

La lettre du Collège

LA RÉFORME DU RAC 0

Actes de la 16^e Matinée thématique du 14 novembre 2018

SOMMAIRE

Paroles d'ouverture de la Matinée
Thierry Beaudet..... 3

TABLE RONDE 1

Les contours des paniers de soins

- **Introduction**
Les contours des paniers de soins
Florence Jusot..... 5
- **Impact du RAC 0 sur les prestations de l'AMC**
Didier Balsan 6
- **Quelle définition du panier de soins pour les plus démunis ?**
Les enseignements de la CMU-C
Marianne Cornu-Pauchet 8
- **RAC 0 : une dynamique nouvelle de gestion du panier de soins ?**
Dominique Polton..... 10

TABLE RONDE 2

Impact sur le marché de la complémentaire

- **Introduction**
Impact sur le marché de la complémentaire
Carine Franc..... 13
- **Conséquences de la réforme du RAC 0 sur les tarifs des assurances**
Denis Raynaud..... 14
- **Évolutions des filières de l'optique, l'audioprothèse et le dentaire**
Stéphane Le Bouler..... 16

LE MOT DU PRÉSIDENT

Et si le pouvoir démocratique (parlementaire !) était une réalité ? Et si nous nous en félicitions ?!

Un chiffre passé un peu inaperçu cet automne. La consommation de soins (CSBM) en 2017 a augmenté moins vite que le PIB. Ou dit autrement, en pourcentage du PIB, la CSBM a reculé, de 0,1%. Pour un bien supérieur c'est une gageure. D'autant plus que le vieillissement rapide de la population induit une augmentation mécanique des consommations de soins, vieillissement qui va d'ailleurs s'accélérer si l'on considère plus spécifiquement la tranche des plus de 80 ans.

On ne se rend jamais vraiment compte des événements quand on les vit. Le coup de frein à l'augmentation des dépenses de santé depuis 10 ans est un coup de frein spectaculaire. Il marque un tournant majeur de la régulation de notre système de santé. Un tournant forcé par les contraintes budgétaires, les engagements européens et l'atonie durable, pour ne pas dire structurelle, de notre économie, certes, mais malgré tout il est la démonstration que notre système n'est pas incontrôlable, voué à s'abîmer dans les déficits sans fin et à l'agonie financière.

On a beaucoup moqué, les économistes ne furent pas les derniers, le principe d'un contrôle démocratique, par le parlement, des dépenses de l'assurance maladie. Des objectifs sans instruments, une foutaise ! La force de l'engagement démocratique, de la volonté du peuple pour manier l'emphase républicaine, dans la régulation quotidienne du système de santé a été négligée. Elle s'avère plus opérante que beaucoup ne l'avait imaginée.

Bien sûr, je vous entends, il y a beaucoup à dire sur la répartition, l'opportunité et l'efficacité des efforts demandés aux acteurs du système de santé, et c'est d'ailleurs, à nous autres économistes de la santé, de le documenter ; mais, que diable, ces efforts ont été réalisés ! Ne pourrait-on pas, juste un moment remercier chaleureusement les professionnels des établissements de santé faisant plus avec moins, les patients conviés à expérimenter dans l'incrédulité la chirurgie ambulatoire, les usagers que l'on informe que leurs médicaments fétiches ne seront plus remboursés, que l'on invite à patienter pour un rendez-vous ou à se déplacer plus loin pour une consultation... Ils participent à la soutenabilité de notre système de santé, merci.

Si les femmes et hommes politiques en charge de notre système de santé pouvaient plus franchement, plus souvent, plus naturellement se féliciter en public de cette victoire démocratique et remercier les acteurs de cette victoire (usagers, patients et professionnels de santé), ils feraient bon usage de leurs mandats. Juste un bon usage pédagogique, féliciter, remercier avant de demander de nouveaux efforts. ■

Jérôme Wittwer
Président du Collège
des économistes de la santé

**Cette Matinée thématique du Collège
a reçu le soutien de**



Collège des économistes de la santé
CESP – Équipe 1 – Hôpital Paul Brousse Bâtiment 15/16
16, avenue Paul Vaillant Couturier 94807 Villejuif cedex

Tél. : 06 67 52 04 16 **E-mail :** sg@ces-asso.org **Site internet :** www.ces-asso.org

Directeur de rédaction : Jérôme Wittwer,
assisté de Denis Raynaud et Bruno Detournay - **Secrétariat de rédaction :** Claire Maugé

IRDES **Conception maquette :** Franck-Séverin Clérembault (Irdes), Anne Evans (Irdes)
Mise en pages : Franck-Séverin Clérembault, Damien Le Torrec (Irdes) - **ISSN :** 2266-7857

Tous droits réservés. Les reproductions des textes, graphiques ou tableaux sont soumises à autorisation écrite et préalable du Collège des économistes de la santé.

Thierry Beaudet

Président de la Mutualité française

Dès février 2017, la Mutualité Française avait organisé un grand débat avec les candidats à l'élection présidentielle. Lorsque nous avons échangé avec Emmanuel Macron autour de la place de la santé, nous nous sommes rapidement forgés la conviction que les promesses de celui qui allait devenir Président de la République seraient tenues. Parmi ces promesses, figurait le reste à charge nul en optique, dentaire et aides auditives. D'un point de vue social et économique, nous avons considéré ce projet plutôt comme une bonne idée, à l'écoute des adhérents.

Nous avons repéré les évolutions de leurs attentes depuis plusieurs années. Autrefois, nos adhérents, face à des épisodes de soins programmés, nous demandaient quel serait le montant du remboursement de leur mutuelle. Plus récemment, ils nous ont demandé combien il leur restera à payer, après le remboursement de la sécurité sociale et de la mutuelle. Maintenant, la question principale est d'une autre nature : où puis-je trouver un professionnel de santé pour me soigner ? Avec le temps, il y a vraiment une évolution des questionnements des adhérents.

Dans les faits, sur certaines spécialités, nous avons constaté que, lorsqu'il existe un espace de liberté tarifaire, se posent objectivement des problèmes d'accès aux soins. En septembre 2017, la Mutualité Française a publié un observatoire sur ces sujets, à partir des données de l'assurance maladie obligatoire, le Sniiram. De fortes disparités territoriales ont ainsi été relevées sur les restes à charge, l'exemple le plus caricatural est un équipement standard avec une garantie de complémentaire pouvait entraîner un reste à charge de 4 euros en Ariège et près de 240 euros à Paris. Sur les trois sujets (dentaire, auditif et optique), notre observatoire faisait ressortir des disparités très importantes.

Pour participer au débat, en décembre 2017, la Mutualité Française a ensuite rendu publiques un certain nombre de propositions élaborées en interne avec les mutuelles pour l'accès aux soins pour tous. Si je devais résumer l'esprit de nos propositions, il s'agit de concilier égalité mais aussi liberté : « serait-il possible de passer d'une situation de reste à charge subi du point de vue des Français et des mutualistes, à l'absence de reste à charge ou éventuellement à un reste à charge choisi ? ». On a essayé de définir des paniers de soins nécessaires et de qualité, dans les trois domaines concernés, qui permettraient le reste à charge 0 tout en laissant la liberté aux Français qui le souhaitent de pouvoir demander des équipements ou des aides un peu différents. Et également on a laissé la possibilité aux professionnels de santé de faire des propositions qui aillent au-delà de ce panier avec un reste à charge 0.

De notre point de vue, pour atteindre cet objectif, il fallait impliquer et mobiliser tous les acteurs. Tout d'abord, les professionnels de santé, qui devaient accepter de

renoncer à leur liberté tarifaire sur le reste à charge 0 avec des mécanismes de limitation des tarifs. Cela supposait de mobiliser également les financeurs (assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire). Et on considérait enfin que l'Etat pouvait jouer un rôle important pour faciliter l'accès à ce reste à charge 0. Aujourd'hui, les organismes de complémentaire santé sont fortement taxés, à hauteur de 13,27 % (bientôt 14,07 %) de leur cotisation.

Nous avons naturellement essayé de dialoguer avec les autres familles de complémentaires, des assureurs lucratifs et des groupes de protection sociale pour que nos propositions puissent rassembler l'ensemble des complémentaires. Quelques sujets de désaccord ont émergé. Le premier était qu'accepter de discuter du reste à charge 0 du point de vue d'une complémentaire, c'est accepter encore une couche supplémentaire de réglementation. Le second était de réfléchir à la correction articulation entre ce dispositif et la liberté des réseaux des professionnels audioprothésistes, opticiens et chirurgiens-dentistes.

A la Mutualité Française, nous pensons que les réseaux ont un rôle à jouer au-delà du panier reste à charge 0 et j'ai la conviction que, dans la mise en œuvre, nous allons nous rendre compte que les réseaux peuvent jouer un rôle important dans le cadre de la diffusion large du panier reste à charge 0, tout en s'assurant que ce qui va être proposé à nos adhérents relève bien d'équipements nécessaires, utiles et de qualité.

