

GÉNÉRALISER L'ACCÈS A UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE QUALITÉ

DOSSIER DE PRESSE

30 juin 2014

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 3
De la couverture maladie universelle à la généralisation de la complémentaire santé	p. 5
Qu'est-ce qu'un contrat responsable ?	p. 7
Une réforme menée dans la concertation	p. 9
<u>I. Améliorer la qualité de la couverture complémentaire</u>	p. 10
Améliorer les garanties des contrats responsables pour tous	p. 10
Fixer des garanties minimales pour les complémentaires d'entreprise	p. 11
Des actions renforcées pour les assurés modestes	p. 11
<u>II. Encadrer les garanties pour maîtriser l'évolution de prix des soins</u>	p. 14
Une démarche de régulation pragmatique et protectrice des patients	p. 14
Renforcer la maîtrise des dépassements d'honoraires par les contrats responsables	p. 16
Maîtriser les prix de l'optique, mieux informer les assurés, préserver l'emploi	p. 18
<u>III. Préciser le cadre d'application des complémentaires en entreprise</u>	p. 20
Préciser les conditions de recommandation par les branches	p. 20
Adapter les conditions des dispenses d'adhésion	p. 21

INTRODUCTION

L'accès aux soins est une composante essentielle du droit de tous à la protection de la santé, consacré dans notre Constitution par le Préambule de 1946.

Les assurances complémentaires en santé contribuent, aux côtés de la sécurité sociale, à l'accès aux soins, en prenant en charge près de 14 % des dépenses de soins.

Il y a 15 ans, le gouvernement de Lionel Jospin faisait adopter la loi créant la couverture maladie universelle, présentée par Martine Aubry.

Cette loi a permis de faire progresser de façon décisive la couverture complémentaire de nos concitoyens, qui bénéficient désormais d'une complémentaire santé pour plus de 95 % d'entre eux, contre 84 % dans les années 1990. 5 millions de personnes bénéficient aujourd'hui de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Pour autant, tous les Français n'ont pas accès à une complémentaire santé, et, plus encore, la qualité de leur complémentaire est très inégale.

C'est pourquoi le Président de la République a annoncé en octobre 2012 qu'il souhaitait généraliser l'accès à une complémentaire santé de qualité à l'horizon 2017.

Ce chantier s'est d'ores et déjà traduit par plusieurs réformes :

- la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, issue de l'accord national interprofessionnel conclu par les partenaires sociaux en janvier 2013, a engagé la généralisation de la complémentaire santé en entreprise ;
- dans le cadre du Plan de lutte contre la pauvreté adopté le 21 janvier 2013, le gouvernement a décidé d'étendre le nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS) et d'améliorer le panier de soins pris en charge par la CMU-C ;
- à la suite du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de juillet 2013, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a posé les bases d'une redéfinition des conditions des avantages des « contrats responsables » et d'une réforme de l'ACS.

Le gouvernement présente aujourd'hui un ensemble de 5 projets de décrets qui permettront l'entrée en vigueur de ces réformes.

Les 5 projets de décrets

- 1.** Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales fixe des planchers et des plafonds de prise en charge pour les contrats responsables.
- 2.** Le décret d'application de l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale précise les conditions de sélection des contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé (ACS) et les niveaux de garanties de ces contrats.
- 3.** Le décret relatif aux garanties de complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale (dit « décret ANI ») précise le contenu minimal des contrats de complémentaire santé en entreprise et les conditions dans lesquelles certains salariés peuvent être dispensés d'adhésion à ces contrats.
- 4.** Le décret relatif au degré élevé de solidarité précise les prestations que doivent prévoir les accords professionnels ou interprofessionnels recommandant un ou plusieurs organismes assureurs pour assurer la gestion des garanties collectives qu'ils instaurent.
- 5.** Le décret relatif à la mise en concurrence des organismes dans le cadre de la recommandation vise à garantir la transparence des conditions de sélection des organismes assureurs recommandés par des accords collectifs.

De la couverture maladie universelle à la généralisation de la complémentaire santé

Les grandes dates

30 juin 1999 : le Parlement adopte la loi créant la couverture maladie universelle, qui sera promulguée le 27 juillet 1999.

1^{er} janvier 2000 : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) entre en vigueur.

1^{er} janvier 2005 : l'aide à la complémentaire santé (ACS) entre en vigueur.

11 janvier 2013 : les partenaires sociaux concluent l'accord national interprofessionnel (ANI) prévoyant la généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé. Cet accord a été transposé par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

21 janvier 2013 : le gouvernement présente le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, qui prévoit notamment d'étendre le champ de la CMU-C et de l'ACS et d'améliorer le panier de soins pris en charge par la CMU-C.

