



FÉV.
2019

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2019.

Les trois mesures phares

Chaque année est votée au Parlement la loi de financement de la Sécurité sociale, ou LFSS, qui a pour but de contrôler les dépenses sociales et de santé, et d'assurer l'équilibre financier de la Sécurité sociale. Parmi toutes les mesures constituant cette loi on peut notamment citer le pilotage de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui constitue un indicateur des dépenses prévisionnelles de santé à horizon un an. La LFSS 2019, lors de sa présentation, avait prévu de faire revenir à l'équilibre le régime de base et le fonds de solidarité vieillesse de la Sécurité sociale. Néanmoins, selon la commission des affaires sociales, le solde des régimes de base serait encore négatif en 2019 et le déficit qui dure depuis 18 ans ainsi que le poids de la dette sociale resteront très importants. De nombreuses améliorations et mesures sont donc à mettre en place. L'assainissement de la dette à horizon 2024 fait également partie des objectifs à atteindre. La loi se concentre donc sur les deux axes suivants :

- protéger les plus vulnérables, en favorisant l'accès aux soins pour tous, en revalorisant les prestations sociales prioritaires (prime d'activité, minimum vieillesse et allocation aux adultes handicapés), en fusionnant les deux dispositifs d'aide à la complémentaire santé aux personnes fragiles financièrement, à savoir la couverture mutuelle universelle (CMU) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ;
- investir dans la transformation du système de santé, avec une hausse importante de l'ONDAM (2,5 %) en comparaison des dernières années, la digitalisation de la médecine, l'accent mis sur la prévention.

En plus de ses deux objectifs, le gouvernement souhaite également réaliser une refonte du forfait patientèle médecin traitant ou FPMT, pour le transformer en contribution, afin de sécuriser cette participation.

Publication réalisée par
l'Expertise Center Santé Prévoyance

R&D

EXPERTISE CENTER SANTÉ-PRÉVOYANCE

L'Expertise Center Santé-Prévoyance assure à nos consultants une maîtrise de l'environnement technique et réglementaire régissant les domaines de la Santé et de la Prévoyance, tant individuels que collectifs. Il assure également une veille active sur les projets de réforme et leurs impacts sur le

marché ainsi que les innovations produits et services. Il réalise des travaux de recherche sur la tarification, le provisionnement et la solvabilité. C'est l'interlocuteur privilégié de nos clients assureurs et bancaires sur leurs problématiques Santé - Prévoyance - Dépendance - Emprunteur.

2

La fusion entre ACS et CMU

3

La réforme 100% Santé

5

La transformation du forfait patientèle en contribution

La fusion entre ACS et CMU.

La couverture mutuelle universelle complémentaire, ou CMU-c, est un dispositif permettant aux personnes disposant de revenus inférieurs à 8 810 € par an (pour une personne seule) de pouvoir bénéficier d'une complémentaire santé complètement gratuite. Elle peut être demandée par toute personne résidant en France, sous réserve d'y habiter depuis plus de 3 mois et d'être en situation régulière. La CMU-c est renouvelable annuellement à la demande de l'assuré si les conditions d'attribution sont encore satisfaites.

En présentant une attestation de CMU-c et sa carte vitale, l'assuré sera pris en charge intégralement pour ses dépenses médicales et disposera du tiers payant, c'est-à-dire qu'il n'aura pas à avancer ses frais médicaux. Par ailleurs, en ce qui concerne les lunettes, les prothèses dentaires et les appareils auditifs, l'assuré sera remboursé de certains dépassements, jusqu'à un montant donné. Le nombre de bénéficiaires de cette aide s'élève à 5,5 millions. Elle est financée via la taxe de solidarité additionnelle, à hauteur de 90 % par la Sécurité sociale et de 10 % par les organismes complémentaires.

Certaines personnes disposent toutefois de ressources légèrement supérieures au plafond fixé par la CMU-c, mais restent fragiles financièrement. Il est alors possible pour ces dernières de prétendre à une aide au paiement d'une complémentaire santé, ou ACS. Ce dispositif permet aux assurés de bénéficier de tarifs sans

dépassements d'honoraires, du tiers payant, de l'exonération de la participation forfaitaire et des franchises et enfin de tarifs plafonnés pour certains soins de prothèses dentaires et d'orthodontie.

Toutefois, le taux de non-recours à l'ACS reste extrêmement haut (de l'ordre de 65 % pour les estimations les plus élevées). Cela s'explique notamment par un manque de visibilité dans le fonctionnement du dispositif, ou encore par la relative complexité des démarches à effectuer. **Faciliter le recours à une complémentaire santé** étant un objectif majeur de la LFSS 2019, il a été décidé de fusionner la CMU-c et l'ACS afin de ne conserver qu'un seul dispositif pour protéger les plus vulnérables financièrement.

