

unmi le mag

MAGAZINE QUADRIMESTRIEL

OCTOBRE 2019 • N°6

I « 100% SANTÉ », UNE RÉFORME EN MARCHÉ

I Interview de M. David Echevin,
Directeur Général d'Actélior (p.6)



unmi

MUTUELLEMENT PLUS FORTS



édito

RÉFORME DU « 100% SANTÉ » : LE TEMPS DE L'OPÉRATIONNEL

**LOREDANA
MAÏER,**
Directrice Générale
de l'UNMI

Des soins « sans reste à charge », telle était la promesse de campagne du Président Emmanuel Macron. Cette réforme repose sur un triple engagement : la Sécurité sociale augmente ses remboursements, les professionnels de santé s'engagent à respecter un prix de vente maximum sur un panier de soins défini, les assureurs complémentaires rembourseront intégralement, dans leurs contrats « responsables », la différence entre ce prix de vente et le remboursement de la Sécurité sociale.

Le déploiement de la réforme nécessite un ajustement des contrats d'assurance complémentaire santé tant sur le contenu (ajustement des grilles de garanties aux nouvelles dispositions) que sur la tarification. Les mutuelles se sont par ailleurs engagées à améliorer la lisibilité de leurs contrats, afin de faciliter la comparaison entre les contrats et, de facto, le choix des assurés. C'est un défi opérationnel de taille pour les mutuelles indépendantes : l'UNMI est à leur côté pour les conseiller et les accompagner dans leurs démarches de mise en conformité.

Selon différentes études, les contrats complémentaires santé avec des garanties élevées devraient être assez peu impactés par cette réforme. En revanche, il semblerait qu'un taux important de recours au panier de soins « 100% santé » sur les contrats « entrée de gamme » soit constaté : ce sont donc bien les assureurs complémentaires qui vont supporter l'essentiel de la charge de cette réforme, eux qui représentent déjà l'essentiel des remboursements sur ces trois postes.




LES CHIFFRES CLÉS

Dentaire, optique, audiologie, ce qui va changer avec le « 100% santé »

La réforme du « 100% santé » a pour objectif de faciliter l'accès aux soins sur trois postes majeurs en matière de dépenses de santé des Français. **Décryptage.**

CONSTAT 1

 Le reste à charge direct des ménages en France est de **8,3% en moyenne**. S'il est l'un des plus faibles des pays de l'OCDE, il reste particulièrement élevé dans 3 secteurs :

43%

sur les prothèses dentaires

22%

sur l'optique

53%

sur les aides auditives

CE QUI VA CHANGER CONCRÈTEMENT



Optique

Aujourd'hui, le reste à charge moyen est de **65€** sur 290€ en moyenne, dont 135€ de monture. Avec l'offre « 100% santé », la **personne sera remboursée à 100%** dans le cadre d'un tarif maximum de **105€** dont 30€ de monture.



Aides auditives

Aujourd'hui, seul 1 Français sur 3 souffrant d'une déficience auditive est appareillé. Le reste à charge moyen est de **850€ par oreille**, pour un coût total de 1500€. En 2021, tous les Français, et notamment les personnes âgées, pourront accéder à une audioprothèse sans reste à charge.



Dentaire

Aujourd'hui, aller chez le dentiste coûte cher : une couronne en céramique implique en moyenne un reste à charge de **195€**. Demain, elle sera **100% remboursée**.



CONSTAT 2

 Le renoncement aux soins pour cause financière touche encore trop de Français :

6 millions de Français souffrent de difficulté d'audition dont la moitié est susceptible d'être appareillée. Le taux d'appareillage effectif est estimé à **35%**. Même s'il progresse, il est encore inférieur à celui observé dans d'autres pays européens.

2 millions de Français renoncent aux lunettes.

4,7 millions de Français renoncent aux soins dentaires. Les Français vont moins souvent chez le dentiste que dans d'autres pays européens : moins d'un assuré sur deux voit un dentiste au moins une fois par an contre plus de deux assurés sur trois en Allemagne et au Royaume-Uni.



Dans le cadre du « 100% santé », les pouvoirs publics ont défini différents paniers de soins :



Pour l'optique et les audioprothèses :

le panier « 100% santé » qui permet un remboursement intégral et le panier « libre » pour lequel un reste à charge pourra subsister.



Pour le dentaire :

le panier « 100% santé » qui permet un remboursement intégral, le panier « maîtrisé » et le panier « libre » pour lesquels un reste à charge pourra subsister.

