

Les réseaux de soins conventionnés

Pour une meilleure régulation
des dépenses médicales

Rapport **ASTERES**

A l'initiative de l'**OBSERVATOIRE CITOYEN DES RESTES A CHARGE EN SANTE**

Septembre 2016

A S T E R **è** S
p r o d u c t e u r d ' i d é e s

ASTERES

81, rue Réaumur – 75002 Paris

Tél. : 01 44 76 89 16

contact@asteres.fr – www.asteres.fr

OBSERVATOIRE CITOYEN DES RESTES A CHARGE EN SANTE

L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé a été créé début 2013 par trois partenaires : le Collectif interassociatif sur la santé (CISS), qui regroupe quarante associations intervenant dans le champ de la santé ; le magazine 60 Millions de consommateurs édité par l'Institut national de la consommation ; et la société Santéclair, spécialisée dans l'information et l'orientation dans le système de soins, filiale de plusieurs complémentaires santé.

COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTE

10, Villa Bosquet – 75007 Paris

Tél. : 01 40 56 01 49

www.leciss.org

60 MILLIONS DE CONSOMMATEURS

18, rue Tiphaine – 75015 Paris

Tél. : 01 45 66 20 20

www.60millions-mag.com

SANTECLAIR

78, boulevard de la République – 92100 Boulogne Billancourt

Tél. : 01 47 61 21 00

www.santeclair.fr

Le présent document a été commandité par l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé pour alimenter la réflexion économique portant sur le secteur de la santé. Le cabinet Asterès a bénéficié d'une indépendance complète dans la conduite de ses analyses. **Les opinions exprimées dans cet exposé sont donc celles de ses auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions des donneurs d'ordre.**

Préambule

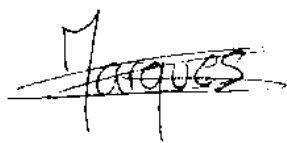
La situation des finances publiques est préoccupante et **le secteur de la santé contribue à maintenir les comptes sociaux dans le rouge**. Le déficit de l'Assurance maladie est lourd (7,5 milliards d'euros en 2015) et structurel (il court depuis plus de 20 ans). Tant bien que mal, la Sécurité sociale poursuit une stratégie visant à réguler la croissance des dépenses de santé : remboursements, tickets modérateurs, baisses tarifaires... Malgré ces efforts, **les frais médicaux progressent toujours plus rapidement que la richesse nationale** du fait d'une demande de bien-être prégnante, de traitements innovants onéreux, de l'essor des maladies chroniques et du vieillissement démographique. Actuellement de 11% du PIB, les dépenses médicales pourraient atteindre 15% en 2030.

Dans ce contexte, **les organismes complémentaires d'assurance maladie sont de plus en plus sollicités**. En ligne avec la croissance de leurs remboursements, leurs tarifs progressent rapidement. Cette évolution conduit à **une situation difficilement tenable**, où l'accès à une protection satisfaisante devient particulièrement onéreux. Pour à la fois modérer la croissance des remboursements, et donc des primes d'assurance, et réduire les restes à charge, les complémentaires santé se sont engagés dans une démarche de régulation de certaines dépenses de santé. Ces organismes sont en effet légitimes pour intervenir dans les spécialités pour lesquelles leur contribution au financement est décisive. C'est le cas notamment en **optique** (75% du financement), en **dentaire** (39%), en **aide auditive** (30%) et en **médecine douce**. Dans ces domaines, leurs efforts de régulation se matérialisent par le développement de **réseaux de professionnels conventionnés**.

La présente étude du cabinet **Asterès** analyse **la pertinence et l'efficacité de ces réseaux** pour mieux réguler la croissance des frais de santé et pérenniser l'accessibilité à des soins de qualité, dans un contexte de finances publiques sous tension. Pour ce faire, nous nous sommes notamment appuyés sur des statistiques internes du réseau Santéclair. Ces dernières, utilisées comme proxy du fonctionnement des réseaux, nous ont permis de rendre compte, de manière concrète, des **impact positif sur la régulation des prix et le maintien de la qualité**.

Christophe MARQUES

Economiste Santé chez Asterès



Nicolas BOUZOU

Economiste, directeur-fondateur d'Asterès



Sommaire

Préambule	3	
Synthèse	5	
1	Les complémentaires santé : vers un rôle de régulation	9
1.1	L'assurance maladie, contrainte financièrement, resserre son champ d'action	9
1.1.1	L'assainissement des comptes publics : un impératif de long terme	9
1.1.2	L'assurance maladie restreint son champ d'action	10
1.2	Les organismes complémentaires d'assurance maladie : un rôle essentiel dans l'accès aux soins	12
1.2.1	Les organismes complémentaires financent 13,5% de la CSBM	12
1.2.2	Les OCAM sont des financeurs incontournables dans certains domaines médicaux, comme l'optique, l'aide auditive, le dentaire et la chirurgie réfractive	14
1.2.3	Pour suivre l'évolution des dépenses de santé, les tarifs des OCAM ont fortement progressé	20
1.3	Un besoin urgent de régulation institutionnelle se ressent dans les domaines délaissés par l'Assurance maladie	20
1.3.1	Des lunettes chères : en cause, des tarifs libres partiellement supportés par les assurés	20
1.3.2	Des audioprothèses chères : en cause, des tarifs libres et une offre rigidifiée par un <i>numerus clausus</i> trop restrictif	22
1.3.3	Des soins dentaires onéreux : des tarifs libres particulièrement élevés	24
2	Les réseaux de soins : des prix réduits et une qualité contrôlée	25
2.1	Les réseaux de soins : un modèle de régulation pertinent	25
2.2	Une régulation efficace des prix	26
2.2.1	Des prix et des avantages définis contractuellement	26
2.2.2	En réseau dentaire, un gain moyen pour les patients de 343 euros	27
2.2.3	En réseau d'audioprothésistes, un gain moyen pour les patients de 821 euros	28
2.2.4	Par le jeu de la concurrence, les baisses de prix profitent à tous	29
2.2.5	Pour un coût moindre, la qualité est préservée, voire améliorée relativement aux prestations hors réseau	29
2.3	Une régulation efficace de la qualité	30
2.3.1	Une sélection des professionnels à l'entrée des réseaux	31
2.3.2	Un référencement des produits et des fournisseurs	32
2.3.3	Un contrôle <i>a priori</i> des plans de traitement	33
2.3.4	Un contrôle <i>a posteriori</i> de la qualité et des procédures	33
2.3.5	Un suivi de la satisfaction des assurés	34
2.4	Les plateformes soutiennent le projet d'une évaluation des réseaux par les pouvoirs publics	35

Synthèse

L'assurance maladie, contrainte financièrement, limite son champ d'action dans certaines spécialités

- La demande de soins et de biens médicaux progresse rapidement mais les ressources de la Sécurité sociale, grevées par l'atonie des salaires et le chômage de masse, progressent lentement. En conséquence, **l'Assurance maladie endure un déficit budgétaire à la fois chronique et profond**. Bien que les mesures d'économies se soient multipliées depuis 2006 (baisses tarifaires, franchises, déremboursements...) la santé financière de l'assurance publique ne se rétablit pas. **La persistance de son déséquilibre budgétaire compromet sérieusement la pérennité à long terme du modèle français de solidarité.**
- Incapable de couvrir l'ensemble des besoins médicaux, **la solidarité nationale se concentre sur les pathologies les plus lourdes et délaisse certaines spécialités**, comme l'optique, l'aide auditive, le dentaire ou encore la chirurgie réfractive. Là où l'Assurance maladie est peu présente, voire absente, les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) proposent de prendre le relais.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie : un rôle essentiel dans l'accès aux soins

- Les OCAM couvrent plus de 95% de la population et supportent 13,5% de la consommation de biens et de soins médicaux (CSBM). En y ajoutant leur contribution au Fonds CMU et leur couverture de frais annexes, **ils financent une dépense de santé et de bien-être équivalente à 1,4% du PIB.**¹
- Leur rôle tend à se renforcer. Ces organismes supportent notamment en partie :
 - la croissance des dépassements d'honoraires ;
 - la participation de 18 euros sur les actes hospitaliers lourds introduite en 2008 ;
 - l'augmentation du forfait hospitalier de 16 à 18 euros en 2010.
- C'est dans les segments des « **Autres biens médicaux** » (qui comprennent l'**optique** et les **prothèses auditives**), du **dentaire** et de la **chirurgie réfractive** que les OCAM interviennent proportionnellement le plus. Ils financent :
 - **39% de la dépense en « Autres biens médicaux »** (+6 points depuis 2006), dont **73% des frais d'optique** (+17 points depuis 2006) ;
 - **39% du coût des soins en cabinet dentaire** (+4 points depuis 2006).
- Confrontés à une croissance dynamique des dépenses médicales, et donc des remboursements, **les OCAM revalorisent chaque année leurs tarifs.**
 - De 2005 à 2015, **leurs tarifs ont progressé deux fois plus rapidement que l'inflation générale**. Cette évolution mène peu à peu à **une situation difficilement tenable**, où l'accès à une couverture satisfaisante devient particulièrement onéreux.
 - Pour à la fois limiter la croissance des remboursements (et donc des cotisations), et réduire les restes à charge, les OCAM se sont engagés dans une démarche de régulation de certaines dépenses médicales.

¹ Les sources des données présentées dans la synthèse sont référencées dans le corps de l'étude.

Un besoin de régulation institutionnelle dans les secteurs de l'optique, de l'audition et du dentaire

- Contrairement aux biens et services médicaux les mieux couverts par l'Assurance maladie, les tarifs de ceux qu'elle ne rembourse pas, ou faiblement, sont libres. Or **la régulation des prix par le marché est défaillante dans les secteurs de l'optique, du dentaire, de l'audition ou encore dans le domaine des services hospitaliers annexes** (ex. chambre particulière).
 - Les opticiens tirent parti **d'une demande solvabilisée par les OCAM et d'une asymétrie d'information** pour pratiquer des prix élevés au vu du nombre d'offreurs (316 euros pour une paire de lunettes à verres simples et 613 euros pour une paire à verres complexes).
 - Dans le secteur de l'aide auditive, le défaut de concurrence provient d'un **manque d'audioprothésistes** entretenu par un **numerus clausus trop restrictif**. La marge brute du secteur représente approximativement 70% des ventes pour des produits dont le prix moyen est de 1 500 euros. Notons toutefois que cette marge couvre également les actes de réglage des appareils et le conseil.
 - **En compensation de tarifs réglementés bas** sur les soins conservateurs et la chirurgie, les dentistes pratiquent **des prix élevés sur les actes à honoraires libres**. Une prothèse céramo-métallique atteint aisément 500 euros (750 euros à Paris), un semestre d'orthodontie 650 euros (1 000 euros à Paris) et une prestation d'implantologie 2 000 euros.
- La double défaillance de régulation, institutionnelle et concurrentielle, se traduit par **des restes à charge élevés** (soit après les remboursements des OCAM), **pouvant atteindre plusieurs centaines, voire plusieurs milliers d'euros**.
 - En **optique**, une paire de lunettes munie de verres complexes, d'une valeur de 500 euros, donne lieu à un reste à charge moyen de 200 euros.
 - En **dentaire**, une prothèse céramo-métallique d'une valeur de 750 euros (moyenne parisienne) s'accompagne d'un reste à charge moyen de 400 euros. Une prestation d'implantologie facturée 2 000 euros donne lieu à un reste à charge moyen de 1 700 euros.
 - En **audition**, l'équipement des deux oreilles revient en moyenne à 3 000 euros et génère un reste à charge moyen de 2 000 euros.
 - Une **chirurgie réfractive** coûte entre 1 200 et 3 000 euros pour un traitement des deux yeux. Elle implique généralement un reste à charge supérieur à 1 000 euros.
- De tels coûts à la charge des patients induisent logiquement **un phénomène marqué de renoncement aux soins pour raison financière**.
 - D'après l'enquête ESPS 2012, **18% des Français ont renoncé dans l'année à des soins dentaires pour raisons financières**. Ce taux est de 9% pour l'achat d'optiques médicales et de 5% pour les consultations médicales. Pour les 5% de Français non couverts par un OCAM, le taux de renoncement pour cause financière s'élevait à 41%.
 - Au-delà d'un reste à charge de 1 000 euros en dentaire, seul un assuré sur deux poursuit son traitement jusqu'à son terme.
 - Sur les 6 millions de Français malentendants, seuls 1,5 million disposent d'une aide auditive. Le frein à l'équipement est avant tout financier pour 2,1 millions de Français.

Structure de financement pour une sélection de soins et de biens médicaux

Sur la base de contrats « moyens » d'OCAM

		Prix de Référence ¹	OCAM	Sécurité sociale	Ménages	Reste à charge
Consultation de médecin spécialiste en secteur 2	Parcours de soins	60 €	32%	25%	43%	26 €
	Hors parcours	60 €	25%	10%	65%	39 €
Opération de la cataracte, avec dépassement d'honoraires		600 €	28%	45%	27%	162 €
Optique	Simple	200 € ²	75%		22%	45 € ²
	Complexe	500 € ²	56%		41%	205 € ²
Dentaire	Prothèse céramo-métallique	750 € ³	37%	10%	53%	400 €
	Implantologie	2 000 € ⁴	17%		83%	1 668 €
	Semestre d'orthodontie	650 €	45%	30%	25%	164 €
Autres	Prothèse auditive	3 000 € ⁴	30%		66%	1 966 €
	Prothèse capillaire	700 €	26%	18%	56%	390 €

¹ Prix de référence retenu par la DREES dans son enquête statistique auprès des OCAM en 2010.

² Suivant les données de la CNAMTS, le prix moyen des verres unifocaux vendus était de 316 euros en 2014, et ceux des verres multifocaux de 613 euros. En supposant une structure du financement privé constante depuis 2010, le reste à charge des ménages serait de 71 euros pour une monture équipée de verres unifocaux et de 253 euros pour une monture équipée de verres multifocaux.

³ Il s'agit là d'un niveau de prix observé plutôt à Paris. En France, le prix moyen des prothèses céramo-métalliques est compris entre 450 et 650 euros.

⁴ Prix pour deux oreilles (étude sectorielle UNSAF).

