



Améliorer l'accès aux soins « Reste à charge zéro »

optique, audioprothèse, dentaire

Réunion de lancement de la concertation

Mardi 23 janvier 2018

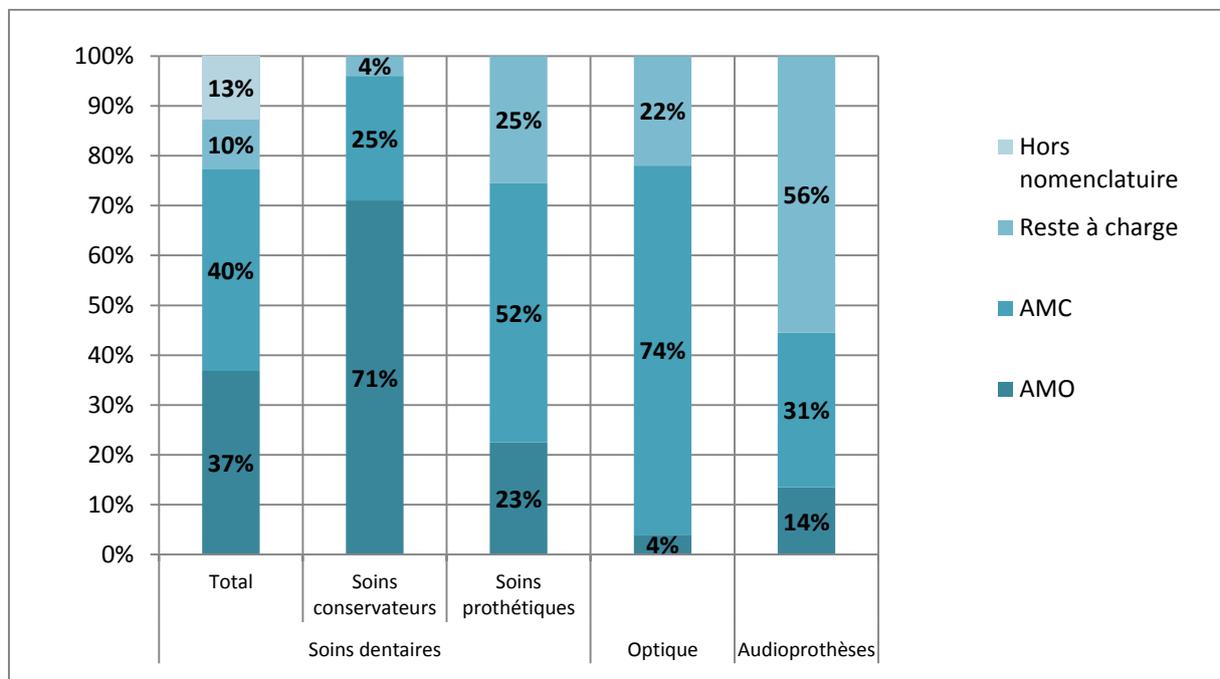


Un reste à charge élevé pour les ménages dans trois secteurs qui conduit à des renoncements aux soins pour des raisons financières

Des dépenses de santé restant à la charge des ménages importantes dans trois secteurs

La proportion des dépenses de santé directement à la charge des ménages en France est une des plus faibles parmi les pays de l'OCDE (8,3%, 77% des dépenses de santé étant prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et 13,3% par l'assurance maladie complémentaire¹)

Toutefois, le « reste à charge » est important principalement dans 3 secteurs : optique, audioprothèse, dentaire. La part couverte par l'assurance maladie obligatoire y est plus faible que dans les autres domaines du soin ; celle des assurances complémentaire y est plus importante, voire majoritaire, mais leur capacité à structurer le marché, notamment par le biais des réseaux de soins, est variable et porte essentiellement sur l'optique. Dans ces trois secteurs, les prix sont fixés librement et déconnectés des tarifs de remboursement.



Source : commission des comptes de la santé 2017

¹ Rapport de la commission des comptes de la santé- 2017

Un renoncement aux soins pour raisons financières important dans ces secteurs

L'existence de restes à charge élevés a pour conséquence des taux de renoncement aux soins pour raisons financières importants, en particulier pour les personnes aux revenus les plus modestes.