Sources :
Commission des comptes de la santé - Rapport 2017
Cour des comptes 2016
EHIS-ESPS, Dress-Irdes 2014
Ministère des Solidarités et de la Santé - Dossier de presse 2019

« 100% SANTÉ » : LE COMPTE À REBOURS A COMMENCÉ



Promesse électorale du Président Emmanuel Macron, l'objectif de la réforme est de donner à tous les Français un accès à des soins de qualité. Elle doit favoriser également la prévention ainsi qu'un meilleur accès aux professionnels de santé et aux soins.

Imposée aux organismes de complémentaire santé à horizon 2021, la réforme du « 100% santé » (ou RAC zéro) bouscule un peu plus le marché. Pour les assurés sociaux bénéficiant d'une complémentaire santé responsable (individuelle ou collective) ou de la CMU-C, elle assure la garantie de se voir proposer un équipement optique, auditif ou dentaire sans reste à charge. Libre à chacun d'opter pour un autre équipement à tarif « libre » ou

« maîtrisé » présentant, à priori, des critères techniques et qualitatifs complémentaires. Les professionnels en optique, dentaire et aides auditives devront donc proposer, dès 2020, un devis qui comportera à la fois un équipement du panier « 100% santé » et un équipement à tarif libre. Quant aux mutuelles, elles devront financer la différence entre le prix limite de vente des équipements et le remboursement de l'Assurance maladie.

La nouvelle réglementation impose donc aux complémentaires santé une révision complète de leurs garanties et de leurs tarifications.

Au-delà, il en va de la mise en place de nouvelles stratégies de développement afin de rester compétitives sur un marché qui l'est toujours plus. Elles doivent également adapter leurs systèmes d'information, outils informatiques et procédures afin d'aboutir progressivement à leur mise en conformité. « Le panier de soin « 100% santé » est à paramétrer dans la souplesse de paramétrage de l'outil de gestion. L'impact financier de cet ajustement est plus ou moins important selon la souplesse de paramétrage de l'outil utilisé. Au niveau juridique, un travail conséquent est requis pour mettre à jour la documentation contractuelle et l'information destinée aux adhérents », souligne Bertrand Mourelot, Directeur Technique de l'UNMI.

Dans ce contexte d'évolution du marché, l'UNMI apporte son expertise aux mutuelles adhérentes au travers de deux types d'accompagnement, selon le degré de partenariat mis en place.

Dans le cas où l'UNMI est réassureur : les mutuelles adhérentes peuvent bénéficier d'une étude d'impact du « 100% santé » avec des préconisations d'évolution tarifaire ainsi que des aménagements de garanties leur permettant de limiter les augmentations tarifaires liées à la mise en place du « 100% santé ». Cette prestation est entièrement gratuite et s'inscrit dans le cadre du suivi et de l'accompagnement réalisés par l'UNMI. « Deux choix se présentent : soit augmenter les tarifs, soit aménager les garanties, notamment les garanties à tarifs libres hors « 100% santé », ce que l'UNMI préconise à ses mutuelles adhérentes.

LA RÉFORME ENTRE EN VIGUEUR

PROGRESSIVEMENT ENTRE 2019 ET 2021 MAIS IL EST ENCORE TEMPS DE DEMANDER DES ÉTUDES D'IMPACT AUX EXPERTS DE L'UNMI.

Libres à elles ensuite d'arbitrer, en concertation avec leurs instances, selon leur stratégie de développement et selon d'autres contraintes internes dont l'UNMI n'a pas forcément connaissance », résume Bertrand Mourelot.

Pour les autres mutuelles : une étude d'impact de prestations de santé est proposée dans le cadre de la plateforme de services mise à leur disposition. Cette prestation fait l'objet d'une facturation spécifique et sur mesure.

« Les analyses réalisées en interne dans le cadre de nos partenariats et les publications des cabinets spécialisés (Mercer, Actuaris, FNMF) évaluent, sans changement des garanties du contrat actuel, la hausse des prestations payées par la mutuelle entre proche de 0% (contrats dits « haut de gamme ») et jusqu'à 10% (contrats dits « entrée de gamme » et population principalement senior). Toutefois, les conséquences directes de ce dispositif ne pourront pas être connues avant 2023, le temps nécessaire à l'ensemble du marché de se mettre en conformité », estime Bertrand Mourelot.

Reste une grande inconnue : la réforme va-t-elle significativement modifier les habitudes de consommation des adhérents ? Impossible d'y répondre aujourd'hui.

QUEL IMPACT SUR LE MARCHÉ DES CONTRATS SANTÉ COLLECTIFS ?