Source : Asterès, d'après données CNAMTS (2016) et DREES (2010, 2013)

Les réseaux de soins : des prix réduits, une qualité contrôlée

- Lorsqu'ils supportent une part importante, voire majoritaire, du financement des soins, **les OCAM sont légitimes pour endosser un rôle déterminant de régulation des dépenses**, et tout particulièrement là où les restes à charge sont les plus élevés. D'une position de « payeurs aveugles » à faible valeur ajoutée, ils endossent progressivement une position affirmée de « **payeurs régulateurs** » à forte valeur ajoutée.
- Les OCAM ont notamment développé **des réseaux de prestataires conventionnés** dans les secteurs où les restes à charge sont les plus lourds. Le modèle repose sur une prise **d'engagements réciproques**. Les professionnels de santé s'engagent à :
 - pratiquer des **tarifs « raisonnables »** ;
 - accepter le **tiers-payant** ;
 - respecter des **normes de qualité** ;
 - entretenir une **transparence** sur les prix et la qualité des prestations.

En contrepartie, **les plateformes de santé garantissent aux professionnels un certain volume de clients supplémentaires**. Ces derniers sont en effet encouragés à s'orienter dans le réseau pour bénéficier d'une réduction de reste à charge et du tiers-payant. Suivant une enquête Ipsos de 2012, 8 Français sur 10 se sont déclarés intéressés par les avantages des réseaux.

■ **Les plateformes régulent contractuellement les tarifs pratiqués au sein de leur réseau. Les premiers bénéficiaires sont les consommateurs.**

- Les décotes tarifaires peuvent atteindre **jusqu'à 50% du prix moyen de marché**.
- En **dentaire**, Santéclair parvient à **une baisse de prix de 19% en moyenne** relativement aux prestations hors réseau. Le reste à charge moyen se résorbe ainsi de 38%, soit **un gain moyen pour les assurés de 343 euros**.
- En **audition**, **la baisse du prix des prothèses est de 30% en moyenne**. Le reste à charge moyen se contracte ainsi de 44%, soit **un gain moyen pour les assurés de 821 euros**.
- Que cela soit en dentaire ou en audition, le réseau permet aux assurés des OCAM partenaires d'annuler complétement leur reste à charge dans près d'un cas sur dix.
- Par le jeu de la concurrence, **les tarifs des professionnels hors réseaux sont également influencés par cette régulation**. Les tarifs hors réseau ne peuvent en effet trop s'éloigner des prix pratiqués en réseaux sans risquer de rebuter une partie croissante de la clientèle. Pour les secteurs de l'optique et de l'aide auditive, la montée en charge des réseaux s'est ainsi accompagnée d'une modération des indices de prix mesurés par l'INSEE. En dentaire, les réseaux sont encore insuffisamment développés pour générer une régulation macroéconomique des tarifs.

■ **Quatre niveaux de contrôle persuadent les professionnels de santé de respecter les référentiels de qualité :**

1. Une **sélection à l'entrée** des réseaux suivant des critères objectifs (compétences, expérience, formation, équipement, protocole de soins, offre, transparence...) ;
2. Un **contrôle a priori** des plans de soins (en 2015, Santéclair a contrôlé 1,5 million de demandes de prise en charge, dont 42 300 ont fait l'objet d'une expertise attentive).
3. Un **contrôle a posteriori** pour détecter les pratiques sous-efficientes et les pratiques frauduleuses ;
4. Une **appréciation de la qualité par les assurés**.

- Les contrôles permettent notamment **d'identifier des irrégularités** donnant lieu à un préjudice pour les assurés et/ou leur OCAM. Ainsi identifiés, les préjudices peuvent être réparés.
- Les enquêtes auprès des usagers des réseaux traduisent **un haut niveau de satisfaction générale**. Lorsque les enquêtes conduites autorisent la comparaison, le taux de satisfaction des réseaux est supérieur de 10 à 20 points à la satisfaction hors réseau.

■ Pour les opposants aux réseaux, ces derniers pénaliseraient les assurés en termes de prestation et de remboursement lorsqu'ils ne s'orientent pas vers un professionnel conventionné. La liberté de choix des patients en serait ainsi restreinte. Cet argument est à relativiser car **les assurés demeurent bel et bien libres de sélectionner le professionnel de leur choix**. S'ils se dirigent vers un adhérent du réseau, ils sont avantagés. S'ils s'orientent en dehors du réseau, ils ne sont en rien pénalisés car ils continuent de bénéficier de la prise en charge habituelle de leur OCAM. **Le système repose en effet seulement sur des mesures « incitatives » envers les assurés**, et aucunement sur des mesures « punitives ».

Section 1

Les complémentaires santé : vers un rôle de régulation

Les dépenses de santé augmentent rapidement sous l'effet d'une forte demande de bien-être, de l'essor des maladies chroniques, de nouveaux traitements onéreux et du vieillissement démographique. Les ressources de la Sécurité sociale sont en revanche atones, suivant en cela les revenus d'activité. **L'Assurance maladie affiche en conséquence un déficit budgétaire à la fois chronique et profond qui compromet la pérennité de son modèle.** Incapable de couvrir l'ensemble des besoins médicaux, **la solidarité nationale s'est d'ores et déjà désengagée de certains segments**, en tête desquels se trouvent l'optique, l'aide auditive et le dentaire. **Là où la couverture publique recule, les organismes complémentaires d'assurance maladie avancent.**

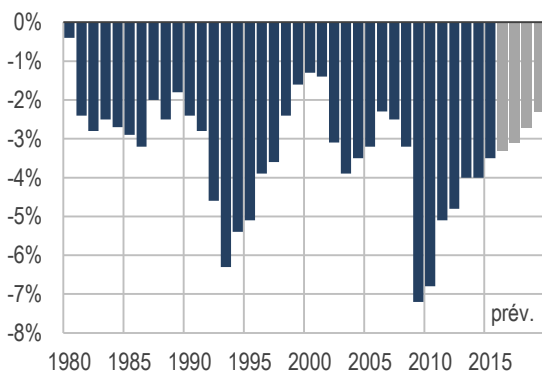
1.1 L'assurance maladie, contrainte financièrement, resserre son champ d'action

1.1.1 L'assainissement des comptes publics : un impératif de long terme

La situation des finances publiques demeure préoccupante depuis la crise économique et financière de 2009. L'écart entre les recettes et les dépenses consolidées des trois grandes administrations, que sont l'Etat, les collectivités locales et la Sécurité sociale, a atteint -7,2% du PIB en 2009 et se résorbe depuis progressivement. **En 2015, le déficit était encore profond, à 3,5% du PIB**, soit un demi-point au-dessus du critère de Maastricht.

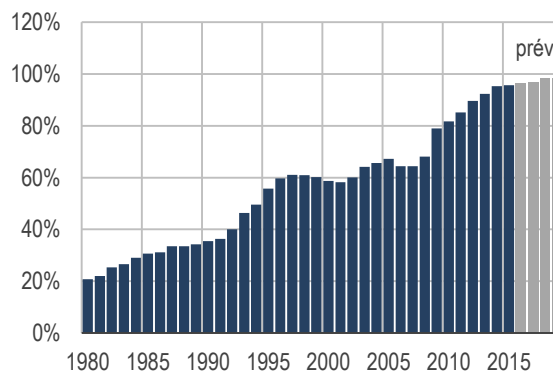
La résorption des déficits publics est un impératif car **une perte de confiance en la capacité de l'Etat à honorer ses engagements financiers aurait des effets délétères sur l'économie française.** Le service de la dette, premier poste de dépenses publiques depuis 2012, concurrence directement le financement des services collectifs, comme ceux de la santé, de l'éducation ou encore de la sécurité. Si le taux des obligations du Trésor venait à augmenter, le service de la dette s'alourdirait mécaniquement au détriment du périmètre et de la qualité des services publics.

Déficit public français *
En pourcentage du PIB



*Au sens de Maastricht | Source : INSEE, prévisions Asterès

Dette publique française *
En pourcentage du PIB



1.1.2 L'Assurance maladie restreint son champ d'action

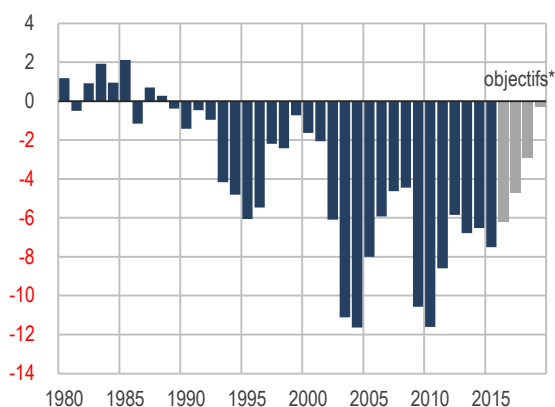
■ Un déficit budgétaire profond

La couverture des frais de santé par la Sécurité sociale contribue à maintenir les comptes publics dans le rouge. **Le déficit de l'Assurance maladie est en effet profond et en grande partie structurel.** Il court depuis la seconde moitié des années 1980 et s'est dangereusement creusé au début des années 2000, soit bien avant la crise économique de 2008 et 2009. Pour l'exercice 2016, la loi de financement de la Sécurité sociale anticipe un « trou » de 6,2 milliards d'euros pour la branche « Maladie » des régimes obligatoires de base, après -7,5 milliards d'euros en 2015.

Pour comparaison, les branches « Accident du travail / Maladie professionnelle » et « Vieillesse » devraient toutes deux dégager un excédent budgétaire en 2016, avec respectivement un « gain » anticipé de 600 et 900 millions d'euros. Le déficit de la branche « Famille » devrait quant à lui se réduire à 800 millions d'euros, après -1,6 milliard d'euros en 2015. Au global, le solde consolidé des régimes obligatoires de sécurité sociale devrait s'établir cette année à -5,6 milliards d'euros.

Solde de la branche « Maladie » du régime général

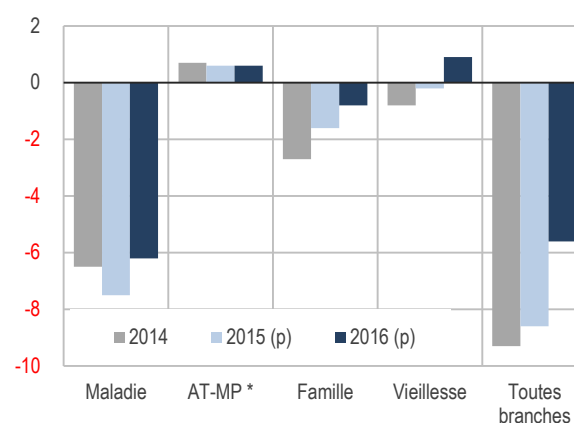
En milliards d'euros



*Objectifs votés par le Parlement
Source : INSEE, LFSS 2016

Soldes des régimes obligatoires de sécurité sociale

En milliards d'euros



*Accident du travail et maladie professionnelle
Source : LFSS 2016

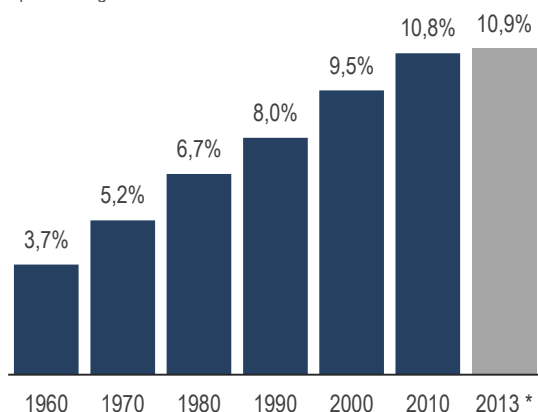
■ Un financement public de la santé sous contrainte économique

L'Assurance maladie endure **un effet « ciseau »** entre ses dépenses et ses recettes :

- **Les dépenses de santé progressent rapidement et structurellement**, tirées par une importante demande de bien-être, par l'essor des maladies chroniques, par le coût des innovations médicales et par le vieillissement démographique. Avec une hausse des frais médicaux chaque année plus soutenue que la croissance économique, **la part de la richesse nationale consacrée à la santé gonfle mécaniquement**. La dépense nationale de santé est ainsi passée de 7% du PIB en 1980 à 11% aujourd'hui. En 2030, elles pourraient avoisiner 15% du PIB.
- A l'inverse, grevées par le chômage et l'atonie des salaires, **les recettes de Sécurité sociale progressent lentement** et peinent à suivre le rythme des dépenses médicales. Une revalorisation des cotisations n'est pas une stratégie viable : elle alourdirait le coût du travail et s'accompagnerait de destructions emplois, avec pour effet boomerang un manque à gagner en matière de recettes fiscales et sociales. Une hausse des impôts généraux (TVA, impôt sur le revenu, impôt sur les sociétés...) n'est pas non plus une solution pertinente. **Avec un taux de prélèvements obligatoires de 44,6% du PIB en 2015, la France est le pays où la fiscalité est la plus élevée, après le Danemark.** Un tel niveau d'impôt n'est économiquement pas neutre sur la production et l'emploi d'un pays, surtout dans un environnement de concurrence commerciale et fiscale globalisée.

Dépense nationale de santé

En pourcentage du PIB



*Dernière année disponible auprès de l'OCDE
Source : OCDE Health Statistics

■ L'Assurance maladie renforce la régulation des dépenses qui lui incombent

Depuis plus de 10 ans, la Sécurité sociale renforce son action pour respecter l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), voté chaque année par le Parlement. Diverses mesures concrètes ont été adoptées pour ralentir les remboursements de l'Assurance maladie :

- En pratique, il s'agit essentiellement de **réductions tarifaires** décidées unilatéralement par le ministère de la Santé. Les médicaments, les dispositifs médicaux, les actes de biologie médicale et ceux de radiologie sont les premiers concernés.
- La Sécurité sociale opère chaque année des **déremboursements** de médicaments et de dispositifs médicaux dont le service médical rendu est jugé insuffisant. Par ailleurs, elle poursuit une politique volontariste de **substitution des médicaments originaux par leurs génériques**.
- Une **participation forfaitaire** de 1 euro a été introduite en 2005 pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (hors actes liés à une hospitalisation) et chaque acte de radiologie et de biologie médicale.²
- Depuis 2008, les assurés qui ne respectent pas le **parcours de soins** sont pénalisés par une majoration des tickets modérateurs. Cette même année, des **franchises** ont par ailleurs été introduites pour les médicaments (0,5 euro par boîte), les actes paramédicaux (0,5 euro par acte) et les transports sanitaires (2 euros).³
- **Le forfait journalier hospitalier est périodiquement augmenté.** De 13 euros en 2004, il est passé à 16 euros en 2007 et à 18 euros en 2010. En outre, le seuil à partir duquel le ticket modérateur hospitalier devient forfaitaire a été relevé en 2011, de 91 à 120 euros.