1^{er} juin 2013 : les branches ont l'obligation d'engager une négociation sur la complémentaire santé.

1^{er} juillet 2013 : relèvement des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS.

23 décembre 2013 : à la suite du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de juillet 2013, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 pose les bases d'une redéfinition des conditions des avantages des « contrats responsables » et d'une réforme de l'aide à la complémentaire santé.

1^{er} juin : relèvement du panier de soins.

30 juin 2014 : présentation de l'ensemble des projets de textes d'application.

1^{er} juillet 2014 : les entreprises dont les salariés ne sont pas couverts par une complémentaire santé de branche ou d'entreprise doivent engager une négociation sur ce thème.

Les étapes à venir

Juin-août 2014 : saisine des caisses de sécurité sociale sur les 5 projets de décrets d'application.

Juillet 2014 : examen d'amendements au projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale relatifs à la complémentaire santé.

Août-septembre 2014 : publication de l'ensemble des décrets d'application.

Août-novembre 2014 : procédure de sélection des contrats éligibles à l'ACS.

1^{er} avril 2015 : la réforme des contrats responsables s'applique aux contrats à l'occasion de leur renouvellement ou de leur souscription, sauf pour les contrats résultant d'accord collectifs conclus avant août 2014. Ces derniers devront se mettre en conformité à l'occasion de la prochaine modification des accords collectifs et au plus tard au 31 décembre 2017.

1^{er} juillet 2015 : l'ACS est réservée aux meilleurs contrats, sélectionnés après mise en concurrence. Les bénéficiaires doivent opter pour ces contrats après expiration de leur contrat en cours.

1^{er} janvier 2016 : la généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé en entreprise est achevée, au terme d'un accord de branche, d'un accord d'entreprise ou d'une décision unilatérale de l'employeur. Cette couverture doit comprendre au minimum un certain nombre de garanties définies par l'ANI.

31 décembre 2017 : l'application de la réforme des contrats responsables est achevée.

Qu'est-ce qu'un contrat responsable ?

Une démarche incitative

La notion de « contrat solidaire et responsable » désigne à la fois le régime d'avantages fiscaux et sociaux réservé à certains contrats d'assurance en santé et les conditions dans lesquelles ils peuvent en bénéficier.

Les contrats solidaires et responsables bénéficient :

- d'un taux de taxe sur les conventions d'assurance (TCA) de 7 % au lieu de 14 % ;
- pour les contrats collectifs en entreprise, d'une exemption de cotisations sociales pour la participation de l'employeur et d'une déductibilité de l'assiette de l'impôt sur le revenu pour la participation du salarié ;
- pour les travailleurs non salariés, d'une déductibilité de la cotisation de l'assiette de l'impôt sur le revenu.

Le régime des contrats solidaires et responsables constitue un outil pour orienter les comportements des complémentaires et de ceux qui les souscrivent.

Elle s'inscrit donc dans une démarche incitative, sans passer par la coercition : chacun a et aura la liberté de souscrire des contrats qui ne respectent pas le cahier des charges du contrat responsable. Il sera toutefois fortement incité à choisir un contrat responsable.

Les objectifs du contrat responsable redéfinis

Les conditions pour bénéficier du régime du contrat responsable et solidaire étaient jusqu'à présent peu exigeantes :

- interdiction des questionnaires de santé ;
- définition d'un panier minimal de prise en charge qui est restreint et laisse une part de dépenses à la charge de l'assuré ;
- interdiction de la prise en charge des franchises et de la majoration de ticket modérateur en l'absence de respect du parcours de soins.

98 % des contrats bénéficient donc aujourd'hui de ce régime.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a posé les bases d'une réforme qui vise à renforcer ces conditions et à renouveler les objectifs de ce dispositif autour de deux orientations :

- promouvoir l'accès aux soins en relevant la couverture minimale du contrat responsable et solidaire sur le panier de soins courant, afin de réduire le reste à charge des assurés ;

- maîtriser l'évolution des pratiques tarifaires excessives encouragée par la solvabilisation par les complémentaires pour certains soins, afin de contribuer à maîtriser le coût global des soins pour les ménages.

Une réforme menée dans la concertation

Parce que la complémentaire santé est l'affaire de tous, parce qu'elle concerne un grand nombre d'acteurs de la santé (organismes complémentaires, professionnels et entreprises de santé), la réforme des complémentaires santé est l'aboutissement d'un travail de concertation.

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), qui réunit partenaires sociaux, organismes complémentaires, représentants des usagers et professionnels et entreprises de santé, a adopté le 18 juillet 2013, à la quasi-unanimité de ses membres, un avis recommandant plusieurs mesures qui sont aujourd'hui présentées : sélectionner les contrats éligibles à l'ACS, redéfinir les contrats responsables pour davantage de mutualisation et de régulation.