Dans la suite des négociations et discussions, les mutuelles se sont rendu compte qu'il pouvait y avoir un paradoxe dans cette réforme car ceux de nos concitoyens qui sont économiquement les plus fragiles pourraient finalement être exclus de celle-ci. Il s'agit de ceux qui ont des contrats au niveau du ticket modérateur, souvent liés à la faiblesse de leurs ressources, dans le cadre de contrats à adhésion individuelle. Une des réponses apportée aujourd'hui ne règle pas tout, c'est la refonte du dispositif CMU-C / ACS. La Mutualité Française est d'accord avec l'idée, mais la mise en œuvre pose beaucoup de questions. Tout d'abord le non recours : certaines personnes qui pourraient prétendre à l'ACS ne connaissent pas le dispositif, d'autres trouvent la démarche administrativement trop complexe, d'autres veulent tout simplement être considérées comme des citoyens comme les autres et ne veulent pas se retrouver enfermées dans des dispositifs qui peuvent avoir un côté stigmatisant, de patient de seconde zone qui pourrait se voir essuyer dans un certain nombre de refus de soins.

Vis-à-vis de ces adhérents, vis-à-vis des pouvoirs publics, pour la réussite de la réforme du RAC 0, l'engagement que j'ai pris est un engagement de transparence. J'avais demandé à la Ministre de mettre en place un comité de suivi de la réforme à la fois pour apprécier l'impact sur les Français, l'impact sur les filières des professionnels

de santé et l'impact sur les cotisations des adhérents. Je veux qu'on montre à livre ouvert les conséquences de la réforme sur le remboursement et donc sur nos cotisations. Ce sujet est très important pour la Mutualité Française parce que nous sommes différents de nos concurrents. Ce n'est pas un hasard si 70 % des plus de 65 ans font confiance à une mutuelle pour leur protection complémentaire de santé et c'est un pourcentage qui augmente avec l'âge. Pour le dire autrement, dans un certain nombre de compagnies qui ne sont pas mutualistes, on s'adresse prioritairement, pour certaines d'entre-elles, quasi-exclusivement à des actifs.

Dans le cas d'un organisme mutualiste, qui a par exemple dans son portefeuille individuel 70 % de seniors, naturellement l'impact sur les remboursements et sur les cotisations pourrait être complètement différent. Et donc, pour nous, ne pas se laisser enfermer dans une vision trop macroéconomique de l'évolution des dépenses du RAC 0.

Nous demandons à ce qu'il y ait une étude non pas compagnie par compagnie, mais par profils de portefeuilles protégés parce que les conséquences ne seront pas les mêmes.

Dans la période actuelle, certains jouent à se faire peur sur la croissance des remboursements et cotisations

occasionnée par la réforme. Dans nos estimations, nous pensons qu'il ne devrait pas y avoir d'explosion des remboursements. Nous postulons sur le fait que la hausse des dépenses en dentaire et audio prothèses sera peu ou prou compensée par les effets moindres en optique. Et, si les moins ne compensaient pas les plus, l'augmentation devrait tout de même rester raisonnable.

Il faut rappeler deux préalables :

- Premièrement, l'impact économique de la réforme va dépendre des prix pratiqués par les professionnels de santé, car le montant du remboursement est en fonction des prix. Donc commençons par parler des prix qui vont être pratiqués.
- Deuxièmement, la diffusion ou non de l'accès aux soins dépendra aussi de la manière dont les paniers RAC 0 seront présentés et proposés à nos concitoyens. Je pense que les professionnels de santé ont une responsabilité tout à fait importante.

Actuellement, sur la base d'hypothèses partagées, nos estimations sont globalement d'un peu moins de 150 millions d'euros. Aujourd'hui, nous voulons croire que, globalement, avec les modulations que j'ai évoquées, en fonction des portefeuilles protégés, nous pourrions absorber la réforme RAC 0. ■

Introduction de la première table ronde

LES CONTOURS DES PANIERS DE SOINS

Florence Jusot

Professeur en sciences économiques, Université Paris Dauphine

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
http://www.ces-asso.org/sites/default/les/rac_0jusot-v1.pdf

Pour lancer le débat, je voulais rappeler quelques éléments, du point de vue de l'économiste, sur ce reste à charge 0.

Le système d'assurance maladie publique en France offre depuis sa création une couverture partielle des soins, les assurés sociaux ayant à leur charge un ticket modérateur sur l'ensemble des soins ainsi que l'essentiel des dépenses liées à la liberté tarifaire, à l'optique, aux prothèses dentaires et audio prothèses.

Pourquoi avoir choisi ? défini ? un tel système ?

Les justifications économiques du maintien d'un tel reste à charge sont nombreuses. Tout d'abord, ce reste à charge, et en particulier le ticket modérateur vise à modérer les dépenses de santé, c'est à dire à limiter l'aléa moral (consommations non nécessaires ou supérieures aux consommations attendues au regard des primes payées) et la demande induite par la responsabilisation des patients.

Laisser une partie des soins à la charge de celui qui les utilise permet ensuite de limiter la solidarité de notre système. Effectivement, le fait d'avoir une couverture publique conduit à une solidarité non seulement au sein des classes de risques, mais aussi entre groupes d'âges et entre groupes de revenus. Cette solidarité est justifiée pour garantir l'accès aux soins nécessaires les plus coûteux. Mais on peut se dire que cette solidarité n'a peut-être pas vocation à s'étendre à l'ensemble des prestations. Notamment jusqu'à présent on peut penser que, dans notre système, cette solidarité paraissait moins évidente pour l'optique, les audio prothèses et les soins dentaires.

Enfin une dernière justification pour le reste à charge est de laisser une certaine liberté de choix de niveau de couverture aux assurés. Alors que l'assurance publique offre un niveau d'assurance unique qui s'impose à tous, laisser un reste à charge permet aux assurés sociaux de choisir ou non de le réassurer auprès d'un organisme de complémentaire santé.

Pourquoi ne plus vouloir de reste à charge ?

Toutefois, ce reste à charge peut être source de difficultés financières et de renoncement aux soins en particulier pour les assurés le plus modestes et les plus malades.

Alors que le système se donne pour objectif de garantir l'accès aux soins à tous et d'éviter les difficultés financières induites par la maladie, il existe en France des inégalités d'accès aux soins, qui sont largement expliquées en France par la possession ou non d'une complémentaire santé. En comparaison internationale, les inégalités d'accès aux soins sont plus fortes dans les systèmes laissant un reste à charge plus important. C'est pourquoi le système prévoit des exonérations des tickets modérateurs pour les personnes souffrant d'ALD. Plusieurs dispositifs ont par ailleurs été mis en place pour réduire ou éliminer les restes à charge des personnes pauvres et modestes pour un panier de soins assez large : CMU-C, ACS, AME.

Pourquoi vouloir étendre le reste à charge 0, c'est à dire imposer une couverture complète, à l'ensemble des personnes assurées par des organismes de complémentaire santé ?

C'est un choix à première vue discutable pour l'économiste. Comme nous l'avons vu, le reste à charge a des propriétés incitatives alors que la prise en charge complète des soins peut être source d'aléa moral. Il n'est pas non plus évident que les assurés sociaux souhaitent forcément avoir une assurance complète puisque cette couverture accrue implique des primes d'assurance plus élevées. En effet, la théorie économique a démontré que la demande d'assurance n'est complète que lorsque les primes sont actuariellement neutres, c'est-à-dire lorsque les indemnités reçues sont égales en moyenne aux primes versées. Les individus préfèrent au contraire avoir une couverture partielle en présence de taux de chargement, expliqué par exemple par des frais de gestion. En effet dans ce cas, la valeur accordée par les individus à un supplément de couverture peut être inférieure aux primes supplémentaires à payer pour avoir une couverture complète. Enfin, la théorie économique démontre que la demande d'assurance ne concerne que les dépenses aléatoires et jamais les dépenses certaines, telles que l'optique. On peut se demander pourquoi le recours à des assurances est déjà si important en France pour des soins comme l'optique, ni pourquoi il faudrait le généraliser.

Cependant, il peut être souhaitable d'étendre la couverture complète à tous les assurés que ce soit pour les contraindre à se soigner (afin notamment d'inciter à une prise en charge précoce), pour éviter les renoncements aux soins induits par le manque d'épargne accumulée et

les difficultés d'emprunt, ou pour éviter que les individus ne subissent des dépenses catastrophiques non ou mal anticipées.

Des biais de perception affectant les probabilités sur les restes à charge élevés peuvent ensuite expliquer une demande d'assurance complète même en l'absence de primes actuarielles. Une demande d'assurance accrue peut aussi émerger lorsque les individus sont averses à la corrélation entre santé et revenu ($U_{12} < 0$) ou lorsqu'ils ont une très forte préférence pour la santé et que l'accès aux soins est contingenté à la couverture.