Le taux de renoncement moyen pour des raisons financières mesuré par l'enquête EHS-ESPS 2014 s'établissait à :

- Pour les soins dentaires : 16,8%% de renoncement en moyenne, mais 28% pour le premier quintile de revenus et 23% pour le second quintile
- Pour l'optique : 10,1% de renoncement en moyenne mais 17% pour le premier quintile de revenus et 14% pour second quintile

Les objectifs du projet « reste à charge zéro »

Le Président de la République a pris l'engagement que les Français puissent accéder à une offre sans reste à charge dans les domaines de l'optique, de la prothèse auditive et de la prothèse dentaire.

L'objectif est de diminuer le renoncement aux soins pour des raisons financières et d'améliorer l'accès à des dispositifs qui répondent à un enjeu de santé important : ainsi, seules 30% des 6 millions de personnes malentendantes sont aujourd'hui appareillées ; l'objectif est d'améliorer le taux d'équipement, avec un objectif à moyen terme entre 40 et 45 % de personnes appareillées.

Le projet répond donc à une double ambition sociale et de santé.

Il ne devra pas peser sur l'évolution des tarifs des assurances complémentaires, au-delà de l'évolution tendancielle observée des tarifs.

Il s'agit d'un projet pour l'ensemble des Français

- Pour leur donner la possibilité d'accéder à une offre avec un **reste à charge nul après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire.**
- Il concernera **l'ensemble de nos concitoyens** qui disposent d'une couverture complémentaire, soit environ 95% de la population.
- **Les contrats d'assurance complémentaire couvrant les prestations concernées devront proposer le reste à charge zéro**, qui sera inclus dans les obligations au titre des **contrats responsables**².
- Le dispositif d'aide à la complémentaire santé, qui permet à 1,1 million de personnes de bénéficier, sous condition de revenu, d'une aide pour acquérir une couverture complémentaire, sera adapté pour garantir également le reste à charge zéro.
L'aide à la complémentaire santé permet d'acquérir des contrats sélectionnés par appel public à la concurrence ; la procédure de sélection, qui devait être lancée prochainement pour renouveler l'offre de contrats à compter du 1^{er} janvier 2019, sera repoussée d'un an pour prendre en compte les nouvelles garanties du reste à charge zéro.

Un panier de prestations nécessaires et de qualité

- Le reste à charge zéro s'appliquera à un **panier de prestations nécessaires et de qualité** :
 - les dispositifs de ce panier permettront de répondre de façon **médicalement pertinente** aux besoins de santé, et dans des conditions correspondant à une **attente sociale légitime** (par exemple en termes d'amaigrissement des verres pour les personnes myopes, ou de discrétion des appareils auditifs)
 - ce panier sera nécessairement **évolutif**, pour s'adapter à l'évolution des techniques
- **Pour autant tous les coûts n'ont pas vocation à être couverts** ; une part du choix de ces dispositifs médicaux relève de considérations personnelles, principalement esthétiques, elle continuera à être assumée par les assurés eux même.

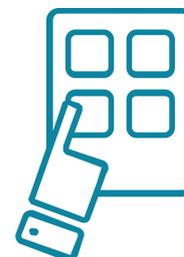
² Les contrats dits responsables répondent à un certain nombre d'obligations quant à leur contenu, définies par le décret du 18 novembre 2014 ; en contrepartie, ils bénéficient d'un taux de taxe de solidarité additionnelle de 13,27%, contre 20,27 % pour les contrats non responsables.

Une liberté de choisir et de proposer préservée pour tous les acteurs

Les **assurés** se verront proposer une offre sans reste à charge, mais pourront continuer à faire le choix d'autres prestations que celles incluses dans le panier de prestations, sans les garanties correspondantes quant au reste à charge ; **il s'agit de passer pour les assurés du reste à charge subi au reste à charge choisi.**

Les **professionnels** continueront également à pouvoir proposer d'autres prestations en dehors du panier, dans des conditions de tarifs fixées librement ou le cas échéant négociées.

Les **assureurs complémentaires** pourront continuer de proposer, au-delà de du panier de prestations, les offres de couverture qui leur semblent pertinentes.



Des assurés mieux éclairés dans leur choix

Il s'agit d'abord d'améliorer **la lisibilité et la comparabilité des contrats d'assurance complémentaire**, de façon à ce que le choix des garanties et le choix d'un assureur complémentaire puisse se faire de façon éclairée.

Il s'agit aussi **d'améliorer l'information des patients** sur les dispositifs prothétiques qui leur sont proposés, en veillant en particulier aux garanties de qualité.



Un objectif global d'amélioration de l'accès aux soins

En cohérence avec la stratégie nationale de santé, une place importante sera accordée à la **prévention** dans le cadre du projet. L'objectif est d'accroître les actions de prévention et inciter les assurés à y adhérer. Dans le domaine des soins dentaires notamment, les soins conservateurs seront revalorisés en même temps que le prix d'une partie des prothèses dentaires sera plafonné, de façon à inciter les professionnels à développer ce type de soins.

