

>> Dossier



Elle a été supprimée par amendement lors de la discussion du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2018. La généralisation obligatoire du tiers payant a été repoussée par la Ministre de la Santé, en raison de contraintes techniques et de l'opposition des médecins. Deux rapports (IGAS et Assurance maladie) ont confirmé que cette généralisation n'était pas matériellement réalisable à la date prévue. Un nouveau rapport devra être remis au Parlement à la fin du premier trimestre 2018, suite à concertation entre les parties. Mais l'objectif est maintenant d'arriver à un tiers payant généralisable et non généralisé. Depuis le 1^{er} janvier 2017, les organismes d'assurance maladie complémentaires ont, pour leur part, l'obligation de proposer le bénéfice du tiers payant dans leurs contrats responsables à hauteur du ticket modérateur, mais l'application du tiers payant sur la part complémentaire reste à l'appréciation du professionnel de santé.

Prévention et Télémédecine

La Ministre de la Santé place la prévention au cœur de sa Stratégie nationale de santé 2017-2022. Les travaux menés auront sans doute un impact sur les contrats complémentaires santé.

A ce jour, les contrats santé responsables (plus de 90 % des contrats du marché) doivent déjà rembourser le ticket modérateur sur les actes de prévention pris en charge par le régime de base.

Le déploiement de la télémédecine est, quant à lui, bien intégré dans le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2018. Il doit permettre de prévenir des hospitalisations et des transports évitables, faciliter la coordination entre les professionnels de santé et améliorer l'accès aux soins.

L'article 36 du projet de loi permet à l'Assurance Maladie et aux syndicats signataires de la Convention Médicale, de déterminer les conditions de réalisation et de tarification des actes de téléconsultation, c'est-à-dire des consultations par un professionnel médical d'un patient à distance, et de téléexpertise, à savoir la sollicitation par un professionnel médical d'un ou plusieurs avis d'autres professionnels médicaux.

Dans l'étude d'impact du PLFSS pour 2018, il est considéré par hypothèse que 50% des téléconsultations viendront en remplacement de consultations existantes (substitution),

et que 50% constitueront une activité nouvelle (recours supplémentaire). 1 400 000 téléconsultations nettes pourraient être réalisées par an en France, une fois le dispositif lancé à horizon 2022.

Les complémentaires santé devront intégrer dans leurs garanties et tarifications ces nouveaux modes de consultations.

Complémentaire santé pour les retraités, la réforme oubliée

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2016 avait instauré la labellisation des contrats maladie complémentaires pour les 65 ans et plus. Ces contrats labellisés ouvraient droit à un crédit d'impôt, très faible. Un premier décret d'application précisant les modalités de labellisation des contrats et fixant à 3 le nombre de niveaux de garanties a été publié en avril 2016. Des projets de décrets présentant des grilles de garanties ont circulé, ont été fortement critiqués, puis ont été oubliés. Plus personne n'évoque cette réforme qui a priori restera lettre morte. Toutefois les retraités à revenus modestes, comme les autres assurés, peuvent bénéficier de l'aide à la complémentaire santé (ACS) pour souscrire les contrats labellisés propres à ce dispositif qui sont eux bien en vigueur.

RSI et Régime Sécurité Sociale des Étudiants intégrés dans le Régime Général

Enfin, l'intégration programmée en 2018 du Régime Social des Indépendants (RSI), comme du Régime de Sécurité Sociale des étudiants, dans le régime général, ne modifiera en rien les remboursements santé dont bénéficient indépendants et étudiants. En conséquence, ils continueront à bénéficier de leur complémentaire santé.

Annexe ACS

Plafonds de ressources au 1^{er} avril 2017 pour bénéficier de l'Aide à la Complémentaire Santé

| Nbre de personnes | Plafonds en métropole | Plafonds dans les DOM |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 11 776 € | 13 107 € |
| 2 | 17 664 € | 19 660 € |
| 3 | 21 197 € | 23 592 € |
| 4 | 24 730 € | 27 524 € |
| 4 | 29 940 € | 32 666 € |
| Par personne en plus | + 4 710 € | + 5 242 € |

Montant de l'Aide à la Complémentaire Santé

| Age du bénéficiaire au 1 ^{er} janvier de l'année | Montant de l'ACS |
|---|------------------|
| Moins de 16 ans | 100 € |
| De 16 à 49 ans | 200 € |
| De 50 à 59 ans | 350 € |
| 60 ans et plus | 550 € |



ACTIOM Association loi 1901 numéro W332016997
domiciliée 8, avenue Roger Lapébie
ZI Chanteloiseau - 33140 Villenave d'Ornon
Ma Commune Ma Santé :
marque déposée à l'INPI sous le n° 14/4081827

Rédaction : Factonelles - Exécution graphique : BVM Communication RCS Bx 482 073 988 - Crédit Photos : Fotolia



www.associationactionm.org



2018

QUE VA-T-IL SE PASSER POUR LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ ?

Le mot du Président

Chers adhérents, chers partenaires, chers élus,

C'est avec un grand plaisir que le bureau de votre association d'assurés ACTIOM et moi-même vous présentons le premier numéro de notre lettre d'information.