Étendre la couverture complète à tous les assurés peut également être justifié si cela permet de réduire le coût de l'assurance et des soins, que ce soit une meilleure

mutualisation des risques ou par la mise en place de réseaux. Enfin, la mise en place du reste à charge 0 peut être justifié si celui-ci est financé par des primes déconnectées du risque individuel et donc source de solidarité en particulier en faveur des assurés les plus modestes qui pourraient pâtir de cette obligation d'assurance.

Les arguments précédemment évoqués invitent à s'interroger sur les contours du reste à charge 0 : Pour quels soins est-il souhaitable d'avoir un reste à charge 0 ? Cette couverture complète devrait-elle être fournie par l'Assurance Maladie Obligatoire ou l'Assurance Maladie Complémentaire ? Quel panier de soins pour les plus démunis ? Comment financer ce reste à charge 0 ? Quelles conséquences sur les primes d'assurance complémentaire ? ■

IMPACT DU RAC 0 SUR LES PRESTATIONS DE L'AMC

Didier Balsan

Expert référent à la Direction santé de la Mutualité française

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
http://www.ces-asso.org/sites/default/les/ces_-_impact_rac_balsan.pdf

D'un point de vue macroéconomique, à partir des données des comptes nationaux de la santé, les restes à charge après interventions du régime obligatoire et des complémentaires apparaissent en moyenne relativement faibles. Ils sont de l'ordre de 220 euros par an et par habitant, la dépense de santé étant prise en charge par la sécurité sociale à hauteur de près de 80 %, les mutuelles et les complémentaires santé couvrant environ 13 %. Le reste à charge des ménages est inférieur à 10 %.

Ce constat global moyen ne masque cependant pas des difficultés. D'une part, la dépense n'est pas complètement régulée. La dépense qui est remboursée par le régime obligatoire l'est aux travers des différents tarifs. Cependant, pour la partie de la dépense qui est à la charge des ménages et de leur complémentaire, il existe un certain nombre de secteurs pour lesquels il n'y a pas de régulation des prix. C'est le cas des dépassements d'honoraires et des tarifs pratiqués en optique, pour les prothèses dentaires et les aides auditives. De sorte que si les pouvoirs publics sont parvenus à réguler la dépense du régime obligatoire, parfois en usant de transferts vers les ménages et leurs complémentaires, en réalité on n'arrive pas à réguler complètement la couverture des patients.

Pour une fraction non négligeable de la population (5%), les restes à charges après intervention de la sécurité sociale peuvent atteindre des niveaux qui sont très élevés. La FNMF a actualisé une étude qu'avait réalisée le HCAAM en 2013. Cette étude montre que pour 3,3 millions de personnes le reste à charge annuel après interven-

tion du régime obligatoire est supérieur à 1 700 euros, ce qui correspond environ à un mois de revenu disponible moyen pour l'ensemble de la population. Ces restes à charges sont en moyenne de 2 900 euros sur une année. On est bien au-delà des 220 euros en moyenne.

Certes la couverture qui est réalisée par les complémentaires santé vient largement diminuer ces restes à charges. En effet, les complémentaires santé réduisent de trois quarts le reste à charge. Cependant, 5 % de la population n'est pas couverte par une complémentaire santé et, par ailleurs, les niveaux de couvertures sont très variables, en particulier sur les biens visés par la réforme du RAC 0 parce que c'est là où se jouent les différences de couvertures.

On peut considérer le fait de limiter les RAC systématiquement, quelle que soit la couverture complémentaire, comme un objectif d'amélioration de notre système de protection sociale dans son ensemble. Les calculs menés par la FNMF dans le cadre de son observatoire « Place de la santé 2018 » montre que pour 60% des personnes qui ont des RAC élevés, ces RAC sont dus à des dépenses fortes en optique, en prothèses dentaires et en aides auditives. Si l'on parvient à trouver une solution (et on espère que c'est le cas avec la réforme du RAC 0) à la question des RAC élevés dans ces secteurs, on résout – partiellement – une question importante de notre système de santé. Il restera encore 40 % de situations avec des RAC importants, plus liés à l'hospitalisation, en particulier pour des personnes âgées qui sont en ALD.

La réforme du RAC 0 est une manière de pérenniser notre organisation telle qu'elle s'exprime aujourd'hui en termes d'articulation RO/RC.

Sur le périmètre des paniers, la promesse du candidat Macron était large puisqu'on était en période d'élection. Très vite après l'élection, la notion de biens essentiels a été introduite par les pouvoirs publics. Au vu de l'importance des RAC portés par les ménages après intervention du régime obligatoire et complémentaire, et qui atteignent plusieurs milliards d'euros, il ne pouvait être question de couvrir l'intégralité des restes à charges. Il a donc fallu définir les actes entrant dans les paniers RAC 0 et ceux n'y entrant pas. Cependant, il est resté de la promesse initiale l'intention que les patients puissent être couverts quel que soit leur besoin, leur pathologie ou leur niveau de correction et que des options et éléments esthétiques soient partiellement inclus dans le panier.

En optique, tous les niveaux de correction sont inclus dans le RAC 0 avec un prix croissant avec la correction. Il est également prévu une gamme étendue de caractéristiques de qualité et d'esthétique comme les anti-rayures, les anti-UV, les antireflets et l'amincissement (le degré d'amincissement augmentant avec l'importance de la correction).

En dentaire, le choix du matériau des couronnes est ajusté en fonction de la visibilité de la dent.

Pour les aides auditives, plusieurs options sont incluses au choix dans une liste.

Tout cela permet de répondre à la majorité des besoins, de proposer des dispositifs de qualité et d'assurer un certain degré de satisfaction sur ces paniers RAC 0.

La FNMF a estimé l'impact de la réforme sur les prestations de l'ensemble des OCAM, en cumulant les effets sur les mutuelles mais aussi sur les autres opérateurs. On est sur des estimations basées sur les taux actuels de prise en charge tels qu'on peut les mesurer avec parfois un certain nombre d'incertitudes.

On peut voir que les effets sont très différents en termes de secteurs. On a un impact important sur le dentaire (hors revalorisation des soins conservateurs) : +320 millions d'euros.

En optique, on a deux sources d'économies. Tout d'abord on aura un plafonnement de la prise en charge des montures dans le cadre des contrats responsables. Aujourd'hui pour rester responsable la garantie ne peut pas rembourser la monture au-delà de 150 euros. A compter de 2020, ce plafond sera fixé à 100 euros. On estime ainsi une économie de 165 millions d'euros. Ensuite, le déport d'une partie de la population sur ces paniers à RAC 0 devrait aboutir à des économies car les remboursements par les complémentaires santé sur ces paniers vont être inférieurs à ceux qu'elles pratiquaient

en moyenne. Le montant des économies dépendra donc du taux de recours au panier RAC zéro : l'hypothèse d'un taux de recours à 20 % a été retenue pour ces estimations.

Sur les aides auditives, l'impact serait également important, même si cela concerne une part faible de la population, notamment parce que l'hypothèse qui est faite est que l'ensemble de la population appareillable sera demain appareillée. Cela représente une augmentation de 38% de la population appareillée par rapport à aujourd'hui. C'est évidemment une hypothèse très forte.

L'impact de la réforme sur les prestations de l'ensemble des OCAM est d'environ 140 millions d'euros, soit une augmentation de 0,5% des prestations aujourd'hui versées (hors revalorisation des soins conservateurs). L'impact de la revalorisation des soins conservateurs est estimé à 180 millions d'euros (+0,7 %). Au total, l'impact serait de +1,2 %. L'estimation est basée sur les taux actuels de prise en charge moyenne sur l'ensemble des organismes complémentaires d'assurance maladie.

La montée en charge de cette réforme prendra au moins quatre ans mais avec un effet de concentration assez fort en 2020 et 2021, aux dates de mise en place de l'obligation de la prise en charge par les complémentaires santé pour les paniers à RAC 0. Les évolutions de tarifs (et création d'actes en dentaire) commencent en 2019 et s'arrêtent en 2021 (aides auditives), voire en 2023 pour la revalorisation des soins conservateurs. Les prix limite de vente (PLV) ou honoraires limites de facturation en dentaire sont mis en place à partir de 2019 (aides auditives et dentaires) et atteignent les valeurs cibles en 2022 (aides auditives, prothèses dentaires). L'obligation de prise en charge par les complémentaires santé à hauteur des PLV pour les paniers RAC 0 dans le cadre des contrats responsables se fera en deux étapes : en 2020, l'optique et une partie des prothèses dentaires et en 2021, les aides auditives et le reste des prothèses dentaires. Enfin, l'augmentation des volumes d'aides auditives se poursuivra vraisemblablement au-delà de 2022 (l'augmentation de la diffusion banalisant progressivement le recours à ces aides).

Ces estimations sont soumises à de fortes incertitudes car les hypothèses sont nombreuses, notamment :

- un taux de recours de 20 % au panier RAC 0 en optique ;
- une fréquence inchangée des actes dentaires (à noter : la convention dentaire a introduit une clause de revoyure qui prévoit l'ouverture de négociation si des écarts sont constatés dans la structure des actes supérieurs à +/- 5 % ;
- un accroissement à terme de +38 % du recours aux aides auditives (toute la population appareillable équipée à terme).

