



SEPT.  
2018

## LES RÉELS ENJEUX DE LA RÉFORME SANTÉ.

### Financement, accès aux soins, prévention : les trois grands défis du gouvernement Macron

Le gouvernement a décidé de mettre les enjeux de la santé au cœur d'une réforme qui s'inscrira dans la durée. En effet, Emmanuel Macron et Agnès Buzyn ont choisi de se donner plusieurs objectifs dont les trois principaux : faciliter l'accès aux soins, mettre l'accent sur la prévention, et amorcer la refonte du secteur hospitalier. Cette nouvelle réforme porte donc une double ambition à la fois sanitaire et sociale.

Pour permettre aux Français de ne pas renoncer à des soins importants mais coûteux, le gouvernement a décidé de mettre en place une prise en charge intégrale pour l'optique, le dentaire, et les audioprothèses. Ce projet est un véritable pari, et ce, même si la France détient le taux de reste à charge (après couverture obligatoire et complémentaire) globalement le plus faible des pays de l'OCDE à 8,3 %). Un quart des assurés sociaux, 26,5 % exactement, ont renoncé à se faire soigner en 2016, selon l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) mandaté par la Caisse nationale d'assurance maladie : 59 % d'entre eux mettent en cause le reste à charge trop important et 32 % l'avance de frais impossible. C'est dans une optique de coconstruction que la ministre a reçu l'ensemble des syndicats concernés et les complémentaires, afin d'aboutir au meilleur consensus pour la santé des Français sans en alourdir le coût.

Cette transformation du système de santé vise également le secteur hospitalier. Les orientations proposées semblent aller dans le sens de la suppression de la T2A<sup>1</sup>. Le gouvernement souhaite également faciliter l'utilisation de la télémédecine notamment pour permettre aux personnes à mobilité réduite ou résidant dans des zones considérées comme des déserts médicaux de recevoir l'avis d'un médecin rapidement et facilement.

Enfin, la troisième grande orientation de ce projet portera sur la prévention avec le plan « priorité prévention ». Il consiste en un engagement visant à diminuer la mortalité prématurée, et éviter les aggravations de l'état de santé des Français par manque de prévention. Pour cela, la ministre de la santé aura un budget de 400 M€ pour mettre en place des mesures phares telles que la vaccination anticipée, des dépistages, des bilans de santé, le soutien de nos aînés, etc.

Ces trois réformes s'inscrivent dans une réelle volonté de changement du secteur de la santé ; il reste à suivre les négociations entre les protagonistes, ainsi que les impacts pour les assurés.

## Les auteurs.



Caroline Blondieau  
*Manager Actuarial Services  
Expertise Leader Santé - Prévoyance*



Chloé Parfait  
*Senior Manager Actuarial Services*

## Sommaire.

- 02  
Reste à charge actuel et objectifs  
du reste à charge zéro
- 03  
Contexte
- 05  
Les impacts financiers
- 06  
La réorganisation de l'offre de soins
- 07  
Une place plus importante pour la prévention

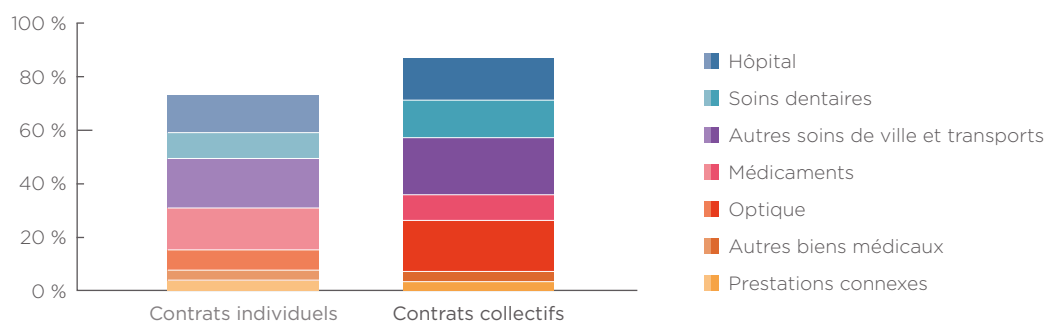
<sup>1</sup> Tarification à l'activité : méthode de financement des hôpitaux qui repose sur la mesure de l'activité de chacun d'eux et qui détermine la subvention allouée en conséquence

