les dépenses de santé en 2020*, Résultats des comptes de la santé, Drees Édition 2021.

12 — Les Français qui souffrent d'une affection de longue durée sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire pour les soins liés à leur pathologie. Ils représentent 16 % des assurés sociaux et concentrent près de 60 % des dépenses remboursées.

13 — Les dépenses de santé en 2020, op. cit. Résultats des comptes de la santé, Drees, 2020.

14 — Hébergement des proches, transports, aides aux enfants (garde des enfants, conduite à l'école, aides aux devoirs), garde des animaux domestiques...

— Le système français est inégal d'un point de vue territorial.

Selon la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (Drees), le nombre de Français vivant dans une zone sous-dotée⁽¹⁵⁾ en médecins⁽¹⁶⁾ est passé de 2,5 millions en 2014 (3,8 % de la population) à 3,8 millions en 2018 (5,7 %).

La sous-consommation de soins en zone rurale est, quant à elle, de l'ordre de 20 % du fait de l'éloignement des établissements de soins⁽¹⁷⁾.

— Le système français est inégal en matière d'innovation.

Les progrès fulgurants recensés dans le domaine du cancer, de l'immunologie, du médicament se heurtent à la logique comptable de l'Ondam⁽¹⁸⁾. La pression budgétaire conduit, en effet, à une complexification de l'accès aux innovations, perçues comme trop coûteuses sur le marché français.

Dans un rapport d'information du Sénat de juin 2021⁽¹⁹⁾, les parlementaires Annie Delmont-Koropoulis et Véronique Guillotin soulignent l'importance de « *replacer le patient au cœur de l'innovation* » et de « *lever les freins dans l'accès précoce aux innovations* ». Il en va de l'accès aux médecines innovantes, et donc de l'accès aux soins les plus performants, dans les prochaines années.

« Il faut replacer le patient au cœur de l'innovation »

Les inégalités sont à apprécier au regard des dépenses de santé en France. En 2020, elles ont représenté 12,4 % du PIB (« *une des proportions les plus élevées des pays de l'OCDE* ») et devraient s'élever jusqu'à 13 % du PIB en 2030.

En dépit de ces dépenses massives, la progression de l'espérance de vie en France a ralenti ces dernières années, selon l'Insee⁽²⁰⁾.

Apporter de la lisibilité aux parcours proposés aux Français

— Il existe une fracture importante entre nos concitoyens qui disposent d'informations pertinentes pour orienter leurs parcours de soins et ceux qui en sont démunis.

La France dispose de professionnels et d'établissements de santé de renom. Pour autant, si on se place du point de vue du simple citoyen,

les parcours de santé, de soins et de vie sont difficilement compréhensibles. L'orientation traditionnelle par un médecin traitant dans le cadre du parcours de soins est aujourd'hui insuffisante pour garantir à tous les citoyens un égal accès aux soins.

15 — Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son nombre de consultations par an et par habitant (appelé indicateur d'accessibilité potentielle localisée ou APL), est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/habitant.

16 — « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent 6 % de la population », Études & Résultats n°1144, Drees, Blandine Legendre, février 2020. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>.

17 — Étude de l'Association des Maires Ruraux de France, 2020.

18 — L'objectif national des dépenses d'Assurance maladie, généralement désigné par son acronyme Ondam.

19 — Rapport du Sénat n° 708 (2020-2021), fait au nom de la commission des Affaires sociales, déposé le 23 juin 2021. <https://www.senat.fr/notice-rapport/2020/r20-708-notice.html>.

20 — Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>. Commentaire : <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2019-3-page-1.htm>.

Le b.a.-ba consiste à bien identifier les lieux de soins. Pour répondre à cette attente, les assureurs *via* leurs plateformes, ont créé des annuaires qualifiés des établissements et des services hospitaliers : cartographie (double entrée par région ou par géolocalisation et par pathologie ou par intervention) qui facilite l'accès à l'information (caractéristiques des services, informations administratives et principaux indicateurs de santé publique), pouvant donner lieu à des notations. Très efficient, cet outil est largement plébiscité.

Par ailleurs, les assureurs facilitent la géolocalisation des professionnels partenaires des réseaux de soins qui permettent de **bénéficier de tarifs négociés et d'une qualité valorisée** (opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes mais aussi psychologues, ostéopathes, diététiciens...).

Au-delà de l'accès aux soins, il est crucial de **prendre en charge la personne dans une approche holistique**, en intégrant des facteurs essentiels tels que son état psychologique, sa nutrition, son activité physique, sa façon de vivre sa maladie, ses nouveaux besoins (perruque, changement de taille de vêtement...) qui ne sont pas du tout anecdotiques si on se place de son point de vue.

Cela nécessite de s'intéresser plus largement aux parcours de santé et de vie.

Les difficultés rencontrées peuvent être très diverses mais elles ont en général un point commun : l'accès à l'information. En effet, il persiste de fortes asymétries et des difficultés à trouver les renseignements que l'on cherche, au bon moment.

Pourtant, l'accès à l'information, qui relève de la promotion de la santé, est l'un des enjeux de la Charte d'Ottawa de 1986 adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

EXPLORER

Une approche globale au plus près des patients

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a posé une approche globale mais graduée, prévoyant trois niveaux de prise en charge :

- les parcours de santé, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile,
- les parcours de soins, qui permettent l'accès aux consultations de 1^{er} recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- les parcours de vie, qui envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...

— Notre système de santé gagnerait à être plus transparent.

En dépit des efforts faits en matière d'*open data*, les pouvoirs publics hésitent encore en France à communiquer des éléments quantitatifs et qualitatifs sur notre système de santé, y compris en ce qui concerne l'évaluation de l'offre. Or, l'optimisation de notre système de santé nécessite un accès à la connaissance et donc une culture de partage de la donnée entre les acteurs publics et privés⁽²¹⁾ dans le respect des réglementations sur les données personnelles et la confidentialité médicale.

La marge de progression en la matière est considérable, à condition que les parties prenantes puissent dialoguer, *a minima* sur la définition et la diffusion des indicateurs de qualité de la prise en charge, en veillant à intégrer le point de vue des assurés.

Dans le cadre de leur mission actuelle, les assureurs se mobilisent déjà fortement pour répondre à cette exigence de transparence.

Aider à une meilleure **compréhension des contrats d'assurance santé** relève de leur devoir de conseil qui fait partie intégrante du métier d'assureur. Il s'agit donc d'une tâche prioritaire qui se traduit par l'accompagnement des assurés dans le choix des garanties (examen des besoins de couverture et conseils pour choisir le niveau de garantie et pour rechercher le meilleur arbitrage entre le contenu du contrat et son prix). Les assureurs proposent aussi des **simulateurs de reste à charge** (outil essentiel pour bien comprendre les remboursements qui relèvent de l'Assurance maladie et ceux qui dépendent de l'assurance santé). Grâce au numérique (sur internet et sur smartphone), ces simulateurs sont accessibles, en temps réel, en entrant le code de l'acte mentionné sur le devis.

Parallèlement, ils aident les assurés à **analyser les devis** qui leur sont fournis. Un **nouveau service de décryptage** permet, en outre, de connaître les caractéristiques de l'équipement en optique ou en audiologie, et de comprendre le plan de soins dentaires qui est proposé, en sachant ce qui relève soit du « 100% santé », soit du hors « 100% santé ».

Investir dans la prévention pour permettre aux Français de vivre plus longtemps en bonne santé

Les classements internationaux des systèmes de santé situent la France en mauvaise position dans le domaine de la prévention⁽²²⁾. « Traditionnellement, la prévention a été l'un des parents pauvres des politiques de santé en France. En 2017, moins de 2% de l'ensemble des dépenses de santé étaient alloués à la

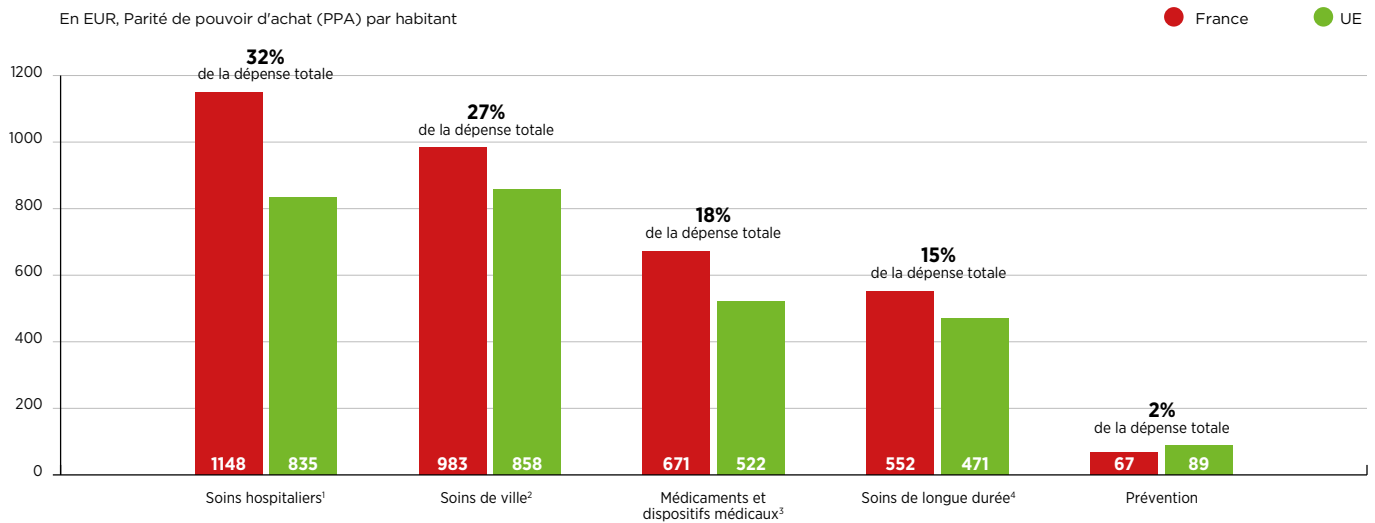
santé publique et à la prévention des maladies, soit une proportion inférieure à la moyenne de l'UE de 3,1% » précise la Commission européenne en coordination avec l'OCDE et l'European Observatory on Health Systems and Policies⁽²³⁾ (voir graphique ci-après).

21 — Renaissance numérique « Données de santé : passer le cap citoyen ! Au service d'une meilleure gouvernance et plus grande efficacité du système de santé », partie 3, juin 2021.

22 — Source : Euro Health Consumer Index 2018, p. 28.

23 — Source : initiative State of Health in the EU France, Profils de santé par pays 2019, p. 13.

LA PLUS GRANDE PART DES DÉPENSES DE SANTÉ VA AUX SOINS HOSPITALIERS ET AUX SOINS DE VILLE, MAIS PEU À LA PRÉVENTION



Remarque : Les dépenses d'administration ne sont pas incluses. 1. inclut les soins curatifs et de réadaptation dispensés à l'hôpital ou dans d'autres établissements; 2. inclut les soins à domicile; 3. inclut uniquement la consommation non hospitalière; 4. inclut uniquement la composante « santé ».

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 ; base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2017).

À titre d'exemple, notre pays se place parmi les plus grands consommateurs d'alcool, de tabac et de stupéfiants⁽²⁴⁾.

Inacceptable sur le plan sociétal, cette situation l'est tout autant du point de vue économique. Dans un rapport de 2020⁽²⁵⁾, le cabinet de conseil McKinsey estime ainsi que chaque dollar investi dans la santé peut rapporter 2 à 4 dollars de PIB supplémentaires.

