

Les complémentaires santé

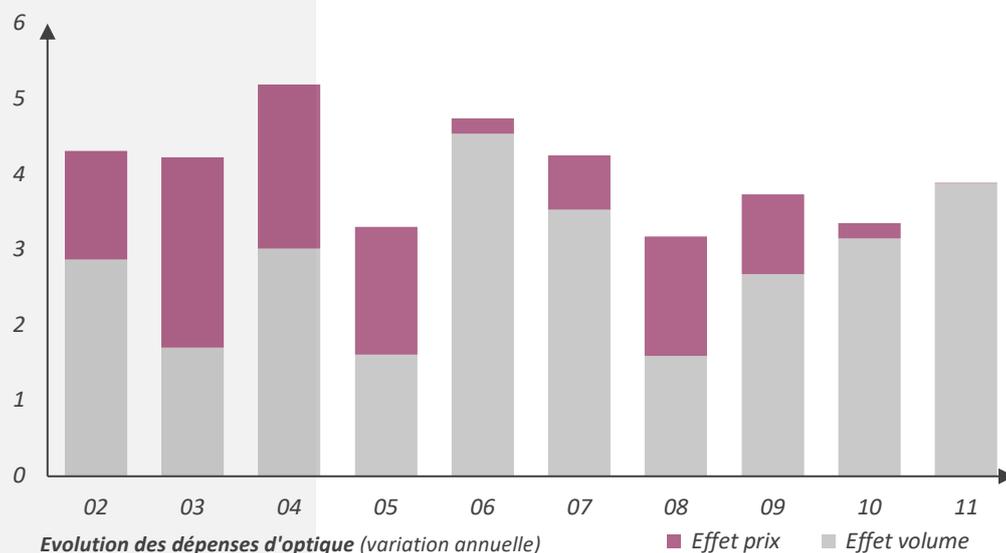
Vers un rôle accru dans la régulation des dépenses

Asterès

Etude réalisée par Asterès

pour le compte de la Fédération nationale de
la Mutualité Française

Septembre 2012







Préambule

La situation des finances publiques est préoccupante et le secteur de la santé contribue à maintenir les comptes publics dans le rouge. Le déficit de l'Assurance maladie est structurel et économiquement non justifiable. Certes, la Sécurité sociale a adopté depuis plusieurs années des mesures visant à réguler la croissance des dépenses de santé : déremboursement, ticket modérateur, baisse de tarifs dans certaines professions médicales... Néanmoins, les efforts restant à réaliser pour résorber le déficit de l'Assurance maladie sont considérables.

La pérennisation du système de santé français passe par une redéfinition de son mode de financement et de sa couverture. Le rôle des financeurs privés est notamment appelé à se développer. L'Assurance maladie s'est d'ailleurs déjà désengagée du financement des soins d'optique et dentaires, transférant ainsi la charge de ces dépenses aux patients aux complémentaires santé. Progressivement, à un horizon de moyen-long terme, le financement d'autres types de soins pourrait suivre ce modèle.

Il apparaît dès lors légitime que les organismes complémentaires puissent, à l'image de la Sécurité sociale, réguler l'augmentation des dépenses de soins qui leur incombent. Evidemment, une régulation par le secteur privé n'est envisageable que si les patients, et plus largement l'ensemble de la collectivité, en tirent de réels avantages.

Dans ce contexte, les organismes complémentaires ont développé un mécanisme de régulation des dépenses reposant sur des réseaux de professionnels de santé conventionnés. Les opticiens-lunetiers sont les premiers concernés. Le principe est simple : un opticien accepte de pratiquer des tarifs modérés à qualité de service donnée et en contrepartie d'un flux supplémentaire de patients. Afin de garantir ce flux, les complémentaires encouragent leurs assurés à s'orienter vers les magasins conventionnés en leur offrant, entre autre, un taux majoré de remboursement.

Les travaux d'Asterès, pour le compte de La Mutualité Française, analysent la pertinence économique de ce nouveau mode de régulation.