# Reste à charge actuel et objectifs du reste à charge zéro.

Dans la continuité de la stratégie nationale de santé, le gouvernement travaille sur l'une des promesses de campagne, à savoir : le reste à charge zéro (RAC 0). Une promesse effectuée dans le but de lutter contre le

renoncement aux soins pour des raisons financières, dans des domaines avec des enjeux importants tels que l'optique, le dentaire ou l'audition.

## ► Décomposition des prestations versées par les OC (Organismes Complémentaires) par type de soins en 2015



Source : DREES, comptes de la santé

## ► Reste à charge des ménages (en millions d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Pourcentage de la CSBM <sup>1</sup> 2016
Ensemble	16 520	16 559	16 291	16 385	16 262	16 549	8,3
Soins hospitaliers	2 009	2 135	2 103	2 182	2 032	2 137	2,3
Soins de ville	5 855	5 914	5 952	5 912	5 881	6 046	11,6
Soins de médecins	2 015	1 999	1 953	1 897	1 986	2 017	9,8
Soins d'auxiliaires médicaux	965	1 082	1 131	1 236	1 274	1 365	9,1
Soins de dentistes	2 703	2 684	2 707	2 638	2 476	2 516	22,7
Autres soins et contrats	7	6	5	5	10	0	-
Analyses	129	143	155	136	135	148	3,3
Transports de malades	65	72	86	91	108	113	2,3
Médicaments	5 722	5 704	5 558	5 504	5 745	5 812	17,1
Autres biens médicaux	2 869	2 734	2 593	2 696	2 497	2 442	16,1
Optique	1 900	1 772	1 591	1 635	1 451	1 329	21,5
Autres	969	962	1 002	1 061	1 046	1 112	0,1

Source : DREES, comptes de la santé. Autres biens médicaux y compris, ici, optique

- 2/3 des personnes malentendantes ne sont pas appareillées
- 17 % des Français renoncent à des soins dentaires
- 10 % des Français renoncent à des soins optiques

Source : Dossier de presse du gouvernement 100 % Santé

<sup>1</sup>CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux

# Contexte.

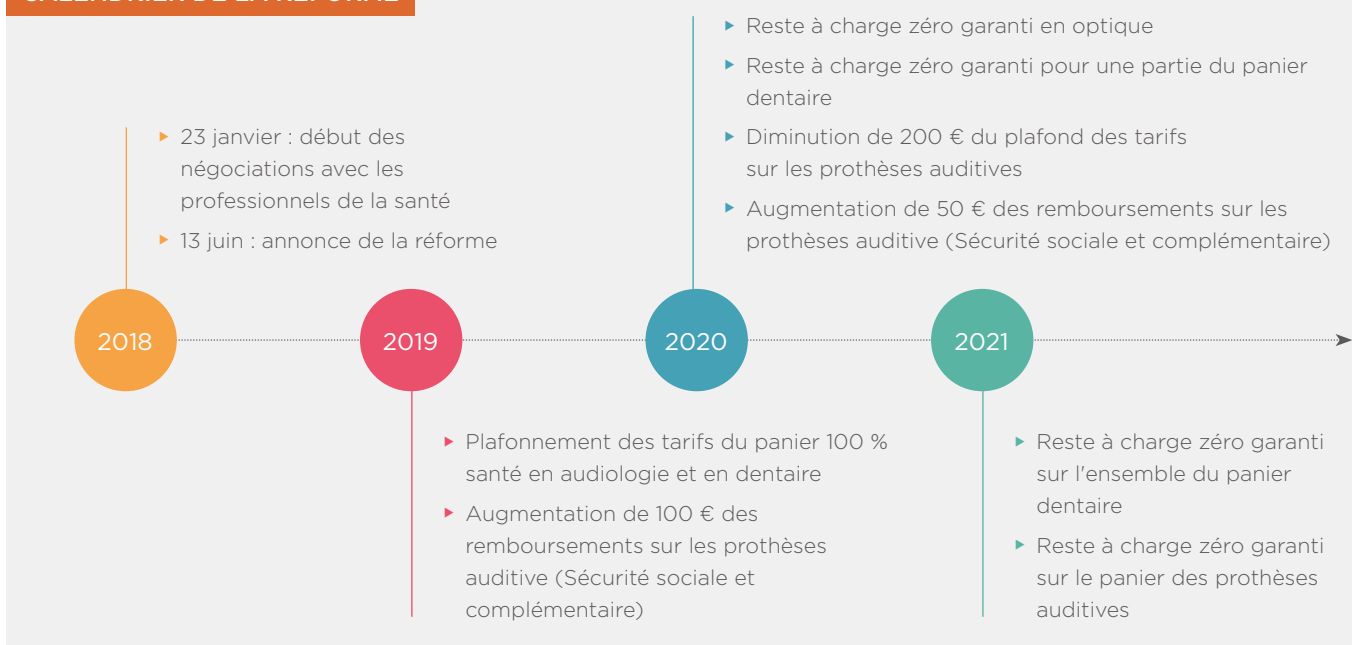
## L'accueil de la réforme par les professionnels de la santé