Le fonctionnement des filières de soins et l'ensemble des situations qui peuvent constituer aujourd'hui un frein à l'accès concret aux soins et aux équipements seront par ailleurs examinés.



De nouveaux équilibres à trouver

Le projet modifiera les équilibres économiques et de marché des secteurs concernés (18,3 Mds € cumulés pour les trois secteurs). A titre d'exemple, les prothèses dentaires ne représentent que 11% des actes des chirurgiens dentiste, mais 55% des recettes de leur cabinet.

Il s'agit donc de **trouver, avec les acteurs de ces secteurs, de nouveaux équilibres dans l'organisation et dans les modèles économiques** des filières concernées.



La méthode de concertation et le calendrier

La concertation sera organisée au sein de chacun des secteurs (optique, dentaire, audioprothèses), avec les organismes complémentaires et les professionnels concernés

- Le cadre de concertation pour les soins **dentaire** est la négociation conventionnelle menée par la CNAM avec les représentants des chirurgiens-dentistes. Les assureurs complémentaires y sont représentés par l'UNOCAM. Pour rappel, le Gouvernement a fait adopter, en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, le report de l'application du règlement arbitral du 29 mars 2017 applicable aux chirurgiens-dentistes et demandé la réouverture des négociations conventionnelles. Celles-ci ont repris le 15 septembre 2017 ;
- Dans **les deux secteurs de l'optique et de l'audioprothèse**, la négociation associera l'Etat, la CNAM, les organismes d'assurance complémentaire et les représentants des professionnels.

La concertation portera sur l'ensemble des éléments utiles au projet : la définition du panier de soins, les garanties de qualité qui doit s'y attacher, l'organisation des filières de soins et du marché etc.

La concertation est ouverte pour une période de 4 mois. Les différents paramètres du projet seront arrêtés par le Gouvernement début juin 2018.

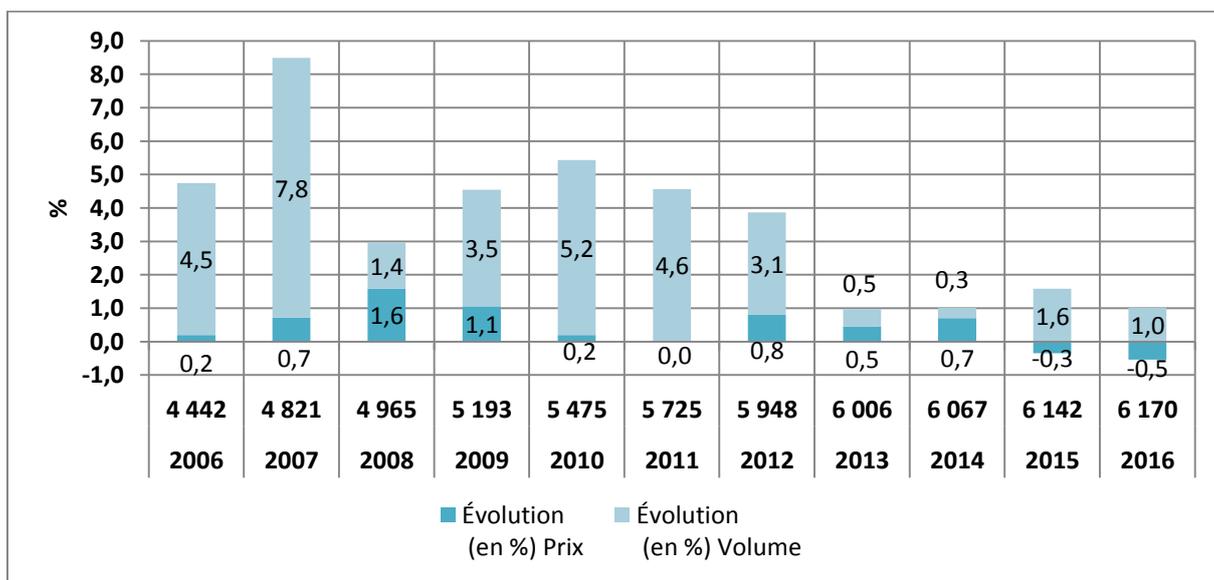
Conformément aux engagements, le projet montera progressivement en charge sur l'ensemble du quinquennat pour garantir d'ici 2022 le reste à charge zéro dans les trois secteurs.