Rédacteurs :

Nicolas Bouzou

Economiste sénior
Directeur fondateur d'Asterès

Christophe Marques

Chargé d'études économiques
Pôle analyse des politiques publiques



Table des matières

	Préambule	3
Partie 0.	Synthèse opérationnelle	5
Partie 1.	La croissance des dépenses de santé doit être régulée	7
	[1.1] A terme, l'équilibre des finances publiques doit être assuré	7
	[1.2] L'évolution des dépenses de santé pose la question de leur financement	10
	[1.3] La politique publique de santé doit s'adapter à la croissance des dépenses de soins	14
Partie 2.	Complémentaires : vers un rôle accru dans la régulation des dépenses	19
	[2.1] La part des OCAM dans le financement des soins progresse d'année en année	19
	[2.2] Leur rôle dans la régulation des dépenses doit donc se renforcer	21
Partie 3.	Réseaux conventionnés : moyen efficace de régulation	23
	[3.1] Conventionnement : un moyen de réguler à la fois les prix et la qualité	23
	[3.2] Ce système de régulation a contribué à maîtriser les dépenses d'optique	25
	[3.3] Avantages / inconvénients du conventionnement pour les professionnels de santé	26
	[3.4] Le système présente de multiples avantages pour les assurés	29



Synthèse opérationnelle

Le rôle des complémentaires santé est, selon nous, amené à se développer pour :

1. Réguler le prix de certains soins et biens médicaux dont elles assurent le financement ;
2. Rendre plus efficiente la consommation de ces soins et biens médicaux ;
3. Veiller à la qualité de ces soins et biens médicaux.

► ***La croissance des dépenses de santé pose la question de leur financement et de leurs modes de régulation***

Les dépenses de santé augmentent de manière structurelle et à un rythme supérieur à celui de la croissance économique. Elles représentent actuellement plus d'un dixième du PIB français et pourraient avoisiner un cinquième du PIB en 2050. Ces dépenses sont supportées pour l'essentiel par la collectivité *via* l'Assurance maladie.

Or, l'Assurance maladie enregistre chaque année un déficit important. Celui-ci s'explique certes par une croissance économique relativement faible depuis 2008, mais également par un déséquilibre structurel entre les dépenses et les recettes.

► ***La pérennisation du système de santé français passe par la redéfinition de son mode de financement, de sa couverture et du mode de régulation de ses dépenses***

Il est indispensable de résorber le déficit de l'Assurance maladie afin d'assurer la pérennité de notre système de soins et de ses valeurs (solidarité, liberté de choix).

Pour cela, les pouvoirs publics doivent poursuivre simultanément les quatre stratégies suivantes :

1. Accentuer l'efficacité des dépenses de santé (et non leur rationnement) ;
2. Diversifier les sources de financement (TVA, CSG) ;
3. Resserrer le champ des affections et des prestations relevant intégralement de l'Assurance maladie ;
4. Développer la prévention des risques sanitaires.

Une simple revalorisation des cotisations sociales risquerait de pénaliser l'emploi en France et serait donc potentiellement contreproductive pour résorber les déficits sociaux. Aussi, cette mesure ne figure pas parmi les stratégies à suivre.



► ***Depuis plusieurs années, la Sécurité sociale se désengage progressivement du remboursement de certains soins. Les complémentaires santé sont venues prendre le relais là où l'Assurance maladie a reculé***

Les organismes complémentaires d'Assurance maladie jouent un rôle majeur dans le financement des soins faiblement remboursés par la Sécurité sociale (optique, dentaire, audioprothèse essentiellement). Selon une étude de la Drees, l'Assurance maladie ne couvre que 2% du coût d'une paire de lunettes à optique simple, contre 76% pour les complémentaires santé.

Il apparaît ainsi légitime que les complémentaires puissent développer des dispositifs pour réguler les dépenses qui leur incombent. Une telle régulation est d'ailleurs autant au bénéfice des patients et de la collectivité que des assureurs. Il s'agit de réguler le coût des soins à court terme et de pérenniser le système de santé public à long terme.

► ***Les complémentaires ont développé un mécanisme de régulation efficace des dépenses et de la qualité : les réseaux de professionnels conventionnés***

Les réseaux conventionnés reposent sur des partenariats *intuitu personae* conclus entre les professionnels de santé, pour l'heure essentiellement des opticiens-lunetiers, et les complémentaires santé.