Les impacts seront différenciés d'un organisme à l'autre et fonction des portefeuilles de garantie. Globalement,

pour l'ensemble des mutuelles, les impacts seront plus élevés du fait d'une population couverte plus âgée que pour les autres familles de complémentaire santé, ainsi que des taux moyens de prise en charge actuellement plus faibles.

D'une manière générale, les organismes ont la possibilité d'ajuster les cotisations de façon différenciée (augmentation moins que proportionnelle à l'augmentation des prestations pour les contrats d'entrée de gamme). Pour certaines mutuelles ayant une implantation territoriale forte cette possibilité aura une portée limitée. En effet,

lorsqu'on est très implanté localement et que sa part de marché est élevée sur ce territoire, finalement le niveau de ses garanties détermine les prix qui sont pratiqués et à ce moment-là les sont prix plutôt bas.

Les impacts par type de contrats (niveau de gamme, contrat individuel / contrat collectif) sont très contrastés. Les impacts sur les contrats TM des mutuelles sont estimés à +5 % en tenant compte d'une forte hausse des taux de recours aux soins. Enfin, l'impact sur la CMUC est estimé entre +5 % (taux de recours actuels) et +10 % (plus de renoncement aux soins). ■

QUELLE DÉFINITION DU PANIER DE SOINS POUR LES PLUS DÉMUNIS ? LES ENSEIGNEMENTS DE LA CMU-C

Marianne Cornu-Pauchet

Directrice du Fonds CMU

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :

http://www.ces-asso.org/sites/default/les/2018-11-14_matinee_thematique_ces_mme_cornu_pauchet_diaporama.pdf

Je vais essayer de montrer que les questions relatives au panier de soins qui se posent aujourd'hui autour de la réforme du RAC 0, se sont posées dès le début des années 2000 lors de la mise en place des dispositifs publics d'aide à la complémentaire santé : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Dix-neuf ans après sa création, que nous enseigne la CMU C sur le processus de définition et de gestion du panier de soins ?

J'insisterai sur le fait qu'il y a un enjeu essentiel à se mobiliser collectivement autour de la définition des bons paniers de soins. Aujourd'hui, la situation évolue favorablement car la réflexion a été poussée plus loin dans le cadre de la mise en place du RAC 0.

La loi CMU du 27 juillet 1999 ne pose pas directement la question de la définition des contours du panier de soins pertinent eu égard aux besoins en santé. Son objet premier est la mise en place d'une couverture universelle contre le risque maladie, accessible à tous sous condition de résidence stable et régulière sur le territoire. Le périmètre couvert est celui des prestations en nature de l'assurance maladie obligatoire.

Pour les plus démunis, la loi crée la CMU-C, complémentaire santé gratuite sous conditions de ressources et de résidence stable et régulière sur le territoire. Elle ne prévoit pas de définition d'un panier de soins spécifique pour cette population. En tant qu'assurance complémentaire, la CMU C vient compléter l'assurance mala-

die obligatoire de manière subsidiaire ; l'objectif est de lever l'obstacle financier d'accès aux soins en couvrant la part laissée à la charge des assurés par l'assurance de base sur les soins courants (ticket modérateur, forfait journalier hospitalier, frais à l'hôpital, médicaments, etc.). Cependant, la loi introduit d'emblée des modalités spécifiques de prise en charge sur le champ des soins peu couverts par l'assurance maladie obligatoire, pour les prothèses dentaires, l'audiologie et l'optique. Mais la constitution d'un panier CMU C pour ces dispositifs n'a pas donné lieu à une réflexion globale sur la sélection des dispositifs à intégrer.

Cependant, pour l'optique, les prothèses dentaires et l'audiologie, ce principe de la prise en charge différenciée inscrit dans la loi CMU amènera rapidement à la définition du périmètre des soins concernés, dont les contours seront établis en fonction d'objectifs variés :

- la contrainte financière qui aboutit à limiter le champ, et dans certains cas la qualité des soins pris en charge par la CMU-C, avec par exemple l'inscription au panier de soins de dispositifs d'entrée de gamme en optique ou audiologie ;
- le principe d'une participation des professionnels de santé à l'effort de solidarité en faveur de l'accès aux soins des personnes démunies, à l'aide de l'introduction de tarifs plafonds « sociaux », tarifs imposés aux professionnels de santé (tarifs plafonds pour les soins prothétiques dentaires, etc.) ;
- en contrepartie de cet effort, la « solvabilisation » d'une part des dépassements des professionnels intégrés dans

les tarifs plafonds (forfaits dépassements CMU C financés par le Fonds CMU-C).

Il est étonnant de constater que, sans qu'il y ait eu volonté de réfléchir sur l'adéquation du panier de soins aux besoins, le contour des dispositifs pris en charge ainsi que leur qualité ont d'emblée été définis de manière limitative.

Par exemple, en 1999, la couverture CMU C pour l'audiologie correspond à la prise en charge d'un appareil d'entrée de gamme et pour une seule oreille. Les paniers CMU-C sont alors restreints aux prothèses dentaires, audioprothèses et à l'optique, les autres dispositifs médicaux ne sont pas concernés.

Ensuite, différentes étapes ont jalonné la définition des paniers de soins CMU-C relatifs à l'optique, l'audiologie, les prothèses dentaires et l'orthodontie faciale et enfin les dispositifs médicaux.

En 2002, un arrêté élargit le panier CMU-C à d'autres dispositifs médicaux. Mais là encore avec une logique de sélection des dispositifs, sans qu'une analyse des besoins en santé des personnes concernées y soit associée. Entre 2002 et 2017, les améliorations sont peu nombreuses. En 2006 et 2014, le panier prothétique dentaire est un peu élargi. A compter de 2014, la prise en charge en audiologie comporte deux appareils (deux oreilles) et correspond à une gamme d'appareillage de bien meilleure qualité. En optique, les verres pris en charge sont désormais amincis, mais seulement pour les plus fortes corrections.

Plus récemment, les tarifs plafonds applicables aux bénéficiaires de la CMU-C pour les soins prothétiques dentaires ont été revalorisés, à compter du 1^{er} octobre 2017. Ils sont désormais également applicables pour les soins aux bénéficiaires de l'ACS. Ces dispositions ont été définies par règlement arbitral pris après l'échec des négociations entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie début 2017.

Souhaitant renouer le dialogue social avec la profession, la nouvelle Ministre des Solidarités et de la Santé a annoncé en 2017 le report de l'entrée en vigueur des dispositions générales du règlement arbitral mais a maintenu les mesures permettant d'améliorer la couverture des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Dans ce cadre, le Fonds CMU-C a porté, en lien avec la CNAM, une réflexion sur les contours du panier de soins, l'adéquation entre les tarifs et le type d'actes, la pertinence des actes introduits dans le panier pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Un point majeur concerne l'articulation entre la mise en place du RAC 0 et les dispositions pour les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS. Pour les plus démunis, la logique retenue jusqu'à maintenant était une logique systématique de différenciation : il s'agissait de considérer que les professionnels de santé doivent participer au dis-

positif de solidarité que constitue la CMU-C. Ce principe, qui aurait conduit à maintenir ou mettre en place des tarifs plafonds pour les bénéficiaires de la CMU-C inférieurs à ceux définis dans le cadre de la réforme du RAC 0, n'a pas été retenu pour les verres. Les tarifs plafonds pour les bénéficiaires de la CMU-C sont alignés sur ceux du panier RAC 0. La logique de différenciation subsiste cependant pour les soins prothétiques dentaires et pour les aides auditives.

En termes de qualité, les personnes en situation de précarité bénéficieront des mêmes dispositifs que ceux du panier RAC 0 (par exemple alignement de la qualité des verres avec amincissement des verres pour toutes les corrections).

Il faut souligner que la définition des contours du panier de soins pertinent renvoie à une question de gouvernance, c'est à dire à la nécessité d'une vraie réflexion concertée sur le périmètre de panier. C'est la démarche qui a été adoptée dans le cadre de la réforme du RAC 0 pour la population générale. Pour les personnes en situation de précarité, il s'agit d'éviter de procéder à des révisions au cas par cas du périmètre du panier de soins CMU-C sans réflexion d'ensemble, qui devrait de surcroît s'appuyer sur l'identification des besoins en santé. Nous savons en effet que les bénéficiaires de la CMU-C et l'ACS sont en plus mauvais état de santé que le reste de la population, dans des proportions parfois très importantes. Nous devrions être capables d'adapter la sélection des soins inscrits dans le panier en conséquence.

Enfin, il reste des « trous dans la raquette » sur les dispositifs médicaux, dont le panier date de 2002, avec de forts enjeux en termes d'accès à la santé. Aujourd'hui les bénéficiaires de la CMU-C subissent des dépassements très fréquents sur des dispositifs médicaux essentiels sur le plan sanitaire. Par exemple, les semelles orthopédiques ne sont pas dans le panier de soins CMU-C. Plus de 90 % des bénéficiaires de la CMU-C qui ont recours à des semelles orthopédiques ont un reste à charge, d'un montant moyen de 145 euros.