L'Association ACTIOM compte à ce jour, plus de 25000 adhérents et plus de 2200 communes partenaires qui bénéficient de notre dispositif (Ma Commune Ma Santé, Mon Département Ma Santé, Mon Association Ma Santé). Nous mettons également à votre disposition, plus de 100 référents locaux partout en France, pour échanger, vous conseiller et vous accompagner dans toutes vos démarches.

L'année 2018 sera le reflet de notre implication, à vos côtés, où nous allons poursuivre nos réflexions, nos négociations et les améliorations de nos différents dispositifs. Nous continuerons de développer nos actions et nos services afin de vous apporter toujours plus d'avantages, de satisfaction et de bien-être.

Nous avons souhaité partager avec vous les actualités de notre association mais également favoriser l'accès à l'information en matière de santé. Nous vous proposons donc d'aborder ensemble un sujet d'actualité précis, qui vous concerne et qui vous intéresse.

Nous tenons également à remercier nos communes partenaires pour leur engagement social et solidaire. Merci aux élus et à leurs équipes en charge de la mise en place des projets, merci aux personnels des CCAS, CIAS et aux chargés de mission pour leur implication. Et merci à tous nos adhérents pour la confiance qu'ils nous portent. Ensemble, plus forts, nous irons plus loin.

Nous vous souhaitons une excellente lecture,
Le bureau de l'Association ACTIOM,
et son Président



Association Actionm

8 avenue Roger Lapébie
ZI Chanteloiseau
33140 VILLENAVE D'ORNON

► 05 64 10 00 48
Service conseils & Souscription
(Prix d'un appel local)





Dossier 2018

QUE VA-T-IL SE PASSER POUR LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ ?

Les réformes sur le régime santé de base et les complémentaires santé se succèdent depuis deux ans et le Gouvernement a annoncé de nouvelles évolutions :

- zéro reste à charge en optique, dentaire et audioprothèse, tiers payant généralisable, développement de la prévention et de la télémédecine, figurent sur la feuille de route de la Ministre de la Santé ;
- précédemment, la généralisation de la complémentaire santé en entreprise est devenue obligatoire au profit de tous les salariés au 1er janvier 2016 ;
- les nouveaux critères « responsables », qui encadrent, entre des planchers et des plafonds, les garanties santé proposées par les organismes assureurs, ont été appliqués aux contrats complémentaires santé souscrits à compter d'avril 2015, puis à tous les contrats santé déjà en cours, les derniers contrats collectifs d'entreprises devant être mis en conformité au plus tard au 31 décembre 2017.

Zéro reste à charge et tiers payant généralisable

Ces annonces sur le « zéro Reste à charge » et le tiers payant avaient été faites lors de la campagne présidentielle. Les travaux sur leur mise en œuvre viennent d'être lancés par la Ministre de la Santé.



Des restes à charge et des tarifs variables selon les zones géographiques

Sur les trois postes visés par l'objectif de reste à charge à zéro, les complémentaires santé assureur déjà une grande part : 72 % de la dépense totale en optique ; 40 % en dentaire ; 30 % sur l'audioprothèse, selon les chiffres publiés par la Fédération de la Mutualité Française (FNMF) dans son Observatoire sur les restes à charge de septembre 2017. Cette étude précise qu'en moyenne, chaque assuré social dépense 2 930 euros par an en frais de santé et 247 euros restent à sa charge, soit 8,4 % après remboursement de la Sécurité Sociale et de la complémentaire santé.

La FNMF souligne la disparité des tarifs des professionnels de santé et du reste à la charge du patient selon les départements.

Par exemple en optique, la FNMF estime le prix moyen d'une paire de lunettes à 437€, mais le coût moyen par département va de 271€ en Ariège à 513€ à Paris. Le reste à charge moyen sur une paire de lunettes est de 167€ et il peut osciller de 4€ en Ariège à 236€ à Paris.

En dentaire, le prix moyen d'une prothèse dentaire est évalué à 452€ et le reste à charge moyen par prothèse à 55€.

Le prix moyen d'une audioprothèse est de plus de 1 500€ et le montant restant à la charge de l'assuré, après remboursements Sécurité Sociale et complémentaire santé, est en général supérieur à 850€.

Zéro reste à charge : un objectif à moyen terme et ciblé

L'objectif de zéro reste à charge sur ces trois postes est donc ambitieux. Aucune disposition en ce sens ne figure dans l'actuel projet de loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2018 en cours de discussion. Toutefois, lors de son discours d'ouverture de ces débats à l'Assemblée Nationale, la Ministre de la Santé a annoncé qu'elle démarrerait la concertation entre toutes les parties concernées et que ces travaux devraient aboutir avant la fin du premier semestre 2018. Les textes entérinant les réformes seront donc ultérieurs et n'entreront pas en vigueur avant 2019.