En intégrant un réseau, les professionnels de santé s'engagent à :

- ⇒ Pratiquer des tarifs « raisonnables » ;
- ⇒ Mettre en place le tiers-payant ;
- ⇒ Respecter des normes de qualité.

En contrepartie, les complémentaires garantissent aux magasins conventionnés un certain volume de clients. Pour cela, elles ont développé des incitations auprès de leurs assurés afin que ceux-ci s'orientent volontairement vers les professionnels du réseau.

Assureurs et professionnels de santé y trouvent donc un intérêt, de sorte que les opticiens-lunetiers souhaitant intégrer les réseaux sont nombreux.

Pour les assurés, ce dispositif de régulation présente divers avantages :

- ⇒ des tarifs modérés à qualité de prestation égale, voire supérieure ;
- ⇒ une meilleure prise en charge des dépenses par leur assureur ;
- ⇒ une dispense d'avance de frais (tiers-payant) ;
- ⇒ des services ou produits annexes gratuits (assurance « casse », traitement des verres, étui rigide...).

► ***Le dispositif du conventionnement a permis de réguler les prix des optiques de vue***

Le conventionnement ne permet pas seulement de réguler les prix au sein des magasins adhérents ; il contribue également à la régulation des prix de l'ensemble du secteur grâce au jeu de la concurrence.

En 2010 et 2011, années où les réseaux sont montés en puissance, l'indice des prix des lunettes de vue n'a quasiment pas progressé tandis que la progression des prix à la consommation en France s'est elle accélérée.

La croissance des dépenses de santé doit être régulée

[1.1] A terme, l'équilibre des finances publiques doit être assuré

L'assainissement des comptes publics va se poursuivre au moins jusqu'en 2017

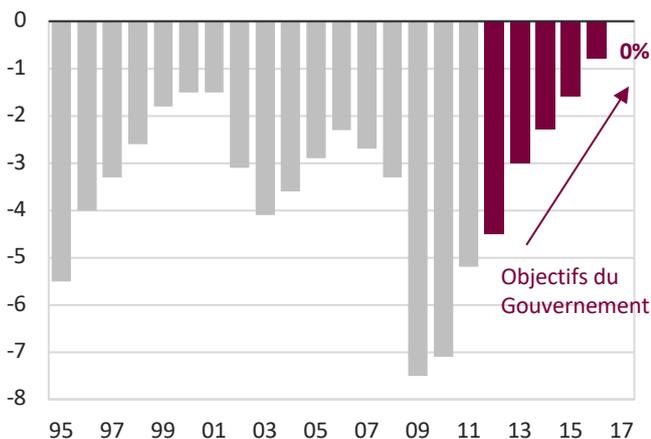
En 2011, le déficit public s'est établi à 5,2% du PIB. C'est sensiblement moins qu'en 2010 (7,1% du PIB) mais il s'agit toujours d'un niveau de déficit exceptionnellement élevé.

Une perte de confiance des créanciers de l'Etat français se traduirait par une hausse des taux d'emprunt. Cette hausse pèserait sur la charge de la dette, ce qui générerait un véritable effet boule de neige. C'est pour prévenir cet emballement que le Gouvernement souhaite assurer les créanciers de la solvabilité de l'Etat en respectant des objectifs ambitieux de réduction des déficits (3% du PIB en 2013).

Dans ce contexte, l'assainissement budgétaire est un impératif auquel seront soumises les trois administrations publiques (Etat, collectivités locales et Sécurité sociale) au moins jusqu'en 2017 ; date à laquelle le Gouvernement prévoit l'équilibre des comptes.

Lorsque l'équilibre budgétaire sera atteint, la maîtrise des dépenses publiques demeurera une préoccupation centrale des futurs gouvernements. Une situation financière saine, éventuellement en excédent, permettrait à l'Etat de réduire sa dépendance à l'emprunt et d'atténuer l'exposition de son budget à la volatilité des taux obligataires. Un budget équilibré ou excédentaire donnerait en outre aux futurs gouvernements davantage de marges de manœuvre dans l'exercice de leurs politiques publiques.