Agnès Buzyn a, dès le départ, souhaité rappeler que l'accès aux soins se ferait sans impacter le montant des cotisations des assurés. Un objectif ambitieux et accueilli avec prudence par les principaux acteurs : les professionnels de la santé, les assureurs et la Sécurité sociale.

Les négociations commencées fin janvier ont conduit à un premier accord avec les professionnels de chaque

secteur, comme confirmé par Emmanuel Macron au cours du congrès de la Mutualité française. Une réforme qui entrera progressivement en vigueur d'ici 2021 et dont l'arbitrage a été dévoilé par la ministre de la santé au lendemain du discours du président.

### CALENDRIER DE LA RÉFORME

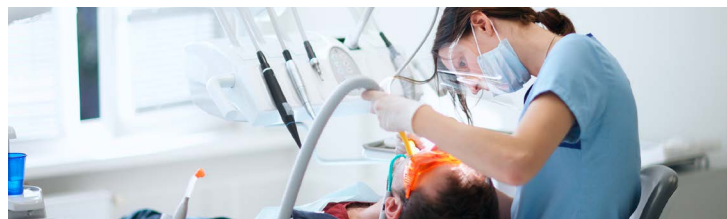


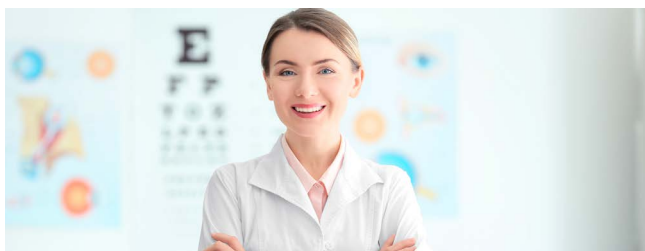
Du côté du secteur dentaire, les deux principaux syndicats l'UD (Union dentaire) et la CNSD (Confédération nationale des syndicats dentaires) qui représentent à eux deux plus de 60 % de la profession, ont approuvé cette nouvelle réforme. Après de longues discussions avec le gouvernement, des accords ont été acceptés sur quatre mesures clés :

- la création d'un plafond tarifaire pour la majorité des actes prothétiques (représentant 46 % des actes dentaires remboursés intégralement) ;
- une très large revalorisation (40 % à 60 %) des tarifs des soins courants avec la prise en charge par la Sécurité sociale ;
- une augmentation des actes de prévention mis en place et pris en charge, notamment auprès des enfants et jeunes adultes allant jusqu'à 24 ans ;
- des mesures apportant une meilleure prise en charge pour les personnes considérées comme fragiles (prise en charge d'examens de santé pour des personnes ayant un handicap mental lourd...).

