

Compte rendu

ASSEMBLÉE NATIONALE

Mercredi

8 juillet 2026

Séance de 14 heures 15

Commission des affaires sociales

17^e LÉGISLATURE

Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

Compte rendu n° 13

SESSION EXTRAORDINAIRE 2025-2026

**Présidence de
M. Jérôme Guedj,
co-président**

Répartition de la prise en charge des dépenses entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire (MM. Thibault Bazin, Thierry Frappé et Jérôme Guedj, rapporteurs) :

– Audition de M. Martin Hirsch, conseiller d'État, ancien haut-commissaire chargé des solidarités actives contre la pauvreté et de la jeunesse, M. Didier-Roland Tabuteau, vice-président honoraire du Conseil d'État, et du Pr André Grimaldi, cofondateur du collectif inter-hôpitaux et initiateur de la pétition auprès de l'Assemblée nationale « Pour la création d'une mutuelle complémentaire gérée par la sécurité sociale ».....2



La réunion commence à quatorze heures quinze.

(Présidence de M. Jérôme Guedj, co-président)

La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale entend M. Martin Hirsch, conseiller d'État, ancien haut-commissaire chargé des solidarités actives contre la pauvreté et de la jeunesse, M. Didier-Roland Tabuteau, vice-président honoraire du Conseil d'État, et le Pr André Grimaldi, cofondateur du collectif inter-hôpitaux et initiateur de la pétition auprès de l'Assemblée nationale « Pour la création d'une mutuelle complémentaire gérée par la sécurité sociale ».

M. le président Jérôme Guedj. Nous vous remercions d'avoir répondu à notre invitation à échanger sur l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. L'exécutif lui-même a souhaité engager une réflexion analogue à la nôtre en confiant une mission à Mme Élisabeth Hubert, M. Stéphane Junique, M. Franck von Lennep et M. Nicolas Bouzou. À l'automne, ce sujet bénéficiera donc d'une visibilité accrue à l'occasion de la publication de ces travaux, ainsi que d'autres, comme ceux de mon collègue co-président de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, M. Cyrille Isaac-Sibille. Pourtant, si nous avons tous en tête les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), depuis 2022, après un grand moment de mobilisation administrative et de réflexion, la montagne semble avoir accouché, sinon d'une souris, du moins de peu d'évolution systémique.

M. Didier-Roland Tabuteau, dès 2010, dans un article de la revue *Droit social*, vous évoquiez une « métamorphose silencieuse ». S'est-elle amplifiée et quels scénarios vous paraissent praticables ? Il s'agit également d'examiner les pistes que les uns et les autres ont pu défendre. Je pense à la sécurité sociale intégrale pour M. André Grimaldi, puisque vous venez, avec d'autres, de publier sur le site de l'Assemblée nationale une pétition avec plusieurs centaines de signatures de professionnels de santé et de citoyens. Je pense aussi à la proposition historique que M. Martin Hirsch avait formulée dès 2007. Enfin, nous devons tenir compte des réactions que les uns et les autres peuvent avoir face à ces positions, que ce soit de la part des partenaires sociaux, des organisations syndicales ou des organisations patronales.

M. Didier-Roland Tabuteau, vice-président honoraire du Conseil d'État. Je m'exprimerai à titre strictement personnel, en m'appuyant sur les travaux universitaires que je mène depuis les années 2000 et en restant sur le terrain des principes.

Dans les années 2000, lorsque j'expliquais que la sécurité sociale remboursait en moyenne à 77 %, des personnes me répliquaient systématiquement qu'elles n'avaient jamais été remboursées à ce taux. C'était rigoureusement exact et cela m'a conduit à mettre en évidence, dès 2010, ce que j'ai appelé un « taux apparent de remboursement ». Pour les personnes qui ne sont pas en affection de longue durée (ALD) et qui ne sont pas hospitalisées au cours d'une année (au moins 60 % de la population), le taux de remboursement par la sécurité sociale est inférieur à 50 %. La complémentaire n'est donc pas simplement un petit remboursement en plus ; c'est une part entière du remboursement.