Les projets de décrets sur les contrats responsables et la complémentaire santé en entreprise ont fait l'objet des réunions de concertation en février et mars 2014 avec les partenaires sociaux, les fédérations représentant organismes complémentaires et les représentants de certaines professions et entreprises de santé (syndicats de médecins, représentants de la filière optique). Des échanges complémentaires ont eu lieu avec certains de ces acteurs au cours des mois qui ont suivi.

Une consultation publique a été réalisée en juin 2014 sur le projet de décret relatif à la sélection des contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé : un avant-projet a été mis en ligne sur le site du ministère des Affaires sociales et de la Santé, afin de permettre au plus grand nombre d'acteurs possibles, dans des conditions d'égal accès, de formuler leurs observations sur le dispositif. L'ensemble de ces contributions a été mis en ligne au terme de cette consultation.

Une telle démarche est exceptionnelle dans l'élaboration des projets de texte réglementaire. Elle contribue à assurer l'égalité de traitement entre organismes complémentaires dans la procédure de sélection.

I. Améliorer la qualité de la couverture complémentaire

Améliorer les garanties des contrats responsables pour tous

Si 95 % des Français bénéficient aujourd'hui d'une couverture complémentaire en santé, le niveau de cette couverture est très inégal.

Certains contrats à faible couverture peuvent paraître attractifs en raison de leur bas prix, mais ils peuvent laisser des sommes importantes à la charge des ménages lorsque ceux-ci sont exposés à des dépenses de soins. De plus, la complexité des garanties apportées, notamment pour certaines prestations, rend souvent difficilement lisible le niveau de couverture proposé : ainsi, beaucoup de bénéficiaires ne se rendent compte de la faiblesse de leur couverture que lorsqu'elles font face à des dépenses de soins.

Actuellement, l'obligation de prise en charge par les complémentaires santé dans le cadre des contrats responsables est extrêmement limitée. Elle ne comprend que :

- l'intégralité du ticket modérateur sur les consultations du médecin traitant ;
- 30 % du tarif des médicaments remboursés à 65% (ce qui peut laisser des dépenses à la charge de l'assuré) ;
- 35 % des frais d'analyse (ce qui peut également laisser des dépenses à la charge de l'assuré).

Désormais, le contrat responsable devra prendre en charge le ticket modérateur pour toutes les catégories de soins, à l'exception des cures thermales, des médicaments homéopathiques et des médicaments remboursés à 15 % et 30 %. Cette obligation de prise en charge intégrale du ticket modérateur couvre donc non seulement les consultations et les actes des professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments à 65 %, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, appareillages) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

Le contrat responsable devra également prendre en charge le forfait journalier à l'hôpital sans aucune limite de durée.

Aujourd'hui, beaucoup de contrats ne prennent pas en charge le forfait journalier à l'hôpital, ou seulement pour une durée définie : c'est le cas de 6% des contrats pour les hospitalisations en médecine, de 14 % des contrats pour les séjours en soins de suite et de 34 % des contrats pour les séjours en psychiatrie.

La prise en charge du forfait journalier à l'hôpital améliore donc la couverture complémentaire d'un grand nombre d'assurés.

Cette amélioration peut se révéler décisive en cas de séjours prolongés ou répétés, qui sont les moins bien couverts mais qui, précisément en raison de leur durée, peuvent laisser des sommes très élevées à la charge des patients concernés.

Enfin, le contrat responsable garantira un niveau minimal de prise en charge pour les frais d'optique. Ce plancher pourra être de deux types :

- le contrat ne prend en charge que le ticket modérateur (ce qui permet de maintenir une offre de contrats bon marché pour les personnes qui ne souhaitent pas de garantie optique) ;
- le contrat prend en charge au-delà du ticket modérateur et doit permettre de couvrir l'achat de lunettes : un montant minimal de 50 euros est donc fixé pour des lunettes à verres simples et de 200 euros pour des lunettes à verres complexes.

Cette mesure répond à une double exigence :

- améliorer l'information des assurés, qui souscrivent souvent un contrat proposant une garantie optique sans se rendre compte de sa faiblesse ;
- renforcer la protection des assurés en permettant à ceux qui souscrivent une couverture optique au-delà du ticket modérateur de bénéficier d'une prise en charge leur permettant, dans les faits, d'acquérir une paire de lunettes.

Fixer des garanties minimales pour les complémentaires d'entreprise

L'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 a prévu que les couvertures complémentaires des frais de santé en entreprise comprennent au minimum certaines garanties.

Le projet de décret dit « ANI » complète la formulation déjà précise de l'accord et de la loi de sécurisation de l'emploi.