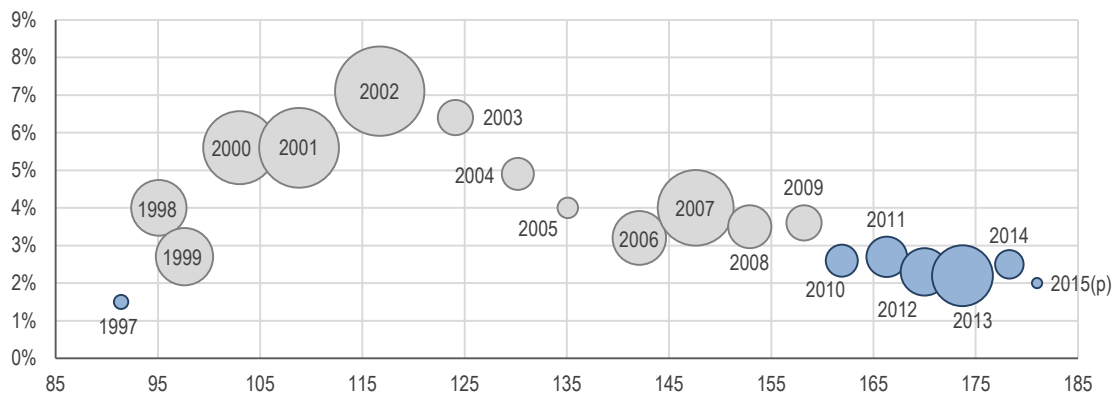
Grâce à ces mesures, **l'Ondam est respecté depuis 2010**, après 12 années consécutives de dépassement.

² La participation est plafonnée à 4 euros par jour et par médecin, et à 50 euros par an et par personne.

³ La franchise est plafonnée à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux et à 4 euros pour les transports. Sur un an, la franchise est plafonnée à 50 euros par personne.

Suivi de l'Ondam depuis 1997

Taux de croissance, dépenses réalisées en milliards d'euros



Note de lecture : en abscisse figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euros et en ordonnée le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert)

Source : LFSS 2016, Eco-santé

■ Les mesures d'économie de l'Assurance maladie se révèlent insuffisantes

Malgré la multiplication des mesures tarifaires depuis 2006 (baisses de prix, franchises, remboursements...) et le respect de l'Ondam depuis 2010, **la santé financière de l'Assurance maladie n'est pas rétablie**. Notre modèle de protection sociale, qui implique une couverture à la fois universelle et généreuse, n'est donc à ce jour toujours pas pérenne. A terme, le nécessaire assainissement des comptes publics peut faire craindre des mesures plus profondes, comme **un recentrage de la solidarité nationale sur les pathologies lourdes et/ou sur les populations fragiles**.

Dans les faits, et bien qu'elle n'ait pas été véritablement théorisée ni préparée, cette évolution est en marche : **l'Assurance maladie couvre aujourd'hui 92% des frais hospitaliers mais « seulement » 66% des soins de ville**. Dans certains domaines, comme l'optique, l'aide auditive, certains soins dentaires ou encore la chirurgie réfractive, l'Assurance maladie est soit peu présente, soit totalement absente. **Son désengagement pourrait à l'avenir s'étendre à d'autres soins jugés non essentiels ou de confort**. Dans ce contexte, le rôle des OCAM dans le financement de la santé pourrait se renforcer tendanciellement.

1.2 Les organismes complémentaires d'assurance maladie : un rôle essentiel dans l'accès aux soins

1.2.1 Les organismes complémentaires financent 13,5% de la CSBM

■ Les OCAM couvrent plus de 95% de la population française

Le poids des OCAM s'est progressivement étendu depuis la création de la Sécurité sociale en 1945 : ces organismes couvraient un tiers des Français en 1960, la moitié en 1970 et les deux tiers en 1980. D'abord centrée sur les salariés des grandes entreprises et les individus à haut revenu, **la couverture complémentaire s'est démocratisée après 1980**. Un partage des rôles s'est alors dessiné entre l'Assurance maladie et les OCAM. La première s'est concentrée sur les traitements lourds, tels les soins hospitaliers et la prise en charge des affections de longue durée, quand les seconds ont investi le segment des « petits risques ». Avec le déploiement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000 et l'introduction en 2005 de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), **les OCAM ont étendu leur couverture jusqu'à**

95% de la population en 2012.⁴ Avec la généralisation des contrats d'entreprise au 1^{er} janvier 2016, cette part a encore augmenté.

■ Le financement des OCAM représente 1,4% du PIB

En 2014, les OCAM ont financé 13,5% de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), soit 25,7 milliards d'euros. En ajoutant leur contribution au Fonds CMU, de 2,1 milliards d'euros, cette proportion est rehaussée d'un point.⁵ Les OCAM assurent aujourd'hui 85% des recettes du Fonds CMU, contre moins de 50% avant 2009.

Les OCAM remboursent par ailleurs des dépenses de santé annexes, non comptabilisées dans la CSBM. Celles-ci se sont élevées en 2014 à 1,4 milliard d'euros. Il s'agit :

- de suppléments liés à des séjours hospitaliers ou en cure thermique (chambre individuelle⁶, frais de long séjour...) ;
- du financement de programmes de prévention et de fonds de solidarité ;⁷
- de prestations annexes aux soins réguliers, telles qu'une consultation chez un nutritionniste, l'ostéopathie, la psychothérapie ou encore l'acupuncture ;
- de versements aux ménages au titre, par exemple, de vaccins non remboursés ou d'une prime de naissance.

En prenant en compte le financement de la CSBM, la contribution au Fonds CMU et les frais annexes de santé, **les OCAM financent une dépense de santé et de bien-être équivalente à 1,4% du PIB.**

■ Le poids relatif des OCAM est stable depuis 2012

Couvrant les trois quarts de la CSBM (76,6%), la Sécurité sociale est de loin le premier financeur des prestations de santé. Avec la contribution de l'Etat, des collectivités locales et des organismes de base au titre de la CMU-C, **le secteur public finance au total 78% de la CSBM.** Suite aux remboursements des assurances, **les ménages ne conservent à leur charge « que » 8,5% des frais.**

Différentes mesures d'économies opérées par la Sécurité sociale (baisses tarifaires, déremboursements, franchises...) et la croissance des dépassements d'honoraires ont eu pour effet de réduire la part relative des financements publics au cours des années 2000 (-0,8 point de 2006 à 2012).⁸ Sous l'effet du dynamisme des soins les mieux couverts par l'Assurance maladie, cette évolution a ensuite été gommée (+0,7 point de 2012 à 2014). En 2014, la part du financement public était quasiment revenue à son niveau de 2006.

La part des OCAM a légèrement progressé de 2006 à 2012 (+0,9 point). Ces organismes ont notamment absorbé en partie :

- la croissance des dépassements d'honoraires ;
- la participation de 18 euros sur les actes hospitaliers lourds introduite en 2008 ;
- l'augmentation du forfait hospitalier de 16 à 18 euros en 2010.

⁴ IRDES (2014). Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. A noter toutefois que, contrairement à la Sécurité sociale, les clients des OCAM ne bénéficient pas tous d'une couverture identique. Les soins couverts et le degré de protection dépendent en effet du contrat souscrit.

⁵ Le Fonds CMU est abondé, d'une part, par la taxe CMU à laquelle sont assujettis les OCAM (6,27% des primes ou cotisations) et, d'autre part, par une fraction des recettes de l'accise sur les tabacs.

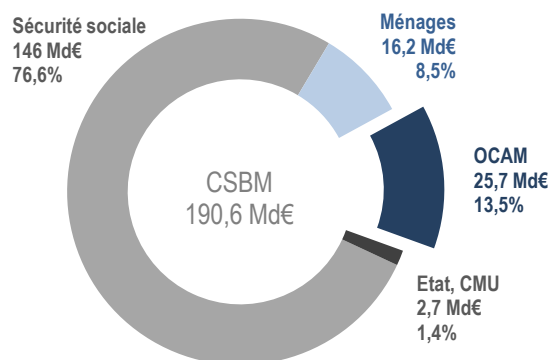
⁶ En 2010, le remboursement d'une chambre individuelle prévu par les contrats des OCAM était en moyenne de 51 euros, pour un prix de base de 80 euros. Source : DREES, enquête statistique auprès des OCAM, 2010.

⁷ Fonds de solidarité au bénéfice de patients aux revenus bas étant confrontés à un important reste à charge.

⁸ La part de la Sécurité sociale et de l'Etat est passée de 78,2% de la CSBM en 2006 à 77,4% en 2012, soit une baisse de 0,8 point. Par la suite, du fait d'un effet de structure favorisant la croissance des soins les mieux couverts par le public, cette part est remontée à 78,1% en 2014.

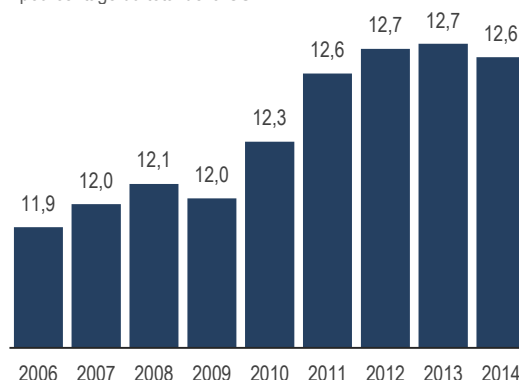
Financement de la CSBM *

En milliards d'euros, année 2014



Poids relatif des OCAM dans le financement de la CSBM

En pourcentage du total de la CSBM



*Consommation de soins et de biens médicaux

Source : Comptes de la santé

Le poids relatif des OCAM s'est stabilisé en 2013 et a légèrement reflué en 2014 (-0,3 point entre 2012 et 2014). Différents facteurs expliquent cette évolution. **Les prestations médicales les mieux remboursées par l'Assurance maladie se sont révélées particulièrement dynamiques** (soins hospitaliers et infirmiers, transports, médicaments innovants). Les patients en affection de longue durée, bénéficiant d'une prise en charge par l'Assurance maladie sans ticket modérateur, sont en augmentation constante.

1.2.2 Les OCAM sont incontournables dans certains domaines médicaux, comme l'optique, l'aide auditive, le dentaire et la chirurgie réfractive

La structure de financement des dépenses de santé varie sensiblement suivant les spécialités et les actes pratiqués. La Sécurité sociale est très présente dans le financement des hôpitaux (91,1%), mais l'est moins dans celui des soins de ville (63,9%) et des médicaments (61,9%). Elle s'est par ailleurs désengagée du financement des certains soins et biens médicaux.

C'est dans le segment des « Autres biens médicaux »⁹, qui comprend notamment l'optique et les prothèses auditives, que les OCAM interviennent proportionnellement le plus. Ils supportent :

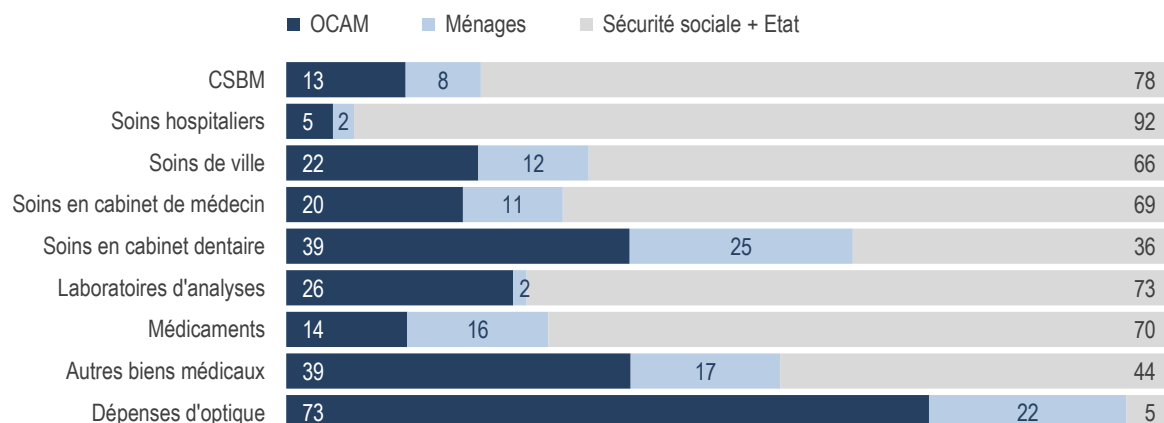
- 39% de la dépense en « Autres biens médicaux », contre 33% en 2006 ;
- 73% des frais d'optique (inclus dans les « Autres biens médicaux ») ;
- 39% du coût des soins en cabinet dentaire ;
- 26% des frais de biologie médicale de ville.

Les OCAM assurent par ailleurs des chirurgies non couvertes par l'Assurance maladie, telles que la chirurgie réfractive.

⁹ Ce segment correspond aux biens médicaux hors médicaments. Il comprend 4 000 références de produits distribués par les pharmaciens, les opticiens, les audioprothésistes, les orthésistes, les orthoprothésistes, les podo-orthésistes et les prestataires du maintien à domicile.

Structure de financement des dépenses de santé

En pourcentage de la dépense totale de chaque segment, année 2014



Source : Comptes de la santé

Pour les soins et biens médicaux aux tarifs « libres », les ménages peuvent supporter des restes à charge de plusieurs centaines, voire plusieurs milliers d'euros, et ce malgré l'intervention de leur OCAM.

Structure de financement pour une sélection de soins et de biens médicaux

Sur la base de contrats « moyens » d'OCAM

		Prix de Référence ¹	OCAM	Ménages	Sécurité sociale	Reste à charge
Consultation de médecin spécialiste en secteur 2	Parcours de soins	60 €	32%	25%	43%	26 €
	Hors parcours	60 €	25%	10%	65%	39 €
Opération de la cataracte, avec dépassement d'honoraires		600 €	28%	45%	27%	162 €
Optique	Simple	200 € ²	75%		22%	45 € ²
	Complexe	500 € ²	56%		41%	205 € ²
Dentaire	Prothèse céramo-métallique	750 € ³	37%	10%	53%	400 €
	Implantologie	2 000 € ⁴	17%		83%	1 668 €
	Semestre d'orthodontie	650 €	45%	30%	25%	164 €
Autres	Prothèse auditive	3 000 € ⁴	30%		66%	1 966 €
	Prothèse capillaire	700 €	26%	18%	56%	390 €

¹ Prix de référence retenu par la DREES dans son enquête statistique auprès des OCAM en 2010.