La réforme « 100% santé » impactera les contrats santé collectifs dès le 1^{er} janvier 2020. Pour continuer à bénéficier des avantages fiscaux et sociaux liés au respect du contrat responsable, les entreprises doivent prévoir la mise en conformité de leur contrat santé collectif. Pour cela, l'ensemble des accords santé encadrant, dans un certain nombre de branches professionnelles, la mise en place et le niveau de prestations des

assurances santé collectives sont actuellement en cours de renégociation. Charge ensuite aux organismes complémentaires (OCAM) de mettre en conformité les contrats équipant leurs portefeuilles collectifs avec ces accords renégociés.

Une information devra également être faite aux salariés concernant les changements de garanties à effet du 1^{er} janvier 2020. Anticipation, pédagogie et dialogue social seront nécessaires pour faire de cette réforme une réussite.



5 QUESTIONS À DAVID ECHEVIN, DIRECTEUR GÉNÉRAL D'ACTÉLIOR



“ L’anticipation est une règle absolue pour réussir sa mise en conformité. ”

David Echevin
Directeur général d'Actélior

Structure indépendante spécialisée dans le conseil en actuariat et assurance, Actélior est un partenaire privilégié de l'UNMI. Son Directeur Général, David Echevin, nous livre ses conseils et recommandations concernant la mise en place du « 100% santé ».

Quelle est votre approche méthodologique concernant la mise en conformité des mutuelles dans le cadre du « 100% santé » ?

David Echevin : Depuis le début de l'année, Actélior a accompagné une quinzaine de clients, des mutuelles de toutes tailles, à la fois des structures petites et spécialisées comme des structures plus importantes. En termes de méthodologie, notre approche consiste à reprendre l'ensemble du portefeuille de nos clients afin d'anticiper, poste par poste, l'évolution des prestations à venir dans les prochaines années. 99% du travail dit « de diagnostic » a d'ores et déjà été réalisé : nos

clients sont désormais passés à la phase de mise en vente et au paramétrage de leur outil informatique.

Quels sont les questionnements posés par cette réforme et comment accompagnez-vous les mutuelles dans cette évolution ?

D.E. : Le « 100% santé » pose deux questionnements majeurs. Il entraîne d'une part une révolution dans les bases de remboursement avec la refonte des nomenclatures. La Sécurité Sociale a modifié ses grilles : les bases de remboursement vont évoluer dans deux sens, certaines vont augmenter, d'autres baisser.

De plus, la réforme voit la mise en place de plafonds, c'est-à-dire de prix limites de vente. Pour les mutuelles, un premier travail a donc consisté à regarder le niveau et le contenu de consommation de leurs adhérents afin de tenter une projection à iso-consommation dans un univers de changement de l'ensemble de cette nomenclature. Les Français vont-ils consommer plus ou moins en optique, dentaire et audiologie ? C'est la grande inconnue...

Pourquoi est-il important d'anticiper au maximum la mise en place de cette réforme ?

D.E. : L'anticipation est une règle absolue pour réussir sa mise en conformité. Prenons l'exemple du poste dentaire : la revalorisation des soins courants et l'entrée dans le panier « 100% santé » de certains soins prothétiques dentaires auront un impact financier conséquent pour les mutuelles. Notre travail a consisté à reprendre toute la nomenclature dentaire et à construire des hypothèses de consommation. De façon générale, la mise en place du « 100% santé » implique pour les mutuelles un énorme travail de paramétrage, qu'il faut anticiper. Si une mutuelle ne fait pas évoluer ses produits dès maintenant, ces derniers ne rentreront plus dans le cadre d'un contrat responsable, et cela dès l'année prochaine. Dans le cas de contrats collectifs ou labellisés, ceux qui concernent les entreprises ou les fonctionnaires, les contrats non responsables ne seront plus éligibles, avec le risque de mettre en péril les structures concernées. Cette première étape de paramétrage est certes très technique et mécanique mais elle est sans doute la plus importante d'un point de vue opérationnel.

Pourquoi le poste audiologie fait-il l'objet de toutes les attentions ?

D.E. : Aujourd'hui, pour des raisons financières et esthétiques, nous constatons un sous-équipement extraordinairement élevé de la population en audiologie, notamment pour la tranche d'âge 50/60 ans. En ce sens, la réforme se justifie complètement sur la question du prix. Mais on ne sait pas du tout ce qu'elle donnera en termes d'effet de mode. Pour ce poste, nous appliquons la même méthode : nous observons les écarts entre le nombre de personnes malentendantes et le nombre de personnes équipées et nous établissons des hypothèses hautes et basses.