Pour la plupart des soins, les garanties minimales introduites par l'ANI correspondent aux garanties minimales déjà imposées dans le cadre des contrats responsables.

Mais elles vont plus loin dans deux domaines :

- en matière de soins dentaires prothétiques, une couverture minimale à 125 % du tarif de la sécurité sociale est instaurée (au lieu de 100 % pour les contrats responsables) ;
- en matière d'optique, le forfait minimal pour les lunettes à verres simples sera de 100 euros et non de 50 euros.

Ces garanties devront être mises en œuvre à partir du 1er janvier 2016 au plus tard.

Des actions renforcées pour les assurés modestes

Afin de lutter contre le renoncement aux soins pour raisons financières, le gouvernement s'est engagé, dans le cadre du Plan de lutte contre la pauvreté du 21 janvier 2013, à améliorer la prise en charge des dépenses de santé pour les assurés les plus modestes.

Offrir l'accès à la CMU-C et à l'ACS à de nouveaux bénéficiaires

Les plafonds de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à une complémentaire santé (ACS) ont été rehaussés de 8,3% au 1^{er} juillet 2013.

Ils s'établissent désormais, pour une personne seule, à 8 593 euros par an pour la CMU-C, et à 11 600 euros par an (987 euros par mois) pour l'ACS.

Cette mesure permet d'étendre la couverture complémentaire à de nouveaux bénéficiaires : en 2015, du fait de cette mesure, 306 000 personnes supplémentaires bénéficieront de la CMU-C et 354 000 de l'ACS. Ces nouveaux bénéficiaires jouiront ainsi des garanties offertes par les deux dispositifs, dont une protection contre les dépassements d'honoraires, étendue en octobre 2012 aux bénéficiaires de l'ACS. Il s'agit d'une avancée majeure pour l'accès aux soins des assurés modestes.

En outre, afin de prendre en compte la situation des étudiants isolés ou en rupture avec leur famille, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a prévu la possibilité pour ces derniers, dès lors qu'ils bénéficient d'aides du fonds national d'aide d'urgence (FNAU), de bénéficier de la CMU-C indépendamment du foyer de leurs parents. Environ 2 600 étudiants devraient pouvoir bénéficier de la CMU-C grâce à cette mesure.

Renforcer les droits des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

Le panier de soins des bénéficiaires de la CMU-C a été renforcé par plusieurs arrêtés parus en mai 2014 :

- les frais d'optique sont mieux pris en charge : l'amincissement des verres à forte correction, jusqu'à présent à la charge des assurés, est désormais pris en charge par la CMU-C ;
- les bénéficiaires de la CMU-C ont à présent accès à un équipement auditif complet et de qualité avec une prise en charge qui passe du simple au double, de 643 euros à 1 400 euros.

Ces avancées sont d'autant plus importantes que ces soins, qui restaient souvent à la charge des bénéficiaires de la CMU-C, sont parmi les plus chers : les dépenses d'optique, par exemple, généraient dans près de 40 % des cas un reste à charge, qui s'élevait en moyenne à 165 euros.

Par ailleurs, afin de mieux tenir compte du coût élevé de la complémentaire santé pour les personnes âgées, l'ACS a été revalorisée de 50 euros, passant de 500 à 550 euros, pour les personnes de plus de 60 ans depuis le 1^{er} janvier 2014.

Améliorer la qualité et la clarté des contrats offerts aux bénéficiaires de l'ACS

L'ACS vise à apporter aux personnes à faibles revenus mais aux ressources trop élevées pour bénéficier de la CMU-C, une aide financière pour acquérir une complémentaire santé. Son montant augmente avec l'âge du bénéficiaire (de 100 euros pour les moins de 16 ans à 550 euros pour les plus de 60 ans), pour tenir compte du fait que le coût des complémentaires augmente aussi avec l'âge.

Mais le dispositif de l'ACS peut encore être amélioré :

- d'une part, faute d'être connu, il est peu utilisé par les personnes qui pourraient en bénéficier ;
- d'autre part, les contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS sont souvent de mauvaise qualité, c'est-à-dire qu'ils présentent un rapport médiocre entre prix et garanties.

C'est pourquoi le gouvernement a proposé, dans le cadre de la LFSS pour 2014, une réforme consistant à réserver l'ACS à un nombre limité de contrats, sélectionnés après mise en concurrence sur la base du meilleur rapport qualité/prix.

L'objectif est double :

- améliorer le rapport qualité/prix des contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS, en incitant les organismes complémentaires à proposer les offres les plus compétitives pour être retenus ;
- réduire le nombre de contrats proposés pour améliorer la lisibilité du dispositif pour les assurés.

Un projet de décret précise la procédure de sélection des contrats et définit les trois niveaux de garanties que les complémentaires devront proposer.