² Suivant les données de la CNAMTS, le prix moyen des verres unifocaux vendus était de 316 euros en 2014, et ceux des verres multifocaux de 613 euros. En supposant une structure du financement privé constante depuis 2010, le reste à charge des ménages serait de 71 euros pour une monture équipée de verres unifocaux et de 253 euros pour une monture équipée de verres multifocaux.

³ Il s'agit là d'un niveau de prix observé à Paris. En France, le prix moyen des prothèses céramo-métalliques est compris entre 450 et 650 euros.

⁴ Prix pour deux oreilles (étude sectorielle UNSAF).

Source : Asterès, d'après données CNAMTS (2016) et DREES (2010, 2013)

■ Les OCAM sont les premiers financeurs en optique

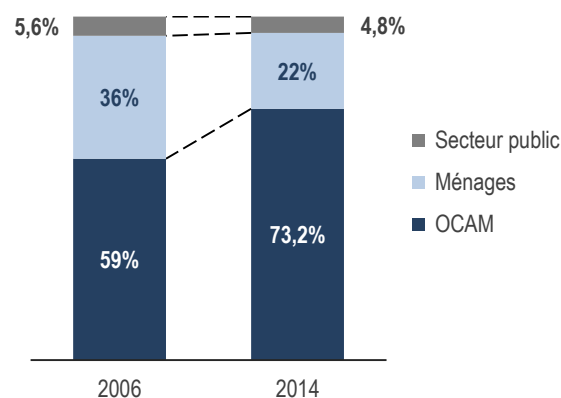
La Sécurité sociale est presque absente du financement des lunettes de vue et des lentilles de contact, alors même que sept adultes sur dix en portent, pour un coût annuel de 5,7 milliards d'euros. Elle ne rembourse les montures qu'à hauteur de 60% sur la base d'un tarif officiel de 2,8 euros, et les verres correcteurs à 60% sur la base d'un tarif allant de 2,3 euros pour les plus simples à 24,5 euros pour les progressifs (pour une personne de plus de 18 ans). Or **ces tarifs ne reflètent en rien les prix en magasin**. Suivant les données de la CNAMTS, le coût moyen d'une paire de lunettes équipée de verres unifocaux était de 316 euros en 2014, et celui d'une paire munie de verres multifocaux de 613 euros. **La prise en charge par l'Assurance maladie n'est comprise qu'entre 4 et 31 euros suivant les verres, soit seulement 1 à 5% du prix de vente.**

La contribution totale du secteur public (Sécurité sociale, Etat, collectivités locales et CMU-C) au financement des optiques médicales ne s'élève qu'à 4,8%. Signe de son désengagement, le taux de remboursement de la Sécurité sociale pour l'optique est passé en 2011 de 65 à 60% des prix officiels.

Cette quasi-absence de la couverture publique est compensée par les OCAM qui prennent à leur charge les trois quarts des dépenses d'optique. Leur poids relatif dans leur financement est progressivement passé de 58,6% en 2006 à 73,2% en 2014 (+14,6 points). Cette évolution s'est faite au bénéfice des ménages, dont la part dans le financement est passée de 35,8 à 22% (-13,8 points).¹⁰

Financement des optiques

Structure en pourcentage de la dépense nationale



Source : Comptes de la santé

■ Contrairement à l'Assurance maladie, les OCAM assurent en partie la chirurgie réfractive

Les troubles visuels pouvant être corrigés par le port de lunettes ou de lentilles, **l'Assurance maladie considère la chirurgie réfractive comme des soins de confort**. Pour cette raison, **elle n'en assure aucune prise en charge**. Ne supportant qu'une fraction minime des frais d'optique, elle n'a par ailleurs aucun intérêt à financer ces chirurgies.

Non remboursés par la Sécurité sociale, **les tarifs de ces opérations sont hors nomenclature, et donc librement déterminés par chaque prestataire**. Il faut compter en moyenne entre 1 200 et 3 000 euros pour un traitement des deux yeux.¹¹

Les OCAM, qui supportent l'essentiel des frais d'optique, ont un intérêt à financer ces soins car corriger l'acuité par chirurgie peut leur permettre d'économiser sur la consommation d'optique future. En 2010, compte tenu des contrats souscrits auprès des OCAM, **six assurés sur dix (62%) pouvaient prétendre à une telle prise en charge**.¹² En moyenne, les OCAM remboursent ces chirurgies à hauteur de **247 euros** dans le cadre d'un contrat individuel et de **366 euros** dans le

¹⁰ Rappelons toutefois que, collectivement, ce sont les assurés qui paient leurs propres dépenses de santé à travers leurs primes d'assurance.

¹¹ Source : Asterès, relevé de tarifs communiqués sur internet en 2015.

¹² Source : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, 2010.

cadre d'un contrat collectif. **Les ménages supportent donc l'essentiel du coût, pour un reste à charge généralement supérieur à 1 000 euros.**

Prise en charge des chirurgies réfractives par les OCAM

Contrats commercialisés en 2015

	Contrat individuel	Contrat « petit » collectif
Montant moyen de prise en charge par œil	247 euros	366 euros

Sources : FNMF, Profidéo

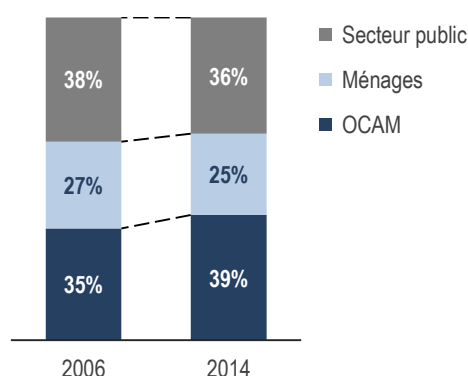
■ Les OCAM financent plus du tiers des soins dentaires

Les soins dentaires ont généré une dépense de 10,6 milliards d'euros en 2014, **prise en charge à 39% par les OCAM.**

Cette part a augmenté de 4 points depuis 2006 ; une évolution autant au bénéfice des finances publiques, dont la part est passée de 38% à 36%, que des ménages, dont la part est passée de 27% à 25%.

Financement des soins en cabinets de dentistes

Structure en pourcentage de la dépense nationale



Source : Comptes de la santé

Dans le détail, **l'activité des chirurgiens-dentistes donne lieu à trois modes de prise en charge financière** :

- **Pour les soins conservateurs et chirurgicaux** (traitement des caries, détartrage, dévitalisation, extraction...), **les praticiens sont tenus de respecter des tarifs opposables**, couverts à 70% par l'Assurance maladie. Maintenus à des niveaux modérés par le ministère de la Santé, ces tarifs ne reflètent cependant pas les temps nécessaires à leur réalisation. Les professionnels dénoncent ainsi des tarifs opposables trop faibles pour assurer une juste rentabilité de l'activité. Un détartrage ne vaut par exemple en France « que » 29 euros et le traitement d'une carie 17 euros, soit des prix nettement plus faibles que chez la plupart de nos voisins européens.¹³ Ces soins aux tarifs fixes ont représenté 1,75 milliard d'euros en 2012, soit 17% de la dépense nationale de soins dentaires. Bien que les dépassements d'honoraires soient interdits sur ces actes, certains praticiens en pratiquent illégalement. En 2012, les dépassements indus représentaient « seulement » 2% du tarif opposable des soins de détartrage. A Paris, cette part atteignait cependant 23%.¹⁴
- **Les honoraires sur les soins prothétiques et d'orthodontie sont libres.** Sous réserve de soumettre un devis aux patients, les praticiens ont la possibilité de pratiquer des dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité.

¹³ Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD). Tarifs dentaires en Europe. La France championne... du moins cher ! Octobre 2014.

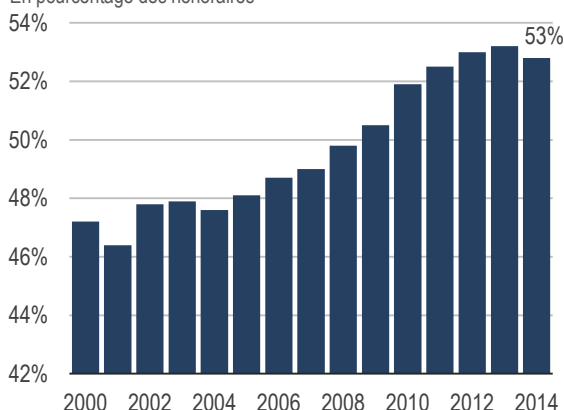
¹⁴ Le CISS, 60 millions de consommateurs, Santéclair. Soins dentaires : des dérives inacceptables. Communiqué de presse du 25 novembre 2013.

- **Les praticiens peuvent accomplir des actes non-remboursables**, hors nomenclature, comme les implants et la parodontie. Ces actes, de plus en plus courants, sont chèrement facturés.

Supportant des **tarifs réglementés particulièrement faibles** sur les soins conservateurs et chirurgicaux, les chirurgiens-dentistes pratiquent en compensation des **tarifs libres particulièrement élevés**. Les dépassements ont ainsi représenté la moitié de leurs honoraires en 2014 (52,8%), contre seulement 17,9% pour la moyenne des médecins spécialistes libéraux (34,7% en secteur 2) et 3,5% en médecine générale. En 2014, l'honoraire moyen des chirurgiens-dentistes était de 253 euros.¹⁵

Part des dépassements dans les honoraires dentaires

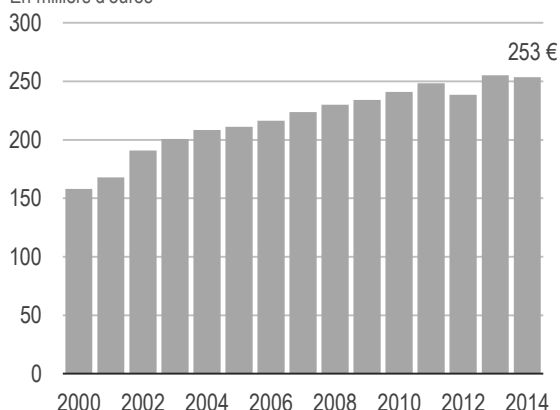
En pourcentage des honoraires



Source : CNAMTS, SNIR, calculs DREES

Honoraires dentaires annuels moyens

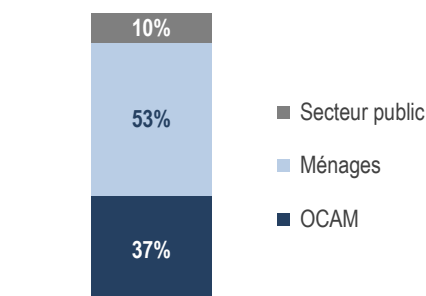
En milliers d'euros



Source : CNAMTS, SNIR, calculs DREES

Financement d'une couronne céramo-métallique de 750 €

Structure en pourcentage de la dépense nationale



Couronne céramo-métallique
prix de référence : 750 €

Source : Asterès, d'après données CNAMT (2016) et DREES (2010)

Les couronnes ne sont remboursées par l'Assurance maladie qu'à hauteur de 75,25 euros (70% du tarif conventionnel, fixé à 107,5 euros) quand leurs prix varient de 400 à 900 euros suivant l'alliage et la localité du cabinet dentaire.

Pour une couronne céramo-métallique de 750 euros¹⁶ :

- l'**Assurance maladie** ne rembourse que 75 euros, soit **10% du prix** ;
- les **OCAM** remboursent en moyenne 275 euros, soit **37% du prix** ;
- les **ménages** supportent 400 euros, soit **53% du prix**.

¹⁵ Sources: CNAMTS - SNIR, calculs DREES.

¹⁶ Prix de référence retenu par la DREES dans son enquête statistique auprès des OCAM en 2010. En pratique, ce prix de 750 euros correspond davantage à la moyenne parisienne qu'à la moyenne française. Cette dernière serait comprise entre 450 et 650 euros.

■ Les OCAM sont trois fois plus présents que l'Assurance maladie sur le segment des audioprothèses

Les audioprothèses sont des dispositifs essentiels au maintien de la qualité de vie des personnes malentendantes. Pourtant, **sur les 6 millions de Français malentendants, seuls 1,5 million disposent d'une aide auditive**. S'il peut exister des réticences psychologiques et sociales pour s'équiper, **le frein est avant tout financier pour 2,1 millions de Français malentendants**.

Prix moyen d'un dispositif auditif et bénéficiaires en 2013

	Moins de 20 ans	20 à 64 ans	Plus de 65 ans	Ensemble
Prix moyen	1 504 euros	1 350 euros	1 561 euros	1 465 euros
Nombre de bénéficiaires	8 064	59 458	218 271	285 793
Nombre d'actes	16 054	100 312	339 435	455 801

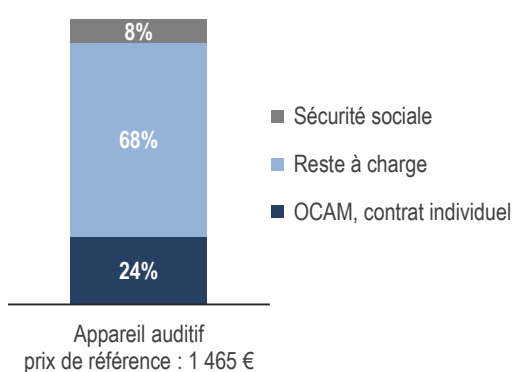
Source : Sniiram (Unsaf. Analyse sectorielle de l'audioprothèse en France. décembre 2015)

Le prix moyen d'un appareil auditif (pour une seule oreille) est en France de 1 465 euros.¹⁷ Malgré leur coût élevé, **ces produits sont mal remboursés** :

- Pour les plus de 20 ans, le coût des prothèses auditives est couvert par l'Assurance maladie à hauteur de 60% du tarif de base, fixé à seulement 199,7 euros. **La prise en charge publique ne s'élève donc qu'à 119,8 euros, soit seulement 8% du prix moyen des appareils.**
- **Les contrats individuels des OCAM prévoient en moyenne un remboursement de 350 euros par appareil, soit 24% du prix moyen.**¹⁸ Bien que la couverture complémentaire soit relativement limitée, elle n'en demeure pas moins trois fois plus élevée que celle de l'Assurance maladie.
- Suite aux interventions de la Sécurité sociale et des OCAM, **les usagers supportent un reste à charge moyen de 995 euros, soit 68% du prix**. Pour l'équipement des deux oreilles, la dépense non remboursée atteint donc 1 990 euros en moyenne.