La fusion entre les deux dispositifs aura lieu le 1^{er} novembre 2019. La couverture sera gratuite pour un assuré ayant des ressources inférieures au plafond de la CMU-c, et soumise à une participation dépendante de l'âge jusqu'au plafond de l'ACS. Tous les frais de soins seront pris en charge pour un très large panier de soin. La contribution maximale demandée par assuré sera de 30 € par mois. Ce changement bénéficiera particulièrement aux personnes âgées, dont le montant des cotisations pour une complémentaire santé atteint parfois des montants élevés.

Le tableau suivant montre l'impact de cette réforme pour deux profils de familles d'assurés :

Assurés	Contrat de complémentaire santé	Montant de la cotisation avec l'ancienne ACS	Montant de la cotisation après fusion CMU-C et ACS
Couple de personnes âgées	Contrat le plus protecteur	110 € / mois	60 € / mois
Couple avec deux jeunes enfants	Contrat milieu de gamme	80 € / mois	50 € / mois

Outre son aspect purement financier, la fusion de la CMU-c et de l'ACS permettra aux bénéficiaires de profiter d'un dispositif plus simple à utiliser, avec des formulaires et démarches administratives allégés et la

mise en place d'un télé-service. De plus, la couverture des allocataires du RSA sera automatiquement renouvelée chaque année. De façon synthétique, on peut présenter ainsi les trois régimes :

CMU-c

Revenus < 734 € / mois.
5,5 millions de personnes concernées.
Taux de non recours entre 25 % et 35 %, 1,83 milliard d'euros.
1 niveau de garantie.

ACS

Revenus < 991 € / mois.
1,2 million de personnes concernées.
Taux de non recours entre 50 % et 65 %.
3 niveaux de garanties.

Fusion

Revenus < 991 € / mois.
Hypothèses officielles : 30 € / mois maximum pour les bénéficiaires de l'ACS actuelle et 200 000 personnes supplémentaires couvertes par la CMU-c.
Surcoût de 500 millions d'euros financé par le régime obligatoire (sous les hypothèses ci-dessus).
1 niveau de garantie, pour les anciens bénéficiaires de l'ACS également..

Si les assureurs se réjouissent d'une volonté du gouvernement de couvrir les plus démunis, ils redoutent néanmoins une fuite de leurs adhérents vers ce régime

obligatoire, une « nationalisation » des complémentaires, pour reprendre les termes de Thierry Beaudet, président de la Mutualité française.

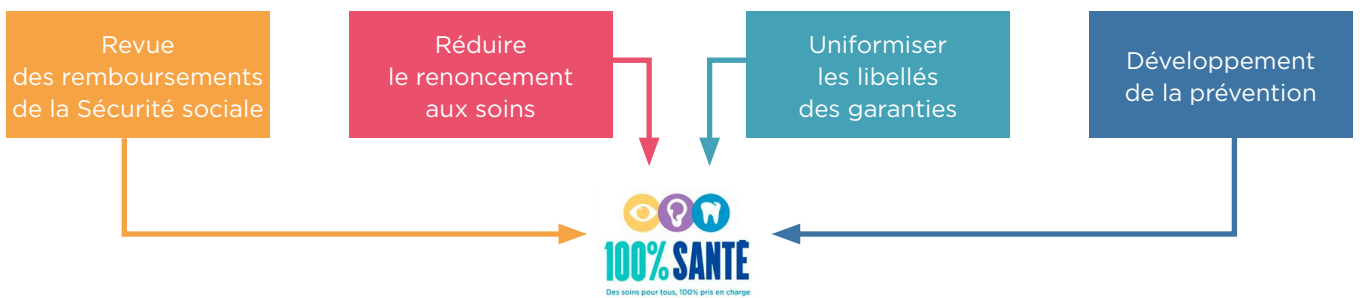
La réforme 100% Santé.

La France présente un des reste à charge pour les ménages les plus bas parmi tous les pays membres de l'OCDE : 8,3 % en 2017, pour 77 % des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale. Trois domaines ont toutefois la particularité de présenter actuellement un reste à charge élevé : l'optique, le dentaire et le secteur des prothèses auditives.