En proportion, nous nous attendons à des hausses importantes notamment chez les portefeuilles assez âgés. Le risque « effet de mode », couplé aux évolutions technologiques qui rendent les appareils plus discrets, est également à prendre en compte. De nombreux clients nous disent qu'ils observent déjà une hausse des équipements en audiologie. Ce poste, qui était auparavant considéré comme accessoire, devient un vrai poste qu'il va falloir suivre comme tel.

Craignez-vous une explosion du marché à court terme ?

D.E. : Non, j'ai du mal à imaginer que ce sera le big bang. Généralement, nous observons que les évolutions réglementaires mettent au moins 2 ou 3 ans pour aboutir. Je n'imagine pas une seconde que l'ensemble du marché vole complètement en éclats du jour au lendemain. En revanche, je pense qu'il est extrêmement important pour une mutuelle de mesurer sa sensibilité et son risque par rapport aux évolutions attendues et ensuite de s'assurer qu'elle est bien en conformité vis-à-vis du contrat responsable, notamment pour l'année 2020. Il est toujours important de savoir où l'on va. De notre côté, nous pouvons fournir des unités de mesure afin d'appréhender l'impact éventuel de la réforme. De mon point de vue, partant du principe que le métier de la santé est un métier d'indexation annuelle, je pense que de nombreux acteurs du marché ont décidé d'impacter l'intégralité du « 100% santé » pour 2020. Ensuite, il s'agira de suivre l'évolution de la consommation et de procéder à des ajustements au fil de l'eau.

ACTÉLIOR EST UN PARTENAIRE DE L'UNMI

A ce titre, le cabinet offre un accompagnement technique : analyse, suivi technique, pilotage de la mise en conformité dans le cadre du « 100% santé ». Il apporte également une prestation de conseil sur l'aspect réglementaire dans le cadre de Solvabilité 2.

RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE DES ENTREPRISES

L'UNMI ET LE FC GIRONDINS DE BORDEAUX UNIS POUR UN MÊME BUT



L'UNMI s'est associée avec la plateforme RSE du Football Club des Girondins de Bordeaux. Fort de sens, ce partenariat se concrétise autour de valeurs communes : la solidarité, l'esprit d'équipe et la performance. Les deux partenaires ont identifié 5 actions sociales fortes pour la saison 2019/2020 qu'ils souhaitent promouvoir et faire rayonner ensemble.

Le FC Girondins de Bordeaux est engagé depuis plusieurs années dans différentes actions citoyennes et sociales. En acteur responsable, le club a pris la mesure des responsabilités qui sont les siennes en termes d'implication sociale et sportive. Son engagement dans une série d'actions sociales, au cœur même de la cité girondine et au-delà, valorisent ses valeurs humaines.

Pour l'UNMI, qui prône des valeurs d'humanisme, de solidarité et de proximité, ce rapprochement en tant que partenaire officiel du programme RSE du club est donc cohérent. « Par ce partenariat exclusif, l'UNMI s'associe à l'image et aux valeurs de ce club

légendaire, innovant, solidaire, formateur et à ses actions de responsabilité sociale des entreprises en matière d'éducation & citoyenneté, d'accompagnement culturel, de soutien à des associations caritatives, de santé », souligne Loredana Maïer.

Comme les Girondins de Bordeaux, l'UNMI est un acteur majeur et reconnu dans son domaine d'activité. Leur histoire respective ne date pas d'hier : depuis 1881 pour les Girondins, depuis 1929 pour l'UNMI. Cette formidable longévité repose sur une connaissance métier forte et l'ambition qu'ils ont l'un et l'autre de toujours se réinventer et d'intégrer les préoccupations sociales, sociétales et environnementales dans leurs actions.

L'UNMI et les Girondins se sont ainsi engagés à œuvrer ensemble autour d'un partenariat responsable. Le plan d'action RSE bâti autour de cette association repose sur 4 piliers : Bordeaux intégrateur, Bordeaux engagé, Bordeaux militant et Bordeaux durable. L'UNMI a choisi de s'investir plus particulièrement dans cinq actions parmi la trentaine organisée pendant la saison 2019/2020.

L'UNMI ENGAGÉE DANS 5 ACTIONS SOCIALES

- **Plateforme Bordeaux Sport et Santé :** organisation de temps sportifs pour les entreprises.
- **Course du « Challenge du Ruban Rose » à Bordeaux.**
- **Hôpital des enfants :** visite des joueurs au CHU de Bordeaux.
- **Initiative océane :** sensibilisation à la pollution des plages de la côte Atlantique.
- **Journée Handi'FCGB :** l'accès au sport pour les personnes à mobilité réduite.