Structure de financement des appareils auditifs

Prix moyen d'un appareil : 1 465 euros



Source : Unsaf.

La mise en perspective du reste à charge avec les pensions de retraite permet de mieux comprendre l'ampleur du phénomène de renoncement aux aides auditives. En France, la pension moyenne des régimes de droit direct était de 1 322 euros brut en 2014, soit seulement 1 233 euros net.¹⁹ En moyenne, deux mois de pension sont ainsi nécessaires pour l'équipement des deux oreilles (0,8 mois pour une seule oreille).

On comptait 554 000 bénéficiaires du minimum vieillesse en 2014 (801 euros par mois pour une personne seule et 1 243 euros pour deux personnes).

¹⁷ Unsaf. Analyse sectorielle de l'audioprothèse en France. décembre 2015

¹⁸ Etant pour la plupart retraités, les usagers de prothèses auditives disposent généralement d'un contrat d'assurance personnel

¹⁹ Source : Drees pour le montant brut. Le montant net est calculé par Asterès sur la base d'un taux de prélèvement obligatoire de 7,4% (CSG, CRDS, CSA).

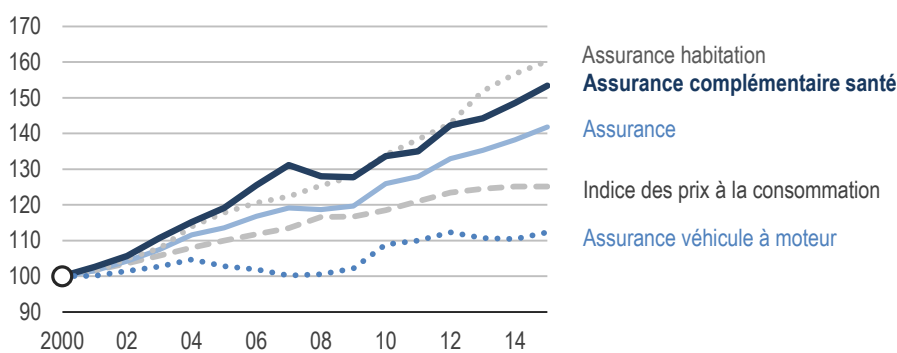
1.2.3 Pour suivre l'évolution des dépenses de santé, les tarifs des OCAM ont fortement progressé

Confrontés à une croissance dynamique des dépenses médicales, et donc des remboursements, **les OCAM ont sensiblement revalorisé leurs tarifs** au cours des quinze dernières années. Suivant l'indice de prix de l'INSEE, les prix des OCAM ont augmenté sur la dernière décennie deux fois plus rapidement que l'inflation générale (+2,6% par an en moyenne de 2005 à 2015, contre +1,3% pour l'inflation). Cette évolution conduit à **une situation difficilement tenable**, où l'accès à une couverture satisfaisante devient particulièrement onéreux, et où les augmentations salariales sont parfois effacées par la seule revalorisation de la prime d'assurance complémentaire (à garanties constantes).

Les OCAM se sont donc engagées dans **une démarche de régulation des dépenses de santé** pour à la fois **limiter la croissance de leurs tarifs**, via notamment une rationalisation des dépenses en optique et en médecine douce, **et réduire les restes à charge des patients**.

Inflation des prix dans l'assurance et dans l'économie

Indices de prix, base 100 = 2000. Dernière année = 2015



Source : INSEE

1.3 Un besoin urgent de régulation institutionnelle se ressent dans les domaines délaissés par l'Assurance maladie

Contrairement aux prestations médicales les mieux couvertes par l'Assurance maladie, les tarifs des biens et services qu'elle ne rembourse pas, ou faiblement, sont libres. Le jeu de la concurrence devrait en théorie modérer les prix de marché à des niveaux accessibles. **Les mécanismes de la concurrence sont cependant peu opérants dans l'optique, le dentaire, l'aide auditive et les services hospitaliers annexes** (chambres individuelles par exemple). Pour les ménages, **cette défaillance se traduit par des restes à charge élevés**, pouvant atteindre plusieurs centaines, voire plusieurs milliers d'euros. Comme nous le verrons en seconde partie, les réseaux de soins constituent des leviers de régulation pertinents pour à la fois modérer ces restes à charge tout en garantissant la qualité des soins.

1.3.1 Des lunettes chères : en cause, des tarifs libres partiellement supportés par les assurés

Bénéficiant d'une demande solvabilisée par les OCAM et d'une absence de *numerus clausus*, **le secteur des opticiens-lunetiers est fortement atomisé**. Pour l'année 2014, l'INSEE dénombre 10 642 entreprises du « commerce de détail d'optique » (NAF 47.78A), pour un total de 14 512 établissements. Sans autre dispositif de régulation que le BTS, **la démographie du secteur a**

explosé au cours des années 2000. Entre 2004 et 2014, le nombre d'établissements a augmenté de 45% et la densité est passée de 16 boutiques pour 100 000 habitants en 2004 à 22 en 2014.

Diluée sur un grand nombre d'offreurs, **la demande se traduisait en 2014 par une moyenne de seulement 3,7 ventes de lunettes par jour ouvré et par magasin.**²⁰ Dans le détail, plus du tiers des opticiens (37%) vendent moins de deux paires de lunettes par jour. La faiblesse des ventes quotidiennes contraint les établissements à pratiquer des prix élevés pour demeurer rentable. Le coût moyen d'une paire de lunettes équipée de verres simples était de 316 euros en 2014, et celui d'une paire munie de verres complexes de 613 euros.

La marge commerciale est en conséquence la plus élevée de tous les secteurs du commerce de détail (au sens de la nomenclature d'activités française)²¹ :

- Elle représente **61% des ventes HT**, contre 27% en moyenne pour les autres secteurs du commerce de détail (hors concessionnaires automobiles) ;
- **La valeur des ventes représente 2,6 fois celle des achats**, contre 1,4 fois en moyenne dans les autres commerces de détail.

Cette marge est notamment plus importante que celles dégagées par :

- les activités de ventes comprenant des tâches de transformation, comme la boucherie (35%, NAF 47.22Z), la poissonnerie (39%, NAF 47.23Z) et la boulangerie (44%, NAF 47.24Z) ;
- les autres commerces de produits de santé, à savoir les pharmacies (27%, NAF 47.73Z) et les boutiques d'articles médicaux et orthopédiques (41%, NAF 47.74Z).

Marges commerciales dans une sélection de commerces de détail, au sens de la NAF

	Marge commerciale en % du chiffre d'affaires HT	Poids des ventes relativement aux achats
Ensemble		
Commerce de détail, à l'exception des automobiles et des motocycles (NAF 47)	27%	1,4 *
Ventes de produits de santé		
Commerces de détail d'optique (NAF 47.78A)	61%	2,6
Commerce de détail de produits pharmaceutiques en magasin spécialisé (NAF 47.73Z)	27%	1,4
Commerce de détail d'articles médicaux et orthopédiques en magasin spécialisé (NAF 47.74Z)	41%	2,0
Ventes avec tâches de transformation		
Commerce de détail de viandes et de produits à base de viande en magasin spécialisé (NAF 47.22Z)	35%	1,6
Commerce de détail de poissons, crustacés et mollusques en magasin spécialisé (NAF 47.23Z)	39%	1,7
Commerce de détail de pain, pâtisserie et confiserie en magasin spécialisé (NAF 47.24Z)	44%	1,8

*Lecture : la valeur des ventes du commerce de détail (NAF 47) représente 1,4 fois celle de ses achats.
Source : INSEE-ESANE 2013

²⁰ Source : CNAMTS. Les dépenses d'optique médicale en 2014. Points de repère n°43. Décembre 2015.

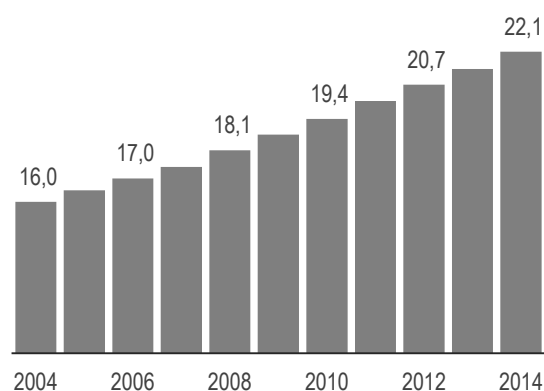
²¹ Source : données INSEE-ESANE 2013 pour le secteur « commerce de détail d'optique » (NAF 47.78Z).

Les magasins d'optique se sont rapidement multipliés mais les consommateurs, l'Assurance maladie et les assureurs privés n'en ont pas profité en termes de prix. Dans les départements où la densité d'opticiens est la plus importante, et donc où la concurrence est la plus prégnante, les prix ne sont pas plus faibles que dans les départements à faible densité. Cette situation s'explique par deux caractéristiques du marché :

- **Les consommateurs ne supportent qu'une petite fraction du prix** (22% en moyenne après le remboursement des assurances) **et sont en conséquence moins regardants sur la dépense.** La pratique de « l'ajustement », suivant laquelle certains opticiens font converger la facture vers le plafond de remboursement, n'est pas régulée. Elle est même acceptée par les assurés qui y voient un moyen de « rentabiliser » leur assurance. En réalité, ce sont les premières victimes de cette pratique : **les prix se répercutent directement sur leur reste à charge et indirectement sur leur prime d'assurance.**
- **Une asymétrie d'information existe entre les patients et leurs opticiens.** Mal informés, les premiers se laissent conseiller pour leurs choix de verres. Mais avec des objectifs commerciaux en ligne de mire, **ces conseils mènent parfois à privilégier les articles à forte marge commerciale.**

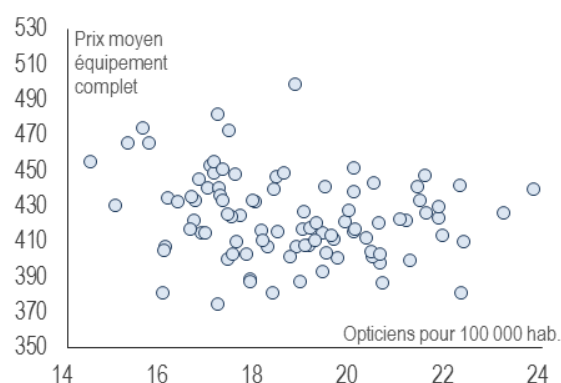
Depuis avril 2015, **le remboursement des lunettes de vue est plafonné à 470 euros pour les paires à verres simples et à 850 euros pour celles à verres plus complexes.** A l'intérieur de ces plafonds, **le remboursement maximal des montures est fixé 150 euros.**

Densité des commerces de détail d'optique
Etablissements pour 100 000 habitants, NAF 47.78Z



Source : INSEE

Prix moyens des équipements complets selon la densité départementale d'opticiens (2014)



Note : chaque point représente un département. Pour une question d'échelle, Paris n'est pas représenté, densité : 36 ; prix moyen : 500€.
Source : CNAMTS (Sniiram)

1.3.2 Des audioprothèses chères : en cause, des tarifs libres et une offre rigidifiée par un *numerus clausus* trop restrictif

Dans le secteur de l'aide auditive, le défaut de concurrence viendrait moins d'une prise en charge des prix par les OCAM que d'un **manque d'audioprothésistes**. Les effectifs de la profession, qui bénéficient d'un monopole sur la vente des dispositifs, sont régulés par un *numerus clausus*. Bien que le nombre d'offres soit en constante augmentation, **les marges demeurent particulièrement élevées**. Suivant une consultation de l'Autorité de la concurrence²², les audioprothésistes revendent les appareils 3 à 4,5 fois leur prix d'achat suivant les gammes. Cela correspond à **une marge brute comprise entre 67% et 78% sur des produits dont le prix**

²² Autorité de la concurrence. « Quelles pistes pour améliorer la concurrence dans le secteur des audioprothèses en France ? ».

moyen, pour une oreille, est de 1 500 euros. Cette marge sert notamment à couvrir un service de réglage des appareils au cours de leur durée de vie (5 ans en moyenne). Le déficit de concurrence, notamment lié au manque d'audioprothésistes en France, conduit à chèrement valoriser ces prestations. Payés au moment de l'achat des appareils, les services de réglage peuvent être, en pratique, peu sollicités par les usagers (voir encadré).

Les prothèses auditives étant peu remboursées par l'Assurance maladie (8% du prix) et par les OCAM (22% du prix), **les ménages supportent un reste à charge particulièrement élevé, pouvant facilement excéder 2 000 euros pour l'équipement des deux oreilles.** On relève ainsi **un sous équipement** en France, avec seulement 52 ventes d'audioprothèses en 2014 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus, contre 142 au Danemark, 135 au Royaume-Uni et 95 en Suède.²³

A l'image du secteur de l'optique, les consommateurs ne sont pas en mesure d'évaluer convenablement, et de manière autonome, le rapport qualité-prix des produits. **Leur capacité à comparer les offres, et donc à faire fonctionner la concurrence, s'en trouve fortement limitée.**

Encadré

Étaler la dépense dans le temps en dissociant la vente des appareils auditifs des prestations permettrait de réduire le coût initial de l'équipement et de gagner en transparence

Alors que plus de deux millions de Français malentendants renoncent à s'équiper d'une aide auditive pour raison financière, les prix des dispositifs sont gonflés car ceux-ci incluent une prestation de suivi sur toute la durée de vie des produits (cinq ans en moyenne).

Cet appariement du produit et de la prestation de suivi revient :

- à limiter la liberté de choix des usagers, car le prestataire de suivi est nécessairement le vendeur ;
- à augmenter le prix de l'équipement en payant d'avance une prestation qui ne sera parfois pas utilisée, notamment en cas de remplacement anticipé de l'appareil, d'arrêt de son usage, d'une cessation de l'activité de l'audioprothésiste ou de son déménagement, ou encore du déménagement de l'utilisateur ou de son décès (la majorité des usagers ont plus de 75 ans).

L'appariement du produit et du suivi était une obligation légale jusqu'à l'adoption de la loi « Macron », en août 2015. La dissociation est aujourd'hui permise, bien que non pratiquée. L'Assurance maladie n'a en effet toujours pas adapté la liste des produits et prestations (LPP) qui régit ses remboursements. Il n'est donc toujours pas possible de séparer la vente d'un appareil du service de suivi tout en assurant le remboursement habituel par la Sécurité sociale.

