



SOMMAIRE

Contrats responsables	1
Accords de branches	2
Généralisation du tiers payant	2
Qu'est-ce que l'ACS ?	3

Quand « Santé » rime avec « actualité chargée » !

→ Contrats responsables

Le décret du 18 novembre 2014 sur les contrats responsables, faisant suite à la loi de Financement de la Sécurité sociale, redéfinit les critères des contrats dits « responsables » qui bénéficient d'avantages fiscaux et sociaux. Ce décret s'applique aux contrats frais de santé individuels et collectifs.

Les nouveaux critères imposent :

- La prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des actes remboursés par la Sécurité sociale hors médicaments à service médical rendu modéré et faible, ostéopathie et cures thermales ;
- La prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ;
- La prise en charge de la franchise hospitalière ;
- La régulation des dépassements d'honoraires notamment pour les consultations auprès des médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'accès aux soins, qui engage les médecins signataires à ne pas appliquer des dépassements d'honoraires de plus de 100 % BR* en moyenne ;
- La régulation des prix de l'optique,
- La limitation à un renouvellement optique, verres et monture, tous les deux ans, à l'exception des mineurs ou d'une évolution de la vue.

La non-application de ces nouveaux critères remet en cause le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux qui ne sont pas négligeables. La mise en conformité des contrats est progressive :

- Les nouveaux contrats, qu'ils soient individuels ou collectifs, doivent être responsables à compter du 1er avril 2015 ;

- Les règlements labellisés doivent être conformes à compter du 1^{er} janvier 2016 ;
- Les entreprises, dont l'acte fondateur du régime frais de santé n'a pas été modifié depuis la parution du décret, devront se mettre en conformité dès la modification de celui-ci, et au plus tard au 1^{er} janvier 2018.

Cette évolution réglementaire engendre donc une charge non négligeable de revue des grilles de garanties des produits standards individuels et collectifs, et des contrats sur-mesure. Afin d'éviter les pertes de cohérence inter et intra gamme pouvant engendrer une perte de clients, cette mise en conformité doit s'accompagner d'une réflexion plus globale sur le positionnement des différents produits standards au regard des cibles commerciales. En effet, dans le cas d'un produit bas de gamme ne couvrant que les frais d'hospitalisation par exemple, la nouvelle grille conforme au décret peut correspondre à la grille de garantie d'un produit déjà existant incluant la prise en charge du ticket modérateur sur l'ensemble des garanties remboursées par la Sécurité sociale. Cette réforme est d'autant plus complexe pour les organismes assureurs spécialisés dans le collectif, qu'elle s'intègre dans un contexte de concurrence accrue induit par l'ANI.

La mise en conformité dépend des niveaux de garanties actuelles mais engendre en général une baisse du tarif, d'autant plus importante que les garanties sont élevées. Par exemple, la limitation du renouvellement de l'optique à 1 fois tous les 2 ans a un impact moyen de -10 % sur les consommations de ce poste.

La plupart des organismes assureurs prévoient la mise en place de nouvelles garanties telles que la médecine douce



et/ou la hausse des niveaux de prise en charge existants, afin d'éviter une baisse du chiffre d'affaires.

En parallèle, un nouveau besoin a émergé : une couverture sur-complémentaire non responsable notamment sur les frais hospitaliers au vu de la limitation des remboursements des médecins et chirurgiens non adhérents au Contrats d'Accès aux Soins. La sur-complémentaire Santé est

une nouvelle opportunité de développement pour les acteurs de la Santé, qui est accrue par l'obligation de la généralisation de la complémentaire santé aux salariés avec le panier de soins ANI.

**BR = Base de Remboursement*

→ Accords de branches

L'ANI impose à l'ensemble des entreprises employant des salariés du secteur privé de mettre en place un contrat collectif obligatoire frais de santé au 1^{er} janvier 2016.

Parallèlement, certaines branches professionnelles ont mis en place un accord ou ont fait évoluer l'accord existant : aujourd'hui environ 80 branches ont négocié des accords sur les contrats santé collectifs.

Les branches, à travers ces accords ont la possibilité :

- de fixer des minima en termes de niveaux de garantie, de participation de l'employeur, de cotisation,
- de recommander un organisme assureur pour porter ce risque.

Si la réglementation fixe des seuils minimums (panier de soins ANI) et des plafonds de remboursement sur certaines garanties (contrats responsables), les branches peuvent fixer, quant à elles, des niveaux de garanties et de participation de l'employeur supérieurs. Si les branches ont la possibilité d'« améliorer » les conditions de l'ANI, elles ne peuvent toutefois pas être moins-disantes, de même les entreprises ont la possibilité de proposer des garanties supérieures aux accords de branche.