Les fondateurs de la sécurité sociale, à l'article 39 de l'ordonnance d'octobre 1945, prévoyaient qu'elle puisse elle-même proposer une assurance complémentaire. Il fallait en effet couvrir le ticket modérateur de 20 % prévu par cette ordonnance. Cette possibilité a fait l'objet de négociations de 1945 à 1947 qui ont abouti à la loi Morice : les fonctionnaires

verront leur sécurité sociale assurée par les mutuelles et les dispositions de l'ordonnance de 1945 permettant aux caisses d'assurance maladie de proposer une assurance complémentaire seront abrogées. Au début, les effets seront assez limités, car peu de nos compatriotes auront les moyens de souscrire une assurance complémentaire, mais, au fil des baisses de remboursement, de l'augmentation du ticket modérateur et de la création des forfaits et des franchises, la part laissée à la charge des complémentaires s'est accrue.

On pourrait se dire qu'il n'est pas grave d'avoir une assurance maladie et une assurance complémentaire. Or elles sont fondamentalement différentes. Les complémentaires santé proposent des prestations diversifiées et offrent une liberté de choix. Ces prestations sont profondément différentes selon le niveau de cotisation que l'on peut ou que l'on accepte de supporter, et les écarts sont gigantesques. Pour une personne de 30 ans, une cotisation de 20, 50 ou 150 euros par mois ne donne pas du tout accès à la même complémentaire.

Les complémentaires sont aussi financées de façon totalement opposée à l'assurance maladie. Le financement de base de cette dernière est en gros proportionnel aux revenus. Au contraire, les cotisations des complémentaires sont dans la quasi-totalité des cas indépendantes du revenu, totalement dépendantes des charges de famille et profondément variables avec l'âge, qui est le principal facteur de risque en matière de santé. Le système est ainsi construit.

Enfin, les complémentaires induisent une complexité extrême. C'est le cas pour les patients, lorsque le transfert des données ne se fait pas bien entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire, mais aussi pour les hôpitaux et pour les professionnels de santé. Des dizaines ou des centaines d'emplois dans les hôpitaux gèrent le recours aux 500 organismes complémentaires.

M. Martin Hirsch, conseiller d'État, ancien haut-commissaire chargé des solidarités actives contre la pauvreté et de la jeunesse. À l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, j'avais calculé qu'il y avait plus d'agents pour traiter les factures avec les complémentaires que de masseurs-kinésithérapeutes.

M. Didier-Roland Tabuteau. Autre élément de complexité : si vous n'avez plus de complémentaires, vous n'avez plus d'aide au paiement d'une complémentaire santé ni de complémentaire santé solidaire (C2S). C'est une simplification administrative considérable. La complexité est le prix de la liberté de choix et se traduit par 7 ou 8 milliards d'euros de frais de gestion, qui sont utiles à la gestion de la complexité, mais pas au système de santé lui-même.

Quels sont les points sur lesquels la réflexion doit nécessairement porter ? Celui qui peut se régler le plus facilement est l'emploi. S'il y avait moins ou plus du tout de complémentaires, la reconversion des acteurs de celles-ci pourrait passer par leur intégration dans la sécurité sociale ou par des plans d'accompagnement.

Le point central est plutôt l'existence des dépassements d'honoraires. La sécurité sociale, à ses débuts, ne prévoyait pas de tarif opposable. Le ticket modérateur était fixé à 20 % et les tarifs étaient libres. On était très mal remboursé en 1945-1950. Tout un jeu d'acteurs rembourse donc plus ou moins bien les dépassements d'honoraires et les tarifs libres sur un certain nombre d'actes médicaux. Voilà la très grande difficulté si on veut rationaliser un peu le système et gagner en efficience, les frais de gestion n'ayant aucune raison d'être dans un système unifié.

On peut estimer que cette multiplicité d'acteurs est un gage de souplesse et d'adhésion au système ou au contraire qu'elle le rend trop complexe. Le débat politique vous revient, mais le débat technique est très important, car ses enjeux sont majeurs en termes de dépenses.

M. Martin Hirsch. Je m'exprime moi aussi à titre personnel.

En avril 2020, j'ai lu dans *Le Parisien* que j'avais adressé une facture de plusieurs milliers d'euros à un patient qui sortait de quelques jours de réanimation. C'était tout à fait surprenant. J'ai donc arrêté de nombreuses factures. Or aucun acteur ne savait qu'en réalité, le code de la sécurité sociale, qui prévoit des exonérations du ticket modérateur, ne couvrait pas les séjours en réanimation, notamment. Voilà qui montre que le système ne tourne absolument pas rond.