Suite à ces échanges, les paniers de soins proposés par les dentistes aux assurés se dessinent de plus en plus. Il devrait y avoir trois types de paniers de soins :

- le panier de soin dit « reste à charge 0 » qui prévoit le remboursement total des actes dentaires : 46 % de l'ensemble des actes réalisés par les dentistes ;
- le panier de soin dit « maîtrisé », qui prévoit le plafonnement des prix des actes : 25 % de l'ensemble des actes réalisés par les dentistes ;
- le panier de soin dit « libre », qui permettra aux patients de s'orienter vers des produits haut de gamme ou plus esthétiques non remboursés : 29 % de l'ensemble des actes réalisés par les dentistes.





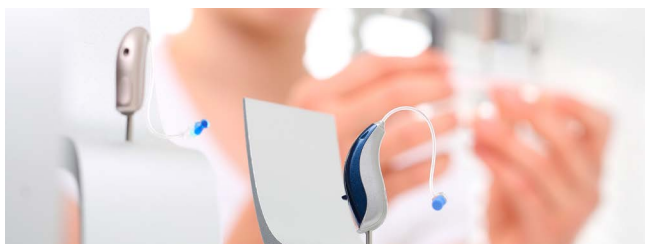
Concernant l'optique, les choses ont également évolué dans le sens de la réforme. En effet, le Rassemblement des opticiens de France (ROF) ainsi que le Syndicat national des centres d'optique mutualistes (Synom) ont signé conjointement avec le gouvernement les éléments concernant la future réforme du RAC O en optique, qui entrera en vigueur en 2020.

AUJOURD'HUI	100 % SANTÉ
TARIF MÉDIAN	TARIF MAXIMAL
<b>290 €</b>	<b>105 €</b>
dont 135 € de monture	dont 30 € de monture
RESTE À CHARGE	RESTE À CHARGE
<b>65 €</b>	<b>0 €</b>

Source : Dossier de presse du gouvernement 100 % Santé

Au sein de ce panier, le nombre de modèles remboursés à 100 % sera limité à 35 (dont 20 modèles pour les enfants), pour un remboursement ne dépassant pas les 105 €, avec des montures ayant un prix inférieur à 30 €. Toutefois, l'assuré pourra moduler son offre et prendre des montures supérieures à 30 €, il devra simplement payer la différence.

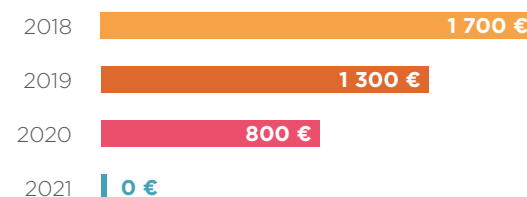
Emmanuel Macron a rappelé lors du congrès de la Mutualité française, le 13 juin dernier, la volonté du gouvernement de mettre l'accent sur la prévention, grâce à une augmentation des actes de prévention pris en charge pour les enfants. De plus, une réduction des délais d'accès aux soins ophtalmologiques est une priorité pour le gouvernement qui propose d'accentuer les rôles des orthoptistes pour améliorer l'organisation des cabinets d'ophtalmologie. Selon une étude de l'Institut français d'opinion publique (Ifop), le délai d'attente moyen pour une prise de rendez-vous est de quatre-vingt sept jours à fin 2017.