Sans surcoût pour l'Assurance maladie (voire avec des économies), une adaptation de sa liste des produits et prestations, pour permettre la dissociation entre la vente des appareils et le service de réglage, permettrait :

- d'abaisser le coût d'acquisition des appareils en étalant la dépense sur leur durée d'utilisation ;
- d'assurer aux usagers une liberté de choix quant à leur prestataire de suivi ;
- d'assurer une meilleure transparence sur les tarifs des produits et des services offerts par les audioprothésistes.

²³ UFC-Que Choisir, à partir de données Audio Infos n°203 et Eurostat. Audioprothèses : un marché verrouillé au détriment des malentendants. Septembre 2015.

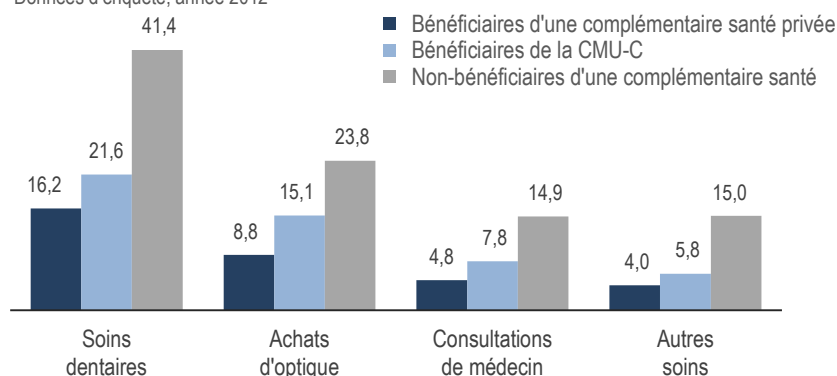
1.3.3 Des soins dentaires onéreux : des tarifs libres particulièrement élevés

En compensation de tarifs réglementés bas sur les soins conservateurs et la chirurgie, les chirurgiens-dentistes pratiquent des prix particulièrement élevés sur les actes à honoraires libres. **Les restes à charge peuvent en conséquence atteindre plusieurs centaines, voire plusieurs milliers d'euros, ce qui explique un phénomène de renoncement aux soins pour raison financière particulièrement répandu en dentaire.**

Lors de l'enquête 2012 sur la santé et la protection sociale (ESPS), **18% des Français sondés avaient déclaré avoir renoncé à des soins dentaires pour raisons financières au cours des 12 derniers mois**, contre 9% pour l'achat d'optiques médicales et 5% pour une consultation de médecin. Pour les 5% de Français non couverts par une complémentaire santé en 2012, le taux de renoncement aux soins dentaires pour cause financière s'élevait à 41%.²⁴

Renoncement aux soins pour raisons financières

Données d'enquête, année 2012



Source : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2012

En 2015, Santéclair a examiné rétrospectivement les cas de **500 devis dentaires** qui lui avaient été transmis afin de vérifier si, un an après, les traitements avaient été engagés ou non.²⁵ Sur les 500 dossiers étudiés, 448 concernaient des soins prothétiques et 52 des soins d'implantologie. Huit dossiers sur dix (79%) impliquaient un reste à charge supérieur à 250 euros. **Les résultats de l'étude traduisent des renoncements aux soins dentaires particulièrement courants :**

- Un an après la remise des devis, 38% des assurés n'avaient toujours pas engagé les soins et 18% ne les avaient que partiellement engagés.
- Sur le sous-segment de l'implantologie (52 cas), le taux de renoncement s'élevait à 44% et celui de réalisation partielle à 38%.
- Si le reste à charge n'explique pas tous les cas d'abandon (20% des cas sans reste à charge ne donnent pas de suite), il n'en demeure pas moins un élément déterminant. **Au-delà d'un reste à charge de 1 000 euros, seul un assuré sur deux a suivi le traitement jusqu'à son terme.** Passé le seuil des 2 000 euros de reste à charge, cette proportion tombe à seulement un patient sur cinq.

²⁴ Bien qu'il ne fasse aucun doute que le taux de renoncement aux soins dentaires pour raison financière est élevé, ce dernier est sensible à la formulation de la question. Suivant la présentation de la question, ce taux peut en effet varier de 5 à 10 points de base. DREES (2015). Dossiers Solidarité et Santé n°66.

²⁵ Étaient exclus de l'analyse les patients couverts par la CMU ou l'ACS, ainsi que les patients ayant eu recours à des chirurgiens-dentistes appartenant au réseau Santéclair.

Section 2

Les réseaux de soins : des prix réduits et une qualité contrôlée

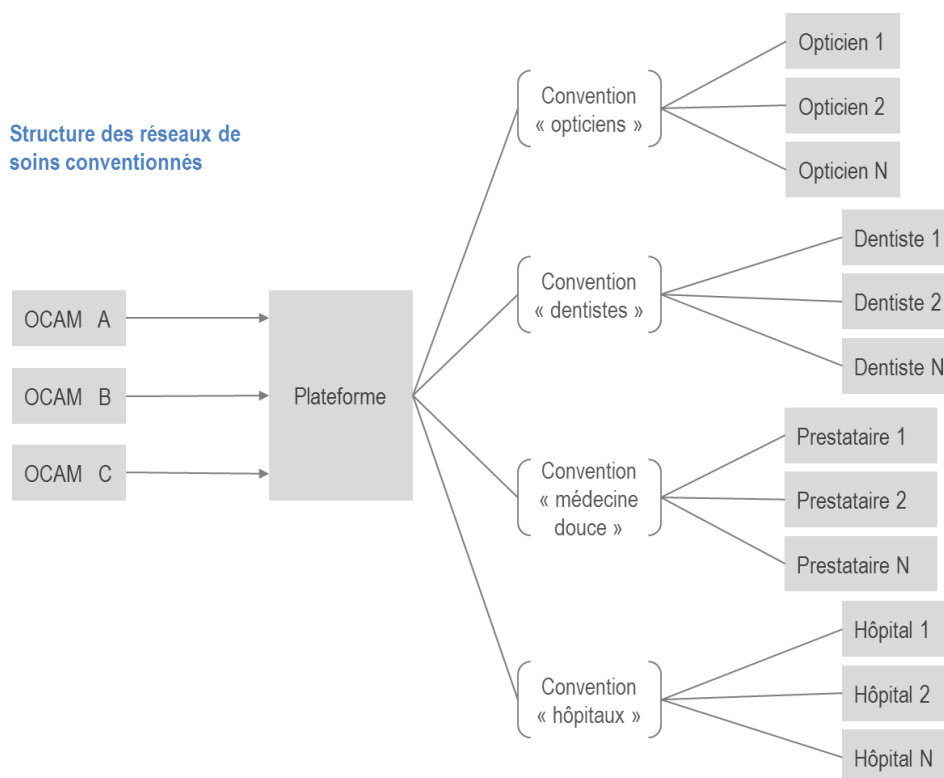
Lorsqu'ils supportent une part importante, voire majoritaire, du financement des soins, les OCAM sont légitimes pour endosser un rôle déterminant de régulation des dépenses, tout particulièrement là où les restes à charge sont les plus élevés. D'une position de « payeurs aveugles » à faible valeur ajoutée, ils **endossent progressivement une position plus affirmée de « payeurs régulateurs » à forte valeur ajoutée**. Cette évolution s'est traduite dans un premier temps par la mise en place de systèmes intégrés, avec des structures médicales gérées par des mutuelles, telles que des cliniques, des cabinets médicaux et dentaires ou encore des magasins d'optique. Par la suite, au milieu des années 1990, **les OCAM ont développé des réseaux de prestataires non intégrés, avec des partenariats conventionnels dans les secteurs où les restes à charge des ménages sont les plus lourds**. A ce jour, les réseaux de soins conventionnés concernent en premier lieu les secteurs de l'optique, du dentaire, de l'aide auditive et de la médecine douce.

2.1

Les réseaux de soins : un modèle de régulation pertinent

Les réseaux de soins conventionnés reposent sur des partenariats entre :

- d'une part, les **professionnels de santé** ;
- d'autre part, des **plateformes d'intermédiation** opérant pour le compte de plusieurs OCAM.

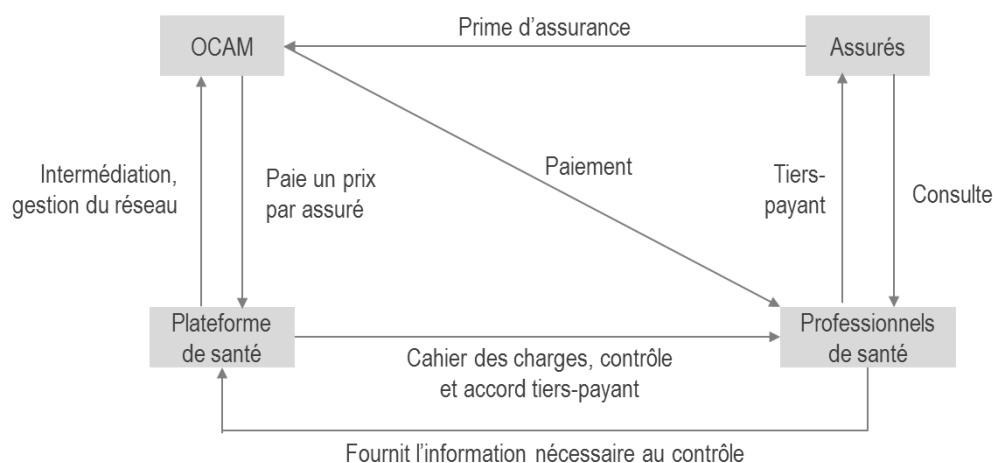


Le modèle repose sur une prise **d'engagements réciproques**. En intégrant un réseau, les professionnels de santé s'engagent à :

- **pratiquer des tarifs « raisonnables »**. Les plateformes d'intermédiation fixent des prix plafond ou bien valident les prix proposés par les professionnels ;
- mettre en place le **tiers-payant** ;
- respecter des **normes de qualité** (pratiques, équipement, gamme de produits, services offerts...) ;
- communiquer aux plateformes certaines **informations essentielles au suivi de la qualité** des soins.

En contrepartie, **les plateformes garantissent aux professionnels un certain volume de clients supplémentaires**. Les assurés sont en effet encouragés à s'orienter vers les professionnels du réseau pour profiter de tarifs avantageux et du tiers-payant. Suivant une enquête Ipsos de 2012, 8 Français sur 10 se sont déclarés intéressés par les avantages des réseaux.²⁶

Organisation des réseaux



2.2. Une régulation efficace des prix

2.1.1 Des prix et des avantages définis contractuellement

Les plateformes de santé régulent contractuellement les prix pratiqués au sein de leur réseau. Suivant les plateformes et les prestations de santé concernées, **les décotes tarifaires peuvent atteindre jusqu'à 50% du prix moyen de marché.**

Aux avantages tarifaires s'ajoute **le bénéfice de produits ou de prestations gratuites**. En optique, il peut s'agir par exemple :

- de **garanties** sur l'inadaptation des verres, sur les bris de verre, sur la déchirure des lentilles, ou encore sur la casse des montures ;
- de **services d'entretien, de réglage et de petites réparations** offerts durant toute la durée de vie des lunettes.

²⁶ Enquête Ipsos pour le compte de la Mutualité française. « Les Français et l'optique ». Septembre 2012.

Plateformes de santé et avantages tarifaires

Relativement aux prix moyens de marché

Réseau	OCAM clients	Bénéficiaires (en millions)	Réductions moyennes de tarifs *		
			Optique	Dentaire	Audioprothèse
SantéClair	Allianz, MAAF-MMA, IPECA Prévoyance, Mutuelle Générale de la Police	10	Verres : 40% Montures : 15%	Prothèse : 15 à 20% Implant : 50%	40% à 50%
Kalivia	Malakoff Médéric, Union Harmonie Mutuelles, Adrea, Amellis Apreva...	11	Verres : 40% Lentilles : 30% Montures : 20%	Honoraires plafonnés sur plus de 500 actes	15 à 20%
Itelis	Axa, Humanis, Sogarep...	7	Verres : 40% Monture : 15% au moins	Prothèse : 15%	15%
Carrés Bleus	Agrica, Cégema, Crédit Agriculture Assurance, La Mutuelle Générale...	6,5	Avantages non communiqués	Pas de réseau	Pas de réseau
Sévéane	Groupama/Gan, Pro BTP	6	Verres : 40% Monture : 15%	Prothèse : 15%	20 à 60%
Istya	MGEN, MAIF, MNT, MGEFI, MCDef, MAEE...	4,9	Verres : 20 à 42% Montures : 15%	Pas de réseau	10 à 20%
Carte blanche	Swiss life, GMC, Cegema, Solly Azar, Tranquillité santé...	6,5	Verres : 35 à 40%	12 à 15%	Tarifs en fonction du niveau de déficience auditive

* Outre les domaines de l'optique, du dentaire et de l'aide auditive, les plateformes assurent la gestion de réseaux dans d'autres domaines, tels que l'ostéopathie, la chiropraxie et la diététique.

Sources : sites internet des plateformes de santé et des OCAM ; article du Particulier de juin 2016, n°122, pp62-67.

Outre la décote tarifaire conventionnelle, **certaines plateformes demandent à leurs adhérents de pratiquer des remises en vue de stimuler la concurrence au sein même du réseau**. Les opticiens d'Istya acceptent par exemple d'appliquer sur leurs lunettes une remise moyenne équivalente à 5% de ventes. En respectant ce seuil, ils conservent le choix des produits donnant lieu à une remise, ainsi que du montant de cette dernière.

Les avantages tarifaires des réseaux se traduisent à l'échelle nationale par des économies de dépenses de santé de plusieurs centaines de millions d'euros. En 2015, le réseau Kalivia a généré à lui seul une économie estimée à près de 200 millions d'euros sur l'ensemble des prestations « conventionnées », comparativement à ces mêmes prestations aux tarifs hors réseau.²⁷

2.1.2 En réseau dentaire, un gain moyen pour les patients de 343 euros

La régulation des prix pratiqués au sein des réseaux se traduit par **une sensible réduction des restes à charge**. Une analyse de 95 163 devis dentaires reçus par Santéclair (tous comprenant un reste à charge) a permis d'observer **une réduction moyenne des prix de 19% au sein du réseau relativement aux prestataires hors réseau**, à plans de soins et matériaux comparables. Hors réseau, le devis moyen s'établit à 1 791 euros, contre 1 447 euros au sein du réseau.