Notre système de santé et d'assurance maladie a finalement peu évolué depuis l'après-guerre. Le seul changement notable à mes yeux est intervenu en 1958, lorsque l'hôpital s'est organisé et que les modes de relation des médecins à l'hôpital ont été modifiés. À cet égard, ma réflexion a évolué depuis le texte que nous avons publié avec Didier-Roland Tabuteau dans *Le Monde* en janvier 2017. J'en suis venu à ne plus séparer le sujet de l'assurance maladie intégrale ou à deux étages de plusieurs autres changements nécessaires.

Ce qui n'est pas logique dans notre système et qui n'a pas bougé, alors que les comportements des patients, l'épidémiologie, le comportement des professionnels, le produit intérieur brut et le coût des soins ont changé, c'est que nous nous trouvons aujourd'hui avec un système où l'on a construit et élargi l'assurance maladie, mais où l'on n'a toujours pas de service public de la santé. Le service public hospitalier n'est pas le service public de la santé et l'ensemble des soins de premier recours ne répond pas non plus à une logique de service public. Cela a des retentissements sur le service public hospitalier lui-même, dont les services d'urgence font office de service public de premier recours, ce pour quoi ils n'ont pas été conçus.

Nous sommes aussi probablement le seul pays à avoir deux étages superposés pour les mêmes soins. Or la cotisation que paient un certain nombre d'assurés pour leur complémentaire, et donc pour 20 % du montant de leurs soins, est supérieure au taux de contribution sociale généralisée (CSG) qu'ils paient pour 80 % des soins. Un retraité de 75 ans paie en moyenne 120 ou 125 euros de cotisation complémentaire et 60 ou 70 euros de CSG. Le système est donc totalement inversé.

Par ailleurs, lorsque le projet de loi de financement de la sécurité sociale vient devant le Parlement, les parlementaires ne peuvent pas se prononcer sur le montant des restes à charge. Ils se prononcent sur les dépenses, sans savoir si ce qu'ils vont voter conduira à tel ou tel montant pour les trois dimensions du reste à charge : le ticket modérateur, la participation forfaitaire et les franchises. Pour un patient, le prédire est impossible et le prévoir relève du prodige. Cela pose un problème pour l'adhésion au système de soins et pour l'équité.

De plus, on a monté des systèmes sophistiqués de rémunération et de prise en charge, mais le lien avec la prévention est extrêmement ténu. On sait dire ce qu'on arrivera à prendre en charge comme soins si on ajoute 1 milliard d'euros, que ce soit pour les professionnels de santé, les patients ou les organismes, mais ce n'est pas vrai pour la prévention. D'autres pays font mieux que nous, comme la Corée du Sud, où le contrôle de l'hypertension a conduit à une chute spectaculaire des maladies cardiovasculaires.

Enfin, alors qu'on évoque les déserts médicaux, l'inégalité d'accès aux soins, etc., on a un système qui impose, que ce soit pour la ville ou pour l'hôpital, l'uniformité des rémunérations sur l'ensemble du territoire et qui ne permet pas de prendre en compte les besoins de santé.

Il me semble que ces divers points vont ensemble et que la question de l'articulation de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire s'inscrit dans quelque chose qui peut être plus systémique. Si on crée un système de service public de soins primaires et que, par exemple, on confie à des opérateurs, qui pourraient être des mutuelles reconverties, le soin d'être des opérateurs de soins primaires, on pourrait aller vers des financements à la capitation des soins primaires. Cela mettrait de côté le problème des dépassements d'honoraires et ouvrirait la porte à la réorganisation de l'assurance maladie de base avec l'assurance maladie complémentaire, ainsi qu'à une régulation du reste à charge par le système du bouclier sanitaire, c'est-à-dire une participation qui ne dépende pas de sa consommation de soins et de son état de santé, mais soit fonction des revenus, comme le sont les amendes pénales, qui tiennent compte de la situation de revenu des personnes condamnées.