En France, investir dans le système de santé et réorienter les efforts sur la prévention pourrait diminuer de 32% l'impact des problèmes de santé sur la productivité ainsi que les dépenses de santé, ce qui ferait progresser le PIB de 10%, selon l'Institut Montaigne⁽²⁶⁾.

S'il existe bien des politiques de prévention au service de la santé publique⁽²⁷⁾, celles-ci doivent être complétées d'initiatives plus transversales et à même de répondre efficacement aux besoins individuels des Français, dans le strict respect des personnes⁽²⁸⁾.

24 — <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/.consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>.

25 — McKinsey, Prioritizing health: A prescription for prosperity, juillet 2020.

26 — « Filière santé : gagnons la course à l'innovation », mars 2021.

27 — La mise en place d'une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, est l'un des quatre axes majeurs de la stratégie nationale de santé 2018-2022. Dans ce cadre, le gouvernement a lancé un plan prévention en 2018, doté de 400 millions d'euros sur cinq ans. Il intègre notamment le remboursement des traitements antitabac et l'élargissement du dépistage du cancer du col de l'utérus. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque__psnp.pdf.

28 — <http://www.senat.fr/rap/a20-141-6/a20-141-61.html>.

Changer de paradigme face au manque d'efficacité des dépenses de santé

Malgré des efforts substantiels de régulation et de pilotage de la dépense, la Sécurité sociale a affiché plus de trente années ininterrompues de déficits de la branche maladie, 214 Mds € soit en moyenne 6,7 Mds € par an⁽²⁹⁾. Si cette situation peut s'expliquer, elle n'est pas inéluctable.

— Un déficit structurel voué à s'alourdir au préjudice des générations futures.

Hors crise sanitaire liée à la Covid-19, le contexte de déficit structurel de l'Assurance maladie est principalement lié au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies de longue durée et à leur chronicisation.

En effet, la part des Français âgés de 65 ans progresse : établie à 20 % en 2020, elle devrait atteindre 26 % à l'horizon 2040. Or, la consommation médicale des plus de 65 ans, naturellement plus élevée, est 3,5 fois supérieure à celle des moins de 65 ans⁽³⁰⁾.

Dans le même temps, le nombre de Français en situation d'affection de longue durée évolue de manière significative : 15 % en 2009, 19 % en 2019⁽³¹⁾. La part des dépenses de l'Assurance maladie consacrée aux affections de longue durée s'élève globalement à 60 %, ce qui est considérable.

Selon la Commission internationale présidée par Olivier Blanchard et Jean Tirole, l'impact démographique sur notre système de santé constitue l'un des trois grands défis économiques à venir, à côté du réchauffement climatique, des inégalités et de l'insécurité économiques. Pour en limiter les effets, les auteurs du rapport commandé par le Président de la République invitent l'État à « réformer le système de santé afin de favoriser les soins préventifs et d'améliorer la gestion des maladies chroniques⁽³²⁾. »

Il convient donc d'agir promptement en étudiant les solutions possibles.

— Parfois présenté comme la panacée, le scénario du « *tout Assurance maladie obligatoire* » repose en réalité sur une logique purement comptable.

À l'inflation naturelle des dépenses de soins liée au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques, le scénario du « *tout Assurance maladie obligatoire* » viendrait rajouter une charge supplémentaire de 28 Mds € annuels qu'il faudra bien financer⁽³³⁾.

29 — Calculs FFA sur la période 1989-2020, après actualisation par l'IPC.

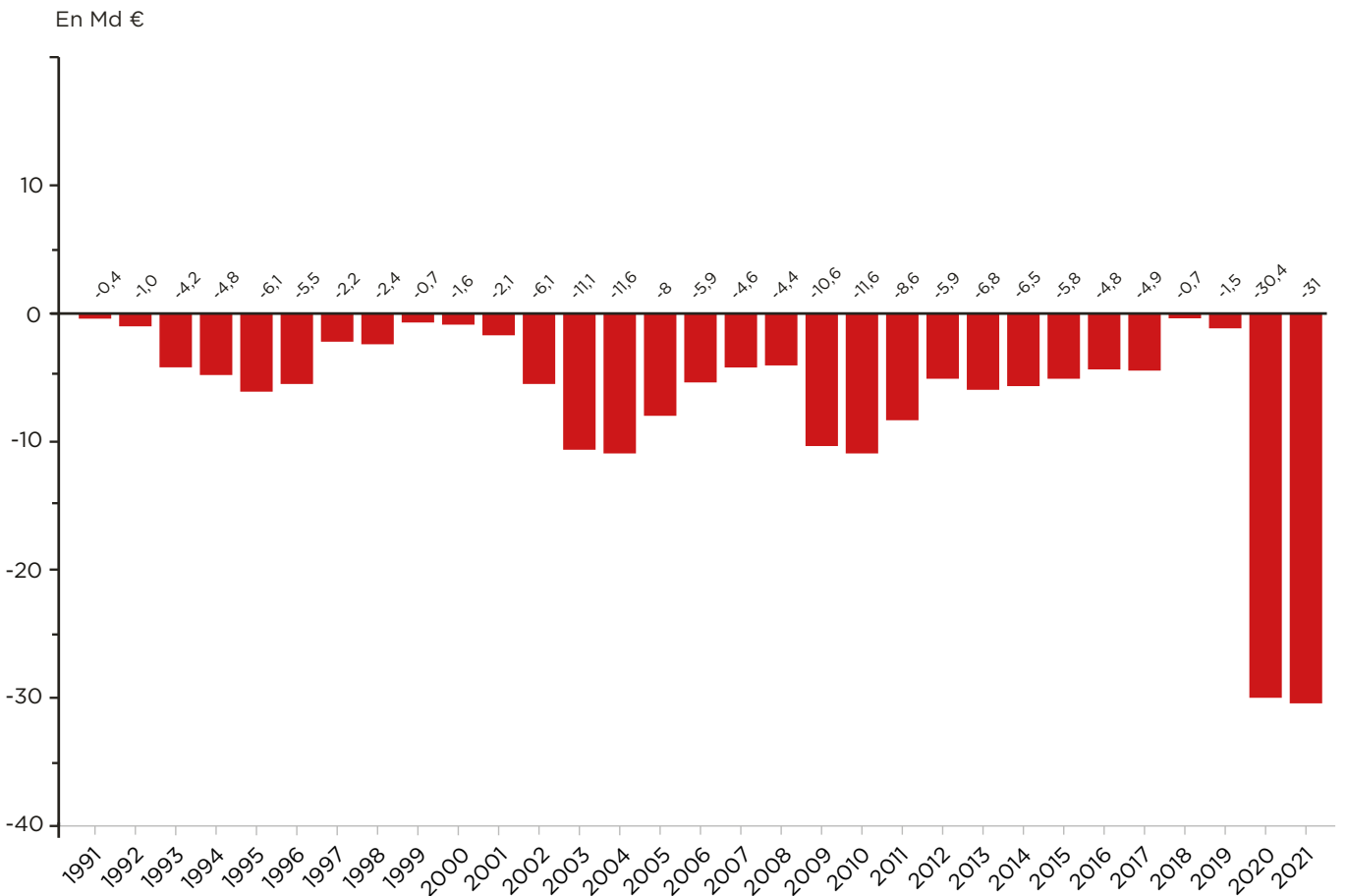
30 — Sources : Drees, Insee : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-dinformation/troubles-de-laudition-surdites>, calculs FFA.

31 — Sources : Drees, janv. 2021 Études & Résultats n° 1180, Ameli, calculs FFA.

32 — « Les grands défis économiques », juin 2021, pages 466 et suivantes. https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2021-rapport-les_grands_defis_economiques-juin_0.pdf.

33 — Ceci, sans compter la baisse de recettes fiscales de près de 11 Mds € en lien, principalement, avec les taxes sur les contrats d'assurance santé, soit au total un impact de 39 Mds € sur les comptes publics.

SOLDE DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL



Source > Rapports CCSS.

En outre, **ce scénario est aux antipodes d'une santé plus qualitative à laquelle aspirent les Français.** Le duo Assurance maladie/assureurs permet de cumuler un socle obligatoire, universel et solidaire, filet de sécurité essentiel en cas de soins coûteux et de pathologies chroniques, et un système assurantiel et facultatif, fondé sur la mutualisation et le libre choix, permettant la personnalisation et la prise en compte des attentes et besoins individuels en matière de couverture santé. Y renoncer reviendrait à enfermer les Français dans un processus uniforme d'actes de soins alors qu'ils aspirent davantage à un parcours personnalisé. Cette stratégie ne peut conduire qu'à une impasse

car elle freine la capacité des assureurs à créer encore davantage de valeur pour les Français et pour le système. Or, il est de l'intérêt des Français de pouvoir accéder à des offres toujours mieux adaptées à leurs besoins, de la même manière qu'il est de l'intérêt de la France d'être un territoire d'innovation reconnu.

La piste d'un système de santé reposant sur le **« tout Assurance maladie obligatoire » pose donc question quant à son acceptabilité par les Français (y compris par les chefs d'entreprise et les professionnels de santé⁽³⁴⁾) mais aussi quant à sa viabilité sur le plan économique.**

34 — La « grande Sécu » inspire peu les dirigeants : <https://www.argusdelassurance.com/les-assureurs/groupes-de-protection-sociale/complementaire-sante-le-role-des-assureurs-defendu-par-les-entreprises.186629>.



Les frais de gestion des complémentaires santé

Le poids des frais de gestion des assureurs santé au regard de leurs dépenses, comparativement à ceux supportés par l'Assurance maladie, est régulièrement décrié. Si, facialement, les frais de gestion des assureurs santé apparaissent plus élevés que ceux de l'Assurance maladie, en réalité, on ne compare pas des éléments comparables⁽³⁵⁾ :

- **La nature des prestations prises en charge est différente** : contrairement à l'Assurance maladie qui a généralisé un processus de remboursement industriel sans contrôle *a priori*, pour les postes où ils sont financeurs majoritaires (optique, dentaire et audiologie), les assureurs effectuent, avant paiement, des remboursements dits « complexes », et ce d'autant plus que le tiers payant est très fréquent et que les sommes engagées sont importantes. De plus, des démarches et des contrôles particuliers doivent être réalisés (réponse préalable à un devis, contrôles du respect de la réglementation – prix limite de vente, délai de renouvellement, détection des abus et fraudes). Les actes de soins pris en charge par l'Assurance maladie sont unitairement plus élevés (ALD, hospitalisations, etc.) que ceux supportés par les assureurs santé pour des actes de gestion plus complexes du côté des organismes complémentaires,
- contrairement à l'Assurance maladie, **les coûts des assureurs incluent des frais de commercialisation et des frais inhérents à la gestion de la diversité des contrats** : l'Assurance maladie ne supporte pas ce type de frais puisqu'elle est obligatoire, en situation de monopole et propose une couverture unique et identique à tous. Ces frais sont la contrepartie d'un marché concurrentiel et de ses apports en termes d'innovation, de prix et de qualité de service. **À cela s'ajoutent les frais liés au respect de la réglementation**, particulièrement exigeante, et à un incessant travail de mise en conformité des contrats. Enfin, les frais des assureurs incluent le **coût de collecte des cotisations** (quand cette charge incombe aux Urssaf et à l'État pour l'Assurance maladie, ainsi qu'aux organismes complémentaires pour la collecte de taxes),
- un modèle économique déficitaire n'est pas une option pour les assureurs santé : **si l'Assurance maladie peut être en déficit chronique, les assureurs doivent être, eux, systématiquement à l'équilibre**. Dans la comparaison de l'efficacité de chacun, c'est un élément essentiel à prendre en compte, particulièrement si l'on considère que **les organismes complémentaires ne reportent pas la couverture actuelle des Français sur les générations futures**.