Graph 1. Déficit public français
En pourcentage du PIB

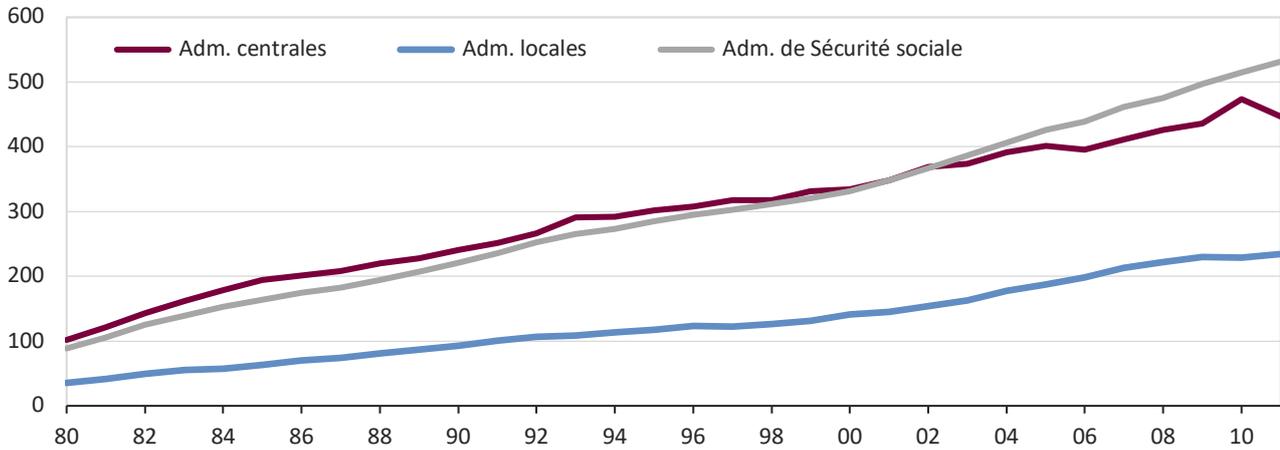


Sources : Insee ; programme présidentielle de François Hollande



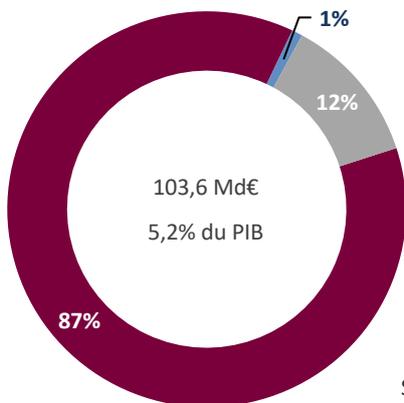
Depuis 2003, les dépenses des administrations de Sécurité sociale excèdent celles de l'Etat.

Graph 2. Dépenses des trois administrations publiques
En milliards d'euros



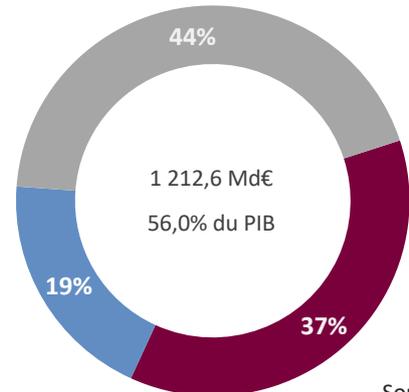
Source : Insee

Graph 3. Structure du déficit public
En 2011



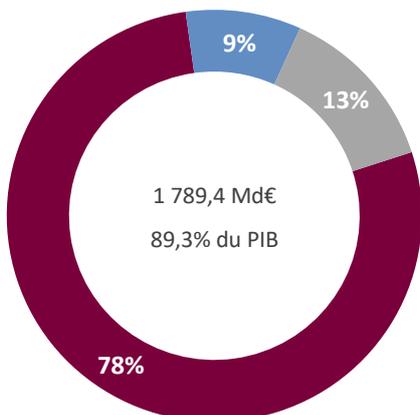
Source : Insee

Graph 4. Structure des dépenses publiques
En 2011



Source : Insee

Graph 5. Structure de la dette publique
Au premier trimestre 2012



Source : Insee

Le déficit de l'Assurance maladie est fort et structurel

Les comptes du régime général de Sécurité sociale se sont fortement détériorés au cours de la dernière décennie. Cette évolution s'explique d'une part par un déséquilibre structurel des comptes sociaux et d'autre part par la dégradation de la conjoncture économique à la fin des années 2000.