Pr André Grimaldi, cofondateur du collectif inter-hôpitaux et initiateur de la pétition auprès de l'Assemblée nationale « Pour la création d'une mutuelle complémentaire gérée par la sécurité sociale ». Le système actuel, qui induit une augmentation des dépenses de 4 % par an, pose un problème de soutenabilité. De plus, il est très redistributif dans son volet sécurité sociale, mais anti-redistributif dans son volet complémentaire.

La loi Morice de 1947 a une exception : l'Alsace-Moselle, où le régime complémentaire est géré par la sécurité sociale.

La double gestion pour une même couverture de soins est une aberration économique. Nous avons le double des frais de gestion de la moyenne de l'Organisation de coopération et de développement économiques et nous sommes deuxièmes, loin derrière les États-Unis. Cette situation devra être réglée.

Quel est l'argument pour choisir les complémentaires ? Celui de la liberté tient assez peu, à cause des contrats responsables. Sur quoi se joue cette liberté ? Sur la prise en charge plus ou moins importante des dépassements d'honoraires et sur les médecines alternatives. Actuellement, les complémentaires remboursent 1 milliard d'euros de médecines alternatives, car c'est pour elles un produit d'appel. Qu'est-ce qui relève de la solidarité et qu'est-ce qui n'en relève pas ? Pour ce qui n'en relève pas, il peut y avoir une liberté.

L'argument du ticket modérateur est fallacieux : il est remboursé ; donc il ne modère rien. L'augmentation du reste à charge responsabilise-t-elle ? Je ne connais qu'une enquête : elle montre que son augmentation par le biais des franchises entraînait non pas une diminution des actes inutiles, mais un moindre recours aux actes pour les personnes ne bénéficiant pas de la C2S. Le système est donc complexe, coûteux en gestion et n'assure pas l'accès aux droits pour ceux pour qui il a été conçu.

Régler ce problème ne résoudra pas celui de l'augmentation structurelle des dépenses liée aux progrès médicaux et au vieillissement, mais cela règlera au moins le problème du gaspillage et de l'inefficience de notre système. Je suis favorable au scénario 2 du Hcaam, qui crée un remboursement à 100 % d'un panier de prévention et de soins solidaire. Et je suis convaincu que le reste à charge ne responsabilise pas. Il pénalise les gens qui ont des moyens limités et, pour les autres, il est d'autant plus aberrant qu'il vise à responsabiliser sur des médicaments prescrits par les médecins. Or ce ne sont pas les malades qui prescrivent les

médicaments, ni qui signent les arrêts de travail ou les bons de transport ; ce sont les médecins. On veut responsabiliser les médecins en passant par les malades.

Il existe un régime qui, malgré ses défauts, fonctionne et auquel des millions de personnes sont très attachées. Sur les 7,4 millions de personnes qui bénéficient de la C2S, 91 % choisissent celle qui est gérée par la sécurité sociale. Créons une mutuelle de base gérée par la sécurité sociale qui soit obligatoire.

La concurrence en santé ne fait pas baisser les prix, elle les augmente. Quand des médecins s'installent en secteur 2, il n'y a pas de concurrence entre eux ; au contraire, tous s'alignent sur le niveau le plus élevé. Une complémentaire santé obligatoire gérée par la sécurité sociale, quitte à avoir des assurances supplémentaires, freinerait les dépassements d'honoraires.

M. le président Jérôme Guedj. Traitez-vous les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam), qu'il s'agisse des institutions de prévoyance, des entreprises d'assurance ou des mutuelles, de manière indifférenciée ?

M. Didier-Roland Tabuteau. J'ai eu il y a une quinzaine d'années un débat avec les responsables de la Mutualité française. Je leur avais dit que, si les mutuelles restaient dans l'esprit du mutualisme en proposant des contrats en lien avec le salaire, les bons risques, comme les jeunes, iraient voir ailleurs, car ils trouveraient moins cher. Au contraire, pratiquer, comme les assureurs, une tarification en fonction du risque, notamment de l'âge, serait beaucoup plus favorable pour elles, mais elles perdraient alors leur spécificité, qui est d'être redistributrices. Je me souviens que le tour de table qui avait suivi avait été pour le moins ambigu dans les réactions. Aujourd'hui, il me semble que le marché l'a emporté. Les offres de contrat des différents types de complémentaires se sont beaucoup rapprochées.