Après l'adoption du décret sera publié un avis d'appel d'offres assorti d'un cahier des charges définissant les critères de notation des offres et leur pondération. Les différentes offres présentées par les organismes complémentaires seront notées par une commission administrative. Sur la base de cette notation, un arrêté ministériel définira les contrats retenus. Des dispositions spécifiques visent à prévenir les conflits d'intérêts pour les membres de la commission chargée de noter les offres.

Dans le cadre du projet de loi de financement rectificatif de la sécurité sociale (PLFRSS) pour 2014, le gouvernement a déposé un amendement permettant d'étendre le bénéfice de l'ACS aux contrats collectifs facultatifs, ce qui permettra à plusieurs organismes complémentaires de présenter une offre groupée en coassurance.

Par ailleurs, les bénéficiaires de l'ACS qui ont souscrit des contrats qui ne seraient pas retenus doivent disposer du temps nécessaire pour changer d'organisme et passer vers un contrat sélectionné. Afin de permettre que ces changements de contrats se fassent dans de bonnes conditions et que les bénéficiaires de l'ACS en conservent le bénéfice, l'amendement du gouvernement décale également l'entrée en vigueur de la réforme au 1^{er} juillet 2015. Les bénéficiaires devront changer de contrat lors du renouvellement de leur contrat en cours.

Cette réforme permettra d'appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'ACS.

II. Encadrer les garanties pour maîtriser l'évolution des prix des soins

Le niveau élevé des garanties offertes par certains contrats complémentaires a pu encourager la progression des prix au-delà du tarif de remboursement de la sécurité sociale, à la fois pour les dépassements d'honoraires et dans le domaine des produits optiques.

La Cour des comptes a ainsi critiqué le rôle joué par le développement des prises en charge avantageuses des frais d'optique par les complémentaires dans le niveau particulièrement élevé des prix de l'optique en France.

Le soutien public, à travers les exonérations fiscales et sociales à des contrats prenant en charge à des niveaux très élevés les dépassements d'honoraires, au risque d'encourager leur développement, a également été contesté par la Cour.

La réforme du contrat responsable vise à maîtriser cette évolution des tarifs en encadrant les niveaux de garantie : en agissant sur les niveaux de couverture complémentaire les plus élevés qui ne bénéficient qu'à certains, il s'agit de modérer l'évolution des tarifs au bénéfice de tous.

Le décret relatif aux contrats responsables fixera donc des plafonds de prise en charge par les complémentaires des dépassements d'honoraires et des produits optiques.

Une démarche de régulation pragmatique et protectrice des patients

Les plafonds couvrent la très grande majorité des soins

Le gouvernement a fait le choix de ne pas retenir des plafonds de prise en charge trop bas, qui n'auraient pas nécessairement permis de réduire les tarifs et se seraient traduits par une hausse des dépenses de santé mises à la charge des patients.

Pour ces raisons, les plafonds retenus cadrent donc avec les niveaux de prix pratiqués et les niveaux de garantie observés : il s'agit d'écarter la prise en charge d'une petite minorité de tarifs parmi les plus élevés et de réduire le niveau de garantie d'un faible nombre de contrats de complémentaires.

Le recours à des prestations dépassant le plafond reste possible

Les plafonds du contrat responsable ne sont pas des plafonds de prix : aujourd'hui, les dépassements d'honoraires et les prix des lunettes peuvent dépasser la prise en charge par les complémentaires. L'ambition de la réforme est de maîtriser, voire de faire baisser les prix. Mais les acteurs conserveront la liberté de proposer des prix supérieurs aux plafonds des contrats responsables.

Les plafonds du contrat responsable ne privent pas non plus les ménages de la possibilité de bénéficier d'une couverture complémentaire allant au-delà des plafonds. Comme aujourd'hui, la possibilité de souscrire un contrat ne respectant pas les critères du contrat responsable existera. Mais ces couvertures complémentaires allant au-delà des plafonds ne bénéficieront pas des aides fiscales accordées aux contrats responsables.

Une régulation qui évoluera avec les pratiques tarifaires

Pour être efficace, le dispositif de régulation mis en place par la réforme des contrats responsables doit rester en adéquation avec la réalité des tarifs.

Il évoluera donc en fonction des évolutions constatées, pour tenir compte notamment de l'impact de la régulation sur le niveau des tarifs.

Un observatoire du suivi du contrat d'accès aux soins et des pratiques tarifaires a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale signé en octobre 2012. Il suit la mise en œuvre du contrat d'accès aux soins et l'évolution des pratiques tarifaires, la part des actes réalisés aux tarifs opposables, les taux de dépassement des médecins adhérant au contrat. Il établit un rapport annuel sur l'évolution des pratiques tarifaires.