Idéalement, le solde des comptes sociaux devrait être positif en période d'expansion économique afin de dégager des fonds servant à financer les déficits des périodes de conjoncture défavorable.

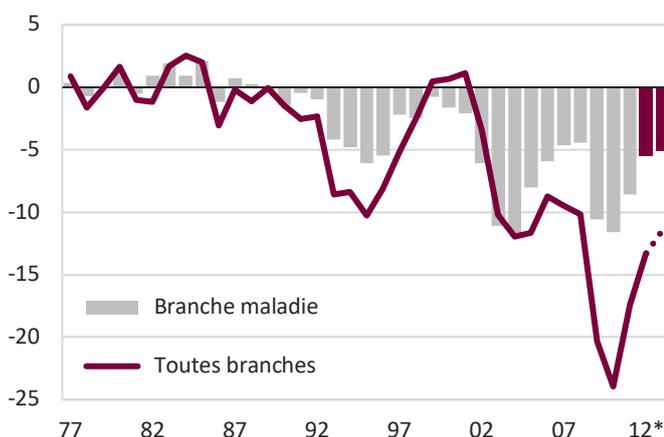
En effet, lorsque le chômage est bas, les recettes sociales, assises sur les cotisations des travailleurs, sont élevées. En phase haute d'un cycle économique, les comptes doivent donc être au moins à l'équilibre. Inversement, lorsque la croissance du PIB marque le pas, le chômage progresse et les recettes sociales diminuent en conséquence. Un déficit conjoncturel apparaît.

En 2007, alors que la croissance économique était relativement dynamique (+2,3%), les comptes du régime général de Sécurité sociale enregistraient déjà un déficit important. Ce besoin de financement persistant en période de croissance forte traduit l'existence d'un déséquilibre structurel des comptes sociaux. Or, celui-ci est économiquement injustifiable.

Après un déficit record en 2010 de 23,9 milliards d'euros, le besoin en financement du régime général toutes branches confondues a atteint 17,4 milliards d'euros en 2011, soit près de 1% du PIB. La moitié de ce montant provenait de la branche maladie, dont le déficit s'est établi à 8,6 milliards d'euros en 2011.

Le besoin de financement de l'Assurance maladie pour l'année 2012 devrait se réduire à 6,8 milliards d'euros. Ce niveau, toujours élevé et non compatible avec la solvabilité du système, rend inévitable la mise en œuvre de réformes structurelles pour assurer la pérennité du financement public de la santé.

Graph 6. Déficit du régime général de Sécurité sociale
En milliards d'euros courants



Sources : Comptes de la Sécurité sociale (1977-2011) ; PLFSS 2013 (2012/2013)



[1.2] L'évolution des dépenses de santé pose la question de leur financement

Les dépenses de santé augmentent fortement et structurellement

Les dépenses de santé progressent rapidement dans tous les pays développés. Elles augmentent en volume, mais également en proportion du PIB.

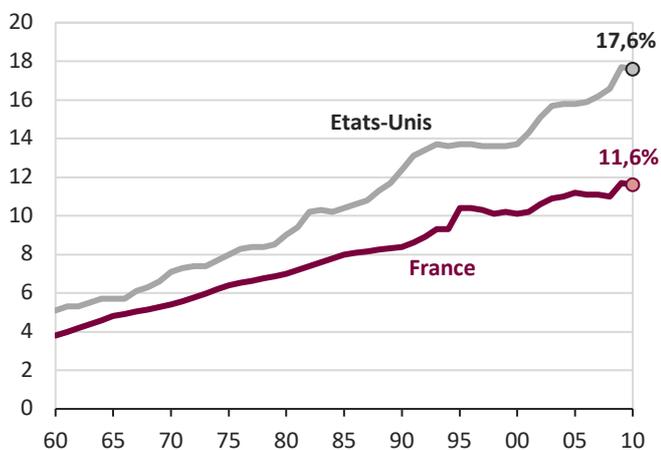
Les Etats-Unis sont le pays où le poids de la santé dans l'économie est le plus fort au monde (17,6% du PIB en 2010). Ce pays peut servir de référence pour anticiper l'évolution de long terme des dépenses de santé dans les autres pays développés.

