

COMPLÉMENTAIRES

Hausse des restes à charge après les réformes

Deux études réalisées par les cabinets Mercer et Optimind Winter ainsi qu'un sondage commandé par la Fnim dressent un premier bilan des réformes concernant la complémentaire santé.

Que ce soit en termes d'amélioration de la couverture en complémentaire santé ou de plafonnement des honoraires médicaux, les premiers retours des réformes liées à la généralisation des contrats collectifs et aux nouvelles règles du contrat responsable ne vont pas dans le sens espéré par le gouvernement. Selon les résultats du baromètre annuel Epsy réalisé pour la Fédération nationale indépendante des mutuelles (Fnim), « *le taux de couverture globale de la population française par une complémentaire santé n'aurait progressé que de 1 % depuis la mise en œuvre de l'ANI* », constate ainsi **Philippe Mixe**, président de la Fnim. Si 49 % des personnes interrogées (71 % des salariés) indiquent bénéficier d'un contrat collectif, contre 46 % en 2015, 61 % ne s'estiment pas mieux couvertes qu'auparavant. Surtout, 63 % n'ont pas l'impression que leur contrat leur coûte moins cher. La bataille commerciale lancée en prévision de l'ANI n'en a pas moins pesé sur le coût et la rentabilité des contrats, a pourtant constaté le cabinet **Optimind Winter**, le 24 novembre, lors de la conférence sur la complémentaire santé organisée par *Liaisons sociales* et Harmonie Mutuelle. Si le coût moyen du panier d'un portefeuille de TPE franciliennes ressort à 24 € par mois à comparer aux 32 € visés par l'ANI, au final il varie entre 16 € et 27 €. Conséquence, « *la rentabilité technique des contrats collectifs a globalement baissé. Au point que certains engagements de maintien tarifaire sur deux ans tombent dès la première année* », souligne **Pierre-Alain Boscher**, directeur de la protection sociale de ce cabinet de conseil.

De leur côté, les nouvelles règles de plafonnement du contrat responsable se sont traduites par « *une baisse mécanique de prise en charge des assurés, évaluée à 3 % des remboursements* », selon l'étude annuelle réalisée par le courtier-conseil Mercer, publiée le 28 novembre. Toutefois, la diminution s'élève à 53 % sur les honoraires en hospitalisation, 10 % sur ceux des spécialistes contre 5 % sur ceux des généralistes et 2 % sur les actes techniques. Résultat, le reste à charge (RAC) d'un acte d'hospitalisation a doublé, passant de 8,40 € à près de 17 €, quand celui d'une consultation de spécialiste (4,60 €) a progressé de 130 %.

Quant à la proportion des actes sans RAC, elle a diminué de 14 points en un an sur les honoraires de spécialistes. Pire, 23 % des spécialistes ont profité de ces nouvelles règles pour augmenter leurs tarifs et les aligner sur les nouveaux plafonds. Au final et malgré ces surcoûts, seuls 15 % des salariés ont réagi à ces hausses en changeant de spécialiste.