Le reste à charge moyen passe ainsi de 894 euros hors réseau à 551 euros dans le réseau, soit une baisse de 38%, ou encore une économie de 343 euros pour les assurés. Pour près d'un devis sur dix (8,4%), le passage dans un réseau permet d'annuler complètement le reste à charge.

²⁷ Article du Particulier de juin 2016, n°122, pp62-67.

Différence de coût et de reste à charge sur les devis dentaires du réseau Santclair et hors réseau

Coût	Volume		Hors réseau			Dans le réseau Santclair			Différence réseau / hors réseau		
	Nombre	Rép.	Coût moyen	RAC moyen	Poids du RAC	Coût moyen	RAC moyen	Poids du RAC	Coût moyen	RAC moyen	Poids du RAC
0 à 500 €	8 840	9%	382 €	165 €	43%	323 €	106 €	33%	-15%	-36%	-10 pts
501 à 1 000 €	33 459	35%	751 €	293 €	39%	652 €	194 €	30%	-13%	-34%	-9 pts
1 001 à 1 500 €	14 249	15%	1 241 €	561 €	45%	1 026 €	346 €	34%	-17%	-38%	-11 pts
1 501 à 2 000 €	12 076	13%	1 764 €	846 €	48%	1 455 €	537 €	37%	-18%	-37%	-11 pts
2 001 à 2 500 €	7 873	8%	2 241 €	1 118 €	50%	1 815 €	691 €	38%	-19%	-38%	-12 pts
2 501 à 3 000 €	5 072	5%	2 747 €	1 387 €	50%	2 214 €	854 €	39%	-19%	-38%	-12 pts
plus de 3 000 €	13 594	14%	5 249 €	2 929 €	56%	4 072 €	1 752 €	43%	-22%	-40%	-13 pts
Ensemble	95 163	100%	1 791 €	894 €	50%	1 447 €	551 €	38%	-19%	-38%	-12 pts

RAC : reste à charge pour le patient, après intervention de la Sécurité sociale et de l'OCAM.

Source : Santclair, devis reçus

2.1.3 En réseau d'audioprothésistes, un gain moyen pour les patients de 821 euros

A l'image du secteur dentaire, les avantages tarifaires obtenus au sein du réseau d'audioprothésistes se traduisent pour les patients par une sensible réduction du reste à charge. Une analyse de 2 447 devis reçus par Santclair pour des assurés consultant hors réseau fait apparaître une facture moyenne de 2 874 euros. A plan de soins et matériaux comparables, ces prestations sont facturées en moyenne 2 023 euros au sein du réseau, soit **une réduction tarifaire de 30%**.²⁸

Le reste à charge moyen passe ainsi de 1 867 euros à 1 046 euros, soit une baisse de 44%, ou encore une économie de 821 euros au bénéfice des patients. Pour près d'un devis sur dix (8,3%), le passage dans un réseau permet d'annuler complètement le reste à charge.

Différence de coût et de reste à charge sur les devis d'audioprothèses du réseau Santclair et hors réseau

Coût	Volume		Hors réseau			Dans le réseau Santclair			Différence réseau / hors réseau		
	Nombre	Rép.	Coût moyen	RAC moyen	Poids du RAC	Coût moyen	RAC moyen	Poids du RAC	Coût moyen	RAC moyen	Poids du RAC
0 à 1 000 €	24	1%	835 €	516 €	62%	696 €	377 €	54%	-17%	-27%	-8 pts
1 001 à 2 000 €	502	21%	1 603 €	1 042 €	65%	1 192 €	642 €	54%	-26%	-38%	-11 pts
2 001 à 3 000 €	727	30%	2 629 €	1 710 €	65%	1 979 €	1 083 €	55%	-25%	-37%	-10 pts
3 001 à 4 000 €	1 044	43%	3 501 €	2 271 €	65%	2 385 €	1 194 €	50%	-32%	-47%	-15 pts
plus de 4 000 €	150	6%	4 272 €	2 791 €	65%	2 711 €	1 289 €	48%	-37%	-54%	-18 pts
Ensemble	2 447	100%	2 874 €	1 867 €	65%	2 023 €	1 046 €	52%	-30%	-44%	-13 pts

RAC : reste à charge pour le patient, après intervention de la Sécurité sociale et de l'OCAM.

Source : Santclair, devis reçus

²⁸ La facture moyenne est ici calculée à partir de devis comprenant aussi bien des prestations pour une seule oreille que pour les deux oreilles.

2.1.4 Par le jeu de la concurrence, les baisses de prix profitent à tous

Le conventionnement permet non seulement de réguler les prix au sein des réseaux, mais également, par le jeu de la concurrence, auprès des professionnels hors réseaux. **Ces derniers ne peuvent en effet trop s'éloigner des prix pratiqués par les réseaux sans risquer de perdre une partie croissante de leur clientèle.**

Dans le secteur de l'optique, les réseaux conventionnés sont montés en charge à partir de 2010. Or cette date coïncide avec **une stabilisation du prix moyen des lunettes de vue**. En 2015, fait exceptionnel, l'indice des prix des optiques médicales s'est contracté de 0,3%.

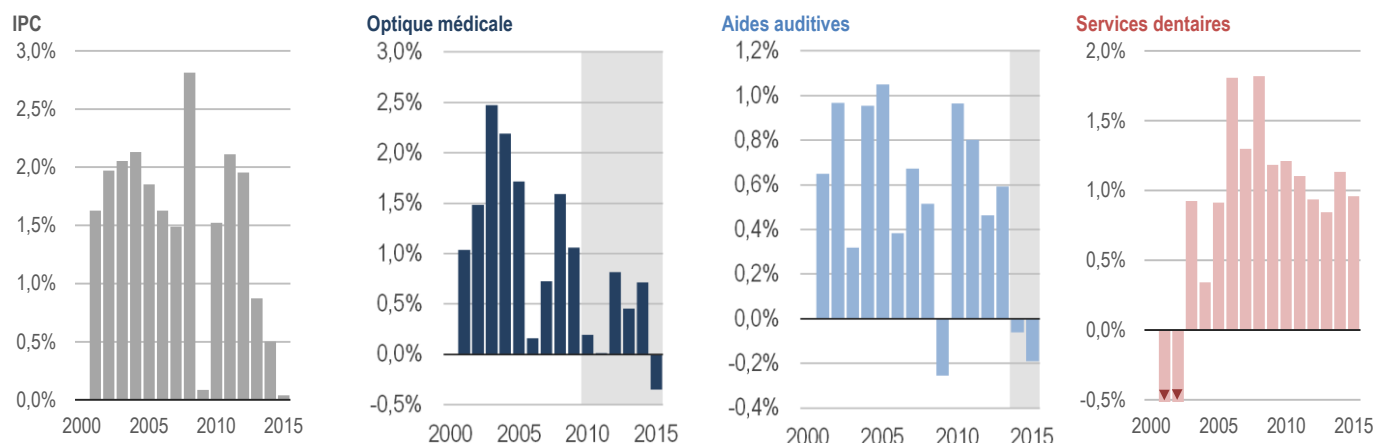
En 2014 et 2015, **l'indice des prix des aides auditives s'est replié de 0,1% et 0,2% respectivement**. Nous expliquons cette évolution par :

- **la montée en charge des réseaux d'audioprothésistes** à partir 2013 et 2014 ;
- **la concurrence nouvelle d'opticiens** qui investissent le champ de l'aide auditive pour diversifier leurs sources de revenu.

Les réseaux sont encore peu développés en dentaire, et relativement peu utilisés par les assurés. Leur impact macroéconomique sur les tarifs dentaires reste en conséquence modéré. L'indice des prix des services dentaires a progressé de 1,1% en 2014 et de 1,0% en 2015, soit un rythme de croissance supérieur à celui des deux années précédentes.

Variation des indices des prix mesurés par l'Insee

Les zones grisées correspondent à la montée en charge des réseaux



Source : INSEE

2.1.5 Pour un coût moindre, la qualité est préservée, voire améliorée relativement aux prestations hors réseau

Les réductions tarifaires ne se réalisent pas au détriment de la qualité, notamment du fait :

- d'une **exigence contractuelle sur la qualité** des soins et de la prise en charge ;
- de **contrôles pragmatiques et réguliers**, tant à l'amont qu'à l'aval des prestations.

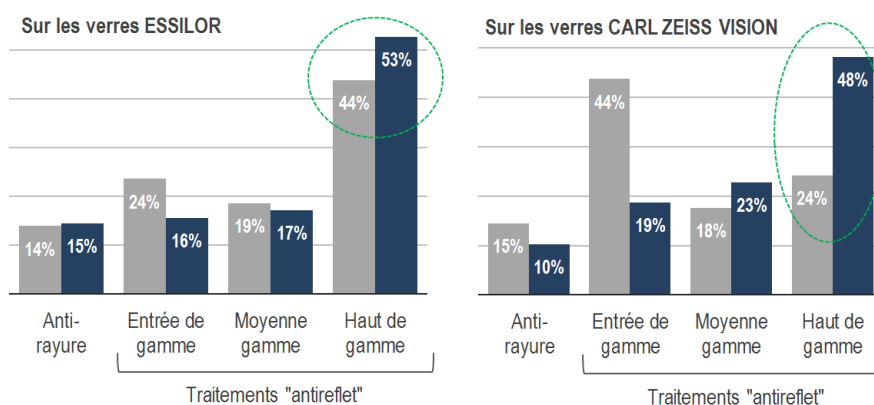
Ces deux éléments, cahier des charges et contrôle, contribuent non seulement à maintenir la qualité des soins en situation de prix modérés, mais peut également permettre de l'améliorer. Pour illustrer ce propos, nous nous appuyons sur la nature des traitements des verres proposés par les opticiens conventionnés.

La nature des traitements de surface des verres constitue un indicateur (parmi d'autres) de la qualité de la prise en charge par les opticiens. En pratique, il s'agit essentiellement de traitements anti-rayures (« durci ») et antireflet. Or il ressort des statistiques de Santéclair que les usagers du

réseau ont plus régulièrement accès à des traitements de surface haut de gamme relativement aux assurés s'étant orientés en dehors du réseau. Par exemple, parmi les assurés ayant acheté des verres de marque Carl Zeiss Vision, 48% ont bénéficié d'un traitement antireflet haut de gamme, contre 24% de ceux qui les ont acheté en dehors du réseau.

Traitements des surfaces des verres dans le réseau Santclair et hors réseau

■ Dans le réseau ■ Hors réseau (devis reçus)



Source : Santclair

2.2 Une régulation efficace de la qualité

Les réseaux de soins conventionnés ne sont pas seulement efficaces pour mieux maîtriser les tarifs libres des soins et des biens médicaux, ils sont également **efficaces** car ils s'accompagnent **d'un maintien, voire d'une amélioration, de la qualité des prestations**. Quatre niveaux de contrôle persuadent les professionnels de santé de respecter les référentiels de qualité :

1. Une **sélection à l'entrée** des réseaux suivant des critères objectifs ;
2. Un **contrôle a priori** des plans de traitement ;
3. Un **contrôle a posteriori** pour détecter d'éventuelles pratiques frauduleuses ;
4. Une **appréciation de la qualité par les assurés**.

Encadré

Éviter les manquements à la qualité des soins

Les manquements à la qualité des soins prennent différentes formes. Pour les patients, ils se traduisent la plupart du temps par **un manque d'information sur les produits**, qu'il s'agisse d'optiques médicales, de prothèses dentaires ou auditives. Quelles sont les caractéristiques des produits venus ? Où ont-ils été fabriqués ? S'agit-il bien des produits les plus adaptés aux besoins et aux goûts des patients ? Leurs tarifs reflètent-ils réellement leur qualité ?

A noter que les produits de dernière génération ne constituent pas toujours l'option la plus qualitative pour certains patients. Lors d'une étude randomisée conduite en 2008, près de 130 patients ont porté alternativement des verres progressifs de nouvelle génération et des verres équivalents de la génération précédente, sans avoir été informés du caractère innovant ou non des verres fournis.²⁹ Au terme d'une période d'usage de 4 semaines, 57,9% des usagers ont déclaré préférer les verres les plus récents, quand 36,5% se sont prononcés pour la précédente génération et 5,6% se sont dit sans préférence. Les tests d'acuité menés lors de l'étude n'ont par ailleurs permis d'identifier un avantage relatif des verres innovants, hormis de manière marginale pour la vision de près. Une expérimentation de 2014, conduite par 60 millions de consommateurs auprès de 50 patients, a abouti à une conclusion comparable : les verres les plus innovants, et donc les plus onéreux, ne sont pas nécessairement de meilleure qualité à l'usage.³⁰

Les manquements à la qualité peuvent également se traduire par l'intervention d'**un professionnel manquant de compétences** et/ou cherchant à **optimiser la facture** suivant la couverture assurantielle des clients.

2.2.1 Une sélection des professionnels à l'entrée des réseaux

Depuis la loi « Le Roux » du 28 janvier 2014, les réseaux de soins sont nécessairement « ouverts », soit sans *numerus clausus*, hormis en optique où les réseaux « fermés » demeurent autorisés. Bien que non régulées quantitativement, **les adhésions sont régulées qualitativement, à partir de critères objectifs et transparents**. Pour adhérer à un réseau, les professionnels doivent ainsi répondre à **des exigences de compétences, d'expérience, d'équipement, de protocole de soins, d'offre et de transparence**. L'ensemble forme un **cahier des charges** contribuant à promouvoir la qualité des prestations.

²⁹ Boutron et al. « The VEPRO trial: a cross-over randomized controlled trial comparing 2 progressive lenses for patients with presbyopia. Trials journal. Septembre 2008.

³⁰ 60 millions de consommateurs. « Varilux, plus cher mais pas meilleur ! ». n°492. Avril 2014.