De ce fait, ces trois postes ont pour caractéristique de donner lieu à un fort taux de renoncement aux soins. Outre le coût financier (que certaines personnes ne peuvent pas assumer malgré l'aide de l'assurance maladie et des complémentaires santé), les temps d'attente trop longs pour obtenir un rendez-vous, la distance du centre médical, l'attente ou encore le manque de confiance envers les médecins sont d'autres motifs d'abandon de traitement. Ce phénomène peut avoir pour conséquence de donner lieu à une dégradation de l'état de santé, provoquant à long terme des coûts encore plus élevés,




ou des cas de dépression et d'isolement. Les troubles de l'audition chez les personnes âgées non appareillées sont par exemple des facteurs d'isolement et de troubles cognitifs.

L'accès aux soins pour tous les français étant une priorité de la LFSS 2019, celui-ci prévoit le déploiement de la réforme 100% Santé. Cette dernière consiste en la mise en place d'un panier de soins, composé de prestations offrant des garanties de qualité, qui sera accessible pour tous en plus d'être intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et les complémentaires santé, offrant ainsi un reste à charge nul pour les patients. Ces prestations se déclineront sur les trois postes cités plus haut. Il est toutefois à noter que le patient pourra continuer à choisir des prestations non prises en charge à 100 %, qui lui seront remboursées selon les conditions prévues par son contrat de complémentaire santé. Les objectifs sont les suivants :



La mise en place de 100% Santé se fera progressivement dans le temps, avec de premiers aménagements prévus dès début 2019, pour au final arriver à des prestations

avec reste à charge nul au 1^{er} Janvier 2021. Les évolutions seront effectuées différemment selon le domaine :

	2019	2020	2021
	Limitation progressive des prix actes prothétiques et revalorisation progressive des actes dentaires « conservateurs »	Panier 100% Santé pour les couronnes et les bridges avec l'augmentation de la BR des couronnes	Panier de soins 100% Santé pour l'ensemble des actes prothétiques concernés
	Nouvelle nomenclature pour les verres	<ul style="list-style-type: none"> mise en place du panier 100% Santé diminution du plafond de prise en charge des montures pour les contrats responsables 	
	Revalorisation progressive de la base de remboursement des appareils et limitation progressive des tarifs		Équipements garantis sans reste à charge

Prothèses auditives

On estime que le taux d'appareillage pour les prothèses auditives est de seulement 35 %. La principale cause est le prix élevé des appareils auditifs : une prothèse coûte en moyenne 1 500 €, pour un reste à charge de 850 €. Deux paniers de soins vont ainsi être créés : le panier reste à charge zéro (Classe 1) et le panier Classe 2.

Le panier RAC zéro propose plusieurs types d'appareils s'adaptant à tout niveau de déficit auditif. Les tarifs seront plafonnés à partir du 1^{er} Janvier 2019, puis les prix limites de vente (PLV) progressivement réduits chaque année jusqu'à 2021. En parallèle, leurs bases de remboursement (BR) seront progressivement augmentées.

	Au 1 ^{er} janv. 2019		Au 1 ^{er} janv. 2020		Au 1 ^{er} janv. 2021	
	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV
Patient de moins de 20 ans	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400
Patient de 20 ans ou plus	300	1 300	350	1 100	400	950

Optique

Le taux de renoncement des Français en optique est de 17 %, à cause notamment d'un faible remboursement de l'assurance maladie compte tenu du prix des lunettes. 100% Santé va décliner les verres en deux catégories : ceux de classe A qui seront sans reste à charge, et ceux de classe B qui seront à tarifs libres. De même, il n'y aura désormais plus de distinction faite entre les verres adultes et les verres enfants.

Dans le domaine de l'optique, la réforme 100% Santé entrera en vigueur à partir du 1^{er} Janvier 2020.

Dentaire

Le taux de renoncement dans le secteur des prothèses dentaires est de l'ordre de 17 % en France, là encore principalement pour des raisons financières. Avec 100% Santé, trois paniers de soins seront proposés : le panier 100% santé, garanti sans reste à charge et concernant 46 % des actes selon la nouvelle convention dentaire, le panier « tarifs maîtrisés » (25 % des actes) et le panier libre (29 % des actes).

Les tarifs des prothèses du panier de soin seront plafonnés à compter du 1^{er} Janvier 2019, puis les plafonds progressivement réduits. En 2020, les couronnes et bridges seront proposés sans reste à charge. En 2021, le reste des équipements du panier, notamment les prothèses amovibles, sera également garanti sans reste à charge pour le patient.

Actuellement, le prix moyen d'une couronne métallo-céramique est de 550 €, pour un reste à charge

Il en résulte une moyenne de 200 € de frais en moins par prothèse en 2019, 250 € en moins en 2020, pour enfin arriver à un reste à charge nul en 2021 pour les équipements du panier.