Avant la sortie du décret du 18 novembre 2014 et du projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2014, certaines

branches avaient déjà négocié plusieurs éléments sur les contrats santé collectifs qu'ils sont aujourd'hui dans l'obligation de revoir lorsque les accords de branches fixent des niveaux de garanties supérieurs aux plafonds maximum imposés par le décret sur les contrats responsables. Pour rappel, en cas de non-respect des contraintes liées à la réglementation de ce décret, les entreprises se verraient ajouter une taxe de 7% supplémentaire ainsi que la perte des avantages sociaux et fiscaux de leur contrat.

Auparavant les branches avaient la possibilité de désigner un organisme assureur que toute nouvelle entreprise de la branche avait obligation de rejoindre. Aujourd'hui, et depuis juin 2013, la désignation d'organisme assureur n'est plus possible et a été déclarée inconstitutionnelle. Les branches ont désormais la possibilité de recommander un ou plusieurs organismes assureurs. Tout comme pour la désignation, l'organisme assureur recommandé pratique un tarif unique pour l'ensemble des entreprises de la branche, ce qui ne sera pas le cas pour les organismes non recommandés. Dans ce cadre, au contraire de la désignation, les entreprises peuvent choisir ou non d'adhérer à l'organisme assureur recommandé par leurs branches.



→ Généralisation du tiers payant

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé a été adopté par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015. Parmi les principales mesures, on note celle de la généralisation du tiers payant. Ce système permet aux assurés de ne pas avoir à avancer les frais de santé. Existant déjà en milieu hospitalier, chez les pharmaciens, biologistes, infirmiers et certains opticiens appartenant à des réseaux de soins, il est aussi pratiqué pour près d'un tiers des actes médicaux de ville et pour tous les bénéficiaires de la Couverture Maladie Complémentaire

Universelle (CMU-C). Le projet a pour ambition de l'étendre aux consultations en médecine de ville.

La mise en place du système pour les consultations médicales sera réalisée progressivement :

- Dès la fin de l'année 2015, les personnes aux revenus les plus modestes ne devraient plus avoir à avancer de frais de santé chez leur généraliste ;
- Puis à partir de juillet 2016, le tiers payant sera étendu aux patients pris en charge à 100% par



l'Assurance Maladie (maladies de longue durée type diabète, femmes enceintes ...)

- Enfin, l'ensemble des assurés en bénéficiera à partir de janvier 2017, et le tiers payant deviendra « un droit » fin novembre 2017.

Lorsque le dispositif sera totalement généralisé, il concernera à la fois la part prise en charge par la Sécurité sociale et celle remboursée par les complémentaires Santé. Les assurés n'auront donc plus de frais médicaux à avancer, sauf en cas de dépassements d'honoraires non pris en charge par les complémentaires. L'Assurance Maladie et les complémentaires paieront directement les honoraires aux médecins. Les franchises et les forfaits seront quant à eux payés directement par l'assuré auprès de l'Assurance Maladie, par prélèvement bancaire.

La généralisation du tiers payant est motivée par un objectif louable : simplifier et garantir l'accès aux soins

pour tous. Elle est plébiscitée par les assurés ; pourtant près de 90% des médecins y sont opposés. Plusieurs raisons expliquent cette opposition :

- probable déresponsabilisation des patients face à leurs dépenses de santé ;
- difficultés de mise en œuvre ;
- risque de non-paiement des complémentaires santé compte tenu du nombre important d'organismes multipliant les démarches, risquant ainsi d'entraîner une paralysie de la médecine courante.

Les organismes assureurs ont par conséquent deux enjeux à relever :

- intégrer le tiers payant dans leur processus et leur système de gestion ;
- mesurer l'effet d'anti-sélection sur les tarifs induit par la déresponsabilisation des assurés.



Qu'est-ce que l'ACS ?

L'ACS, l'Aide à la Complémentaire Santé, permet aux personnes à faibles ressources, mais supérieures au plafond d'accès à la CMU-C, de bénéficier d'une aide financière pour payer leur complémentaire santé. Le montant de l'aide varie en fonction de l'âge : de 100 €/an pour les moins de 16 ans à 550 €/an à partir de 60 ans.

Cette réduction du coût est opérée par l'organisme assureur sur justificatif de l'attestation de droit par l'assuré.

Fin 2014, un appel public à la concurrence a été lancé pour choisir les organismes assureurs habilités à proposer des couvertures bénéficiant de l'Aide à la Complémentaire Santé. Cet appel public fait suite à la réforme de la protection sociale introduite par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015.