La Ministre a par ailleurs opportunément précisé dans la presse que cet objectif de zéro reste à charge ne visait pas tous les équipements, mais

qu'il consistait à établir un panier de soins « standard » pour lequel le patient n'aurait aucun reste à charge. L'objectif serait donc de proposer une offre sans reste à charge et non de rembourser intégralement et indifféremment toutes les lunettes, prothèses dentaires et audioprothèses.

Zéro reste à charge, mais qui paye ?

L'objectif « zéro reste à charge » sur les 3 postes, optique, prothèses dentaires et prothèses auditives, a été chiffré par certains acteurs du marché à près de 4,4 milliards d'euros par an. Certes, les négociations vont impliquer les professionnels de santé et toute la filière de production. Elles ont déjà été entamées mi-septembre dans le secteur dentaire. Mais, dans le cas d'une offre limitée et d'une faible densité de professionnels (exemple des audioprothésistes), la pression du Ministère risque d'avoir un effet limité.

Certains ont avancé des pistes, notamment en dentaire, conditionnant le zéro reste à charge au suivi d'un parcours de soins de prévention. Ce type de mesure éviterait que la santé dentaire ne se dégrade et n'aboutisse à des traitements lourds et coûteux. Cette mesure serait dans la logique du développement de la prévention prônée par la Ministre, mais nécessiterait la modification de la tarification et augmenterait dans un premier temps les visites de contrôle.

Le Régime maladie obligatoire peut-il augmenter sa part de remboursement sur ces postes ?

Le solde de l'Assurance Maladie devrait être en négatif de -4,1 milliards d'euros en 2017. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), ne devrait progresser que de 2,3 % en 2018, selon les décisions du Gouvernement (ce qui représente 4,4 milliards d'euros de dépenses nouvelles). En outre, étant donné le poids pour l'Assurance Maladie de la prise en charge à 100 % des affections de longue durée (ALD) et des maladies



chroniques en progression constante, du coût des traitements innovants et ciblés pour ces pathologies lourdes, il est peu probable qu'elle ait beaucoup de fonds disponibles pour les postes optique, dentaire et audioprothèse, que plus personne n'osera pourtant appeler « petits risques ».

La crainte des organismes assureurs est alors que cette facture soit en grande partie supportée par les complémentaires santé. Or, il n'est pas réaliste de croire que les organismes assureurs ne répercuteront pas ce coût sur les cotisations des complémentaires santé. Les actuaires considèrent que, globalement, les contrats collectifs complémentaires santé en entreprises sont déjà déficitaires et que les contrats complémentaires santé individuels sont pour le moment à l'équilibre, mais avec de faibles marges bénéficiaires. D'ores et déjà, les organismes assureurs estiment que l'augmentation de 2 euros du forfait journalier hospitalier (annoncé pour 2018 par la Ministre de la Santé et pris en charge par les complémentaires santé responsables), l'élargissement de la vaccination obligatoire pour les enfants passant de 3 à 11 vaccins, l'accroissement annuel des frais de santé et diverses mesures plus techniques en cours ou à venir (forfait patientèle, coûts engendrés par l'application de directives sur les obligations des distributeurs d'assurance et la protection des données

des assurés, ...), représentent déjà plus d'un milliard supplémentaire à assumer. Les premières hausses de cotisations pour 2018 commencent d'ailleurs à être annoncées par les organismes assureurs.

Tiers payant finalement généralisable et non généralisé

Le tiers payant évite au patient d'avancer soit le montant de la part du régime obligatoire seul, soit le montant total de l'acte de soins (part obligatoire et complémentaire). Le tiers payant est quasi généralisé en pharmacie et biologie, mais sa pratique est très hétérogène pour les autres professions de santé de ville. Tous les professionnels de santé doivent toutefois déjà offrir le tiers payant intégral à certains patients : les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), de l'Aide Médicale d'Etat, ou de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) ; les personnes atteintes d'une ALD ; les personnes prises en charge au titre du régime des accidents du travail et maladies professionnelles et au titre de l'assurance maternité. La généralisation du dispositif à l'ensemble de la population était prévue pour le 30 novembre 2017. >>>



Zéro reste à charge Les postes de soins concernés

Cet engagement ne porte que sur trois postes de soins : l'optique, le dentaire, l'audioprothèse. Mais ces trois postes sont peu remboursés par la Sécurité sociale, ce qui entraîne des renoncements aux soins. **Les tarifs pratiqués par les professionnels de santé sur ces trois postes sont bien supérieurs aux bases de remboursement retenues par la Sécurité sociale. Il est donc indispensable de disposer d'une complémentaire santé pour limiter la somme restant à la charge de l'assuré.**

Exemples de remboursements par le Régime de base

| Postes de soins Exemples | Base de remboursement | Taux de remboursement | Montant remboursé par le régime de base |
|--|-----------------------|-----------------------|---|
| Optique + de 18 ans 1 verre simple (sphère -6, 25 à -10) Monture | - 4,12 € 2,84 € | - 60 % - | Paire de lunettes 6,65 € |
| Couronne dentaire | 107,50 € | 70 % | 75,25 € |
| Audioprothèse assuré + de 20 ans | 107,50 € | 70 % | 75,25 € |