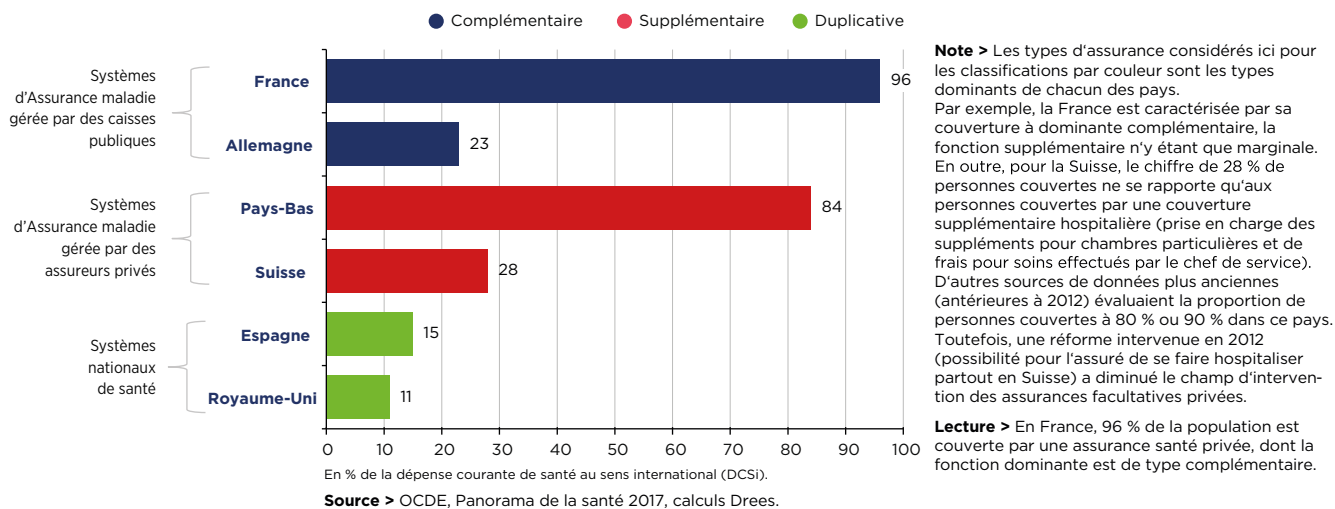
35 — Article paru sur [libération.fr](https://www.libération.fr/france/2019/09/25/depenses-de-sante-les-frais-de-gestion-explorent-dans-les-complementaires_1751651/) : Dépenses de santé : les frais de gestion explosent dans les complémentaires, 25 décembre 2019.
https://www.libération.fr/france/2019/09/25/depenses-de-sante-les-frais-de-gestion-explorent-dans-les-complementaires_1751651/.

**Les assureurs
sont des partenaires clés**
de l'Assurance maladie et des
autres acteurs du système de
soins pour relever efficacement
les défis de demain

Les assureurs santé sont des acteurs clés de l'accès aux soins pour tous

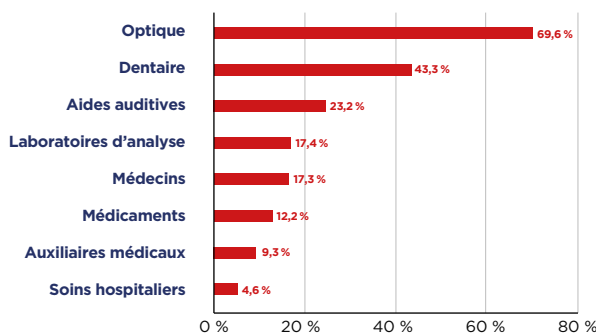
Aujourd'hui, 96 % des Français bénéficient d'une assurance santé. Ce niveau de couverture est un formidable atout pour l'accès aux soins pour nos concitoyens.

PART DE LA POPULATION COUVERTE PAR UNE ASSURANCE SANTÉ PRIVÉE FACULTATIVE EN 2015, SELON LA FONCTION PRINCIPALE DE CETTE ASSURANCE DANS SIX PAYS EUROPÉENS



Depuis plusieurs années, et jusqu'en 2019, les assureurs finançaient 13% des dépenses de santé. Même si en 2020, ce taux diminue quelque peu pour atteindre 12,3%, cette moyenne cache de fortes disparités selon le profil des personnes (âge, état de santé...) et selon le type de dépenses.

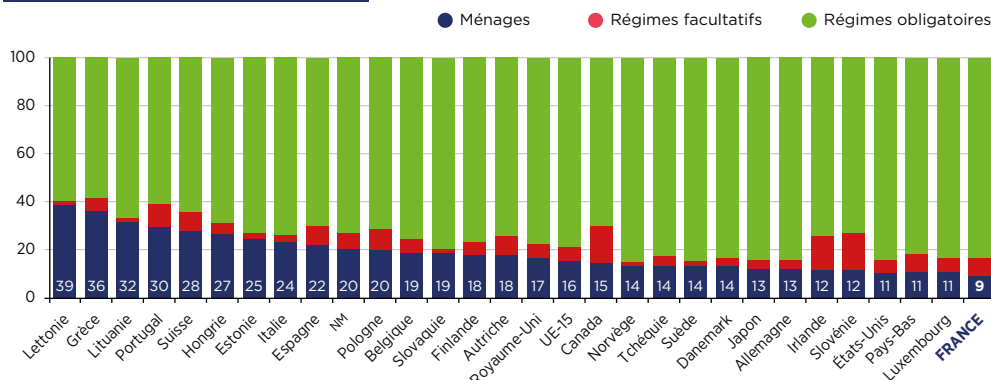
PART DES COMPLÉMENTAIRES PAR TYPE DE DÉPENSE



Source > Drees, Les dépenses de santé en 2010
Résultats des Comptes de la Santé, édition 2021.

La contribution des assureurs permet de placer la France en tête des pays de l'OCDE sur le critère du plus faible « reste à charge ».

FINANCEMENT DE LA DCSI EN 2018



Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA), Drees, les dépenses de santé en 2020.
DCSI : dépense courante de santé au sens international.

— Aujourd'hui, le rôle des assureurs est crucial dans divers domaines.

L'accès à des soins essentiels tels que **l'optique, l'aide auditive et le dentaire** puisqu'ils sont majoritairement remboursés par les assureurs santé.

En prenant en charge 20% des dépenses des soins de ville, les assureurs santé contribuent également à **maintenir un secteur médical libéral** performant auquel les Français sont très attachés. À cet égard, il faut souligner que les dépassements d'honoraires représentent une facture globale de 7,3 Mds €⁽³⁶⁾.

Pour les personnes en **affection de longue durée**, l'assurance santé est indispensable et permet de réduire fortement les restes à charge. Les prestations versées par un assureur à une personne en affection de longue durée, bien que prises en charge par l'Assurance maladie, sont en effet 2,7 à 3 fois plus élevées que celles versées à une personne qui n'est pas confrontée à une maladie chronique⁽³⁷⁾.

La question des restes à charge à l'hôpital reste un sujet majeur d'accès aux soins. **L'hospitalisation**, deuxième poste de dépenses des assureurs, représente un montant de près de 5 Mds € remboursés annuellement⁽³⁸⁾.

La prise en charge de prestations répondant à des **besoins préventifs ou curatifs non couverts par l'Assurance maladie** : certaines situations de télémedecine, chirurgie de la myopie, implants dentaires...

Les Français sont également de plus en plus nombreux à être attachés à l'ostéopathie⁽³⁹⁾ et aux médecines douces⁽⁴⁰⁾ que les assureurs santé remboursent dans le cadre de certains contrats. Plus largement, les interventions non-médicamenteuses en santé⁽⁴¹⁾ permettant de rester en bonne santé ou de guérir plus vite et dans de meilleures conditions, gagnent du terrain en France.

Cette situation n'échappe pas aux assureurs, attentifs à considérer la santé au-delà du seul soin, en appréhendant les besoins des Français dans leur intégralité.



EXPLORER

Les initiatives des assureurs pendant la crise de la Covid-19

Plongés dans un climat d'incertitude, privés de relations sociales, de loisirs, et pour certains, d'activité professionnelle, les Français ont vécu difficilement la période de crise sanitaire.

Face à la multiplication des situations de souffrance psychique et psychologique, les assureurs de la Fédération Française de l'Assurance, en lien avec la Mutualité Française et les institutions de prévoyance, ont mis en place un dispositif inédit : le remboursement au 1^{er} euro des consultations de psychologues au bénéfice de leurs assurés couverts par un contrat de complémentaire santé.

Dans ce cadre spécifique, les assureurs prennent en charge, de préférence sur orientation médicale, jusqu'à 4 consultations dans la limite de 60 euros par séance. Or, rappelons qu'aujourd'hui les consultations de psychologues ne sont pas couvertes par le régime obligatoire de l'Assurance maladie⁽⁴²⁾.

Pour ce faire, les assureurs se sont rapprochés des représentants des syndicats de médecins et de psychologues afin d'organiser et de faciliter les modalités opérationnelles d'une telle initiative.

— Les assureurs ont également démontré être des partenaires efficaces de l'Assurance maladie dans des initiatives spécifiques visant à réduire la renonciation aux soins.

Les assureurs sont, en effet, les acteurs clés du « 100 % santé », accessible aux seuls assurés couverts par un contrat complémentaire santé responsable. Mis en place en 2019, ce dispositif vise à offrir à tous les Français l'accès à un panier de soins en optique, dentaire et audiologie, sans reste à charge.

En 2020, les assureurs ont financé 56 % des dépenses du panier « 100 % santé » en optique, et 52 % en dentaire. Les premiers retours montrent un fort succès en dentaire avec, notamment 41 % des dépenses de prothèses dentaires prises en charge en 2020. Les premiers indicateurs sur l'audiologie sont également très encourageants.

Dès 2020, les assureurs ont financé 36 % des dépenses des audioprothèses « 100 % santé »⁽⁴³⁾.

La généralisation du **tiers payant**, qui permet à l'assuré de ne faire l'avance d'aucun frais, est également une avancée dans l'accès aux soins sur laquelle les assureurs sont très impliqués. Ils proposent le tiers payant à tous les professionnels de santé en ville, pour tous les actes remboursés par l'Assurance maladie, et ont déployé des outils simplifiés pour encourager les professionnels de santé à pratiquer le tiers payant. Cette pratique est toutefois freinée par les réticences de certains professionnels de santé qui continuent à refuser ce dispositif.

Le rôle clé des assureurs santé

- La part des assureurs est particulièrement déterminante sur des soins aussi essentiels que l'optique, le dentaire, l'audiologie.
- La prise en charge des dépassements d'honoraires en médecine de ville permet de maintenir un secteur médical libéral performant, auquel les Français sont très attachés.
- Grâce aux montants remboursés, la couverture complémentaire constitue aujourd'hui un élément indispensable de l'accès aux soins, y compris en cas de séjours hospitaliers ou de reconnaissance en affection de longue durée.

36 — Source : Drees chiffre 2018.

37 — Étude FFA.

38 — Les dépenses de santé en 2020, op. cit.