Le décret sur les contrats responsables crée un observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale. Cet observatoire analysera l'évolution des prix et de la qualité des équipements d'optique, de leur niveau de prise en charge, et de la filière industrielle du secteur. Il remettra chaque année un rapport sur les pratiques constatées et formulera des préconisations sur l'évolution de l'encadrement du secteur et des contrats complémentaires.

Une mise en place progressive pour respecter les contraintes de la négociation collective

La réforme des contrats responsables imposera de redéfinir un nombre important de contrats complémentaires, en particulier les contrats instaurés par des garanties collectives de branches ou d'entreprises.

Cette refonte suppose donc une renégociation, au sein des branches ou des entreprises concernées, de ces niveaux de garantie, qui sont constitutifs de la négociation collective.

Afin de tenir compte des contraintes de la négociation collective et de ne pas en perturber le déroulement, la réforme s'appliquera de façon graduelle aux contrats résultant d'accords collectifs ou de décisions de l'employeur prises avant la publication de loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2014 : les nouvelles règles s'appliqueront lors de la révision de ces accords, au plus tard à partir du 31 décembre 2017.

Pour les autres contrats, afin de tenir compte de la date de publication des textes et des délais d'adaptation nécessaires pour les organismes complémentaires, les nouvelles règles s'appliqueront lors de la souscription ou du renouvellement des contrats à partir du 1^{er} avril 2015.

Le gouvernement a déposé un amendement au projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale (PLFRSS) pour 2014 afin de permettre cette adaptation de l'entrée en vigueur.

Renforcer la maîtrise des dépassements d'honoraires par les contrats responsables

Promouvoir le contrat d'accès aux soins

Afin de maîtriser l'évolution des dépassements d'honoraires, l'avenant 8 à la convention médicale, conclu le 25 octobre 2012 entre l'assurance maladie, certains syndicats de médecins et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie, a instauré le contrat d'accès aux soins (CAS), un dispositif proposé à l'ensemble des médecins qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent à dépassement.

Les praticiens qui signent le CAS s'engagent à ne pas augmenter leur pratique tarifaire et à respecter le taux de dépassement moyen constaté en 2012. Ce taux de dépassement moyen ne peut pas dépasser 100 %.

Afin de renforcer l'incitation pour les praticiens à entrer et à rester dans le CAS, la réforme des contrats responsables différencie la prise en charge des dépassements d'honoraires par les complémentaires selon que le praticien est ou non signataire du CAS.

- d'une part, dans le cadre des contrats responsables, **la prise en charge des dépassements d'honoraires par les complémentaires sera plafonnée à 125 % du tarif de la sécurité sociale en 2015-2016, puis à 100 % au-delà, pour les dépassements réalisés par des praticiens qui ne sont pas signataires du CAS, mais ne sera pas plafonnée si les dépassements sont réalisés par un médecin signataire du CAS ;**
- d'autre part, **lorsque les contrats prévoient une prise en charge des dépassements d'honoraires, ils devront mieux prendre en charge les dépassements réalisés par des praticiens signataires du CAS que les dépassements réalisés par des non signataires du CAS.** La garantie « CAS » devra être supérieure à la garantie « hors CAS », avec un écart d'au moins 20% du tarif de la sécurité sociale.

La prise en charge des dépassements d'honoraires par les complémentaires demeurera facultative. En effet, le gouvernement n'a pas souhaité, comme la majorité précédente, s'engager sur la voie d'une prise en charge obligatoire des dépassements par une partie des contrats : les soins à tarifs opposables demeurent la règle, et il n'est souhaitable ni d'encourager les dépassements en généralisant leur prise en charge, ni de renchérir le coût des complémentaires pour les 47 % de Français dont les complémentaires ne prennent pas en charge les dépassements.

Le gouvernement a déposé un amendement au PLFRSS pour 2014 afin de donner une base législative à cette différenciation des garanties.

Les praticiens signataires du CAS se sont engagés à maîtriser leurs pratiques tarifaires individuelles. Il n'est donc pas nécessaire d'encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires par les complémentaires, qui ne peut pas avoir d'effet inflationniste. Les contrats responsables pourront donc prendre en charge l'intégralité des dépassements réalisés dans ce cadre.

Pour les praticiens qui ne sont pas signataires du CAS, le plafond de 125 %, puis de 100 % de prise en charge des dépassements est cohérent avec les objectifs de maîtrise des pratiques tarifaires excessives de l'avenant n°8.

Ce plafond est inférieur au taux de dépassement de 150%, qui constitue le repère inscrit par l'avenant n°8 pour appréhender les pratiques tarifaires excessives. Il est normal que la prise en charge admise pour les contrats responsables s'arrête avant le point à partir duquel on considère que le dépassement est excessif.