En France, les dépenses de santé ont représenté 11,6% du PIB en 2010 (source : OCDE). En 2050, celles-ci pourrait avoisiner un cinquième du PIB.

Aux Etats-Unis, la prise en charge des dépenses de santé par le secteur public est faible (48,2% de la dépense de santé). La France est à l'inverse l'un des pays développés où la prise en charge de la santé par les fonds publics est la plus forte. Seuls les Pays-Bas, les pays scandinaves, le Luxembourg, la République Tchèque et le Japon ont une prise en charge publique supérieure à la France.

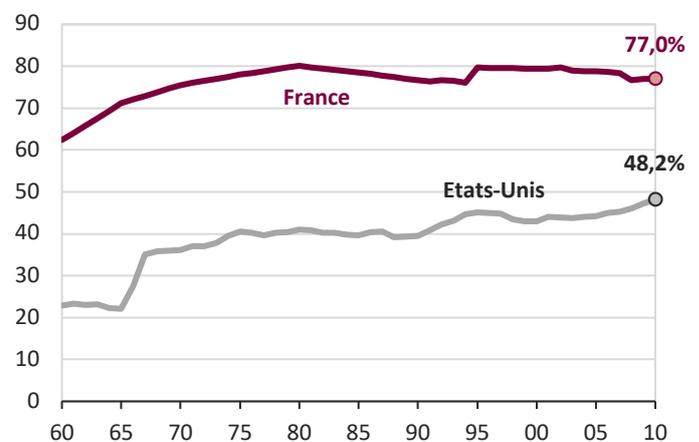
En France, le secteur public supporte 77% des dépenses de santé.

Graph 7. **Dépense totale de santé dans le PIB**
En pourcentage du PIB



Source : OCDE (Health Data 2012)

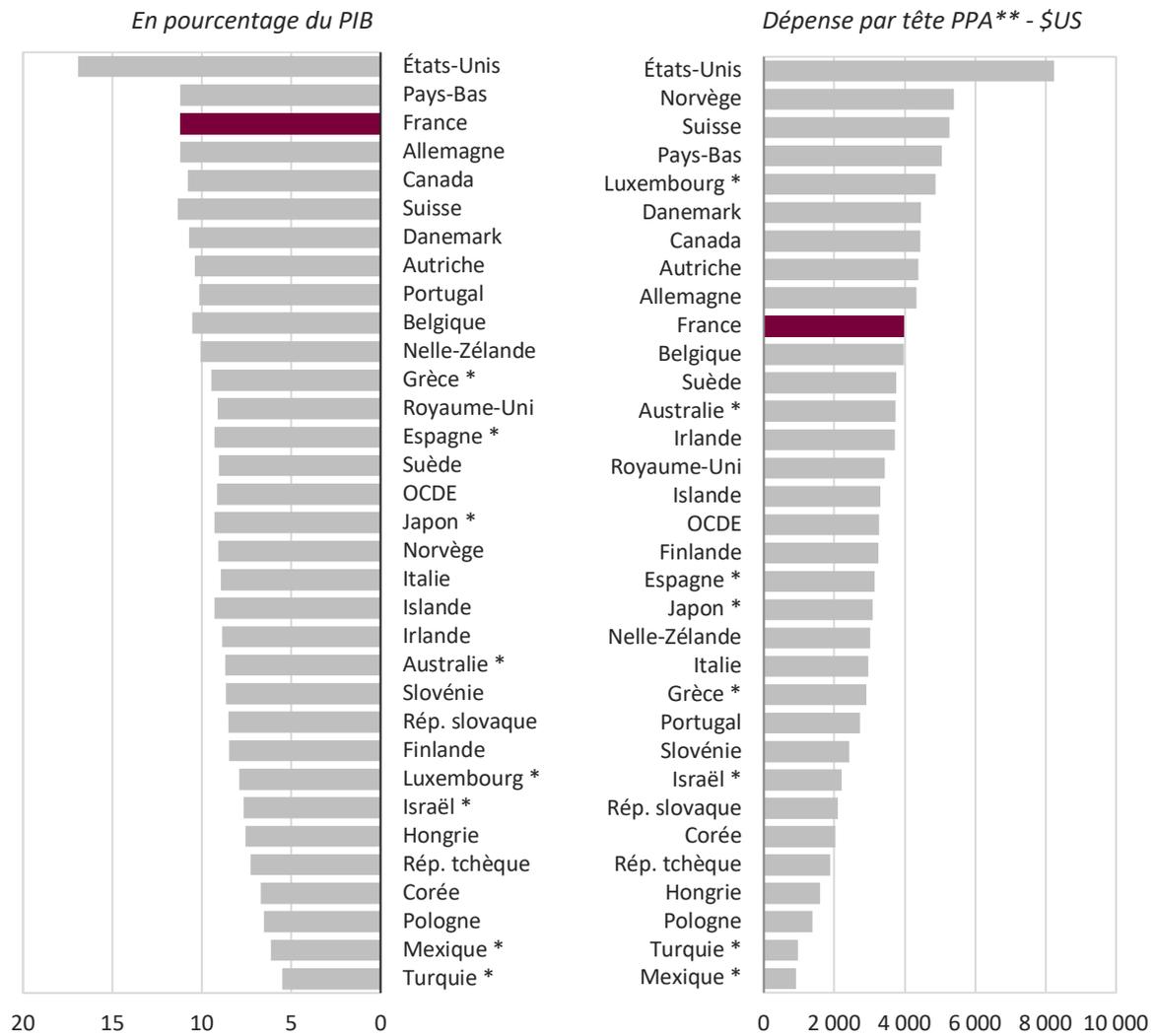
Graph 8. **Poids du public dans le financement de la santé**
En pourcentage de la dépense totale de santé