Pour reprendre l'exemple de notre prothèse auditive, le reste à charge moyen sera de 650 € en 2019, 400 € en 2020, et enfin 0 € en 2021.

Le panier de classe 2 propose les mêmes types d'appareils avec les mêmes bases de remboursement. Les tarifs ne sont toutefois pas plafonnés, et le remboursement de la complémentaire sera limité à 1 700 € par oreille.

L'objectif est d'arriver à un taux d'appareillage de 50 %, soit une hausse de 15 %.



Dossier de presse du gouvernement 100 % Santé

Outre l'aspect financier, la réforme met également en place une nouvelle nomenclature pour les verres et instaure une obligation pour l'opticien de présenter un devis avec au moins un équipement du panier 100% Santé.

de 195 €. Après la réforme 100% Santé, son prix maximal sera de 500 €, pour un reste à charge nul.

Les impacts financiers de ces évolutions sont dépendants de nombreuses hypothèses, et leur détermination est un enjeu actuel majeur des assureurs. Restent encore inconnus les points suivants :

- l'évolution de la fréquence des actes, car même si le gouvernement avance des objectifs de taux d'équipement suite à la réforme, ceux-ci paraissent particulièrement optimistes et rien ne garantit une telle hausse ;
- la répartition des consommations entre les paniers, et selon les niveaux de gamme ;
- l'évolution des grilles de garanties des assureurs, qui auront le choix d'exprimer leur niveau de garantie en forfait euros ou pourcentage de base de remboursement de la Sécurité sociale par exemple.

Néanmoins, selon nos estimations, la hausse sera comprise entre 10 % et 14 % pour le panier de soins ANI pour un portefeuille test (35 ans de moyenne d'âge, 10 % de cadres et 40 % d'hommes), alors que l'impact tendra à la baisse lorsque l'on montera en gamme : d'une part, l'augmentation des bases de remboursement aura un impact plus faible à mesure que le niveau de garantie augmentera, et d'autre part, la mise en place de plafonds diminuera les montants de prestations pour les assurés déjà couverts à 100 %.

Pour un portefeuille avec autant de contrats bas de gamme que milieu et haut, en supposant une hausse de la fréquence comprise entre 7 % et 10 % selon l'acte, on peut estimer un impact d'environ 1,4 % sur les actes concernés.

Celui-ci se décompose ainsi, d'après nos chiffrages :

Acte	Hausse de la fréquence supposée	Impact tarifaire
Optique	7 %	- 1 %
Dentaire	7 %	8 %
Audioprothèse	10 %	20 %

L'impact négatif en optique vient notamment du fait de la baisse du plafond du contrat responsable pour les montures, qui passe de 150 € à 100 €.

Le choix d'une hausse de la fréquence plus élevée sur les audioprothèses s'explique par un taux d'équipement actuel plus faible sur cette garantie que sur le dentaire ou en optique.

Si la mise en place de la réforme 100% Santé a fait l'objet de nombreux échanges entre les professionnels de santé, le gouvernement et les organismes complémentaires à l'Assurance Maladie, ces derniers mois, la situation se tend actuellement entre la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn et les OCAM. Promesse de campagne, le gouvernement ne veut pas entendre parler d'augmentations tarifaires liées à la réforme, alors que les complémentaires santé estiment cette demande, et le calendrier transitoire difficilement tenable.

La transformation du forfait patientèle en contribution.

Le forfait patientèle médecin traitant, ou FPMT, bénéficie à l'ensemble des médecins libéraux conventionnés déclarés médecins traitants, à condition qu'ils exercent dans le secteur 1 et qu'ils aient adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. C'est la fusion, depuis le 1^{er} janvier 2018, des autres forfaits existant auparavant, parmi lesquels on trouvait :

- le forfait médecin traitant (FMT), qui valorise le rôle du médecin traitant dans la coordination des soins et le suivi du patient concernant la prévention, par exemple pour les vaccinations ou les actions de dépistage. Il s'élève à 5 € par an et par patient (hors affection de longue durée) ;
- la rémunération médecin traitant (RMT), qui concerne les patients atteint d'une affection de longue durée, et vise à valoriser le rôle du médecin traitant dans le cadre de l'accompagnement de la maladie. Elle s'élève à 40 € par an et par patient ;
- la rémunération pour le suivi des patients post-ALD (RST), qui vient valoriser le suivi des patients ne relevant plus d'une affection de longue durée mais se trouvant toujours dans une situation nécessitant des examens de suivi de leur état. Elle s'élève à 40 € par an et par patient ;
- la majoration pour personnes âgées (MPA), qui s'adresse aux médecins qui suivent des patients de plus de 80 ans dont ils ne sont pas médecin traitant. Elle s'élève à 5 € par consultation.