Ce plafond ne peut pas être directement comparé avec le plafond de 100% de taux de dépassement moyen du contrat d'accès aux soins. En effet, le seuil de 100% du contrat d'accès aux soins renvoie à un taux de dépassement moyen par médecin, qui permet que des dépassements plus importants soient réalisés sur certains actes individuels. Or, le taux de prise en charge autorisée des dépassements dans le cadre du contrat responsable s'apprécie nécessairement acte par acte.

Il sera donc possible de bénéficier d'une prise en charge par les complémentaires d'actes donnant lieu à un dépassement supérieur à 100%, s'ils sont réalisés par un médecin signataire du CAS.

Ces plafonds permettent de couvrir la prise en charge des dépassements pour la grande majorité des assurés.

Aujourd'hui, une part minoritaire mais importante des contrats offre des garanties de prise en charge pour les dépassements au-delà des plafonds retenus : ainsi, 22,3 % des assurés sont couverts au-delà de 100 % de taux de dépassement.

Toutefois, dans les faits, le nombre de patients effectivement exposés à ces niveaux de dépassements est plus faible : seulement 12,3% des patients paient des dépassements de ce niveau.

Quelques exemples

Monsieur P. dispose d'un contrat prenant en charge les dépassements d'honoraires jusqu'à 150 % du tarif de la sécurité sociale.

S'il consulte un médecin ayant signé du contrat d'accès aux soins, il continuera à bénéficier d'une prise en charge intégrale de sa consultation.

S'il consulte un médecin n'ayant pas signé le contrat d'accès aux soins, la prise en charge sera plafonnée à 125 % puis 100 % du tarif de la sécurité sociale. Pour une consultation à 23 euros, il pourra bénéficier d'une prise en charge jusqu'à 51,75 euros puis à partir de 2017 jusqu'à 46 euros.

Madame B. dispose d'un contrat prenant en charge les dépassements d'honoraires jusqu'à 40 % du tarif de la sécurité sociale.

Sa complémentaire pourra modifier sa garantie de prise en charge en proposant, par exemple, une garantie de prise en charge de 50 % si le médecin a signé le CAS et de 30 % si le médecin n'a pas signé le CAS.

Elle pourra donc bénéficier d'une prise en charge allant jusqu'à 34,5 euros si le médecin a signé le CAS ou 29,9 euros si le médecin n'a pas signé le CAS.

Maîtriser les prix de l'optique, mieux informer les assurés, préserver l'emploi

Mettre fin à la spirale inflationniste

Les prix pratiqués en matière d'optique sont de plus en plus élevés : plus les complémentaires remboursent, plus les prix augmentent (certains distributeurs calant leurs prix sur la couverture des frais par les complémentaires) ; et plus les prix augmentent, plus le prix des complémentaires croît. L'objectif du gouvernement est donc de casser cette spirale inflationniste en plafonnant ce que peuvent rembourser les complémentaires.

L'encadrement de la prise en charge par les contrats responsables complète d'autres mesures adoptées par le gouvernement pour maîtriser l'évolution des prix et rendre du pouvoir d'achat aux ménages, comme la possibilité de vendre en ligne des produits d'optique et de lunetterie, instaurée par la loi du 29 mars 2014 relative à la consommation.

Tenir compte des besoins de santé des assurés

Conformément à l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins, l'encadrement des contrats responsables est déterminé par les besoins de santé.

Des plafonds de prise en charge différents ont donc été fixés pour tenir compte des différents besoins de santé des patients :

- 470 euros pour une paire de lunettes à verres simples ;
- 750 euros pour une paire de lunettes à verres complexes ;
- 850 euros pour une paire de lunettes à verres très complexes.

La prise en charge du coût de certains traitements (comme l'amblyopie) se situe hors de ces plafonds.

Afin de garantir que l'essentiel de ces prises en charge est affecté aux verres, la prise en charge des montures est plafonnée à 150 euros.

Cela signifie que, si la monture coûte 150 euros, la paire de verres pourra être prise en charge jusqu'à 320 euros pour les verres simples, 600 euros pour les verres complexes et 700 euros pour les verres très complexes. Si la monture est moins coûteuse, la prise en charge des verres pourra même être plus élevée.

Ces plafonds retenus couvrent les niveaux de garantie offerts par 90 % des contrats.

Mieux informer les assurés, préserver l'emploi industriel

Une part importante du prix des produits optiques pour les assurés résulte du coût du réseau de distribution.

L'encadrement des prises en charge par le contrat responsable ne doit pas encourager les opticiens à recourir à des produits à très bas prix, de moindre qualité, qui pourraient être fabriqués dans des pays émergents.