39 — Étude Odoxa de 2019 : <https://holistea.fr/ressources/Odoxa%20pour%20UPO-septembre%202019.pdf>.

40 — Harris Interactive, Les Français et les médecines douces, novembre 2019. <https://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2019/11/Rapport-Harris-Etude-sur-les-Francais-et-les-medecines-douces-Santeclair.pdf>.

41 — Une INM est une intervention psychologique, corporelle, nutritionnelle, numérique ou ergonomique sur une personne visant à prévenir, soigner ou guérir.

42 — Hormis quelques expérimentations en cours sur ces soins.

43 — Les dépenses de santé en 2020, op. cit.

Les assureurs jouent un rôle essentiel dans l'amélioration des parcours et la qualité des soins

Outre le fait qu'ils favorisent l'accès aux soins, les assureurs jouent un rôle essentiel dans l'amélioration des parcours et la qualité des soins. Pour ce faire, ils agissent sur plusieurs fronts complémentaires en proposant notamment :

- des services de prévention et de dépistage,
- un accompagnement dans la compréhension des offres,
- des services d'information et d'orientation dans le système de santé,
- un service de second avis médical,
- des services d'avance des frais et des aides au financement,
- un service de téléconsultation qui permet d'accéder à un généraliste ou à un spécialiste, par exemple en cas d'éloignement territorial.

EXPLORER

La téléconsultation proposée par les assureurs santé

La téléconsultation médicale proposée par les assureurs est réalisée par des médecins généralistes ou spécialistes (pédiatres, dermatologues, ophtalmologues, ORL...). Elle apporte une solution très appréciée en cas de difficulté à obtenir un rendez-vous pour des raisons géographiques, ou de difficultés de déplacement (personnes âgées) ou pour cause d'éloignement (vacances à l'étranger). La téléconsultation répond à des situations d'urgence lorsque les assurés se sentent démunis et angoissés à l'apparition de premiers symptômes. Elle ne se substitue pas aux consultations classiques. Si l'assuré donne son accord, elle fait l'objet d'un rapport au médecin traitant. Dans un nombre non négligeable de cas, elle peut servir d'aiguillage et d'orientation vers les urgences, par exemple lors des premiers symptômes d'infarctus ou d'AVC. Le recours aux téléconsultations proposées par les assureurs témoigne de la satisfaction des assurés pour ce service.

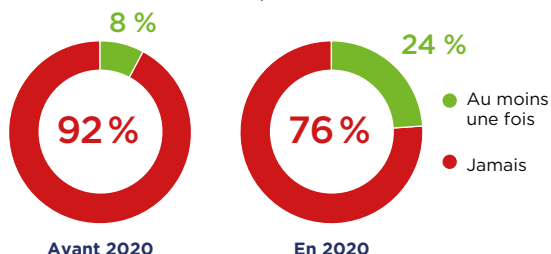
Les assureurs sont également présents en cas **d'événement majeur ou d'épisodes de soins particuliers** tels qu'une hospitalisation, une maladie grave ou invalidante, un accident ou une maladie survenant loin de son domicile, voire à l'étranger, où il convient d'accompagner les Français, non seulement dans leur parcours de soins, mais aussi dans leur parcours de vie.

EXPLORER

Les patients séduits par la téléconsultation

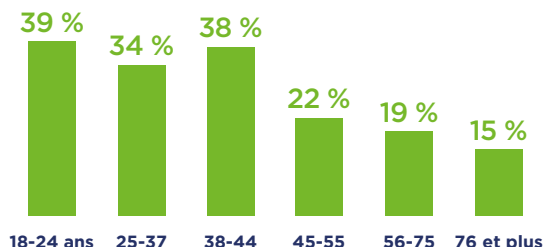
TROIS FOIS PLUS D'UTILISATEURS DE LA TÉLÉCONSULTATION EN 2020...

Avez-vous eu recours à la téléconsultation ?



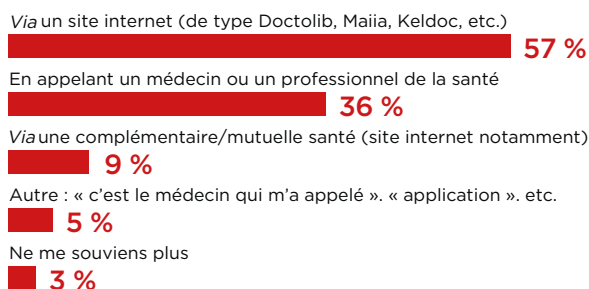
... ET DAVANTAGE DE RECOURS CHEZ LES JEUNES

Avez-vous déjà téléconsulté ?



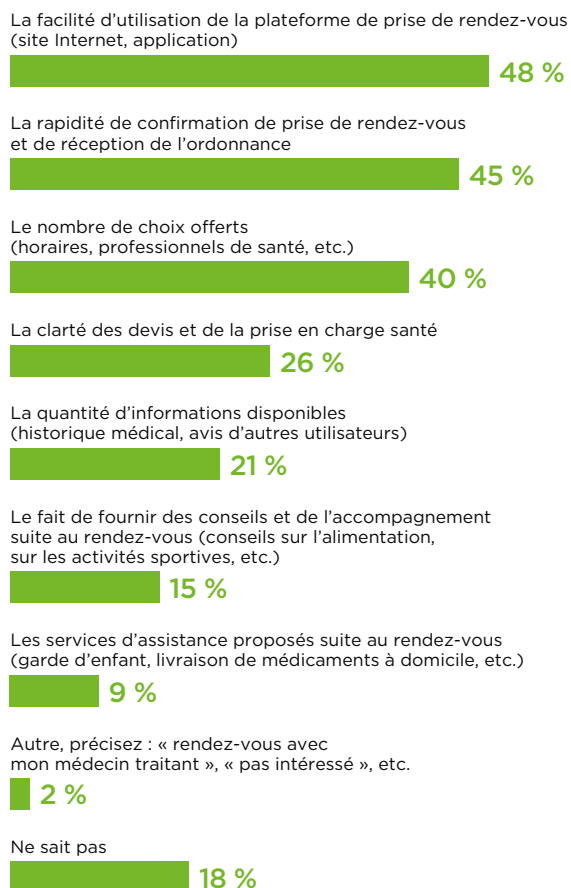
LE SITE INTERNET, VOIE PRIVILÉGIÉE POUR LA PRISE DE RENDEZ-VOUS

Comment avez-vous pris votre/vos rendez-vous de téléconsultation ?



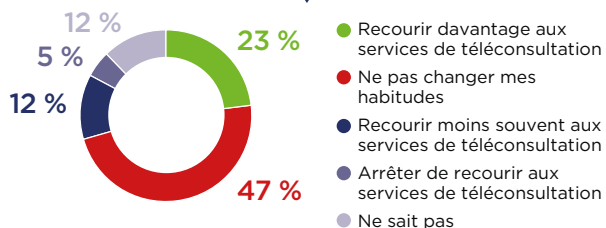
FACILITÉ ET RAPIDITÉ, PRINCIPAUX CRITÈRES DE CHOIX POUR LA PLATEFORME

Quel(s) critère(s) sont importants pour vous lors du choix d'une plateforme de téléconsultation (site Internet, application) ?



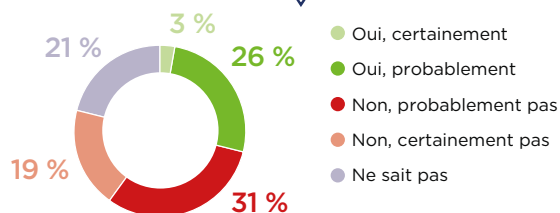
DES UTILISATEURS LARGEMENT CONVAINCUS...

À l'avenir, pensez-vous que vous allez...



... ET DES NON UTILISATEURS PRÊTS À FRANCHIR LE PAS

Pensez-vous recourir à la téléconsultation à l'avenir ?



Source > Étude Argus de l'assurance - Cegedim Insurance Solutions - avril 2021.

DÉCODER

Les services des complémentaires santé

La quasi-totalité des contrats d'assurance complémentaire comprend des services visant à régler les nombreux problèmes que pose une hospitalisation (inopinée ou programmée) dans la vie quotidienne de l'assuré, en adéquation avec l'évolution des modes d'hospitalisation (réduction des durées de séjour, valorisation de l'activité en ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile).

Pour répondre à ce besoin d'accompagnement, les assureurs privilégient aujourd'hui :

- un principe d'entrée unique pour l'assuré : un seul interlocuteur qui a une approche globale de l'ensemble des services dont bénéficie l'assuré dans ses différents contrats (santé, mais aussi prévoyance, garanties accidents de la vie, maladies redoutées...) et de la façon dont ils peuvent se cumuler et se conjuguer,
- un service d'accompagnement global du parcours hospitalier (accompagnement avant l'hospitalisation, pendant l'hospitalisation et après l'hospitalisation) comprenant :
 - un volet administratif (annuaire en pré-hospitalisation, renseignement sur les remboursements, accompagnement dans les démarches administratives, personnes à prévenir, documents à récupérer...),
 - un volet « *rassurance* » (mise en relation avec des médecins ou d'autres spécialistes pour permettre un échange sur une opération, pour répondre aux questions sur les préalables et les suites d'une hospitalisation, pour fournir une assistance psychologique),
 - un volet assistance pour répondre aux besoins d'accompagnement de la personne hospitalisée (organisation des transports depuis et vers le domicile, réservation de chambre particulière, repas et besoins spécifiques lors de l'hospitalisation, aides à domicile, aide-ménagère, portage de repas à domicile, soutien scolaire...),
 - un volet assistance pour accompagner les proches : hébergement, transports, aides aux enfants (garde, conduite à l'école, aide aux devoirs), prise en charge des animaux domestiques...,
 - un volet de coordination des professionnels de santé et d'accompagnement du retour au domicile (service de soins infirmiers à domicile, portage de médicaments, outils de suivi...).

Les assureurs proposent également des services spécifiquement destinés aux **chefs d'entreprise**, notamment pour limiter les arrêts maladie et favoriser la continuité au travail.

Ainsi, pour enrichir les indicateurs des ressources humaines, ils mettent à la disposition des entreprises des outils tels que des tableaux de bord clés en main de suivi des effectifs (entrées/sorties) et de l'absentéisme (grâce aux données issues de la déclaration sociale

nominative⁽⁴⁴⁾), incluant un benchmark des données par secteur d'activité et un baromètre de suivi des risques psychosociaux.

Ils proposent également des services d'aide à la construction du plan de Qualité de Vie au Travail (QVT), d'aide à la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels (aide à l'identification et à la qualification des risques, conseils dans la mise en place d'actions de prévention).

44 – Instaurée par la « loi de simplification du droit et d'allègement des procédures administratives » de 2012, la DSN vise à remplacer la majorité des déclarations sociales françaises périodiques ou événementielles issues du système d'information de gestion des ressources humaines des employeurs.

Les assureurs jouent un rôle de plus en plus actif en matière de prévention santé

Depuis longtemps, les assureurs sont investis dans la prévention dans le but d'éviter ou de réduire l'apparition, le développement et la gravité des accidents, maladies et handicaps, pouvant toucher tout ou partie de la population. Ils proposent aux Français des démarches de prévention et de dépistage, sur les grandes thématiques de santé publique (nutrition, activité physique, addictions, sommeil, risques cardio-vasculaires, exposition au soleil) ou dans les domaines sur lesquels ils sont financeurs majoritaires tels que l'optique, le dentaire et l'audiologie.