Inscrite dans la loi de financement pour la sécurité sociale de 2019, l'extension de la couverture santé de la CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS à compter du 1^{er} novembre 2019 bénéficiera à des publics très vulnérables dont une partie ne réunit pas les conditions d'octroi de la CMU-C, tels que la quasi-totalité des personnes en situation de handicap titulaires de l'allocation adulte handicapé ou encore les personnes bénéficiaires du minimum vieillesse, qui sont actuellement éligibles à l'ACS. Dès le 1^{er} novembre 2019, ces populations auront accès aux audioprothèses, prothèses dentaires et lunettes du panier CMU-C sans aucun reste à charge en santé, en contrepartie d'une participation financière maîtrisée. Rappelons que le reste à charge des bénéficiaires de l'ACS sur le montant de ces prestations s'avère aujourd'hui élevé.

Cette extension de la CMU-C offrira également aux personnes en situation de handicap la prise en charge totale

de certaines de leurs dépenses de dispositifs médicaux (fauteuil roulant, etc.). Elle met cependant en lumière la question de l'adaptation de la couverture CMU-C à ces publics. Cela veut dire en effet que toutes les personnes en situation de handicap qui bénéficieront de la CMU-C et qui ont besoin, pour certaines au jour le jour, de dispositifs spécifiques qui ne sont pas dans le panier de soins CMU-C, auront des restes à charge sur ces dispositifs.

Je vais conclure en disant qu'il est important d'éviter d'avoir une logique de différenciation trop marquée des bénéficiaires de la CMU-C, logique stigmatisante. Et que l'attention qui a été portée à l'articulation entre les futurs paniers de soins du RAC 0 et les paniers de soins CMU-C constitue de ce point de vue une première voie. ■

RAC 0 : UNE DYNAMIQUE NOUVELLE DE GESTION DU PANIER DE SOINS ?

Dominique Polton

Vice-présidente du Conseil stratégique de l'innovation en santé

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :

http://www.ces-asso.org/sites/default/les/2018-11-14_ces_rac0_polton_v3.pdf

Mon point de vue sera un peu différent. Je vais essayer de prendre du recul sur les questions d'articulation entre régime obligatoire et régime complémentaire et sur les questions internationales sur ce domaine.

Un premier impact du RAC 0, et on l'a souligné, c'est le progrès social qu'il représente, c'est à dire la possibilité pour les individus d'acquérir des équipements, optique, prothèses dentaires ou auditives, auxquels ils n'avaient pas accès auparavant du fait de leur coût. Il faut quand même souligner que c'est vrai pour ceux qui possèdent une complémentaire santé ; et de ce point de vue, je voudrais rappeler que 5 % de la population n'ont pas de complémentaire santé, au sens large, donc y compris la CMU-C, mais que parmi les chômeurs, cette proportion monte à 14 %. Donc le RAC 0 améliore indéniablement l'accès aux soins, mais en partant d'un système fondé sur les complémentaires, on sait déjà qu'un certain nombre de gens ne bénéficieront pas de cette amélioration.

Un deuxième impact du RAC 0, qui est moins souvent évoqué, est qu'il a conduit à un processus inédit de dialogue entre assurance maladie obligatoire, complémentaires santé et organisations professionnelles, autour d'objectifs communs. Cette discussion tripartite autour d'objectifs communs d'amélioration de la solvabilisation de certains soins est une première, et peut-être cela préfigure-t-il la façon dont les complémentaires et le régime obligatoire pourraient travailler ensemble dans le but d'améliorer la prise en charge de la population.

On pourrait donc considérer que le RAC 0 marque un tournant de ce point de vue des relations RO-RC. Pourtant, si l'on y regarde de près, c'est peut-être moins un tournant que la suite logique d'une dynamique qui s'est développée depuis plus de vingt ans, qui a été générée par la situation très spécifique de la France en matière d'articulation assurance publique / assurance privée. Et

cette situation ne présente pas que des avantages, elle a aussi des effets pervers.

Pour parler de la spécificité française en matière d'articulation assurance publique / privée, rappelons tout d'abord que l'OCDE se fonde moins aujourd'hui, dans ses comparaisons internationales, sur cette distinction «assurance publique / assurance privée», qui renvoie au statut des opérateurs, que sur la ligne de partage entre couverture obligatoire ou facultative. Cela recoupe souvent la ligne de partage public / privé, mais pas toujours, car parfois une couverture obligatoire statutaire, régulée par les pouvoirs publics, peut être assurée par des opérateurs privés, comme c'est le cas aux Pays-Bas par exemple.

Si l'on regarde les pays autour de nous, on voit qu'on a quatre grands modèles d'articulation entre l'assurance obligatoire/ publique et l'assurance facultative ou privée.

Le premier modèle couvre des populations différentes. Cela été le cas dans plusieurs pays (par exemple les Pays-Bas, l'Allemagne, l'Irlande) où l'assurance obligatoire a été instituée historiquement pour la fraction la plus modeste de la population, les plus aisés pouvant s'assurer eux-mêmes s'ils le souhaitent. C'est plutôt un modèle en régression, car l'obligation d'assurance tend à devenir universelle. Par exemple, en Allemagne 11 % de la population au-dessus d'un certain seuil de revenu ont des assurances privées, mais cette assurance qui était facultative est devenue obligatoire en 2009. Dans ce modèle, l'assurance privée est appelée substitutive, car elle vient se substituer à la couverture publique pour certaines populations.

Le deuxième modèle est celui de l'assurance supplémentaire. C'est un modèle dans lequel l'assurance privée/facultative couvre des biens et services qui ne sont pas du tout inclus dans le panier du public. Le cas très typique de

ce type d'assurance est celui des Pays-Bas, qui ont une très bonne couverture publique, mais il y a des secteurs qui ne sont pas du tout pris en charge comme les soins dentaires pour adultes, la kinésithérapie, les lunettes... On peut dire qu'en France, les chambres particulières relèvent de ce modèle.

Le troisième modèle est l'assurance duplicative, et c'est un modèle qui a tendance à se développer. Dans ce modèle, on est couvert dans le public et en même temps on souscrit à une assurance privée qui permet un accès soit à des offreurs de soins privés, soit à une offre publique mais avec un meilleur accès (par exemple on peut choisir son médecin, couper les files d'attente, ...).

Et puis le dernier modèle, qui est le nôtre principalement, est celui de l'assurance complémentaire. C'est un modèle dans lequel l'assurance publique et privée couvrent les mêmes personnes, les mêmes biens, les mêmes services, dispensés par les mêmes offreurs de soins, mais le coût est partagé entre l'assurance publique et privée. C'est un modèle qui se développe un peu, mais qui est au total peu répandu. La France est très spécifique car elle en a fait son modèle dominant et quasi-systématique, ce qui fait qu'elle occupe une place particulière au sein des pays de l'OCDE.

Ce qui fait en effet la spécificité de la France, c'est à la fois le rôle de l'assurance privée (complémentaire), mais aussi le fait qu'elle couvre la quasi-totalité de la population (95%) et qu'elle a un poids important dans le financement de la dépense de santé. La Belgique ou les Pays-Bas ont aussi une forte part de leur population couverte par l'assurance privée (complémentaire en Belgique, supplémentaire au Pays-Bas), mais elles ne représentent que 4 % et 5,5 % de la dépense respectivement. La conjonction d'une couverture quasi générale et d'une forte contribution au financement pour une assurance de type complémentaire fait ainsi de la France un pays singulier. Il n'y a guère que la Slovénie qui semble avoir des caractéristiques voisines.

Toutes les configurations ont des effets pervers.

Pour l'assurance substitutive, on voit bien la limite de la redistribution entre riches et pauvres, le risque de médecine à double vitesse avec des tarifs plus élevés pour les assurés privés et une sélection des risques.

Pour l'assurance duplicative, il y a une incitation perverse dans les systèmes où les praticiens peuvent exercer à la fois en public (rémunération forfaitaire) et en privé (avec paiements additionnels), cela peut exercer une pression sur les ressources médicales disponibles pour les patients publics, même si ça peut être vu comme un moyen d'accroître les ressources globales, comme en Australie, où la souscription d'une assurance privée en plus de la couverture publique est fortement encouragée par des incitations financières.

Pour l'assurance supplémentaire, la situation est différente selon l'étendue de la couverture et le niveau des moyens alloués par le système public. Elle est généreuse aux Pays-Bas, mais au Canada le panier de soins est limité, par exemple en matière de médicaments, et du coup l'accès aux soins peut être difficile.

La situation française d'une complémentaire généralisée assure globalement une bonne protection financière : en effet, les paiements directs des ménages sont les plus faibles de l'OCDE en proportion de la dépense totale (7 %). Et c'est vrai aussi dans les secteurs du RAC 0. Les ménages français sont plutôt bien couverts après intervention des complémentaires pour l'optique et les soins dentaires. Autre intérêt de ce modèle, c'est de souder l'ensemble de la population autour des mêmes services, fournis dans les mêmes hôpitaux et par les mêmes médecins.