C'est pourquoi le gouvernement renforce **les exigences de transparence et d'information sur le prix des lunettes et sa décomposition. Les opticiens devront remettre un devis puis une facture, qui présentera les différentes composantes du prix final (verre, monture, intervention de l'opticien). L'arrêté du 23 juillet 1996 relatif à l'information du consommateur sur les produits d'optique médicale sera modifié à cette fin.**

Le respect de ces dispositions fera l'objet de contrôles.

Il s'agit là d'une garantie importante pour les patients comme pour les industriels français de l'optique.

III. Préciser le cadre d'application des complémentaires en entreprise

La mise en place de garanties collectives de protection sociale complémentaire à adhésion obligatoire permet d'organiser une large mutualisation du risque et donc d'assurer tous les salariés, notamment les plus âgés et ceux en situation de risque aggravé qui ne trouveraient pas à s'assurer par ailleurs ou à des tarifs beaucoup plus défavorables.

La généralisation de la complémentaire santé en entreprise suppose d'adapter les textes relatifs à l'organisation de ces garanties collectives.

C'est l'objet de trois projets de décrets : sur la procédure de sélection des organismes recommandés par les accords de branche, sur les dispositifs de solidarité que doivent prévoir les accords de branche contenant une clause de recommandation et sur les dispenses d'adhésion aux contrats collectifs.

Préciser les conditions de recommandation par les branches

Les branches professionnelles ont la possibilité de recommander un ou plusieurs organismes pour gérer les garanties instaurées par accord de branche.

Ces clauses de recommandations permettent d'organiser une mutualisation des risques entre salariés au-delà d'une seule entreprise, ce qui facilite les conditions de couverture des salariés âgés ou présentant des risques aggravés de santé.

Un projet de décret vient préciser les mécanismes de solidarité que doivent prévoir les accords de branche pour justifier le recours à de tels dispositifs de recommandation. Au moins 2% des primes ou cotisations doivent être affectées à des prestations non contributives, pouvant comprendre :

- une prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation pour certains salariés ou apprentis dispensés d'adhésion ou pour lesquels la cotisation devant être acquittée représente au moins 10 % de leurs revenus bruts ;
- le financement d'actions de prévention de santé publique ou des risques professionnels ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale.

Un autre projet de décret précise les conditions de sélection des organismes recommandés. Cette sélection est opérée à la suite d'une mise en concurrence, comprenant la publication d'un avis d'appel à la concurrence, la diffusion d'un cahier des charges et le classement des candidatures par une commission paritaire, dans des conditions d'impartialité, de neutralité et d'égalité de traitement.

Adapter les conditions des dispenses d'adhésion

Le mécanisme de solidarité ne peut jouer à plein que si l'adhésion est obligatoire. C'est la raison pour laquelle les cas de dispense d'adhésion sont strictement encadrés.

Les textes relatifs aux dispenses d'adhésion ont été adaptés pour tenir compte de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise instaurée par la loi du 14 juin 2013.

Alors que, jusqu'à présent, les conditions de dispenses d'adhésion sont différentes selon que le contrat collectif résulte d'un accord collectif ou d'une décision unilatérale de l'employeur, les mêmes conditions s'appliqueront désormais quel que soit l'acte à l'origine du contrat collectif, à l'exception du seul cas de dispense qui permet au salarié embauché antérieurement à la mise en place de la couverture d'en être dispensé si cette dernière a été instaurée par décision unilatérale de l'employeur.

Par ailleurs, certains cas de dispense ont fait l'objet de clarifications.

De manière générale, les salariés ne peuvent être dispensés d'adhérer à une complémentaire santé d'entreprise que si l'acte juridique qui instaure les garanties (accord ou décision unilatérale de l'employeur) prévoit un des cas de dispense permis :

- salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'au moins 12 mois s'ils justifient d'une couverture individuelle équivalente ;
- salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de moins 12 mois, sans avoir besoin de justifier d'une couverture individuelle ;
- salariés à temps partiel et apprentis dont la cotisation au régime collectif représente au moins 10% de leur rémunération brute ;
- salariés bénéficiaires de l'ACS, de la CMU-c. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du régime ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- salariés qui bénéficient, même en temps qu'ayants droit, d'une couverture collective conforme à celles définies dans l'arrêté du 26 mars 2012.

Dans la perspective de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise et afin d'éviter, lorsque des couvertures complémentaires collectives s'imposent aux ayants droits, qu'un même salarié doive cotiser à la fois comme salarié pour lui-même et comme ayant droit au titre de la couverture de son conjoint, une faculté de dispense d'adhésion est ouverte, au choix du salarié, au titre de cette couverture des ayants droit, à condition qu'il soit déjà couvert.