Depuis l'ANI 2013⁽⁴⁵⁾ généralisant la complémentaire santé à tous les salariés, c'est aussi dans le cadre des contrats collectifs que les assureurs déploient leur savoir-faire en matière de prévention⁽⁴⁶⁾. Ils permettent aujourd'hui à l'entreprise de devenir **un lieu de prévention globale de la santé**, où se développent des programmes transversaux touchant, à la fois, la santé au travail et les comportements individuels. De cette manière, ils participent à la politique sociale de l'entreprise destinée à renforcer le bien-être et la qualité de vie au travail des salariés. Ils répondent aussi à une demande de personnalisation des couvertures santé qui constitue un mouvement de fond et d'ampleur du marché des assurances santé.

Ainsi, les salariés bénéficient de solutions opérationnelles à forte valeur ajoutée telles que :

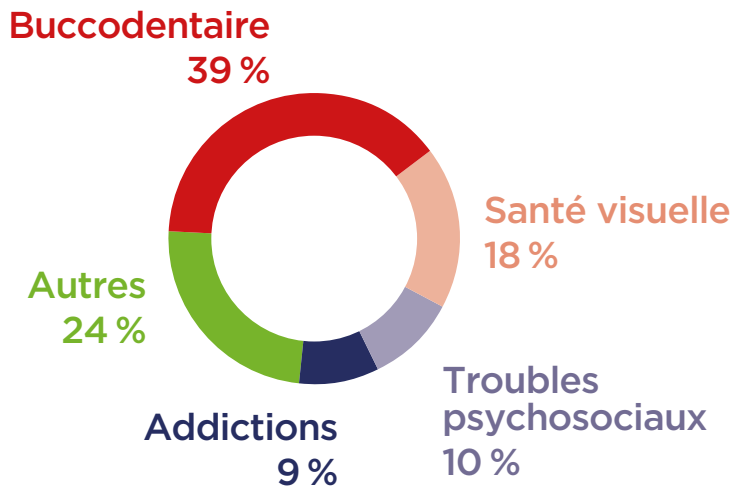
- **programme de santé publique** (nutrition et activité physique principalement) axé sur des incitations à changer de mode de vie par la mise en place d'un système de points qui se transforment en tarifs préférentiels pour l'achat d'objets connectés ou en bons cadeaux dans des enseignes partenaires,

- **prévention des troubles visuels** : sensibilisation aux conséquences du travail sur écran et de la lumière bleue, informations sur les solutions existantes (conseils, exercices, équipements), assorties d'un dépistage du défaut visuel et d'éventuelles recommandations de renouvellement des équipements,
- **prévention bucco-dentaire** : suivi bucco-dentaire, *via* des informations, des conseils et un dépistage en entreprise grâce aux nouvelles technologies, par exemple un stylo-caméra à placer dans la bouche permettant d'envoyer une vidéo à un chirurgien-dentiste pour une téléexpertise,
- **prévention des troubles musculo-squelettiques et lutte contre le mal de dos** : informations, conseils et financement le cas échéant, de tout ou partie d'équipements adaptés (par exemple, gilet tenseur pour des salariés de la manutention),
- **prévention des troubles psychosociaux** : prévention du stress *via* un e-learning sur la gestion des émotions, plateforme d'écoute et de consultations de psychologues, aide à la gestion de crise (accompagnement des salariés en cas d'événements particuliers, d'un accident du travail impactant, de près ou de loin, un service ou toute une entreprise),
- **lutte contre les addictions** (tabac, alcool, drogue) à l'aide de programmes spécifiques tenant compte des caractéristiques de l'entreprise et des conditions de travail (travail de nuit, sécurité...).

45 — L'Accord national interprofessionnel (ANI) porte sur les conditions de travail et les garanties sociales dont peuvent bénéficier les salariés au sein des entreprises. Issu d'un dialogue entre les partenaires sociaux, l'ANI est adopté lorsque la majorité représentative des syndicats et du patronat acceptent les modalités de nouveaux droits et garanties sociales tant pour les salariés que pour les employeurs. L'article 1 de l'ANI du 11 janvier 2013, transcrit dans la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013, a généralisé la complémentaire santé à tous les salariés du privé.

46 — Selon l'article L 4121-1 du Code du Travail, l'employeur a l'obligation d'assurer la sécurité et la santé physique et mentale de ses salariés. Il doit effectuer une veille, évaluer les risques et mettre en place un programme destiné à les contrer. Le dirigeant se doit de former et d'informer ses salariés sur les aléas liés à leur profession et sur les mesures efficaces pour lutter contre les dangers.

RÉPARTITION DES ACTIONS DE PRÉVENTION MENÉES PAR LES ASSUREURS SANTÉ DE LA FFA EN 2019



Source > Enquête FFA sur les investissements en actions de prévention, septembre 2021.

Par leur gestion du risque, les assureurs contribuent à l'efficacité et à la maîtrise de la dépense

— Les assureurs sont des acteurs efficaces de la gestion du risque santé.

Ils l'ont démontré avec la mise en place de réseaux de soins et, plus généralement, d'outils de régulation, d'incitation à la pertinence des soins et de lutte contre la fraude.

Leur stratégie consiste à proposer des outils innovants et complémentaires pour renforcer l'efficacité des dépenses. Plusieurs rapports, dont celui de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) daté de juin 2017, reconnaissent cette valeur ajoutée des assureurs.

— Les réseaux de soins constituent un outil complet et efficace de gestion du risque.

Apparus dans les années 1990, les réseaux de soins se sont développés au milieu des années 2000, avec le lancement de plateformes de gestion.

 **EXPLORER**

Les réseaux de soins

Les réseaux de soins reposent sur des conventions conclues entre des plateformes de services santé pour le compte d'organismes d'assurance complémentaire et des professionnels de santé. Ces derniers se sont engagés à respecter des tarifs pour des prestations ou des produits donnés, assortis de garanties de qualité ou de service.

Encadrés par la loi du 27 janvier 2014, ils interviennent essentiellement dans les domaines peu couverts par l'Assurance maladie.

La loi précise que l'adhésion des professionnels de santé aux réseaux de soins doit s'effectuer sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires. Elle interdit de fixer des tarifs plafonds pour les actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie obligatoire, sauf pour les secteurs des aides auditives, de l'optique et du dentaire où les prix peuvent être négociés.

Pour l'assuré passant par un réseau de soins, c'est la garantie de bénéficier :

- du tiers-payant,
- de tarifs négociés permettant de baisser son reste à charge,
- de critères de qualité contrôlés par les équipes du réseau de soins,
- de services d'accompagnement et de prévention complémentaires proposés par les professionnels de santé partenaires du réseau,
- de garanties d'assurance annexes.

— Les réseaux de soins apportent une réponse à un besoin réel des assurés.

Comme l'indique le rapport de l'Igas, le développement des réseaux s'inscrit dans un contexte de désinvestissement de la sphère publique dans 3 domaines : l'optique, l'aide auditive et, dans une moindre mesure, le dentaire.

Le renoncement aux soins pour raisons financières a conduit les assureurs à s'investir particulièrement dans ces trois domaines.

Grâce au professionnalisme des réseaux de soins, la baisse des prix est sensible :

- - 40 % sur les verres,
- - 15 % sur les prothèses dentaires,
- - 30 % sur les implants,
- - 20 % sur les aides auditives.

De la même manière, les restes à charge diminuent drastiquement, voire disparaissent complètement : le réseau permet de multiplier par trois le nombre d'assurés sans reste à charge, de sorte que 90 % des assurés passant par un réseau n'ont aucun reste à charge en optique (verres simples).

Les bons résultats des réseaux de soins

La Drees souligne ces bons résultats : « lorsque le bénéficiaire passe par un réseau de soins, le reste à charge après remboursement d'un produit ou d'une prestation donnée (par exemple une paire de lunettes ou une consultation) est plus faible pour un nombre significatif de contrats. En effet, certains contrats offrent un meilleur remboursement pour les soins exécutés dans le réseau par rapport à ceux exécutés hors réseau. Ainsi, en 2016, 43 % des bénéficiaires d'un contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire lié à un réseau d'opticiens et 35 % de ceux liés à un réseau de dentistes disposent de garanties différenciées. L'écart entre les garanties maximales est en moyenne de 200 euros pour les prothèses dentaires, de 65 euros en optique simple et de 110 euros en optique complexe. »

Source > La complémentaire santé, acteurs, bénéficiaires, garanties, Édition 2019, fiche 9 p. 54.



Les atouts des réseaux de soins

- **Les réseaux de soins favorisent une approche qualitative.** L'adhésion à un réseau de soins se fait sur la base d'engagements concrets de la part des professionnels de santé. Concrètement, les réseaux de soins permettent d'accéder à des équipements de qualité : en optique, 43% des verres vendus sont des produits haut de gamme, 25% très haut de gamme.
- **Les réseaux constituent des outils au service de la pertinence des soins.** Au travers de leurs services d'analyse et de décryptage des devis, ils aident à faire en sorte que l'assuré-usager-citoyen choisisse le meilleur équipement pour lui. Par ailleurs, pour inciter les assurés à consulter un professionnel du réseau (sélectionnés pour leur professionnalisme et leur capacité à promouvoir le meilleur rapport qualité-prix des équipements), les assureurs prévoient des garanties bonifiées (montant des remboursements supérieur à ceux accordés hors réseau).
- **Les réseaux de soins contribuent à conforter l'offre de soins en veillant à son accessibilité partout sur le territoire.** Grâce à un maillage territorial quasi complet (les réseaux couvrent aujourd'hui l'ensemble du territoire), y compris dans les zones rurales, chacun

peut trouver un professionnel du réseau à moins de 15 km de son domicile ou de son lieu de travail.

- **Les réseaux de soins constituent un puissant outil de gestion du risque.** Grâce aux connaissances fines des plateformes, il est possible de proposer, dans les contrats, des garanties adaptées aux besoins des assurés et de pouvoir les ajuster. Par ailleurs, d'importants outils de contrôle ont été développés par les réseaux de sorte à permettre une industrialisation des contrôles de cohérence et de respect de la réglementation, y compris en tiers payant, et le déploiement d'un plan efficace de lutte contre les pratiques abusives ou frauduleuses.

Conscients de ces avantages, les Français plébiscitent les réseaux. **Les taux de satisfaction oscillent entre 80% et 90% de satisfaits** et de très satisfaits, et les taux de fréquentation sont en constante augmentation : entre 40% et 75% selon les réseaux.

L'accès à un réseau est d'ailleurs devenu un critère déterminant dans le choix d'une assurance santé pour 67% des personnes souhaitant changer d'assureurs et pour 66% des directions de ressources humaines dans le cas des contrats collectifs.

Libérer tout le potentiel
des assureurs permettrait
d'en faire des alliés encore
plus efficaces au service
de la santé des Français

Avec le vieillissement de la population, l'augmentation du coût des pathologies, l'innovation des laboratoires pharmaceutiques, auxquels s'ajoutent les questions éthiques et philosophiques de la fin de vie, notre système de santé universel mis en place dès 1945 est plus que jamais sous tension.

Dans ce contexte, les assureurs doivent pouvoir proposer des solutions en partenariat avec les pouvoirs publics, profiter de leur proximité avec les assurés pour développer davantage de services adaptés aux enjeux d'aujourd'hui et de demain, et garantir une utilisation pertinente et raisonnée des données afin de limiter le coût des cotisations ou personnaliser les contrats dans un souci d'efficacité de la dépense.