Une **dépense totale d'optique de près de 6,2 mds€**, en évolution de l'ordre de 1% par an depuis 2013.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dépense totale (M€)	5 475	5 725	5 948	6 006	6 067	6 142	6 170
Evolution en valeur	5,4%	4,6%	3,9%	1,0%	1,0%	1,2%	0,5%

Une légère inflexion des prix est amorcée depuis 2015



- Le prix moyen d'un achat d'optique (verres + monture) est de **425 euros**

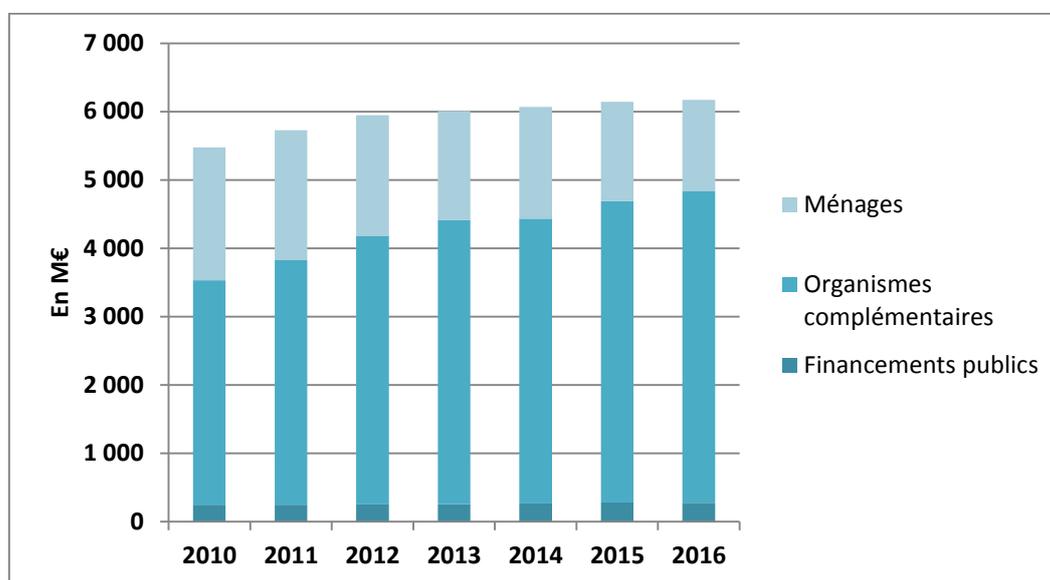
Une part croissante des dépenses d'optique médicale est couverte par l'assurance maladie complémentaire

En millions d'euros	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Financements publics	246	248	252	258	266	282	275
Organismes complémentaires	3 287	3 577	3 923	4 156	4 166	4 408	4 567
Ménages	1 942	1 900	1 772	1 591	1 635	1 451	1 329
Dépense totale	5 475	5 725	5 948	6 006	6 067	6 142	6 170

La part prise en charge par les assureurs complémentaires s'élevait à **74% en 2016, contre 66% en 2012.**

La part de l'assurance maladie obligatoire est **un peu supérieure à 4%.**

Le reste à charge pour les assurés représente **en moyenne 22% et 95 euros.**



Certains opticiens proposent d'ores et déjà des lunettes sans reste-à-charge pour l'ensemble des corrections. Ces équipements ne représentent toutefois aujourd'hui qu'une faible part du marché. Les réseaux de soins développés sous l'impulsion des assurances complémentaires, dont l'importance est croissante dans la structuration du marché, permettent également d'accéder à des montures et des verres avec un reste à charge nul ou limité.

Le renoncement aux soins

Le taux de renoncement pour raison financière s'élève à 10% en moyenne et à 17% pour le premier quintile de revenus et à 14% pour le deuxième quintile de revenus (ESPS 2014).

Données sur le secteur

32245 opticiens en 2015, 12523 points de vente en 2014.



Une **dépense totale** en audioprothèses de 1,1 Mds€, en évolution de 7% en 2016.