L'autre argument de différenciation avancé est la prévention. J'ai déjà dit que l'acteur qui a le plus intérêt à faire de la prévention lourde est l'assurance maladie, car c'est elle qui supporte le coût des maladies graves *via* les ALD. Je reste convaincu que les dépenses de prévention des complémentaires ne peuvent être que relativement marginales. Quant aux réseaux d'établissements de soins, ils doivent s'équilibrer par eux-mêmes et sont totalement indépendants de l'activité assurantielle. La situation de concurrence conduit nécessairement à une harmonisation.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Un certain nombre de complémentaires se sont développées selon des angles sectoriels ou territoriaux. L'idée est de couvrir des risques spécifiques liés à un domaine professionnel ou de répondre à des besoins territoriaux. Si demain nous suivions ce que vous préconisez, ne risquerions-nous pas de perdre cette adaptation à des risques spécifiques ou à des besoins territoriaux particuliers ? Dans des établissements pour personnes âgées dépendantes, par exemple, l'action des complémentaires est très forte. Il se trouve aussi que la dernière mine de l'Hexagone en activité se trouve dans ma circonscription ; la complémentaire apportait des réponses sur des enjeux sanitaires spécifiques à certaines populations. En basculant vers le régime général, comment ne pas perdre cet apport ?

M. Martin Hirsch. À une époque, en effet, le régime des mines gérait des centres de santé, mais ils s'en sont retirés. Quand nous proposons que ces organismes non lucratifs s'impliquent dans l'organisation des soins primaires, c'est pour qu'ils renouent avec un rôle qu'ils ont abandonné. Par ailleurs, dans les centres que vous évoquez, n'oubliez pas le financement masqué de l'assurance maladie bien supérieur à la subvention apportée par les complémentaires.

Pr André Grimaldi. L'entrée des complémentaires santé dans le champ de la directive européenne assurancielle a séparé le titre III relatif au rôle de financeur. Les mutuelles se retirent de la gestion des centres de santé.

La Fédération nationale de la Mutualité française, en 1945, était opposée à la sécurité sociale obligatoire au motif que l'adhésion individuelle et volontaire était la condition indispensable à une autogestion par les assurés, alors que la sécurité sociale instaurait un principe de cogestion. Avec l'accord national interprofessionnel (ANI) de 2013, tous ces arguments ne tiennent plus. L'adhésion est devenue obligatoire avec des contrats collectifs. La conséquence directe a été une augmentation importante du coût des contrats individuels, notamment pour les retraités.

M. Didier-Roland Tabuteau. Les centres de santé incarnent l'une des grandes missions que la mutualité assume toujours. Une concentration sur des réseaux de santé qui seraient mutualistes s'impose, mais les complémentaires ne sont pas indispensables à cet effet. La mutualité a un grand avenir à présenter une offre de santé solidaire ou à participer à un service public de santé primaire. Elle est légitime à cet égard et il ne faut pas mélanger cette action et la fonction d'assureur complémentaire en concurrence avec des assurances et des institutions de prévoyance.

Par ailleurs, si on mutualise sur une base restreinte, la mutuelle est forcément plus chère. Dans le temps, ce n'est pas viable. Pour que la solidarité en matière de santé s'exerce, il faut que les bien-portants financent les malades. Plus la base de mutualisation est large, plus la solidarité est grande, parce que le système est plus stable.

Le volontariat, qui était l'argument fort en 1945, a pour conséquence le risque de passagers clandestins : quand vous avez entre 20 et 45 ans, si vous n'êtes pas obligé de prendre une assurance complémentaire, vous n'en prenez pas. Or la solidarité consiste justement à financer quand on est en bonne santé pour bénéficier d'un financement quand on l'est moins, un peu plus tard.

Par ailleurs, l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale dispose que, lorsqu'un accord, une convention ou un avenant est signé par la sécurité sociale et que les soins concernés sont financés de façon minoritaire par celle-ci, cet accord n'est pas valide s'il n'a pas été également conclu par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Les assureurs complémentaires peuvent donc invalider des accords signés par le service public.