Les négociations semblaient en revanche mal engagées avec les professionnels de l'audioprothèse, qui avaient quitté la table des négociations début mai, pour finalement aboutir à un accord quelques jours avant le

discours du président au congrès de la Mutualité française. Le syndicat national des audioprothésistes (UNSAF) avait pourtant d'emblée indiqué que l'objectif d'un reste à charge zéro était selon lui un objectif complètement inatteignable et avait plutôt proposé dans un premier temps un reste à charge « maîtrisé ». L'ensemble des parties a donc finalement trouvé un accord, pour un secteur où seulement 35 % des personnes souffrant de problèmes d'audition sont appareillées. Une catégorie de prothèses auditives sera donc proposée sans reste à charge à l'horizon 2021 en prenant en compte une baisse progressive dès 2019. La base de remboursement de la Sécurité sociale passera, elle, de 199,71 € aujourd'hui (pour un individu de plus de 20 ans) à 400 € en 2021, pour un équipement au prix moyen de 1 000 € en entrée de gamme. Par ailleurs, les prothèses seront associées à une période d'essai de trente jours minimum ainsi qu'à une garantie de quatre ans, comme proposé par les syndicats dès l'annonce du début des négociations.

► Évolution du reste à charge moyen pour deux prothèses auditives sur la base de prothèses de l'offre 100 % Santé



(Source : Dossier de presse du gouvernement 100 % Santé)

Si les accords sont enfin finalisés entre les syndicats des professionnels de la santé et le gouvernement, l'impact financier pour les organismes complémentaires reste encore à chiffrer précisément alors que le reste à charge zéro, dans la continuité du « contrat responsable », fixe un cahier des charges de plus en plus précis pour des organismes qui par conséquent ont une marge de manœuvre limitée. En effet, d'après le rapport 2017 de la Drees, la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé est quasiment à l'équilibre (0,3 % des cotisations collectées). Un résultat largement porté par l'assurance individuelle (+ 4 %) puisque l'assurance collective dégage quant à elle un déficit de l'ordre - 4 %.

# Les impacts financiers.

## Le reste à charge zéro est une mesure phare de l'évolution réglementaire qui inquiète l'ensemble des acteurs de la santé quant aux efforts financiers à consentir

La volonté de faire reposer « la quasi-totalité » des efforts financiers sur les professionnels de la santé, impose aux acteurs de mesurer dès maintenant l'impact et anticiper le coût de cette nouvelle réforme. De manière générale, les mutuelles et assureurs ont rappelé leur attachement aux réseaux de soins, ayant un pouvoir sur les tarifs, tout en permettant de conserver la qualité des soins.

Cette volonté de reste à charge zéro sur les postes coûteux que sont l'optique, le dentaire et l'audioprothèse, passe par une revue des bases de remboursement de la Sécurité sociale et du cadre du contrat responsable, ce qui a nécessairement un impact sur la prise en charge des complémentaires santé. Cette hausse de prise en charge induit une augmentation des cotisations des complémentaires toutes choses égales par ailleurs.

Concernant l'audioprothèse, sans baisse du coût, la hausse de la base de remboursement de la Sécurité sociale, passant de 199,71 € à 400 € en 2021, laisse un reste à charge élevé pour les personnes bénéficiant d'une complémentaire santé « entrée de gamme », proche du panier de soins ANI. Le reste à charge persiste, même s'il diminue fortement pour les personnes bénéficiant de contrat « moyenne gamme ». La baisse du coût actuel de l'audioprothèse est par conséquent indispensable pour atteindre l'objectif fixé de limiter, voire supprimer, le renoncement aux soins pour les populations les plus défavorisées.

### ► Reste à charge

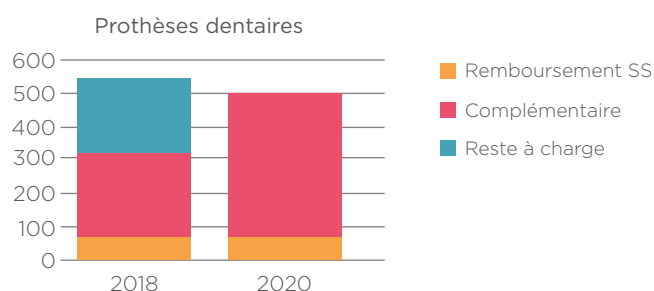


Avec une garantie en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, les complémentaires vont être impactées à la hausse, même si elles n'augmentent pas les niveaux de garanties. Cette hausse des prestations aura un impact en moyenne de 0,6 %.