Les critères différenciant les offres proposées portaient notamment sur le meilleur rapport qualité/prix, ce qui doit permettre aux bénéficiaires de l'ACS de voir baisser significativement le coût de leur couverture santé.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, les bénéficiaires de l'ACS sont obligés de choisir leur couverture santé parmi une liste de 11 offres, publiées dans les arrêtés du 10 avril et du 25 juin 2015, sur environ 30 réponses reçues lors de l'appel public à la concurrence :

- Offre Pacifica
- Offre ASACS (Association solidaire pour l'Aide à la Complémentaire Santé)

- Offre Pôle santé prévoyance du groupe MACIF
- Offre Assureurs complémentaires solidaires
- Offre Atout Cœur Santé
- Offre Klésia Mutuelle
- Offre Oui Santé
- Offre Accès Santé
- Offre MTRL
- Offre Proxime Santé
- Offre Mutuelle Saint Martin

Chacune des 11 offres retenues regroupe les 3 niveaux de couvertures définis dans le cahier des charges de l'appel public à la concurrence. Ces garanties sont conformes au décret du 18 novembre 2014 sur les contrats responsables. Elles proposent le service de tiers payant ainsi qu'un réseau de soins permettant aux assurés de bénéficier de tarifs avantageux, pour les assurés se rendant chez les professionnels de santé partenaires des organismes assureurs habilités.

Ces offres sont proposées par différents organismes assureurs, dont une majeure partie sont portées par un groupement d'acteurs, du fait de la spécificité du risque.



La Practice Optimind Winter

Structurée pour une couverture matricielle des besoins en expertises liés à nos interventions, notre Practice est construite autour de 10 Pôles de Compétence Optimind Winter, mêlant :

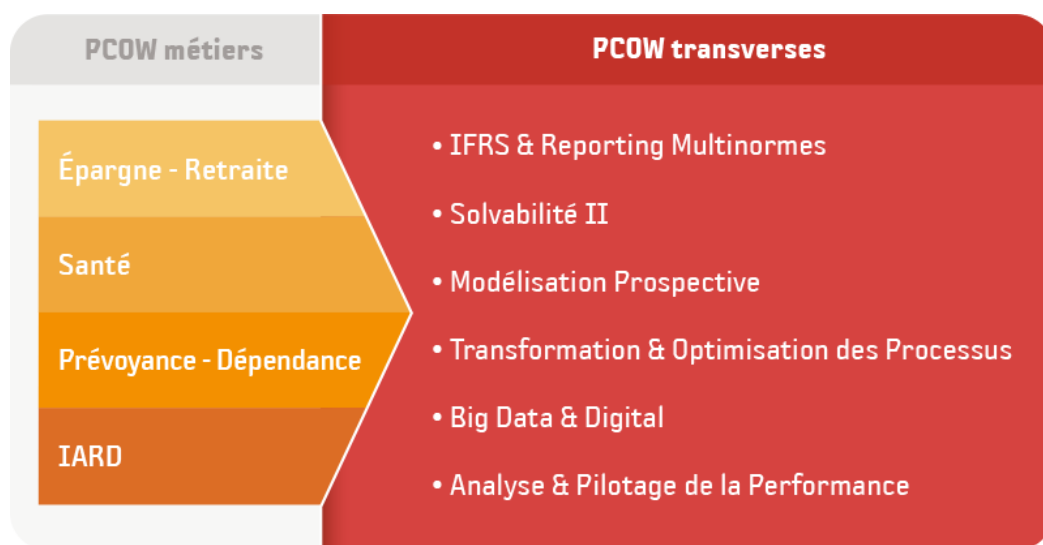
- Expertises et savoir-faire produits et systèmes d'information sur les problématiques métiers/produits.
- Aptitudes transverses nécessaires à l'exercice de notre activité de conseil couvrant l'ensemble de la chaîne de gestion des risques.

Composés chacun de 10 à 15 managers et consultants de séniorités diverses, ces Pôles :

- assurent la veille réglementaire, le suivi de la presse spécialisée et identifient les sujets émergents,
- étudient l'impact des réformes sur les processus de gestion des risques et l'offre produits,

- participent à nos efforts de R&D et d'innovation et aux projets internes Optimind Winter,
- contribuent à la valeur ajoutée apportée par nos consultants au cours de leurs interventions en leur permettant de disposer d'un support expert et d'un accompagnement méthodologique,
- contribuent à la préparation de nos communications, événements et formations.

Chaque PCOW est encadré par un Practice Leader qui est le garant des travaux réalisés par son Pôle et le porte-parole d'Optimind Winter sur son domaine d'expertise. Accompagné ou non d'un animateur, le Practice Leader encadre les membres de son PCOW et dispose d'une latitude importante quant à l'organisation de leurs travaux.



Leader de l'actuariat conseil et de la gestion des risques en France,

Optimind Winter constitue l'interlocuteur de référence pour les organismes assureurs, banques et grandes entreprises qui souhaitent un partenaire métier de haut niveau les accompagnant dans leurs projets stratégiques.



ACTUARIAT CONSEIL



PROTECTION SOCIALE



RISK MANAGEMENT



FINANCE & PERFORMANCE



BUSINESS TRANSFORMATION



DIGITAL

Pour plus d'informations, rendez-vous sur notre site www.optimindwinter.com

Vos contacts /

Éric Gaubert / directeur du développement / eric.gaubert@optimindwinter.com

Chloé Parfait / manager actuariat conseil / chloe.parfait@optimindwinter.com

T / +33 1 48 01 91 66