Le FPMT était cofinancé par les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour un montant atteignant 250 M€ en 2018. Toutefois, afin de sécuriser cette participation, la loi transforme cette contribution établie chaque année en une contribution fiscale, à savoir une taxe d'un taux de 0,8 % des cotisations versées aux organismes au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire. Cette contribution entrée en application au 1^{er} Janvier 2019, devrait dégager un rendement de 300 M€ au titre de l'année en cours, selon les estimations fournies dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

Selon nos estimations, la prise en compte du FPMT actuel entraîne une hausse de 1,04 % des prestations, alors que la contribution devrait, elle, augmenter les prestations nettes de 1,11 %. Une très légère hausse est donc à anticiper.



Conclusion.

C'est dans un contexte conflictuel entre les deux chambres parlementaires que la LFSS 2019 a finalement été adopté le 3 décembre 2018. C'est une version quasi-identique au projet initial que l'Assemblée nationale a entériné de manière définitive, rejetant les modifications apportées par le Sénat, notamment une taxation à la hausse de 13,27 % à 18 % des complémentaires santé.

Les 3 mesures phares de la LFSS 2019, que sont la fusion de la CMU-c avec l'ACS, le plan 100% Santé et la transformation du forfait patientèle en contribution s'inscrivent dans une logique de refonte du système santé actuelle, avec pour objectif social de protéger les plus vulnérables :

- la fusion des aides permettra la couverture gratuite d'un plus grand nombre (200 000 selon le gouvernement) et les assurés amenés à payer verront leurs coûts réduits ;
- la réforme 100% Santé proposera à tous citoyens une couverture sans reste à charge, sur les trois postes les plus délaissés actuellement ;

- la mise en place d'une contribution en lieu et place du forfait patientèle assurera à la Sécurité sociale des revenus sécurisés, lui permettant de gérer le budget de façon plus sereine.

Néanmoins, ces bouleversements entraîneront pour les assureurs des impacts financiers difficiles à évaluer a priori, et l'évolution de la consommation des assurés sera à scruter scrupuleusement au cours des prochaines années. La perte de certains assurés qui pourraient décider de s'orienter vers la nouvelle CMU-c constitue elle aussi une crainte pour les organismes complémentaires à l'assurance maladie.

Malgré tout, ces mesures (et la réforme 100% Santé notamment) entraîneront une refonte nécessaire de l'offre des assureurs, ce qui aura pour conséquence de créer des opportunités, que ce soit pour les entreprises en termes d'amélioration de leur couverture santé ou pour les assureurs avec un marché en effervescence.

les sources

Dossier de Presse LFSS 2019

https://www.economie.gouv.fr/files/files/PDF/2018/dp_plfss2019.pdf

Dossier de Presse 100% Santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/181306_-_dp_-_100_sante.pdf

Qu'est-ce que la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) ?

<https://www.economie.gouv.fr/entreprises-particuliers/quest-que-loi-financement-securite-sociale-lfss>

Qu'est ce qu'une loi de financement de la Sécurité sociale ?

<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/financement/qu-est-ce-qu-loi-financement-securite-sociale.html>

Qu'est ce que l'aide au paiement d'une complémentaire santé ?

<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/aide-paiement-complementaire-sante>

CMU complémentaire : conditions et démarches

<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/cmu-complementaire>

Complémentaires : projet de fusion CMU-C et ACS, les mutuelles crient à la nationalisation

https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/09/12/complementaires-projet-de-fusion-cmu-c-et-acs-les-mutuelles-crient-la-nationalisation_860728

LFSS 2019 : pour la suppression d'une taxe controversée

<https://www.argusdelassurance.com/assurance-de-personnes/plfss-2019-pour-une-suppression-du-forfait-patientele.135859>

Projet de loi (Article 12)

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/projets/pl1297.asp>



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

Contacts.

Practice Actuarial & Financial Services

Gildas Robert - Senior Partner - gildas.robert@optimind.com

Valérie Deppe - Partner - valerie.deppe@optimind.com

Marie-Catherine Sarraud - Partner - marie-catherine.sarraudy@optimind.com

Presse

Marine de Pallières - Communication & Public Relations Manager - marine.depallieres@optimind.com



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



Agence de conseil en communication sociale au service des entreprises