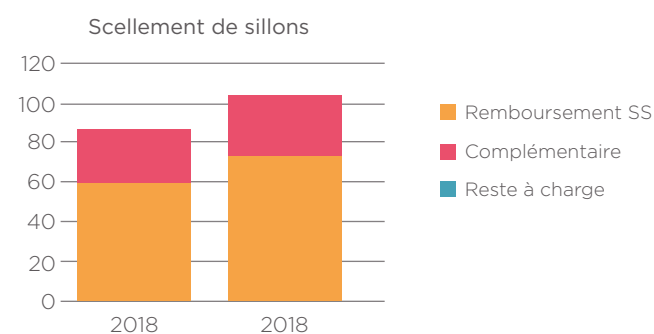
Concernant le dentaire, l'objectif est de mettre en place trois « paniers de soins prothétiques » permettant au 1<sup>er</sup> niveau un reste à charge nul, puis au 2<sup>nd</sup> niveau, un reste à charge maîtrisé avec des prix plafonnés et au 3<sup>e</sup> niveau, la continuité de la pratique actuelle, en l'occurrence une tarification libre. La nouvelle convention, cosignée par les principaux syndicats des chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, présente une hausse de la valorisation des soins courants et un plafonnement des soins prothétiques, réputés élevés.

### Pour un contrat moyen :

- avec le plafonnement des soins prothétiques, et la cible du reste à charge à zéro à compter de 2020 :



- et en parallèle, les tarifs des soins conservateurs sont revus à la hausse :



Au regard des dernières communications du gouvernement, même avec un plafonnement des prothèses dentaires, les complémentaires doivent s'attendre à une hausse de leur prise en charge sur ces postes. La cotisation d'une couverture moyenne augmentera, par exemple, d'environ 6 % pour une couronne céramo-métallique et de 1 % pour le scellement de sillons, toutes choses égales par ailleurs.

En optique, les conditions du contrat responsable restent en vigueur : la prise en charge des montures diminue par rapport au contrat responsable et les verres remboursés incluent systématiquement un certain nombre de traitements courants (amincissement, anti-reflet...).

Cette hausse de prise en charge sur ces trois familles d'actes doit s'accompagner d'une baisse des frais réels

pour garantir un reste à charge quasi-nul. C'est dans ce cadre que les acteurs de la complémentaire santé en France ont réaffirmé au gouvernement l'importance des réseaux de soins et la nécessité des efforts à consentir par les professionnels de santé concernés.

## La réorganisation de l'offre de soins.

L'autre axe majeur de la réforme concerne l'organisation de l'offre de soins au global : la réorganisation du secteur hospitalier et l'accessibilité renforcée aux soins dit « de ville » via la télémedecine.

La tarification à l'activité (T2A) est la méthode de financement actuelle des établissements de santé introduite en 2005. Elle remplaçait un double système distinguant le secteur public du secteur privé. Le principe de base de la T2A alloue des ressources aux établissements en fonction de leur activité, mesurée par groupe homogène de malades (GHM) associé à un ou plusieurs groupe(s) homogène(s) de séjour. Les tarifs appliqués aux groupes homogènes sont déterminés chaque année par le ministre en charge de la santé. Autrement dit, l'hôpital est rémunéré en fonction des actes réalisés sans tenir compte de la spécialité et du matériel utilisé.

Ce mode de financement est de plus en plus critiqué par les hôpitaux qui ont subi des baisses de tarifs lors du dernier quinquennat. Les contraintes de gestion de personnels, l'engorgement des urgences et un mode de financement jugé inadapté par les hôpitaux induisent des déficits budgétaires qui se creusent. De plus, le choix de la « course à la rentabilité » incité par la T2A entraîne une dégradation de la prise en charge des patients.

Dans un contexte d'évolution des technologies, d'innovation et, en parallèle, de développement des maladies chroniques (+ 10 % de nouveaux patients en ALD<sup>1</sup> depuis 2012, source Améli), la T2A ne semble plus adaptée pour l'ensemble des soins. La durée et la complexité des soins devraient être prises en compte dans le projet qui sera proposé par le gouvernement fin 2019.