Maintenant si on regarde l'optique et le dentaire :

On voit que dans beaucoup de pays, la situation la plus fréquente est la non-couverture par le système public pour les soins optiques. On passe notre temps à parler de remboursement en optique, mais dans un pays comme le Canada, on n'en parle même pas tellement ce n'est pas dans le système. Donc ce n'est pas du renoncement, c'est plutôt quelque chose qui est en dehors de la couverture. La France est quand même le pays où l'optique est plutôt bien couvert après l'intervention des complémentaires par rapport aux autres pays.

Les soins dentaires sont plus souvent couverts que les lunettes et les lentilles, mais lorsqu'ils le sont, c'est avec un panier limité et/ou des restes à charge élevés. Dans beaucoup de pays, ils ne sont pas couverts dans le cas général : « In many OECD countries, dental care and prosthesis are not covered for adults without any specific entitlement, among which are Australia, Canada, Denmark, Iceland, Israel, Italy, Mexico, New Zealand, Norway, Portugal, Spain, Switzerland and the United Kingdom » Source : Paris *and al.* Health care coverage in OECD countries in 2012. *OECD working paper 88*, 2016.

Une des difficultés du modèle français est qu'un co-financement quasi-systématique des dépenses de santé exonère le système public de l'obligation d'assurer, à lui seul, un socle de protection suffisant pour garantir l'accès aux soins, comme dans d'autres pays. Nous avons par exemple des restes à charge élevés à l'hôpital, par rapport à beaucoup d'autres pays. Ainsi, chez nous, l'accessibilité n'est pas garantie par le seul système public même des soins assez essentiels.

La deuxième caractéristique propre à la France est que certes, en moyenne, le montant à payer reste faible après le remboursement de la complémentaire, mais ce n'est pas un système totalement sécurisant car les gens ne sont pas très sûrs de ce qu'ils vont devoir financer. On a ainsi,

paradoxalement, un système globalement généreux, mais qui laisse une incertitude au niveau individuel sur ce qui peut rester à payer. Et y a une méconnaissance des situations individuelles problématiques (pas de chaînage des données RO – RC).

Enfin, il y a cette espèce de postulat qui est installé en France, où il faut une couverture complémentaire santé pour accéder aux soins. Ce qui est discutable si on regarde le niveau de couverture publique par rapport à d'autres pays qui n'ont pas de complémentaire. Et du fait de ce postulat, on est dans un enchaînement pour compléter et en même temps normer ce deuxième niveau de couverture.

Nous sommes ainsi, depuis plusieurs années, dans une dynamique d'intrication croissante entre régime obligatoire et régime complémentaire. Et le RAC 0, au fond, est dans cette lignée-là, c'est à dire qu'on renforce encore cette intrication, avec des rôles des uns et des autres qui tendent à se confondre.

En conclusion, si l'on analyse le RAC 0 en tant que tel, à partir du système tel qu'il existe aujourd'hui, c'est certainement un progrès pour les assurés (à vérifier en fonction

de l'impact sur les primes des complémentaires), et sans doute la condition pour réussir à transformer l'économie du secteur dentaire (équilibre soins conservateurs / prothèses).

Mais si on le replace dans la dynamique d'ensemble de l'articulation RO-RC, il renforce la caractéristique française du « non choix » dans le panier public (panier très large avec co-paiements partout), qui implique des restes à charge élevés, pas toujours prévisibles à l'avance, sur des soins essentiels (séjours hospitaliers) ; il renforce la confusion des rôles entre l'assurance obligatoire et l'assurance volontaire (devenue pour une part obligatoire... deuxième étage «quasi-public», avec en corollaire une ambiguïté des rôles des opérateurs de la complémentaire (négociation collective versus concurrence et réseaux) et une réglementation de ce secteur qui n'existe dans aucun autre pays (cf étude DREES juin 2017). ■

Introduction de la seconde table ronde

IMPACT SUR LE MARCHÉ DE LA COMPLÉMENTAIRE

Carine Franc

Chercheur en sciences économiques, CESP INSERM

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
<http://www.ces-asso.org/sites/default/files/2018-cfranc.pdf>

La place de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) est, en France, très importante. Cette partie dite complémentaire, souvent associée au « ticket modérateur » date de la création de la sécurité sociale.

L'assurance maladie complémentaire, dans sa fonction actuelle, a été instaurée dès la création de la Sécurité Sociale via la prise en charge des tickets modérateurs. Ces « co-paiements » avaient / ont théoriquement pour vocation de réduire les problèmes bien connus de tout système d'assurance, l'aléa moral, et de contribuer à réduire les effets de la demande induite, exacerbés, dans un contexte d'offre de soins ambulatoires où les médecins sont payés à l'acte. Il faut se souvenir que des mutuelles pré-existaient largement à la sécurité sociale et étaient des intervenants historiques sur le marché. Il a donc été « compliqué » de créer la sécurité sociale en évinçant ces acteurs historiques et au fur et à mesure des négociations, il a été convenu de la mise en place d'un ticket modérateur à hauteur de 20 %. Ainsi, depuis 1945, ces tickets modérateurs sont ré-assurables par les mutuelles. Elles sont restées de longues années seules sur ce marché. Pour les personnes les plus fragiles, un dispositif de maladie de longue durée qui existait déjà pour prévenir toute difficulté d'accès aux soins a été introduit dans le mécanisme de financement public. Il y avait donc déjà l'idée que ce reste à charge pouvaient conduire à une sélection des patients et qu'ils pouvaient avoir des difficultés à trouver une assurance complémentaire auprès des mutuelles.

Ainsi, de marginale, l'AMC est devenue quasi universelle... Avec en 2014, près de 95 % de la population qui bénéficiaient d'une couverture, le marché est quasi-saturé. Cela peut se traduire par une intensité extrêmement forte de la concurrence parce qu'il n'y a plus vraiment de nouveaux assurés à conquérir.

Derrière cette large adhésion, de grandes disparités de couverture sont toutefois observées et notamment selon le niveau de vie, selon l'âge, l'état de santé. Ces disparités et notamment, toutes sélections liées à l'âge ou à l'état de santé sur ce marché, pourraient sérieusement entraver l'accès aux soins pour ces personnes-là.

On sait également que derrière cette large adhésion, la nature des contrats (individuels / collectifs) et le contenu des garanties vont être déterminants dans l'accès aux

soins. En effet, le contenu des contrats n'est pas le même selon qu'on dispose d'un contrat individuel ou d'un contrat collectif. Donc là aussi, il y a une segmentation qui s'opère, d'un côté on a les actifs (en moyenne, en meilleure santé) qui vont bénéficier d'un contrat collectif et de l'autre, les fonctionnaires et les professions libérales, les inactifs, les retraités (etc.), ces derniers étant en moyenne en moins bonne santé, disposent de contrats individuels.

Quoi qu'il en soit, en 2017, l'AMC a globalement pris en charge 13,2 % de la CSBM, soit plus de 26 milliards.

Dans la théorie économique, la concurrence est gage d'efficacité économique – c'est à dire qu'il n'y a pas de gaspillage dans l'économie – lorsque les hypothèses de la CPP sont validées. Ces conditions de réalisation de cette situation de concurrence sont relativement restrictives. Il faut que les acteurs économiques (acheteurs, vendeurs, etc.) soient tous suffisamment « petits » pour ne pas que leurs décisions individuelles puissent avoir un impact quelconque sur le marché. Il faut aussi que le bien dont on parle (en l'occurrence les contrats d'assurances) soit relativement homogène sur le marché, qu'il n'y ait pas de barrière à l'entrée ou à la sortie du marché. Il faut également une transparence sur le marché, ce qui traduit l'idée que les acteurs en présence doivent disposer des mêmes informations pour contracter. C'est finalement seulement dans ce cas, lorsque toutes ces hypothèses sont validées que le marché est considéré comme efficace au sens économique du terme.

Cependant, si la concurrence au sens de la théorie économique est gage d'efficacité, elle n'est pas un gage d'une situation qui peut toujours être qualifiée de socialement désirable. En d'autres termes, il se peut que la situation soit profondément inéquitable et qu'il faille engager des politiques de redistribution dans le système. En effet, rien ne dit que tous selon leurs risques pourront effectivement accéder à l'assurance et souscrire un contrat en adéquation avec ses besoins. Ainsi « se rapprocher de l'efficacité économique » ne garantit pas un accès à l'assurance à tous. Et ce, particulièrement lorsqu'il s'agit de considérer les contrats d'assurance maladie.

Mais qu'apportent les mesures prises aujourd'hui ? Les mesures du reste à charge 0 mais aussi les autres ?