L'ANI ne devrait-il pas conduire à ce que les cotisations soient considérées comme des prélèvements obligatoires ? L'ANI a eu pour effet de renchérir les contrats individuels pour les chômeurs, les retraités et les indépendants. Cela a nécessairement réduit la base de mutualisation des contrats individuels et a donc augmenté leur coût.

M. le président Jérôme Guedj. Que pensez-vous des scénarios du Hcaam, complétés par le bouclier sanitaire ?

Nous avons auditionné ici les représentants du régime local d'Alsace-Moselle. À l'image de cette expérimentation qui existe depuis quatre-vingts ans et qui marche, ne pourrions-nous pas revenir à l'esprit originel de 1945, à savoir que les Ocam existent, mais que l'assurance maladie propose un produit comparable ?

Pr André Grimaldi. En Alsace-Moselle, les frais de gestion sont de 1 %, il y a une cogestion avec la sécurité sociale et tout le monde en est satisfait.

Le fond de l'affaire est de savoir ce qui justifie deux gestionnaires pour les mêmes soins. C'est l'histoire de la protection sociale, mais il faut revenir à quelque chose de rationnel. Si nous n'optons pas pour une sécurité sociale à 100 % avec une mutuelle obligatoire gérée par la sécurité sociale, nous aurons le scénario 4 du Hcaam, c'est-à-dire des assurances qui gèrent une partie des soins et l'assurance maladie obligatoire (AMO) qui gère l'autre. Nous entrerons alors dans un débat : voulez-vous que ce soit très solidaire ou pas solidaire ? Or le non-solidaire en santé coûte plus cher. Le scénario 2 du Hcaam, au contraire, n'exclut pas des assurances supplémentaires. Elles couvrent ce qui relève du choix personnel, c'est-à-dire les dépassements d'honoraires.

M. le président Jérôme Guedj. Le dépassement d'honoraires est subi par l'assuré.

Pr André Grimaldi. Le serment d'Hippocrate contient le précepte de ne pas abuser de l'asymétrie d'information. La santé n'est pas un commerce. Santéclair négocie les dépassements d'honoraires. On heurte les principes à la fois de l'éthique médicale et de la République.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Je suis très attaché au principe de la sécurité sociale, mais l'assurance maladie a une part de responsabilité dans le fait que certaines spécialités n'ont pas été revalorisées alors que les actes et les dispositifs médicaux ont évolué. En secteur 1, il est quasiment impossible de s'en sortir mais, en secteur 2, avec les dépassements d'honoraires, les médecins retrouvent une forme de viabilité. Le modèle AMO uniquement n'a pas créé un cadre d'attractivité pour certaines spécialités.

Redonner toutes les clefs à l'assurance maladie n'appellerait-il pas aussi une refonte des modèles économiques des acteurs ? L'exemple de l'imagerie montre que l'assurance maladie a créé des règles et des conditions qui ont amené une crise des vocations et qui posent des difficultés d'accès aux soins.

M. Martin Hirsch. Aujourd'hui, il existe des centaines de milliers de conventions individuelles entre des professionnels de santé et l'assurance maladie. Il serait peut-être nécessaire d'instaurer un conventionnement entre les acteurs responsables d'un territoire et l'assurance maladie.

Il convient de distinguer la praticabilité et l'acceptabilité. La mise en œuvre d'une assurance maladie intégrale est un jeu d'enfant. En revanche, le sujet qui est au cœur des problèmes actuels est le degré de méfiance entre l'ensemble des acteurs du système de santé et les acteurs publics. Cette hantise vis-à-vis d'un acteur public puissant est nourrie par un certain nombre de situations absurdes. L'acceptabilité ne peut passer que par la remise à plat d'un certain nombre de relations, et non simplement par l'annonce qu'à partir d'aujourd'hui, les acteurs auront un interlocuteur unique qui gérera l'ensemble des ressources, des financements et des tarifs, à savoir l'assurance maladie.

M. Didier-Roland Tabuteau. L'extension du régime d'Alsace-Moselle poserait tout de même des questions de droit européen, pour respecter la concurrence.