Exemples de critères de sélection pour intégrer les réseaux de soins

Compétences	▪ Part minimale d'opticiens diplômés au sein de l'équipe. ▪ Temps de présence minimal hebdomadaire d'un optométriste. ▪ Temps de présence minimal hebdomadaire d'un audioprothésiste.³¹ ▪ Sélection des ostéopathes suivant leur école de formation. ▪ Attestation de formation en chirurgie implantaire pour la pose d'implants. ▪ Minimum d'heures consacrées à la formation continue.
Expérience	▪ 5 années d'expérience en implantologie, avec un volume minimum d'actes. ▪ 5 années d'expérience en diététique.
Equipement	▪ Plateau technique disposant de matériels essentiels à la qualité des prestations.
Protocole de soins	▪ En orthopédie : durée de séjour, SRR... ▪ En optique : certification AFNOR.
Offre	▪ Obligation de proposer certains produits qualitatifs et récents. ▪ Obligation de proposer certaines marques recherchées par les clients.
Transparence	▪ Envoi à la plateforme d'éléments justifiant le respect des référentiels et des bonnes pratiques (envois numériques des radiographies ou panoramiques dentaires, bordereaux de livraison des verres...) ▪ Pratique d'un prix unique pour une prestation, quelle que soit la garantie du client. ▪ Utilisation de systèmes de gestion de tiers-payant efficaces (pour limiter les possibilités de fraude et faciliter les contrôles).
Services	▪ Service basse vision (pour les opticiens) ▪ Livraison à domicile ▪ Accès handicapé ▪ Espace enfants

Suivant les plateformes, **certaines critères sont obligatoires quand les autres sont seulement facultatifs**. La présence des critères facultatifs accroît les chances des établissements d'accéder à un réseau suivant une logique de « points » cumulés : chaque critère confère des points à l'établissement et leur somme lui confère une note globale. Au-delà d'un **score** planché, l'établissement est éligible au réseau visé.

2.2.2 Un référencement des produits et des fournisseurs

Les plateformes ont établi leur propre **référencement de fournisseurs** dont les produits répondent à leurs **exigences de qualité et de traçabilité**. Par exemple, en optique, Kalivia a référencé 10 fournisseurs de verres. Carte Blanche référence lui 14 fabricants et 12 distributeurs (dont 3 dans le cadre d'une offre sans reste à charge). Itelis a conclu un accord avec 12 marques d'optiques. Santéclair a lui limité à trois le nombre de verriers, après un appel auprès de tous les fournisseurs.

Quel que soit le réseau, les catalogues de produits assurent **une diversité plus que suffisante pour répondre aux attentes des opticiens et des clients** (Carte Blanche couvre par exemple 51 000 produits). Pour promouvoir la qualité et l'attractivité des réseaux auprès des consommateurs, **les marques les plus représentées sur le marché français sont toujours retenues**. Les catalogues sont régulièrement mis à jour pour permettre aux opticiens affiliés de

³¹ Un audioprothésiste peut être gestionnaire de plusieurs boutiques à la fois, avec pour conséquence des temps d'absence prolongés dans un ou plusieurs de ses établissements. Les réseaux exigent en conséquence une présence minimale d'un audioprothésiste dans les boutiques conventionnées (au moins deux jours hebdomadaires dans le réseau Santéclair).

proposer à leurs clients les **innovations de produits** donnant droit à tous les avantages offerts par les réseaux.

2.2.3 Un contrôle *a priori* des plans de traitement

Les demandes de prise en charge donnent lieu à **un contrôle automatique et informatisé des tarifs proposés et du respect des règles définies contractuellement** entre les plateformes gestionnaires des réseaux et les professionnels qui y adhèrent. Pour les demandes complexes, **l'avis d'experts métiers peut être sollicité**. Au sein du réseau Santéclair, le recours aux experts concerne 20% des demandes en audioprothèse, 10% en dentaire et 2% en optique. En 2015, la plateforme a contrôlé automatiquement 1,5 million de demandes de prise en charge. Parmi elles, 42 300 ont donné lieu à une expertise attentive.

Demandes de prise en charge contrôlées *a priori* par Santéclair en 2015

	Contrôles informatiques	Contrôles par un expert métier
Optique	1 400 000	28 000 (2%)
Dentaire	115 000	11 500 (10%)
Audioprothèse	14 000	2 800 (20%)
Total	1 529 000	42 300 (2,8%)

Source : Santéclair

■ Exemple de cas : les prothèses dentaires

Pour assurer la pérennité du plan de traitement des prothèses dentaires, les plateformes ont développé un contrôle *a priori* du respect des référentiels de qualité. Santéclair applique par exemple trois niveaux de surveillance en amont des prestations :

- **La surveillance « renforcée »** concerne tous les nouveaux partenaires durant six mois, ainsi que les dentistes ayant fait l'objet d'une réclamation. Un dentiste sur cinq (22%) qui adhère au réseau relève de ce mode de surveillance.
- **La surveillance « classique »**, qui concerne six dentistes partenaires sur dix (60%), s'applique aux plans de traitement les plus lourds et onéreux.
- **La surveillance « allégée »** permet aux partenaires les plus fiables de s'émanciper du contrôle *a priori* des plans de traitement. 17% des dentistes partenaires jouissent de ce statut.

Seuls 2 à 3% des dossiers de prothèses ainsi expertisés donnent lieu à une médiation entre les dentistes et les plateformes de santé. Dans 90% des cas de médiation, un compromis amiable est convenu, avec un plan de traitement corrigé. Lorsque le dialogue échoue, un accord amiable pour résiliation est signé.

2.2.4 Un contrôle *a posteriori* de la qualité et des procédures

Les contrôles *a posteriori* des traitements s'appuient sur **une base d'indicateurs** concernant les **pratiques**, les **professionnels de santé** et les **retours d'expérience des assurés**. Outre l'analyse statistique de ces indicateurs, l'expérience et l'intuition des experts métiers sont sollicitées pour affiner les contrôles.

■ Exemple de cas : la détection des fraudes dans le secteur de l'optique

Pour prévenir le risque de fraude dans le secteur de l'optique, les plateformes inspectent rétrospectivement un échantillon de dossiers représentatifs de chaque opticien adhérent. Au sein du réseau Santéclair, chaque opticien est contrôlé au minimum tous les 18 mois.

Pour chaque dossier, 5 pièces sont contrôlées :

- L'**ordonnance**, pour s'assurer que la vente respecte la prescription et la législation en vigueur ;
- La **demande de prise en charge** signée par l'assuré, pour s'assurer de l'accord de transmission des informations personnelles ;
- Le **bon de livraison électronique des verres** (sécurisé et non falsifiable), qui assure la traçabilité des produits ;³²
- La **facture** remise à l'assuré, pour vérifier les montants facturés ;
- La **facture subrogatoire** signée par l'assuré (permettant aux opticiens de se faire rembourser auprès des OCAM), pour contrôler l'accord du paiement.

De janvier 2015 à mars 2016, 45% du réseau « optique » de Santéclair a été contrôlé. Un peu moins d'un dossier sur dix (7%) présentait une irrégularité, avec pour conséquence un préjudice pour l'assuré et/ou son OCAM. **Ainsi identifiés, les préjudices ont pu être réparés.**

A ce contrôle systématique s'ajoute **un contrôle plus ciblé**, portant chaque mois sur une trentaine d'opticiens. Ces derniers, sélectionnés à partir d'indicateurs statistiques pertinents, présentent **un risque de fraude plus élevé que la moyenne**. Le contrôle ciblé donne lieu à :

- une **analyse affinée** des pratiques et des dossiers ;
- des **entretiens téléphoniques** avec les assurés ;
- des **visites mystères**.

Un peu plus d'un dossier sur dix (12%) ayant fait l'objet d'un contrôle par indicateurs métiers présentait une irrégularité, avec pour conséquence un préjudice pour l'assuré et/ou son OCAM. **Les préjudices ainsi identifiés ont été réparés.** Lorsqu'une fraude est avérée, le partenariat avec l'opticien fautif est résilié. En un peu plus d'un an, au sein du réseau Santéclair, une cinquantaine de résiliations ont été enregistrées pour cause de fraude.

■ Exemple de cas : la qualité des prothèses dentaires sur la durée

Les prothèses dentaires font l'objet d'une garantie de 10 années, ce qui permet **un suivi à long terme de la qualité des soins**. Sur les 90 233 plans de traitements référencés dans la base Santéclair, seul 0,25% ont donné lieu à un remplacement de prothèses durant la période de garantie.

2.2.5 Un suivi de la satisfaction des assurés

Les plateformes s'assurent de la qualité des soins en **sollicitant directement l'avis des usagers**. Pour cela, elles procèdent à des **enquêtes de satisfaction**, transmises par mail aux assurés des OCAM partenaires ayant sollicité leur réseau.

Par exemple, les usagers du réseau Santéclair sont invités à évaluer leur expérience sur une sélection de six critères :

- Les **délais de rendez-vous** ;
- La qualité de l'**accueil** ;

³² Emis par les fabricants, ce bon accompagne systématiquement la livraison des verres chez l'opticien. Il s'agit du principal document de traçabilité des verres. Il renseigne l'opticien à l'origine de la commande, le nom du patient, les corrections et la référence des verres, le fournisseur, les dates de commande et de réception. Ayant relevé des pratiques de falsification par certains opticiens, les réseaux ont obtenu en 2015, auprès de fabricants partenaires, une sécurisation de ces bons.

- La **punctualité** du prestataire ;
- La délivrance de **conseils** et d'**explications** ;
- L'aspect général du **magasin** ou du **cabinet** ;
- Le **choix des produits** en optique.

Chaque critère est noté de un à cinq ; cinq étant le plus haut degré de satisfaction. Il est par ailleurs demandé aux usagers s'ils **recommandent ou non** le prestataire auquel ils ont eu affaire.

Bien que les résultats des enquêtes de satisfaction des différentes plateformes ne puissent être directement comparés (comme tenu de différences méthodologiques), ceux-ci traduisent **un haut niveau de satisfaction générale envers les réseaux** :

- Lors d'une enquête Ipsos, commandée par la Mutualité française et réalisée auprès de 500 Français ayant acheté des lunettes correctrices en mai et juin 2012, 81% des acheteurs qui s'étaient orientés vers un opticien membre d'un réseau agréé par leur OCAM se sont déclarés satisfaits de leur achat. Ce taux tombe à 71% pour l'ensemble des porteurs de lunettes.³³
- L'assureur MGEN a mesuré, auprès des assurés ayant fréquenté le réseau « optique » de Istya, un taux de satisfaction de 76%. Pour les assurés s'étant orientés vers un opticien hors réseau, ce taux était de seulement 41%.³⁴
- Entre juillet 2014 et mars 2016, Santéclair a envoyé plus de 150 000 questionnaires et a reçu près de 37 000 réponses, soit un taux de retour de 24%. La note moyenne des professionnels conventionnés est relativement élevée : 4,4 sur 5. Le taux de recommandation est quant à lui de 95,9%.

2.3 Les plateformes soutiennent le projet d'une évaluation des réseaux par les pouvoirs publics

La loi « Le Roux », adoptée en janvier 2014, **impose aux pouvoirs publics d'évaluer eux-mêmes et chaque année l'impact des réseaux sur la qualité et le coût des soins**. A ce jour, soit deux ans et demi suivant l'adoption de la loi, cette évaluation n'a toujours pas été conduite.

Les plateformes de santé, confiantes dans leur modèle, se déclarent pourtant favorables à une telle évaluation publique et indépendante. Leurs évaluations internes, dont certaines ont été présentées dans ce rapport, sont en effet concluantes, tant en ce qui a trait au coût des soins qu'à leur qualité.

³³ Ipsos. Enquête auprès des acheteurs de lunettes correctrices auprès d'opticiens membres d'un réseau agréé par leurs mutuelles. Novembre 2012. Il a été demandé aux sondés de noter de 1 à 10 leur satisfaction. La satisfaction est ici définie par une note supérieure ou égale à 8.

³⁴ MGEN. Baromètre de satisfaction. Juillet 2007.

Auteurs

Christophe Marques
Economiste

Sous la direction de :

Nicolas Bouzou
Economiste
Directeur fondateur d'Asterès

Contact

Isabelle Jacquet
ijacquet@asteres.fr

81, rue Réaumur
75002 Paris

www.asteres.fr

Tél. : + 33 1 44 76 89 16

Asterès est un cabinet d'études économiques et de conseil.

Nous proposons aux entreprises et au secteur public des outils de réflexion pour orienter l'action. Notre mission est de mettre l'expertise économique au service du développement de nos clients. Ainsi, nous donnons à l'analyse économique son rôle opérationnel.

Nous réalisons pour nos clients :

- des missions de conseil stratégique ;
- des études ;
- des colloques internationaux.

Nous menons également des missions de conseil en développement & attractivité économique pour le secteur public.

Rinzen Conseil est notre **filiale d'économie quantitative**

Asterès est une entreprise citoyenne et, à ce titre, nous respectons un certain nombre de principes :

- Réalisation d'activités non marchandes, notamment dans le domaine de la pédagogie économique et du conseil aux gouvernements (afin d'éviter tout risque de conflit d'intérêts) ;
- Promotion de la liberté individuelle et de la démocratie, notamment dans le cadre des missions réalisées dans les pays émergents.

Activités de lobbying

Asterès est régulièrement sollicitée par des entreprises et des fédérations professionnelles pour intervenir en amont de leurs activités de *lobbying*, particulièrement lors des débats d'orientation budgétaire. Asterès peut donc être amené à réaliser des travaux financés par des donneurs d'ordres et démontrant l'impact économiquement nocif d'une mesure qui pourrait leur être appliquée.

Dans ce cas, notre démarche répond à une charte éthique stricte. Notre client s'engage à accepter que les travaux menés par Asterès répondent aux principes intangibles suivants :

- Asterès ne peut s'engager sur les résultats d'une étude avant de l'avoir réalisée. Nous ne délivrons nos conclusions qu'au terme de nos analyses.
- Nos travaux suivent une méthodologie standard (top down), qui s'appuie sur l'utilisation de données statistiques publiques, ou conçues ou certifiées par nous-mêmes.
- Si un client souhaite modifier des conclusions de travaux réalisés par Asterès sans une totale approbation de nos consultants, il devient le seul signataire de l'étude, et n'a plus le droit d'utiliser la marque Asterès.
- Les consultants d'Asterès ne défendent dans le débat public que des travaux qu'ils ont réalisés eux-mêmes. En aucun cas ils n'acceptent de se faire le relais de travaux réalisés par d'autres.

Asterès intervient en tant que prestataire externe. Le cabinet ne saurait être tenu pour responsable des interprétations qui pourraient être données de ses travaux ou de leurs conséquences. Asterès est en outre tributaire de la qualité des statistiques utilisées, dont elle n'est pas responsable.