

Assurance locale Alsace-Moselle

Équipe : Denis Raynaud, Renaud Legal, Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Flavie Plockyn, Petra Tschuchnig

Soutien financier : Régime local d'Alsace-Moselle (RLAM).

Période de réalisation : 2025-2028

Données : Données PSCE 2017 appariées au Système national des données de santé (SNDS), données de l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019 appariées au SNDS, données du SNDS (accès permanent de l'Irdes), éventuellement EDP-Santé.

Contexte

Le régime local d'Alsace-Moselle (RLAM) est une assurance complémentaire obligatoire dérogatoire au droit commun français¹. Ce régime permet une extension de la prise en charge des dépenses de santé sur le même champ d'intervention que l'assurance maladie obligatoire (AMO) du régime général. Il offre une prise en charge intégrale du ticket modérateur (TM), du forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation, du forfait patient urgence et des transports sanitaires et une partie du TM dans la limite d'un reste à charge de 10 % pour les soins de ville². Sur le marché de la complémentaire santé, au sein duquel coexistent des contrats collectifs (proposés par les employeurs) et des contrats individuels, le régime d'Alsace-Moselle correspond à un étage supplémentaire à l'AMO de base et se substitue – pour partie – à ces contrats complémentaires. Notons que tous les habitants de la région Alsace-Moselle ne sont pas tous couverts par ce régime. Celui-ci ne couvre pas les fonctionnaires des

¹ Historiquement, le régime est issu du rattachement de 1871 à 1918 des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle à l'Empire allemand. Pendant cette période, la population a bénéficié du système d'assurance maladie des lois de Bismarck, qui laissait une fraction modeste des dépenses de santé aux assurés. Après la Seconde guerre mondiale, à la création du régime général de Sécurité sociale, la population locale s'est mobilisée pour conserver son régime particulier. Le décret du 12 juin 1946 l'a maintenu à titre provisoire. Le régime local a été pérennisé par une loi du 31 décembre 1991.

² À l'exception des médicaments à service médical rendu (SMR) modéré, pour lesquels le TM est de 20 % et les médicaments à SMR faibles, pour lesquels le régime n'intervient pas, laissant de facto le TM à 85 %.

trois fonctions publiques, les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales, etc.) et les salariés des régimes spéciaux.

Les règles de financement et les solidarités induites par le régime local d'Alsace-Moselle diffèrent de celles du régime général et, encore plus, de celles du marché privé de la complémentaire santé. Ce régime soulève un certain nombre de questions qui seront traitées en deux volets. Le premier volet vise à mesurer les effets redistributifs du RLAM et à estimer des effets redistributifs de versions réformées de ce régime. Le deuxième volet cherche à étudier les impacts du RLAM sur les niveaux de couverture complémentaire, les dépenses de santé de ses bénéficiaires (y compris le recours aux soins), ainsi que sur le fonctionnement du marché de la complémentaire santé.

Premier volet :
**Quels sont les effets redistributifs du régime local pour les assurés,
et les impacts financiers pour les employeurs ?**

Équipe : Renaud Legal, Flavie Plockyn

Le régime est financé *via* une cotisation calculée sur l'intégralité du salaire des assurés depuis 1986³. Les employeurs ne le financent pas. Les pensions des retraités et les allocations des chômeurs font également l'objet d'une cotisation. La cotisation est déductible de l'impôt sur le revenu. C'est un régime autonome géré par les seuls représentants des organisations syndicales de salariés.

- Quels effets redistributifs du régime local d'Alsace-Moselle sur les assurés ? Quels sont les transferts financiers entre catégories de population en raison de la solidarité intergénérationnelle, intra-familiale et inter-professionnelle du RLAM ?
- Quel impact financier du régime local d'Alsace-Moselle sur les employeurs ?

Pour évaluer les effets redistributifs pour les assurés, des micro-simulations seront mises en œuvre. Elles permettront de caractériser les gagnants et les perdants du RLAM par rapport à la situation contrefactuelle sans RLAM : distribution des gains et des pertes par sous-catégories de population (retraités/salariés du privé/contractuels fonction publique/chômeurs, âge, niveau de revenu, état de santé, composition familiale). Les impacts financiers pour les employeurs seront aussi évalués à l'aide de techniques de micro-simulations.