Par ailleurs, je rappelle que le bouclier sanitaire a existé en France jusqu'en 1986. C'est ce que l'on appelait la « maladie économique ». C'est le plan Séguin de 1986 qui a supprimé ce dispositif, lequel prévoyait qu'au-delà d'un certain montant de dépenses de santé par mois ou par trimestre, les frais étaient pris en charge en ALD. Cette suppression a eu des conséquences notables, notamment pour les personnes âgées.

Il pourrait réapparaître sous différentes formes. Il pourrait s'agir d'un bouclier sanitaire en fonction de la dépense de santé ou sur le reste à charge. La question est de savoir s'il doit être fonction des revenus ou non. Toutes les enquêtes d'opinion montrent à quel point l'ensemble de la population est attachée à l'assurance maladie. Si les remboursements commencent à être fonction des revenus, d'une manière ou d'une autre, vous créez un risque de césure. Je ne sais pas si le gain purement économique d'un bouclier sanitaire en fonction des revenus vaut le risque de provoquer une désaffection de la population à l'égard de l'assurance maladie. La redistribution en matière d'assurance maladie se fait par les prélèvements, qui sont très redistributifs car proportionnels au revenu. Faut-il alors ajouter une redistribution par les prestations, qui ne concernerait que les malades, alors que les bien-portants ne seraient pas dans ce champ ? C'est un enjeu majeur.

J'ai examiné de près les tarifs qui n'ont pas été revalorisés par l'assurance maladie au fil des décennies. Il va de soi que toute modification du système devrait conduire à réinjecter les montants aujourd'hui versés par les complémentaires pour financer les soins. Dans les spécialités où cette question se pose, il ne fait aucun doute qu'il faut remettre cet argent dans le système et le renégocier, sans doute différemment de ce qui se fait aujourd'hui.

Il faudrait analyser en profondeur la manière dont la dentisterie est progressivement sortie du champ de l'assurance maladie classique. C'est parce que maintenir un niveau de remboursement correct avec des tarifs à la hauteur de ce à quoi les professionnels ont droit aurait nécessité des prélèvements obligatoires supplémentaires. On a préféré les « quasi-prélèvements obligatoires » que sont les cotisations complémentaires, car la question de l'acceptabilité des prélèvements obligatoires se serait posée.

Pr André Grimaldi. Aujourd'hui, des actes médicaux sont sous-financés, alors que d'autres sont surfinancés. Une mise à plat s'imposerait.

L'idée d'être conventionné tout en appliquant des tarifs avec « tact et mesure », c'est-à-dire non négociés, va contre l'esprit de la sécurité sociale. C'est pour cela qu'a été créée l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), qui correspond à un secteur 2 avec des dépassements négociés avec la collectivité. Ce principe doit être clair.

En ce qui concerne les dépassements privés à l'hôpital, il est très surprenant que les oncologues en pratiquent, mais pas les hématologues, qui soignent pourtant les cancers du sang. La concurrence, encore une fois, fait monter les prix.

Le mode de financement doit être revu. Dans le secteur 1, l'idée se développe qu'une question égale une consultation et deux questions deux consultations. C'est inflationniste. Si vous aviez un forfait annuel avec un cahier des charges, vous retrouveriez une liberté professionnelle.

D'ailleurs, je ne comprends pas comment les différents gouvernements, de gauche comme de droite, réussissent à unifier contre eux un front du refus des professions libérales. On réussit à envoyer en exil dans des hôtels à Bruxelles des chirurgiens qui font des dépassements d'honoraires, soutenus par les généralistes. Il faudrait arrêter d'emmerder les médecins qui sont en secteur 1. Le secteur 2 devrait redevenir un secteur 1 revalorisé et repensé en cogestion avec les professionnels de santé. Et je ne parle pas des manipulateurs radio.

M. Martin Hirsch. Il pourrait exister un bouclier sanitaire absolu : au-delà des 500 premiers euros, tout serait couvert à 100 %. Il ne s'agit pas d'un bouclier en fonction des revenus, mais d'un déclenchement du remboursement en fonction des revenus.

Ces dernières années, de plus en plus de personnes à hauts revenus se déclarent choquées qu'on ne leur demande rien et qu'on ne tienne pas compte de leurs revenus.