La structure actuelle du système de protection sociale freine la capacité des assureurs à créer davantage de valeur pour les Français et pour le système

En France, la couverture des frais de soins est hybride : elle combine un système d'assurance obligatoire relevant de la Sécurité sociale, et un système d'assurance complémentaire relevant du marché.

Au fil du temps, l'assurance complémentaire est elle-même devenue de plus en plus hybride du fait de l'intervention croissante des pouvoirs publics pour favoriser sa généralisation, notamment afin d'alléger la charge supportée par l'Assurance maladie, mais dans un cadre de plus en plus contraint.

Cette hyper-réglementation a conduit à **une normalisation croissante des garanties**, limitant drastiquement la marge de manœuvre des assureurs santé jusqu'à remettre en cause leur mission première qui consiste à garantir à leurs adhérents l'accès à une protection sociale complémentaire efficace, quel que soit leur profil.

Dans un document de travail consacré à « La place de la complémentaire santé et prévoyance en France », le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)⁽⁴⁷⁾ souligne ainsi : « (...) la normalisation a restreint fortement la gamme des produits suscep-

tibles d'être offerts par les organismes complémentaires. Plus la standardisation des garanties s'est renforcée, plus les possibilités de différenciation des contrats par les garanties se sont réduites (...) ».

Et de conclure : « l'hybridation peut être une force si elle permet de bénéficier des vertus de chaque système : l'universalité et la solidarité pour l'assurance obligatoire, l'adaptation aux besoins et la stimulation par la concurrence pour l'assurance complémentaire. Mais elle peut aussi induire la confusion des rôles, la redondance et la duplication des frais de gestion qu'elle occasionne par des interventions portant sur les mêmes périmètres, conduisant à l'incapacité d'atteindre les objectifs poursuivis ».

Redonner aux assureurs plus de liberté, c'est leur permettre de jouer pleinement leur rôle societal.

Pour le bénéfice de la santé des Français, le rôle des assureurs doit être élargi

— Aujourd'hui, il apparaît prioritaire de desserrer les contraintes qui pèsent sur le contrat responsable pour permettre aux assureurs d'apporter des solutions adaptées aux besoins des patients.

Conçu à l'origine comme un outil de responsabilisation des assurés, le contrat responsable⁽⁴⁸⁾ est devenu un moyen de normer les couvertures des complémentaires santé. Au fil du temps, il a aussi été utilisé par les pouvoirs publics comme un instrument visant à imposer

aux assureurs des contraintes dans le remboursement aux assurés, pour réguler les pratiques des professionnels de santé là où l'Assurance maladie ne veut pas l'imposer par elle-même : c'est le cas, par exemple, de la question de l'évolution des **dépassements d'honoraires** (sur lesquels les pouvoirs publics ont voulu agir en plafonnant les remboursements des assureurs) ou encore du **financement des équipements du « 100% santé »**, imposés aux assureurs depuis des années par les pouvoirs publics.



EXPLORER

Les contrats responsables et les contrats solidaires

La notion de contrat **« responsable »** a été introduite par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie. Il s'agit d'une complémentaire santé respectant un cahier des charges fixé par décret. Ce cahier des charges détermine des minimums de garantie, des prises en charge intégrales pour certains équipements (paniers « 100% Santé ») ainsi que des plafonds de couvertures applicables à certains postes de soins et aux dépassements d'honoraires. Le contrat prend obligatoirement en charge le ticket modérateur⁽⁴⁹⁾ (sauf quelques rares exceptions), le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, les paniers « 100% Santé » en optique, prothèses dentaires et audioprothèses. L'assuré bénéficie également du mécanisme de tiers payant (aucun frais avancé) sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité⁽⁵⁰⁾.

Le contrat est, par ailleurs, **« solidaire »** lorsque l'organisme assureur s'engage à ne pas subordonner la souscription d'un contrat complémentaire à l'état de santé de l'assuré et donc, à ne pas soumettre ce dernier à un questionnaire de santé. Cette obligation a pour but de mettre à pied d'égalité tous les Français, quel que soit leur état de santé, pour leur permettre l'accès à une complémentaire santé.

Le respect de ces cadres permet de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales pour l'employeur et le salarié : le taux de TSA (taxe additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire) est fixé à 13,27% au lieu de 20,27%, lorsque ces conditions ne sont pas respectées. Par ailleurs, les contrats collectifs sont exonérés de charges sociales.

En raison de cet écart de fiscalité et des avantages sociaux et fiscaux accordés aux contrats collectifs, **98% des contrats d'assurance santé sont aujourd'hui solidaires et responsables.**

48 — Les conditions d'un contrat responsable sont prévues au sein des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

49 — Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à charge une fois que l'Assurance maladie a remboursé sa part. Il existe depuis la création de la Sécurité sociale, et s'applique sur tous les frais de santé remboursables : consultation chez le médecin, analyse de biologie médicale, examen de radiologie, achat de médicaments prescrits...

50 — Ne sont pas remboursés : les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins, la participation forfaitaire de 1€ applicable aux consultations et à certains examens médicaux, les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (par exemple 0,50 € par boîte de médicament).

Aujourd'hui, plus de 80% des prestations figurant dans le contrat responsable sont imposées par la réglementation, sans possibilité de choix par l'assuré. Les assureurs disposent ainsi d'une marge de manœuvre très réduite pour répondre aux besoins individuels des Français. L'exemple des dépassements d'honoraires est éloquent : les pouvoirs publics ont choisi de limiter le remboursement

des dépassements d'honoraires pour inciter les professionnels de santé à pratiquer des prix plus raisonnables. Dans les faits, les honoraires pratiqués n'ont pas baissé : la réforme pénalise les assurés tout en empêchant les assureurs de faire leur métier, c'est-à-dire d'anticiper les risques et de les gérer à l'équilibre grâce à leur capacité de négociation.



L'assurance santé : un outil de normalisation

Depuis les directives communautaires de 1994 jusqu'au renforcement des règles des contrats dits responsables, en 2015, puis avec l'application du « 100% Santé », l'encadrement de la complémentaire santé n'a fait qu'augmenter.

Dans le même temps, l'assurance santé est progressivement devenue indispensable pour accéder aux soins. Pourquoi ? La dépense de santé croît plus vite que le revenu des Français. La seule couverture de l'Assurance maladie ne protège pas toujours contre des restes à charge, parfois très élevés, notamment en cas d'hospitalisation longue. Et aucun décideur ne veut accroître la pression financière sur les comptes sociaux. Pour ces différentes raisons, des transferts de prise en charge de la Sécurité sociale vers les Français (leur assurance en l'occurrence) ont été mis en œuvre, et la tentation de régulation s'est fortement accrue.

Mais davantage encore que le poids de cette pression réglementaire, c'est la forme qu'elle a prise qui pose problème puisque l'assurance santé est devenue un outil de normalisation de la couverture santé. Ce changement de paradigme réduit d'autant l'espace pour l'innovation et les services.

Il est important de comprendre que cette offre standardisée présente de nombreuses limites :

- **les garanties retenues par les pouvoirs publics répondent à une orientation essentiellement curative en reflet avec l'approche générale de notre système de santé.** La dimension prévention est atrophiée, ainsi que la prise en charge de soins et de médecines moins académiques,
- **l'évolution quasi-annuelle de la couverture imposée par les pouvoirs publics pèse sur les assureurs qui supportent des coûts de mise en conformité,** dont la charge réduit leur capacité d'investir pour proposer des garanties mieux calibrées et plus efficaces,
- **l'évolution de la couverture imposée par les pouvoirs publics complexifie la lisibilité des remboursements** et la compréhension des garanties.

C'est la raison pour laquelle il est souhaitable de changer la donne.

PROPOSITION 1**Adapter le cadre réglementaire existant, notamment celui du contrat responsable, pour redonner aux assureurs des marges d'action et d'innovation au bénéfice des Français.**

Afin de répondre aux besoins des patients et de développer des prises en charge plus efficaces, les assureurs proposent de :

- dé plafonner le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins,
- dé plafonner les planchers de prise en charge sur l'optique (hors « 100 % Santé »),
- dé plafonner la prise en charge sur l'audiologie (hors « 100 % Santé »),
- réviser l'obligation de prise en charge de tous les tickets modérateurs.

Un desserrement du contrat responsable donnera ainsi aux assureurs les moyens de s'engager à :

- élargir le champ des actes, des prestations et des services innovants, de sorte qu'ils soient davantage en adéquation avec les besoins et les attentes des assurés,
- instaurer, auprès des assurés, des mécanismes incitatifs, au nom de l'efficacité de la dépense, en prévoyant des franchises et des limites de remboursement pour éviter les actes redondants (biologie...),
- proposer de vrais parcours de soins en associant les remboursements de certains soins à une démarche de prévention (comme c'est le cas pour les soins dentaires dans certains pays),
- mettre en place de nouveaux partenariats et de nouveaux modes de prise en charge plus globalisés et sans reste à charge.

L'objectif recherché n'est pas de supprimer le contrat responsable : il faut juste lui redonner la souplesse nécessaire pour être en mesure de satisfaire l'assuré-usager-citoyen tout au long de sa vie.

— Les assureurs souhaitent être en mesure de développer des partenariats accrus avec les professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des Français.

Actuellement, les relations entre les assureurs et les professionnels de santé (médecins, opticiens, chirurgiens-dentistes...) sont organisées formellement dans le cadre de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) qui participe,

dans un cadre tripartite avec l'Assurance maladie et les syndicats représentant ces professions, à l'élaboration des conventions nationales des professionnels libéraux de santé.

Hors de ce contexte, les assureurs doivent établir des relations constructives avec les professionnels de santé dont ils sont les partenaires, dès lors qu'ils financent une partie, plus ou moins importante, de leurs honoraires, et qu'ils participent au suivi de la santé des patients en développant, notamment, des actions de prévention dans leurs garanties. La Fédération Française de l'Assurance souhaite que les assureurs puissent intervenir comme catalyseurs d'actions innovantes.

Hors discussions conventionnelles, **il devient indispensable que les assureurs nouent des relations bilatérales avec l'ensemble des professionnels de santé de manière à échanger, en confiance, sur les difficultés et les objectifs de chacun.** Lever les réserves ou les incompréhensions sur le rôle et la place que veulent occuper les assureurs dans le système de santé est tout aussi important.

 EXPLORER

La nécessaire collaboration des acteurs de santé au bénéfice d'une assurance santé efficiente

Les évolutions souhaitées par les assureurs visent à améliorer le fonctionnement de notre système de santé, à pérenniser son financement, à l'adapter aux enjeux du 21^e siècle, tout en préservant les principes essentiels de solidarité sur lesquels a été fondée notre Sécurité sociale.

Cette ambition doit être conduite avec pédagogie afin d'expliquer aux Français les raisons de l'insuffisance d'un système restreint par l'endettement, le manque de moyens, les inégalités d'accès aux soins, les restes à charge importants pour certaines dépenses et pour les personnes en affection de longue durée...

Le rôle joué par les assureurs dans l'accès aux soins et dans la gestion du risque santé doit donc être mieux expliqué : ils veillent à l'équilibre financier d'un système qui n'a pas vocation à être déficitaire. En bons gestionnaires soumis aux règles du régime prudentiel Solvabilité 2, ils s'emploient à négocier tous les postes qui permettent de dégager des marges de manœuvre nécessaires, notamment, pour mettre en place de nouvelles prises en charge.