Plusieurs jeux d'hypothèses seront considérés : comportements de couverture inchangés, efforts de financement constants. Ils pourront être affinés au fil de l'avancée du projet. Les hypothèses pourront aussi être confrontées aux enseignements de la microéconomie de l'assurance⁴.

³ Les cotisations peuvent varier « dans la limite d'une fourchette de 0,75 % à 2,5 % », sauf cas d'excédent ou de déficit massif du fonds de réserve. Le taux de cotisation des salariés est en 2024 de 1,3 %.

⁴ Le RLAM vient modifier la richesse de l'individu : l'augmenter si la cotisation RLAM est inférieure à ce qu'aurait coûté la couverture RLAM sur le marché privé, la diminuer si la cotisation RLAM est su-

En outre, plusieurs scénarios d'évolution du RLAM seront simulés, notamment un élargissement du champ des éligibles aux fonctionnaires des trois fonctions publiques, élargissement du panier de soins couverts au panier du 100 % santé ou au panier de soins socle de l'accord national interprofessionnel (ANI). Pour chaque scénario, il s'agira d'apprécier l'impact financier global pour le RLAM et les effets microéconomiques de la réforme, en réalisant des analyses par sous-populations des gagnants et des perdants par rapport à la situation actuelle.

Sur le plan méthodologique, un des enjeux sera de déterminer les grandeurs contrefactuelles suivantes : comment les individus/les employeurs se seraient-ils couverts sans le RLAM ? Combien le contrat de complémentaire santé aurait coûté ? Dans le cas des couvertures collectives, quelle aurait été la participation de l'employeur ?

Ce volet mobilisera plusieurs sources de données : l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017 (et éventuellement 2025) appariée au SNDS, l'enquête santé européenne (*European Health Interview Survey*, EHIS) 2019 appariée au SNDS, les données du SNDS, et éventuellement les données de l'EDP-Santé.

Deuxième volet : Le régime d'assurance maladie d'Alsace-Moselle permet-il un accès aux soins plus équitable que le régime général ?

Équipe : Aurélie Pierre, Marc Perronnin, Petra Tschuchnig

État d'avancement : en cours d'avancement

Le deuxième volet cherche à étudier les impacts du RLAM sur les niveaux de couverture complémentaire, les dépenses de santé de ses bénéficiaires, ainsi que sur le fonctionnement du marché de la complémentaire santé.

(i) Tout d'abord, nous cherchons à étudier si le RLAM conduit à améliorer les niveaux de couverture complémentaire de ses assurés comparativement aux niveaux de couverture des assurés du régime général, notamment en ce qui concerne la prise en charge des dépassements. Il est en effet possible que les assurés du RLAM soient mieux couverts par une complémentaire santé du fait de l'effet revenu positif qu'il induit pour certains d'entre eux mais aussi, et surtout, de l'effet prix qu'il induit sur les primes des contrats de complémentaire santé. A offre de remboursement identique exprimée en proportion du tarif de convention, les primes des contrats des assurés du RLAM sont de fait nécessairement réduites, comparativement aux primes des assurés du régime général.

(ii) Ensuite, nous chercherons à analyser les effets du RLAM sur les dépenses de santé de ses assurés au sens large, en nous intéressant au montant des dépenses

périure à ce qu'aurait coûté la couverture RLAM sur le marché privé. L'effet du RLAM dépend de l'effet de cette variation de richesse sur la demande d'assurance, lequel effet dépend des préférences de l'individu en termes d'aversion au risque.

mais aussi au fait de recourir aux soins et à la fréquence des recours. Il s'agira d'étudier si le régime local conduit ou non à augmenter les dépenses de santé et le recours aux soins de ses assurés. Ces deux premières parties s'intègrent dans la littérature assurantielle internationale concernant les questions de sélection adverse, d'aléa moral et de solvabilisation de la demande de soins.

(iii) Enfin, il s'agira de chercher à étudier l'ampleur de la réduction des primes des contrats de complémentaire santé que permet le RLAM afin d'illustrer le fonctionnement du marché de la complémentaire santé.

Ce volet exploitera l'Enquête protection sociale et complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017 et l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019, toutes deux appariées avec les données de consommation de soins du SNDS.