Côté offre

Malgré une très forte concentration des acteurs sur les 15 dernières années, le secteur reste fragmenté. Et ce, même si en 2017 sur les 477 organismes complémentaires, les 10 « premiers » représentent 35 % du CA du marché et les 50 premiers, 76% du marché. Aujourd'hui, les dynamiques de concentration se poursuivent et se complexifient et il est de plus en plus compliqué de distinguer proprement les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Les dynamiques du marché conduisent les opérateurs du secteur à travailler ensemble.

La mise en place de contrats responsables en 2004 avec des garanties minimales (pas de contrat infra-TM, par exemple) et la réforme du dispositif en 2015, qui prévoit des plafonds de garanties, ont contribué à réduire l'hétérogénéité des contrats. Ces contraintes sur les contrats responsables, qui représentent 93 % de l'assiette pour la TSA (CA des OC), vont dans le sens d'améliorer la transparence et d'exacerber la concurrence. La loi santé 100% ajoute encore, dans la réduction de l'hétérogénéité des contrats, en instituant des garanties minimales couvrant à 100% des soins, réputés jusque-là comme très discriminants entre les contrats. La lisibilité des contrats est ainsi encore améliorée puisque pratiquement tous les contrats d'AMC devraient proposer le panier « 100 % santé », sans « *a priori* » d'augmentation tarifaire directement liée à cette réforme. Une meilleure lisibilité des contrats a pour conséquence de faciliter la comparaison entre les contrats et donc le choix des assurés avec une concurrence qui se fait davantage sur les prix.

Côté demande

Depuis la fin des années 80, l'entrée sur le marché des assureurs et institutions de prévoyance et la hausse continue des dépenses de santé à prendre en charge, ont conduit à une offre de contrats largement diversifiée. L'instauration de menus de contrats s'est traduite par une auto-sélection des assurés qui en choisissant des garanties « à la carte », révèlent de l'information et contribuent à la segmentation sur le marché. Cette segmentation du

marché de l'AMC a récemment été encore renforcée entre marché individuel et collectif par l'Accord National Interprofessionnel de janvier 2013 qui s'est traduit par la généralisation des contrats d'AMC collectifs pour tous les salariés.

Plus la standardisation des contrats offerts par les OC augmente, plus la concurrence risque de se faire essentiellement sur le prix des contrats, les primes. Le problème de sélection adverse se trouve alors potentiellement exacerbé car si les OC pratiquent des prix attractifs, l'enjeu sera de sélectionner « les bons risques » pour « les bons contrats » avec une marge de manœuvre très réduite et donc plus de difficultés d'accès à des contrats pour certains. Davantage de standardisation des contrats d'OC pourrait donc se traduire sur le marché par une intensification de la concurrence en prix entre les OC sur un marché quasi-saturé. Pour certains assurés, cela pourrait bien se traduire par plus de difficultés à souscrire un contrat face à une hausse des primes et un renforcement de la sélection particulièrement sur le marché des contrats individuels.

Mais quelle(s) stratégie(s) des OC pour sélectionner, dans ce marché fortement régulé ?

Les innovations, peuvent-elles permettre d'offrir de nouveaux services? (consultation sécurisée à distance, etc.), plus de rapidité dans les échanges via des applications mobiles ? Peuvent-elles aussi constituer des leviers de sélection de populations particulières?

D'autres stratégies peuvent viser à renforcer les réseaux de soins optiques, dentaires, pour les audioprothèses ? Quelle concurrence/partenariat avec les acteurs traditionnels? Et comment gérer les inégalités territoriales ? Et ne pas favoriser les territoires fortement dotés en professionnels de santé ?

Des stratégies peuvent-elles proposer des nouveaux remboursements ? Avec des offres possibles de sur-complémentaires éventuellement non-responsables pour la partie additionnelle? ■

CONSÉQUENCES DE LA RÉFORME DU RAC 0 SUR LES TARIFS DES ASSURANCES

Denis Raynaud
Directeur de l'IRDES

C'est une réforme qui est partie d'un constat de difficulté d'accès aux soins pour certains soins. Elle vise à améliorer l'accès aux soins dentaires, optiques et d'audioprothèses, pour diminuer le renoncement aux soins pour raisons financières. Par rapport à une situation sans couverture, le bénéfice d'une couverture complémen-

taire privée ou de la CMU permet de diviser par 2 ou 3 le risque de déclarer un renoncement aux soins pour raisons financières. Sur les données 2014, un quart de la population déclarait renoncer aux soins pour des raisons financières. Pour les personnes issues de milieu modeste qui n'avait pas de complémentaire santé, les taux dépas-

saient les 50 %. C'est une réforme positive qui a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de la population. Le dentaire est le premier poste de renoncement, l'optique le deuxième. Pour les audio-prothèses, la population cible est plus réduite mais le niveau de solvabilisation était très faible car ce n'est pas une garantie importante pour les contrats collectifs vu l'âge des populations couvertes. Quand on voudra évaluer les effets de ce RAC 0, il faudra avoir les outils pour permettre d'évaluer. Il faudra donc en particulier qu'on soit en capacité de mesurer l'effet du RAC 0 sur le renoncement aux soins.

Le contexte de mise en œuvre du RAC zéro vient après la montée en charge de l'ANI. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise va entraîner une hausse des primes en assurance individuelle. Il n'est pas certain que le RAC zéro ait un effet inflationniste sur les primes mais c'est possible en général et probable sur les contrats d'entrée de gamme. La conjonction ANI+rac zéro fait peser un risque de hausse des primes en assurance individuelle.

Quand on fera un bilan il ne sera pas évident de savoir si l'augmentation est due à l'ANI ou au RAC 0. Ce qui compte c'est de regarder sur des populations spécifiques. Par exemple, la meilleure couverture des prothèses auditives, pour une petite moitié par la sécurité sociale et pour une grosse moitié par les OC, conduit à répartir l'effort. L'augmentation de la solvabilisation par la sécurité sociale mutualise l'effort sur l'ensemble des assurés, ça va être négligeable et donc ne va pas affecter les cotisations d'assurances obligatoires ou de CSG. Cette partie prise en charge par l'AMO va être entièrement mutualisée et c'est l'essence même de la sécurité sociale. La grosse moitié est prise en charge par les assureurs complémentaires et de ce fait il faut se rappeler d'une part notre dichotomie entre assurance individuelle et assurance collective et, d'autre part, la formation des primes en fonction de l'âge sur le marché de l'assurance individuelle, ce qui est une forme approchée de tarification aux risques. De ce fait, compte tenu de la tarification à l'âge, les OC mutualisent au sein des retraités. Les seniors sans besoin d'équipement vont donc payer pour les seniors qui ont besoin de s'équiper.

Est-ce que les prix vont augmenter de manière absolue ? Pas forcément. On a compris qu'il y aurait une tension inflationniste pour les retraités mais on est dans un contexte plutôt général de faible croissance des remboursements AMC, qui reculent même en % de la CSBM en 2017, qui pourrait permettre d'amortir les hausses de primes afin de rester sur les hausses historiquement connues.

Attention, s'il y a d'autres transferts de l'AMO vers l'AMC en parallèle, comme la hausse de 2 euros du forfait hospitalier en 2018, alors la pression sur les primes sera d'autant plus forte.

Comment vont évoluer les règles sur les contrats responsables ? On peut s'attendre à une obligation de prise en charge pour atteindre le RAC zéro. Cela serait la logique, mais ce n'est pas tout à fait évident, on pourrait imaginer des solutions différentes, même si ce n'est pas ce qui semble prévu. Est-ce une obligation d'assurance ? Non. On peut toujours choisir de ne pas s'assurer. On a la liberté de ne pas s'assurer et de profiter quand même des offres RAC zéro qui vont structurer le marché en baissant les prix unitaires dans le cadre du panier de soins défini. Il n'est pas certain que cette réforme permette d'atteindre l'objectif de généraliser la complémentaire santé, y compris en individuel. Ne pas avoir une complémentaire peut être un vrai choix individuel et pas forcément une contrainte financière, ça peut être un arbitrage dans le choix de consommation.

Le RAC zéro crée une nouvelle forme d'opposabilité AMO+AMC qui brouille les frontières entre assurances publiques et privées. Le changement, c'est que les contrats qui couvrent peu seront pénalisés par la taxation ; exemple des contrats purement hospitalisation, qui pourraient pourtant correspondre aux besoins de certains assurés. Il sera intéressant d'observer la proportion de non couverts ou de contrats non responsables.

Est-ce que les contrats responsables vont homogénéiser les offres ? Probablement, cela va introduire encore plus de concurrence, notamment sur le marché de l'assurance individuelle. Aujourd'hui, les offres peuvent être parfois un peu difficiles à comparer compte tenu de la complexité des différentes dimensions qui sont couvertes par les contrats. Avec le RAC 0 on va aller mécaniquement vers plus d'homogénéité et donc elle peut stimuler la concurrence sur le marché de l'assurance individuelle. Si ça stimule la concurrence sur le marché de l'assurance individuelle, la question qu'on peut se poser c'est : les taux de marges sur le marché de l'assurance individuelle baisseront-ils ? Cela va-t-il avoir un impact sur les subventions croisées individuels/collectifs qu'on peut observer aujourd'hui ? Quel effet sur le développement des surcomplémentaires ? Attention les surcomplémentaires c'est aussi un moyen de contourner certains aspects des contrats responsables, notamment les limitations de prise en charge. Cela peut introduire une spirale inflationniste sur les soins dentaires, les lunettes ou les audioprothèses qui ne sont pas dans le panier rac zéro.