Le volet accessibilité aux soins sera abordé par le gouvernement via le développement de la télémedecine.

Un premier pas a déjà été fait en mars 2017 avec la signature de l'avenant n° 2 à la convention médicale qui introduit deux nouveaux actes pris en charge par l'Assurance maladie. Ce premier volet concernait uniquement les patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou en voie d'admission.

Depuis mi-juin, un nouvel avenant à la convention médicale pose les conditions de déploiement de la télémedecine. Cet avenant est le point de départ incontournable pour relever les défis à venir du système de santé que sont les déserts médicaux mais également l'évolution des maladies chroniques tant en nombre qu'en durée de prise en charge. La base de remboursement de la Sécurité sociale pour une téléconsultation sera de 25 € comme pour une consultation généraliste. La part de remboursement par cette dernière sera identique à 70 %. Pour la télémedecine, le risque de dérive sur le coût sera donc limité mais il faudra suivre une éventuelle transformation de la fréquence dans certaines zones géographiques.



<sup>1</sup>ALD : Affection longue durée donnant le droit à une exonération d'une partie des soins



# Une place plus importante pour la prévention.

Le président Macron avait annoncé, dès sa campagne présidentielle, souhaiter mener « la révolution » de la prévention : transformation d'un système aujourd'hui curatif vers un système plus préventif. En effet en 2015, sur 262,5 Md€ de dépenses santé courantes 5,7 Md€ seulement étaient consacrées à la prévention soit à peine 2 %. (Source : DRESS « Les dépenses de santé en 2015 »)

Pour répondre à cet objectif le gouvernement a lancé dès mars 2018 une première hausse du prix du tabac, qui conduira à horizon 2020 à augmenter le paquet à hauteur de 10 € afin de répondre à l'objectif ambitieux du président : « que la génération qui naît aujourd'hui soit la première génération sans tabac », une hausse également accompagnée par une modification des remboursements sur les substituts nicotiniques désormais remboursés à hauteur de 65 % comme n'importe quel médicament. Une mesure faisant partie d'un plan plus général, le plan « priorité prévention » dévoilé le 26 mars dernier dans le but de sauver de nombreuses vies en réduisant le risque de mortalité et morbidité dès le plus jeune âge, et tout au long de la vie, notamment pour les populations les plus défavorisées sur ce sujet.

Pour ce faire le gouvernement a donc annoncé plusieurs mesures phares qui interviendront tout au long de la vie des Français :

- la ministre de la santé avait déjà dévoilé l'augmentation du nombre de vaccins obligatoires, à hauteur de 11, pendant la période de la petite enfance ;
- le plan prévoit également la mise en place d'un parcours de santé avec 13 examens pendant la petite enfance puis 7 jusqu'à la majorité afin de lutter contre une inégalité fortement présente dès le plus jeune âge, comme le rappelle le gouvernement (à titre d'exemple 21 % des enfants d'ouvrier sont victimes d'obésité, contre 8,5 % chez les enfants de cadres).

Une série de mesures couplées, tout au long de l'enfance, à une vraie volonté d'information des parents notamment à travers le milieu scolaire avec pour objectif de former 80 % de la population aux gestes de premiers secours. Le président Macron s'appuie

notamment sur une de ses promesses de campagnes : le service sanitaire pour les étudiants en santé. Ainsi 40 000 étudiants seront amenés à mener des actes de prévention dans le milieu scolaire ou en entreprise, tout comme dans les quartiers prioritaires. Parmi les sujets traités par ces « nouveaux acteurs » l'alcool, la drogue et les rapports sexuels à risque feront figure de priorité chez les adolescents.

« Priorité prévention » intègre également les adultes. L'accent sera mis sur le dépistage de l'hépatite C, d'une part, mais également du cancer du col de l'utérus, d'autre part, via la mise en place d'un dépistage organisé, tel que cela a été mis en place pour le cancer du sein et le cancer colorectal. Par ailleurs, le gouvernement a marqué sa volonté de sensibiliser la population à la pratique sportive et à la réduction de la consommation de sel, notamment pour lutter contre les risques d'hypertension artérielle.