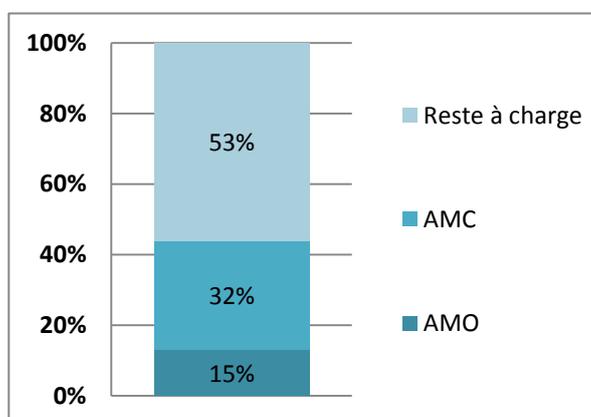
Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dépenses totales	755 927 270	818 020 658	823 992 703	859 060 076	918 670 638	1 002 795 256	1 072 852 773
Evolution	15,2%	8,2%	0,7%	4,3%	6,9%	9,2%	7,0%

Le prix moyen d'un achat d'audioprothèses est de **1475 euros**.

Le marché est orienté pour l'essentiel vers des matériels de moyenne ou haut de gamme

Le reste à charge pour les assurés dépasse 50%

En 2016, le reste à charge sur les audioprothèses représentait 569 M€, correspondant à 53% de la dépense totale.



Le reste à charge des ménages sur les audioprothèses après prise en charge par les organismes complémentaires est supérieur à 780 € par aide auditive.

Données sur le secteur

3440 audioprothésistes en 2017, 4400 points de vente en 2016.



La **dépense de soins dentaires** est estimée, pour 2016, à 11,1 Md€ (+2,9% par rapport à 2015), soit 5,6 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux.

Pour les **soins prothétiques**, la dépense 2016 est de 5,6 Mds€ soit plus de 50% des dépenses de soins dentaires.

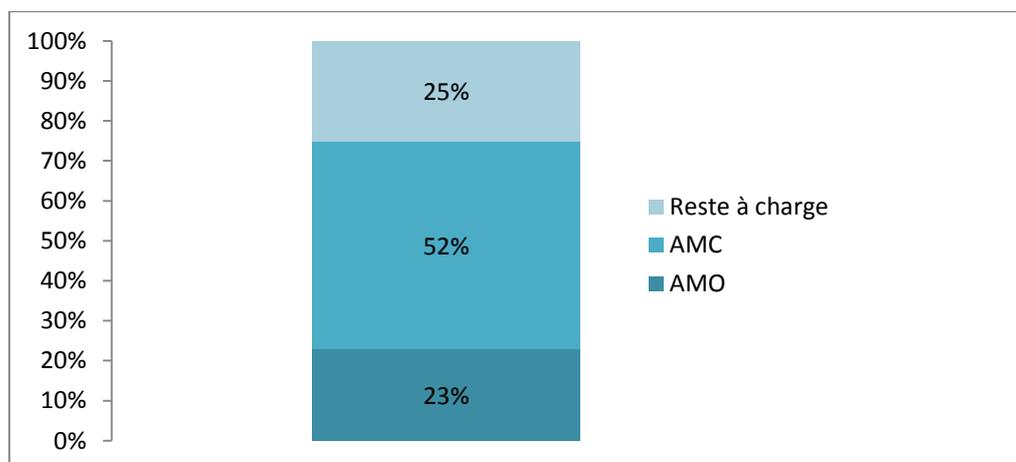
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Soins dentaires	9 988	10 280	10 480	10 595	10 584	10 757	11 073
Evolution	3,5	2,9	1,9	1,1	-0,1	1,6	2,9
Soins prothétiques	5 365	5 509	5 614	5 608	5 511	5 479	5 607
Evolution	12%	3%	2%	0%	-2%	-1%	2%

Le prix moyen d'une prothèse dentaire (céramo-métallique) est de 541 euros.

La part des assureurs complémentaires dans le financement est prépondérante pour les soins dentaires dans leur ensemble et majoritaire pour les prothèses

En 2016, le reste à charge sur les soins dentaires représentait 1,1Md€ (en excluant les soins hors nomenclature : implantologie, parodontologie et orthodontie après 16 ans).

Le resta à charge moyen par prothèse est de 135 euros pour une prothèse dentaire (céramo-métallique) soit 25% du prix total de la prothèse.



Renoncement aux soins pour des raisons financières

Le taux de renoncement pour raison financière s'élève à 16,8% en moyenne et à 28% pour le 1er quintile de revenus, 23% pour le 2ème quintile.

Les soins dentaires concentrent à eux seuls 47 % des renoncements à des soins pour des motifs financiers. Au total, ce sont près de 4,7 millions de personnes qui auraient renoncé à des soins prothétiques en 2012 (source : rapport Cour des comptes de 2016).

Données relatives au secteur

42200 chirurgiens-dentistes

3800 laboratoires de prothèse dentaire