Comment vont se développer les réseaux de soins ? Va-t-on vers deux marchés distincts, un régulé (panier RAC zéro) et un plus cher et plus tourné vers les dernières innovations ? Quelles stratégies marketing pour les réseaux et pour les assureurs ?

Le RAC zéro renforce la logique d'assurance complémentaire à la française qui donne une bonne occasion aux pouvoirs publics pour ne pas avoir de choix tranchés à faire sur le panier de soins en s'appuyant sur l'AMC pour corriger les incohérences manifestes des remboursements publics, avec l'exemple du TM à l'hôpital qui concerne

surtout les personnes âgées. Il y a un risque de hausse des primes difficilement quantifiable. Mais surtout, on donne la priorité aux lunettes, prothèses dentaires et audioprothèses alors que certains risques lourds sont mal couverts, comme la prévoyance, ou quasiment pas, comme la dépendance. Le chantier sur la dépendance est rouvert, mais pas celui sur la prévoyance. Or en France, le risque de devenir pauvre pour raisons de santé, qui condui-

raient à une perte d'emploi, est un risque très supérieur par son intensité à la couverture des restes à charges sur les équipements couverts par le RAC zéro. Il est toujours préférable de couvrir un risque rare d'ampleur importante plutôt qu'un risque fréquent d'ampleur faible. Il faudrait donc poursuivre les réformes sur la protection sociale, et aller bien au-delà du RAC zéro. ■

ÉVOLUTIONS DES FILIÈRES DE L'OPTIQUE, L'AUDIOPROTHÈSE ET LE DENTAIRE

Stéphane Le Bouler

Ancien Secrétaire général du HCAAM

Dans le cadre des rencontres organisées lors de la campagne présidentielle, à laquelle il m'a été donné de prendre part, une bonne moitié des rendez-vous ont été consacrés à cette question du RAC 0. J'ai rencontré les acteurs des différentes filières concernées, (l'optique, l'audioprothèse et le dentaire). Ils se sentaient évidemment potentiellement impactés par les futures dispositions. On était dès lors davantage dans un registre de protection que dans un registre offensif ou revendicatif.

Leurs préoccupations se comprenaient au regard des caractéristiques très particulières de ces segments de l'offre de soins et de services de santé.

Si on globalise un peu le propos, on peut considérer que la régulation, au sens fort du terme, dans ces différents secteurs, est très dégradée, du fait du large désengagement au fil des ans de l'assurance maladie, avec notamment la non-revalorisation des tarifs de responsabilité et la sortie d'un certain nombre d'actes ou de prothèses du périmètre remboursable. La place de l'assurance maladie est donc atypique dans cette affaire.

Dans les trois secteurs, nous avons des asymétries d'informations majeures et un pouvoir de prescription des professionnels important. Également, les complémentaires-santé jouent un rôle assez particulier, avec une augmentation des garanties offertes aux souscripteurs individuels ou aux entreprises sur un certain nombre de produits, entraînant une inflation des coûts sur certains segments de marché et la solvabilisation de solutions haut de gamme pas toujours justifiées.

Si on considère maintenant l'évolution des métiers, il y a trois objectifs, qu'il ne faut pas confondre : revoir le modèle d'organisation de la production du service, réviser les conditions de la concurrence et corriger les déséquilibres territoriaux. De la pondération des différentes mesures au regard de ces trois objectifs ressortira l'appréciation à porter quant à la correction des déséquilibres que j'ai pu indiquer en préambule.

Premier objectif : réformer le modèle de production du service. On attend une réforme de la formation des opticiens. C'est une formation qui aboutit aujourd'hui à la délivrance d'un BTS (bac+2), avec bien souvent une prolongation des études dans le cadre d'une licence professionnelle. L'offre de formation a connu des oscillations très fortes au fil des ans en fonction de l'évolution du marché. L'évolution de la formation a eu pour conséquence que les diplômés d'un niveau bac+3 ont eu tendance à évincer ceux du niveau bac+2, qui eux-mêmes ont évincé les détenteurs du bac professionnel. De ce fait, on a connu une montée en gamme un peu inattendue et pas forcément voulue de la formation. Qui plus est peu valorisée.

Parmi les évolutions en perspective, on a également la consolidation de métiers intermédiaires existants, tels que les orthoptistes, qui ont un diplôme d'un niveau bac+3, et la réflexion sur un nouveau métier intermédiaire, mais cette fois au niveau master pour l'ensemble de la filière visuelle.

Tout cela forme un ensemble de dispositions susceptibles de revoir assez profondément la production du service au sein de la filière visuelle.

Deuxième objectif : les conditions de la concurrence dans les secteurs de l'optique et de l'audioprothèse. On a des profils inversés en termes de régulation quantitative dans ces deux secteurs. Dans celui de l'optique, le nombre de points de vente a été démultiplié au cours des années 2000, non sans lien avec l'intensité de la solvabilisation. Dans un premier temps, il y a eu une croissance très forte et non régulée des effectifs en formation et à l'installation avec, on l'a dit, un effet de dévalorisation des diplômes et, dans un second temps, une assez forte décline de l'offre de formation, liée à l'évolution du marché, dans un contexte d'abondance de professionnels dans un secteur moins dynamique. Le champ de l'audioprothèse est, quant à lui, placé depuis quelques années sous la « protection » d'un *numerus clausus* avec un volume de

professionnels en formation fortement contingenté et évidemment des questions qui se posent aujourd'hui en lien avec le développement potentiel du marché.

Compte tenu de ce contexte disparate, on retrouve au titre de ce deuxième objectif deux types de dispositions : pour les opticiens, il s'agit d'offrir à une partie des professionnels des compléments de formation pour les déplacer vers une autre étape de la production du service ; pour les audioprothésistes, il s'agit, par le biais d'un déverrouillage du *numerus clausus*, d'aboutir à terme à une augmentation des quotas de formation de 50 %.

Troisième objectif : la correction des déséquilibres territoriaux. Si on prend le secteur de l'audioprothèse, il va y avoir très clairement une « course » entre le desserrement de la régulation quantitative et l'évolution de la demande liée au 100 % santé. On ne peut pas faire face au 100 % santé avec les effectifs actuels. Mais les conditions dans lesquelles seront augmentés les effectifs en formation et les effectifs sur le terrain seront essentielles pour savoir quel sera l'état du marché *ex post*. Si l'augmentation des effectifs en formation n'arrive pas à suivre l'augmentation de la demande, on aura une situation encore plus dégradée qu'à l'origine. Une partie du déverrouillage de la régulation quantitative pour l'audioprothèse va clairement servir à absorber les besoins nouveaux en professionnels, notamment dans certains territoires assez largement dépourvus de professionnels et d'offre de formation. Parmi les nombreuses questions qui se posent dès lors : l'augmentation des effectifs va-t-elle être suffisante pour absorber l'augmentation de la demande ? Va-t-on par ailleurs parvenir à corriger les déséquilibres territoriaux ? Va-t-on enfin parvenir à modifier les équilibres concurrentiels sur ce marché ? Trois questions, trois niveaux d'exigence croissants.

Dans le segment de l'optique, l'évolution des métiers et du modèle de production du service au patient se situe dans un registre beaucoup plus classique, car il s'agit de dégager du temps médical, celui de l'ophtalmologue. Ce qui est une solution alternative ou complémentaire, *a priori* plus performante à court terme que le desserrement des effectifs d'ophtalmologues en formation. Il s'agit de dégager du temps médical pour un certain nombre d'actes courants en recentrant l'activité des médecins sur les actes requérant une expertise plus importante, en lien notamment avec le développement des pathologies liées au vieillissement. Sachant que la question de la démographie professionnelle a une dimension nationale mais évidemment aussi une dimension territoriale.

Dans le domaine dentaire, on est également dans un registre où on cherche à dégager du temps médical, par le développement de compétences auxiliaires. A noter que la défaillance de la régulation quantitative est ici révélée par la juxtaposition du *numerus clausus* et d'un apport massif de professionnels possédant un diplôme étranger.

Dans ces différents secteurs, on a à la fois des objectifs très variés et des caractéristiques très disparates. La question est donc de savoir si les évolutions impulsées par le programme d'action gouvernemental vont permettre d'atteindre l'ensemble des objectifs et de corriger l'ensemble des disparités. Il s'agit également de savoir comment les dispositions qui seront prises en termes de solvabilisation de la demande vont interagir avec les caractéristiques décrites à l'origine sur ces différents segments. Un ensemble stimulant de travaux d'évaluation en perspective... ■