Enfin le dernier volet de ce plan prévention vise à soutenir les personnes âgées en les aidants à « bien vieillir » à travers un soutien important aux personnes isolées et précaires : en effet les personnes âgées représentent plus de 20 % des personnes isolées aujourd'hui en France. Un plan de 15 M€ sera également mis en place pour financer des programmes de prévention à la perte d'autonomie.

Le plan « priorité prévention » intègre différentes autres mesures telles que la prévention des risques auditifs chez les jeunes. Ce plan est en interaction avec les autres mesures phares du gouvernement, notamment le RAC O, et contribue à l'atteinte des objectifs de la stratégie nationale de santé.



## Conclusion.

Ainsi, Emmanuel Macron et Agnès Buzyn, à travers ces 3 mesures, ont remis sur le devant de la scène la problématique de la Santé. Cette réforme qui n'en est pour l'instant qu'aux prémices devrait s'achever à horizon 2021.

On peut cependant déjà se réjouir du consensus trouvé entre le Gouvernement et les différents acteurs de la Santé sur plusieurs points, notamment dans le cadre de la mise en place du remboursement intégral pour un objectif de RAC 0 pour les français. Pour les organismes d'assurance santé, c'est donc un enjeu de taille qui s'annonce avec une nécessité rapide de valorisation de ces changements. Le sujet d'une refonte de leur offre, incluant la prise en compte de nombreux autres actes de prévention est aussi d'actualité. Enfin, le développement de la télémédecine avec pour objectif de faciliter l'accès aux soins dans les déserts médicaux pourrait engendrer une évolution de la consommation médicale que les organismes devront prendre en compte au risque de voir leur sinistralité dériver.

Pour les français ces mesures devraient assurer dans un premier temps l'accès aux soins, trop souvent délaissés car trop coûteux dans le cadre du « Reste à

charge 0 » ou par manque de prévention efficace dans des zones défavorisées, puis à plus long terme améliorer leur santé grâce à une prévention accrue et une facilité d'accès via la télémédecine.

La transformation de l'offre santé va améliorer l'accès aux soins pour les assurés y renonçant précédemment pour des raisons financières, et réduira les délais de rendez-vous. À long terme, la prise en charge plus réactive et la construction d'un plan de prévention permet de traiter au plus tôt un problème de santé. Cette anticipation réduira l'aggravation de pathologies pouvant engendrer des coûts financiers plus lourds.

En plus de la question tarifaire, les organismes complémentaires doivent prévoir la refonte de leur tableau de garanties pour répondre aux critères des paniers types du RAC 0. L'uniformisation des garanties va les contraindre à se différencier via les services.



Société de conseil indépendante, Optimind accompagne les organismes assureurs, banques et grandes entreprises dans le ciblage des opportunités de nature à accroître leurs performances. Nous apportons du conseil et des solutions pour répondre aux défis majeurs de la compétitivité, de la transformation et de la réglementation. Ces enjeux, malgré les risques, offrent des opportunités de développement considérables.

Nos lignes de services couvrent chaque maillon de la chaîne de valeurs de nos clients : Strategy, Finance, Risk, Compliance, Market, Human Resources, Digital Transformation, Data, BPO.

[optimind.com](http://optimind.com)

### Vos contacts.

**Emmanuel Berthélé** - R&D Director

T/ +33 1 48 01 91 66 - [emmanuel.berthele@optimind.com](mailto:emmanuel.berthele@optimind.com)

**Marine de Pallières** - Communication & Public Relations Manager

T/ +33 1 48 01 91 66 - [marine.depallieres@optimind.com](mailto:marine.depallieres@optimind.com)



Libérez le potentiel de vos données  
et entrez en pleine conformité dans l'ère digitale



Agence de conseil en communication sociale  
au service des entreprises