Il est aussi de l'intérêt général de combattre certaines idées reçues⁽⁵¹⁾ sur la façon dont les assureurs interviennent dans la prise en charge des Français. Il faut particulièrement souligner que le modèle « à l'américaine » où les assureurs imposent à leurs assurés le choix de professionnels préalablement sélectionnés, n'est ni envisageable ni souhaité en France.

Instaurer des relations plus constructives avec les professionnels de santé, fait partie des perspectives qui font sens compte tenu du rôle désormais assumé par les assureurs.

Cela étant, l'idée n'est pas de calquer à l'identique le modèle mis en place pour l'optique, l'audiologie et le dentaire. Il s'agit plutôt **d'imaginer des partenariats « nouvelle génération »** qui intéressent les professionnels et qui valorisent de nouvelles formes de prise

en charge et d'accompagnement des assurés, tout en gardant comme objectifs la réduction des restes à charge et l'amélioration de l'accès aux soins.

En toute transparence, ces initiatives seraient évaluées pour montrer leur apport à la qualité des pratiques, à la pertinence des prestations proposées et à l'efficacité de notre système de santé.

51 — Parmi lesquelles : la volonté de privatisation du secteur, la captation des données personnelles, la sélection des assurés en fonction de leur état de santé...

— Étendre la démarche partenariale à d'autres professionnels de santé.

En dehors des trois domaines spécifiques que sont l'optique, l'audiologie et le dentaire, la loi interdit la constitution de réseaux de soins sur les actes remboursés par l'Assurance maladie (donc sur toutes les consultations ou actes techniques aujourd'hui remboursés). On ne peut que regretter cette disposition car elle empêche la mise en place de partenariats permettant de proposer des accords aux médecins sur la prise en charge des dépassements d'honoraires.

Par exemple, **si la loi Le Roux ne l'interdisait pas, des accords de meilleure prise en charge des dépassements, en contrepartie d'engagements de qualité et de maîtrise des tarifs, pourraient être proposés.** La fréquence et le niveau des dépassements d'honoraires sont, en effet, source de restes à charge importants pour les assurés.

Dans d'autres pays européens, ce type d'accord a montré tout son intérêt, même si, en général, les assureurs interviennent au 1^{er} euro dans la prise en charge des actes.

Néanmoins, la loi française n'interdit pas la constitution de réseaux proposant des actes non remboursés par l'Assurance maladie.

Dans ce cadre, certains assureurs santé réfléchissent donc à des partenariats permettant de promouvoir des bilans de prévention ou de nouveaux modes de suivi des patients, de leur pathologie et des facteurs de risque, par exemple à l'aide d'outils numériques.

— Créer de nouveaux partenariats avec les établissements de santé.

La chambre particulière des patients hospitalisés est un exemple de reste à charge important. Les partenariats avec les établissements de santé devraient inclure cette question. Sauf qu'aujourd'hui, le modèle économique reste à construire pour trouver les leviers qui permettront de mieux prendre en charge les chambres particulières tout en contenant le coût.

Demain, les assureurs auront un rôle primordial à jouer dans le déploiement des hébergements temporaires non médicalisés, en amont et en aval de l'hospitalisation, selon les contours fixés par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021.

Au-delà des prestations non remboursables par l'Assurance maladie, la question des restes à charge à l'hôpital reste un sujet majeur d'accès aux soins. Les assureurs réfléchissent à des partenariats rénovés avec les établissements de santé. À ce titre, l'expérimentation d'une plateforme, relative aux opérations de prothèse de hanche, est intéressante : le principe a été celui de la construction d'un modèle global de prise en charge du patient (sans aucun reste à charge), incluant un engagement tarifaire de l'établissement et une réflexion à mener sur la pertinence des soins post-hospitalisation, en ce qui concerne l'orientation du patient selon ses besoins (suivi en ambulatoire ou en établissement de soins de suite et de réadaptation).

De façon plus prospective, il serait essentiel d'accompagner de nouvelles formes de prise en charge des patients à l'hôpital, en recourant, soit à une approche globale par pathologie, soit à une approche par parcours de soins incluant la pré et la post-hospitalisation.

DÉCODER

Vers des prises en charge globales

Aujourd'hui, les remboursements sont totalement cloisonnés (remboursement des actes réalisés avant hospitalisation, des frais engagés en cours d'hospitalisation et des actes qui suivent l'hospitalisation, indépendamment les uns des autres, sans vision d'ensemble, sans incitations économiques). Demain, on pourrait imaginer des prises en charge plus globales, qui pourraient permettre de réduire les coûts et les restes à charge, introduiraient plus d'efficacité dans la prise en charge grâce à des incitations économiques, et permettraient d'avoir une approche plus holistique des besoins du patient, notamment en incluant des prestations d'accompagnement.



PROPOSITION 2

Développer le champ des partenariats avec les professionnels de santé pour valoriser de nouvelles formes de prise en charge et d'accompagnement des Français.

Ces nouveaux partenariats pourraient concerner :

- une meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires, mais en contrepartie d'engagements de qualité et de maîtrise des tarifs,
- la promotion de bilans de prévention ou des nouveaux modes de suivi des patients, de leur pathologie et des facteurs de risques (à l'aide d'outils numériques par exemple), en coopération avec les médecins traitants notamment,
- l'accompagnement du déploiement des hébergements temporaires non médicalisés et la réduction des restes à charge sur les chambres particulières,
- des nouveaux modèles de prise en charge hospitalière du patient, sans reste à charge, avec un engagement des établissements sur les tarifs et sur la pertinence des soins post-hospitalisation,
- des nouveaux modes de rémunération des établissements hospitaliers et des équipes de soins en ville, par une approche globale par pathologie et/ou par parcours de soins,
- des réflexions sur la pertinence des soins et des consommations de médicaments (remboursés et non remboursés) ou sur la place de l'automédication dans l'efficience de notre système de santé.

L'articulation entre l'Assurance maladie et les assureurs doit être revue afin d'améliorer la lisibilité du système, de libérer les parcours de soins et de vie, et de mieux maîtriser la dépense

— S'il est indispensable d'élargir le rôle des assureurs pour leur permettre de remplir pleinement leurs missions, il est tout aussi crucial de réviser l'articulation entre l'Assurance maladie obligatoire et les assureurs pour renforcer l'efficience de leur complémentarité.

Pour une majorité de Français⁽⁵²⁾ (61%), **le bon fonctionnement du système de santé repose avant tout sur la complémentarité entre l'Assurance maladie et les complémentaires santé.** Et les trois quarts des personnes interrogées estiment que chacun des deux acteurs remplit bien son rôle et est à la hauteur de ses missions, de manière indifférenciée.

Cependant la gestion financière de l'Assurance maladie inquiète : seuls 39% des Français déclarent que le système est bien géré par cette dernière, contre 62% pour les complémentaires santé. La moitié des Français pense que le mode de financement actuel pourrait mettre en danger la pérennité du système, et ne permettrait pas de faire face aux nombreux défis à venir : vieillissement de la population, pandémies, obésité, troubles psychologiques...

52 — « Les Français et le système de santé » : étude Élabé, réalisée pour Malakoff Humanis, auprès d'un échantillon de 3 000 personnes, représentatif de la population résidant en France métropolitaine âgée de plus de 18 ans. Enquête menée par Internet du 28 mai au 3 juin 2021.

Les chefs d'entreprise sont également préoccupés par la gestion financière de l'Assurance maladie⁽⁵³⁾ : 70 % d'entre eux déclarent que le système est bien géré par les complémentaires santé, contre 43 % pour l'Assurance maladie. Cela conduit une majorité de chefs d'entreprise (57 %) à considérer que le mode de financement actuel pourrait mettre en danger la pérennité du système, alors même que le maintien du système actuel est le scénario jugé le plus souhaitable par 63 % d'entre eux.

— **Rendre notre système plus efficient est une étape indispensable.**

Une révision des périmètres d'intervention au 1^{er} euro, entre l'Assurance maladie et les

assureurs, pourrait renforcer la performance de notre système. En effet, pourquoi ne pas remplacer dans certains cas le « double étage », Assurance maladie/complémentaire santé, par des domaines exclusifs affectés à l'un ou à l'autre ?

Par exemple sur l'optique, où au lieu de faire rembourser par le régime de base à peine 9 centimes sur une paire de lunettes, toute la gestion pourrait être déléguée aux assureurs.

L'État conserverait la définition du cahier des charges de cette délégation et pourrait allouer les sommes économisées vers les soins en ophtalmologie, par exemple.

DÉCODER

Une nécessaire clarification du rôle des acteurs

Aujourd'hui, les remboursements de l'Assurance maladie sur les équipements à prix libres sont dérisoires (0,03 € par verre et par monture). En raison de ces faibles montants, l'Assurance maladie ne développe pas de réelle politique de gestion du risque en ce domaine. En réalité, elle a laissé les assureurs prendre le relais, par le biais du déploiement de réseaux de soins qui ont démontré leur efficacité. Tout concourt donc à clarifier cette répartition et à confier aux assureurs ce périmètre, sur la base d'objectifs en termes d'accès aux soins, de reste à charge et de santé publique, et en assortissant ce transfert d'un partage de référentiels « qualité ». En matière de prévention, les assureurs pourraient faire valoir leur expérience pour déployer leurs actions auprès des adultes, notamment en entreprise, quand l'Assurance maladie agirait en priorité auprès des enfants ou dans les écoles.

Tout comme pour l'optique, la gestion des aides auditives pourrait être confiée aux assureurs. Là encore, pourquoi doubler les frais de gestion ? Et surtout, pourquoi se satisfaire d'une prise en charge mal calibrée ? Aujourd'hui, l'utilisateur paie d'emblée l'appareillage et le suivi qui, dans les faits, n'est pas toujours effectué conformément à l'engagement de l'audioprothésiste. En séparant les deux prestations, l'audioprothésiste serait davantage incité à réaliser un suivi effectif.

53 — « Les chefs d'entreprise et le système de santé » : étude Élabé, réalisée pour Malakoff Humanis, auprès d'un échantillon de 259 dirigeants d'entreprise (représentativité assurée par la méthode des quotas appliquée aux critères de secteur d'activité et taille d'entreprise). Enquête menée par téléphone du 23 juin au 2 juillet 2021.

Pour le dentaire, il pourrait être envisagé de distinguer la prévention et les soins primaires, laissés à l'Assurance maladie, et l'activité prothétique et les implants, confiés aux assureurs.

En parallèle, la valeur ajoutée des assureurs dans le remboursement d'un simple ticket modérateur pourrait aussi être reconsidérée. En effet, par exemple, pourquoi déployer deux circuits de facturation (Assurance maladie et assurance santé) en cas de séjour hospitalier où le ticket modérateur ne joue aucun rôle en termes de comportement ?

Il serait plus intéressant de renforcer la capacité des assureurs à réellement gérer certaines dépenses et à innover dans les prises en charge et les services aux assurés, segments sur lesquels ils pourraient faire valoir leur véritable valeur ajoutée.

Dans cette redéfinition des territoires d'intervention, les assureurs s'engageraient à fournir à l'Assurance maladie les statistiques nécessaires au pilotage légitime qui est le sien, en matière de suivi et d'indicateurs de santé publique.

 FABRIQUER

PROPOSITION 3

Redéfinir les territoires de prise en charge intégrale par les assureurs dans une logique d'efficacité collective.

L'enjeu est de réfléchir, dans une logique d'efficacité collective, à mieux répartir les rôles, au 1^{er} euro, entre l'Assurance maladie et les assureurs, dans plusieurs domaines.