Quelle est la plus grande vulnérabilité du bouclier sanitaire ? C'est sa puissance. Si vous le fixez à 1,3 % du revenu dans la loi de financement de la sécurité sociale, il est bien plus facile, l'année suivante, de le passer à 1,4 %. Sa force est son talon d'Achille.

Un déficit de l'assurance maladie est-il acceptable ? Il est l'un des moins acceptables, sauf en cas de plan de prévention gigantesque. Revenir à l'équilibre en augmentant les participations forfaitaires dans le système actuel, c'est effectivement enfoncer sur le toboggan ceux pour qui les conditions d'accès aux soins sont déjà difficiles.

Maintenir les dépassements avec une supplémentaire ouvrirait la voie à une sécurité sociale des pauvres et une sécurité sociale des riches.

M. le président Jérôme Guedj. Un supplément pour une chambre individuelle serait acceptable, mais pas pour un dépassement d'honoraires ?

M. Martin Hirsch. Un système qui nous conduit à imposer, quand on construit un nouvel hôpital, d'avoir des chambres doubles pour pouvoir financer les chambres individuelles me semble le signe d'une pathologie de notre système administratif.

Pr André Grimaldi. Le dépassement d'honoraires, c'est le secteur 3. Vos patients ne sont pas remboursés, vous êtes séparatiste, vous quittez le système solidaire français. C'est hors convention.

M. le président Jérôme Guedj. Cela induirait une binarité : soit tout en secteur 1, soit tout en secteur 3.

Pr André Grimaldi. Absolument.

M. le président Jérôme Guedj. Nous aurions une « sécu privée » : je m'assurerais pour avoir accès au secteur 3. Nous aurions alors un problème de consentement à la sécurité sociale.

Pr André Grimaldi. Tout Français cotiserait, même ceux qui ne veulent pas être soignés dans le système de santé français. Cela concernerait un très petit nombre de personnes.

M. le président Jérôme Guedj. Un précédent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoyait le déremboursement des prescriptions des médecins en secteur 3, en amont, avant qu'il y ait trop de médecins en secteur 3.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. C'était l'une des mesures préconisées par le rapport de nos deux collègues Jean-François Rousset et Yannick Monnet. Il s'agissait d'encourager les médecins à revenir dans le système conventionnel.

Je vois un risque dans ce que vous suggérez. Si tout le monde joue le jeu de l'assurance maladie, c'est très bien. Mais en cas de fuite vers le secteur 3, on court le risque d'une médecine à deux vitesses. Les Français seraient perdants.

Pr André Grimaldi. Le secteur 2, l'Optam, doit être négocié, mais le « tact et mesure » est dépassé et n'a aucune justification.

Nous avons un double financement pour le même soin. C'est une absurdité à tout point de vue. On peut proposer à ceux qui sont favorables à la concurrence et qui croient qu'elle fonctionne de généraliser la gestion de l'assurance maladie obligatoire aux assurances complémentaires qui seraient en concurrence. Cela coûterait beaucoup plus cher en frais de gestion. Mais l'idée d'une complémentaire pour le même soin n'a aucun sens.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Le reste à charge zéro (RAC 0), ou 100 % Santé, a bien fonctionné. Comment l'analysez-vous ? Et dans vos préconisations, qu'imaginez-vous ?

Pr André Grimaldi. C'est un transfert. Les milliards qui sont versés aux complémentaires pourraient être transférés à l'AMO et nous économiserions plus de 8 milliards de frais de gestion. Les complémentaires remboursent 12,5 % des soins et leurs frais de gestion s'élèvent à 8,7 milliards, en augmentation de 2,6 % par an, dont 50 % de frais d'acquisition et de courtage.

Ou bien nous continuons sur la pente actuelle, qui est d'augmenter la part des complémentaires, en faisant passer le ticket modérateur de 30 % à 40 % pour les soins de ville, ce que proposait Michel Barnier. Ou bien nous diminuons l'accès au 100 % des ALD, ce qui est dans l'air. C'est une politique anti-redistributive, anti-médicale et qui, à terme, coûte plus cher.

M. Didier-Roland Tabuteau. Sur le RAC 0, en termes d'accès aux soins, le résultat est atteint. Il reste que la part financée par l'AMC dans ce dispositif l'est selon des règles très inégalitaires.

La réunion s'achève à quinze heures cinquante.