Pour cela, nous proposons de définir une grille d'analyse permettant d'expertiser, domaine après domaine, la pertinence de l'action de chaque acteur et l'intérêt qu'il y aurait à lui confier tout ou partie de la prise en charge. Parmi les critères à mettre en avant, on retrouverait *a minima* :

- l'efficacité, c'est-à-dire la capacité à gérer efficacement un secteur, l'évolution de la dépense, les relations avec les professionnels de santé, la qualité des actes, soins ou équipements dispensés...

- la couverture des assurés, c'est-à-dire la capacité à favoriser l'accessibilité, territoriale et financière (réduction ou suppression des restes à charge), la capacité à promouvoir des prises en charge innovantes, tenant compte des spécificités et des attentes.

L'exemple de l'optique permet d'illustrer cette démarche, mais d'autres exemples peuvent aussi être cités :

- les médicaments (dans le cadre d'une expertise globale des prises en charge, incluant l'automédication),
- le dentaire (en permettant à l'Assurance maladie d'investir plus dans les soins et la prévention, quand les assureurs pourraient repenser le modèle de prise en charge des prothèses et des implants dentaires).

— L'autre moyen de libérer les parcours de soins et de mieux maîtriser la dépense est de développer des partenariats public/privé basés sur des missions spécifiques d'intérêt général, confiées aux assureurs pour être plus efficace sur certains pans de notre système.

Les assureurs santé ont démontré leur valeur ajoutée et leur capacité à **répondre efficacement aux besoins des assurés et à la maîtrise des dépenses, ou à des enjeux de santé publique** dans les domaines de l'information, de la prévention, de l'innovation, des services dans les parcours de soins et de vie.

Dans l'intérêt des Français, il faut aller plus loin **en associant plus systématiquement les assureurs santé à cette priorité nationale de recherche d'efficacité.**

Les nouvelles technologies élargissent considérablement le champ des possibles. Il faut s'en emparer pour moderniser notre système de santé.

De nombreuses initiatives peuvent être mises en œuvre en matière de prévention, d'incitation aux bons comportements et à un usage pertinent des soins, de suivi et d'accompagnement des personnes malades.

La technologie facilite l'accès à l'information et, au choix, à des services (médicaux ou non), à des outils utiles au quotidien (objets connectés). Dans tous ces domaines, que l'Assurance maladie a du mal à faire rentrer dans

le droit commun pour des questions budgétaires mais aussi parce qu'elle attend des évaluations médico-économiques à grande échelle, les assureurs pourraient expérimenter des prises en charge, innover, évaluer la pertinence et le modèle économique de ces nouveaux outils, proposer des solutions nouvelles.

Plus largement, **il est important de continuer à progresser en matière de services d'accompagnement car, de plus en plus, les assurés attendent un soutien qui n'est pas purement financier.** Le déploiement du projet ROC (Remboursement des Organismes Complémentaires⁽⁵⁴⁾) permettra, par exemple, de donner à l'assureur des informations en temps réel sur l'hospitalisation de ses assurés, sur les changements intervenus durant leurs séjours. Toutes ces données sont destinées à enrichir les services apportés à l'utilisateur, notamment dans la gestion de son quotidien au retour de l'hôpital.

Il est également crucial de prévoir de nouveaux services pour les assurés qui attendent plus d'efficacité et de simplicité, plus de fluidité dans la coordination des professionnels et établissements de santé, plus de ponts entre les acteurs (du soin, du médico-social, du quotidien) et une démarche plus globale associant parcours de soins et parcours de vie.

54 — ROC est un dispositif technique intégré au logiciel de Gestion administrative du patient (GAP) qui simplifie le tiers-payant avec les organismes complémentaires en dématérialisant et standardisant les échanges entre les Établissements de Santé, les Assurances maladie complémentaires (AMC) et la DGFIP. Il repose sur la mise en place de formats d'échanges normés, pour l'ensemble des acteurs. Il est piloté par le ministère en charge de la Santé avec l'appui de l'Agence du numérique en santé (ANS), le ministère en charge des Finances Publiques, les trois fédérations des complémentaires santé (le CTIP, la FNMF et la FFA) et l'Union Nationale des Organismes Complémentaires (UNOCAM). L'accord national de pilotage du dispositif ROC a été signé le 18 mai 2021.

Face à ces enjeux, la réglementation sur les données de santé s'avère excessivement contraignante :

- accès contraint aux données publiques pour calibrer, à partir de statistiques en population générale, les objectifs et retombées d'une action susceptible d'être engagée⁽⁵⁵⁾,
- accès incomplet aux données nécessaires à la fourniture de services d'aides du parcours de soins et à la prévention⁽⁵⁶⁾. Les assureurs n'ont accès qu'à une information sommaire et « cryptée » (codes de regroupement), sans mention de la pathologie ou de la nature des prestations réalisées.

Pour que les assureurs puissent se voir confier de nouvelles responsabilités et continuer à investir, la réglementation doit pouvoir évoluer

et leur permettre d'exploiter les données des assurés, avec responsabilité et efficacité, et dans l'unique but de mieux remplir leur mission. Des solutions techniques et juridiques existent et le permettent, dans le respect de la réglementation des données personnelles⁽⁵⁷⁾, des droits des assurés-usagers-patients et de leur vie privée.

Il revient donc aux acteurs publics et privés de partager une véritable culture de la donnée, à la fois pour favoriser le développement d'usages numériques au service des patients et pour repenser les modèles de régulation dans l'intérêt général.

À terme, l'*open data* devrait favoriser les évaluations et permettre d'accéder à leurs conclusions en toute transparence.

FABRIQUER

PROPOSITION 4

Renforcer le partenariat État-assureurs dans les missions de prévention qui, à bien des égards, reste le point faible de notre système de santé.

Les assureurs proposent de mettre au service de l'intérêt général leurs compétences et savoir-faire :

- des missions pourraient être confiées par les pouvoirs publics aux assureurs, sur la base d'objectifs et d'indicateurs de suivi (qualité, accès aux soins). Dans un cadre concurrentiel, les assureurs se challengeraient pour déployer les meilleures actions et les services innovants les plus efficaces permettant d'atteindre ces objectifs,
- pour que les services soient mieux adaptés aux besoins médicaux de l'assuré et que les parcours soient plus pertinents, les assureurs doivent pouvoir accéder aux données strictement nécessaires à l'exercice de ces missions. Sur le modèle de l'organisation mise en place au sein de l'Assurance maladie (services de liquidation administratifs vs services du médecin conseil), la réglementation doit leur permettre l'accès aux données « médicales » en toute confidentialité.

Cette proposition est conditionnée au strict respect des réglementations RGPD.

55 — Cf. les dispositions de la loi de 2016 qui, dans les faits, faute de définition par l'État de règles opérationnelles pour un accès direct, obligent les assureurs à passer par un intermédiaire de type société d'études.

56 — Dans le strict respect des règles de protection des données personnelles et de la vie privée de nos concitoyens, ainsi que dans le respect du secret médical, en garantissant une étanchéité complète avec les questions de tarification des contrats.

57 — Le règlement général sur la protection des données (RGPD), dont les dispositions ont été transposées dans la loi Informatique et Libertés.

À terme, la complémentaire santé doit dépasser son caractère subsidiaire et devenir une assurance santé essentielle, à portée de tous

Les principales caractéristiques de la complémentaire santé de demain se concentreront sur l'aptitude des assureurs à accompagner les Français tout au long de leur vie et de leur parcours de soins, en liaison avec les opérateurs de santé publics et privés.

Faciliter l'accès aux soins de tous nos concitoyens passe par la mise en place d'une fiscalité juste sur les contrats santé reflétant le caractère essentiel de ce service.

L'un des obstacles au déploiement des complémentaires santé sont les taxes. Elles ont fortement augmenté ces dix dernières années et représentent maintenant près de 14 % de la prime (de 13,27 % à 20,27 % selon que le contrat est responsable ou non⁽⁵⁸⁾), bien plus que chez nos voisins européens.

Cette taxation pèse directement sur le coût du contrat. *In fine*, ce sont les assurés les grands perdants, surtout les plus modestes.

À ce niveau, l'acquisition d'une complémentaire santé représente un taux d'effort conséquent pour certaines populations, alors qu'elle constitue aujourd'hui un élément indispensable de l'accès aux soins.

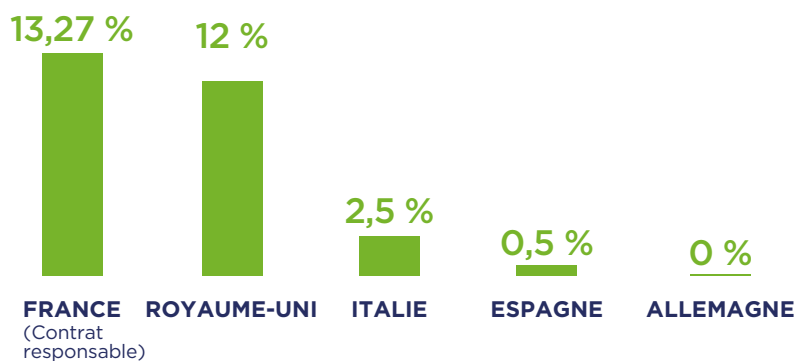
Il convient donc de rechercher une fiscalité plus juste, à l'instar des niveaux de fiscalité en vigueur en France sur les biens de première nécessité, et au regard des taux constatés en Europe sur les contrats d'assurance santé (0,15 % en Espagne, 2,5 % en Italie, 12 % au Royaume-Uni et exemption en Allemagne).

En conséquence, les assureurs demandent la réduction de la fiscalité sur les contrats complémentaires santé et en particulier pour les retraités dont le niveau de la cotisation entraîne *de facto* un montant de taxe conséquent. Il en est de même pour les chômeurs et pour les étudiants qui, durant ces périodes difficiles, disposent de revenus plus faibles, ce qui peut les conduire à renoncer à une complémentaire santé⁽⁵⁹⁾.

58 — S'ajoutent la contribution du forfait Médecin traitant (contribution de 0,8 % sur les primes) et la fiscalisation à l'IRPP de la contribution de l'employeur au financement du contrat. Soit un taux moyen de 16,6 % en France et une forte évolution depuis 2008 où la fiscalité des contrats santé était à 4 % en moyenne.

59 — Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres, Drees, Études & Résultats juillet 2021.

TAUX DE TAXATION DES CONTRATS COMPLÉMENTAIRES SANTÉ
DE NOS VOISINS EUROPÉENS



 FABRIQUER

PROPOSITION 5

Élargir l'accès à une assurance santé essentielle à des publics susceptibles de renoncer aux soins en raison de revenus particulièrement limités, en adaptant la fiscalité.

Les assureurs demandent la réduction de la fiscalité sur les contrats santé, en particulier pour les retraités (pour lesquels le niveau de la cotisation entraîne *de facto* un montant de taxe conséquent), les chômeurs et les étudiants (qui durant ces périodes, disposent de revenus plus faibles, ce qui peut les conduire à renoncer à acquérir ou conserver une complémentaire santé).

Concrètement, les assureurs proposent que la fiscalité des contrats souscrits par les retraités, les chômeurs et les étudiants soit alignée sur le niveau de TVA réduite destinée aux biens de première nécessité, soit 5,5%.



26, boulevard Haussmann
75311 Paris Cedex 09
Rue du Champ de Mars 23
1050 Bruxelles

ffa-assurance.fr

 @FFA_assurance