Source : OCDE (Health Data 2012)



Graph 9. Dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE



Note : * données 2009 (ou dernière année connue)

** parité de pouvoir d'achat

Source : OCDE (Health Data 2012)

Les causes de l'augmentation des dépenses de santé sont exogènes

Quatre facteurs structurels majeurs expliquent l'augmentation des dépenses de santé :

- La hausse du niveau de vie ;
- La diffusion du progrès technique médical ;
- Le vieillissement de la population ;
- L'émergence de maladies dites « industrielles ».

1. La hausse du niveau de vie

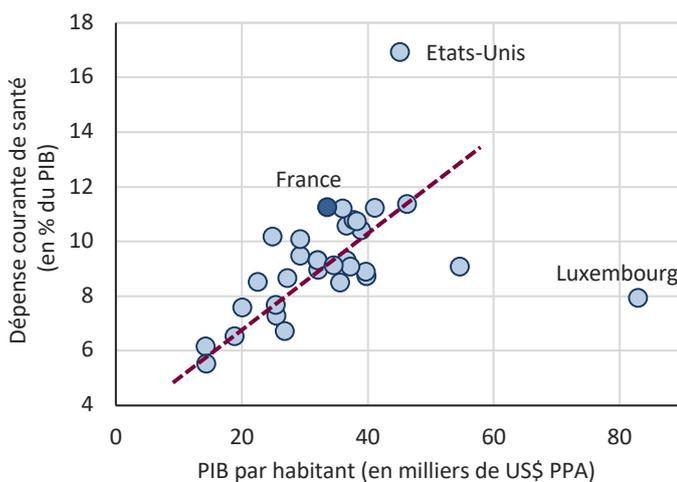
Il existe une relation croissante entre le niveau de vie de la population et sa demande de soins. De manière générale, plus un individu est riche et éduqué, plus il se soucie de son état de santé actuel et futur et est demandeur de soins. En ce sens, la santé est un « bien supérieur » : son poids dans le budget des ménages s'accroît avec leur niveau de vie.

2. La diffusion du progrès technique médical

Les innovations technologiques améliorent l'efficacité des soins et peuvent ainsi permettre de réaliser des économies en abaissant les coûts unitaires de certains soins et/ou en soignant plus rapidement les patients. Toutefois, les innovations médicales sont souvent coûteuses et leur diffusion génère des dépenses supplémentaires (achats de nouveaux équipements, formation du personnel, temps d'adaptation, nécessité d'adapter l'organisation des soins...). En outre, l'efficacité de ces techniques coûteuses contribue à augmenter le nombre de patients qui en bénéficient.

Graph 10. Poids des dépenses de santé dans le revenu en fonction du niveau de revenu

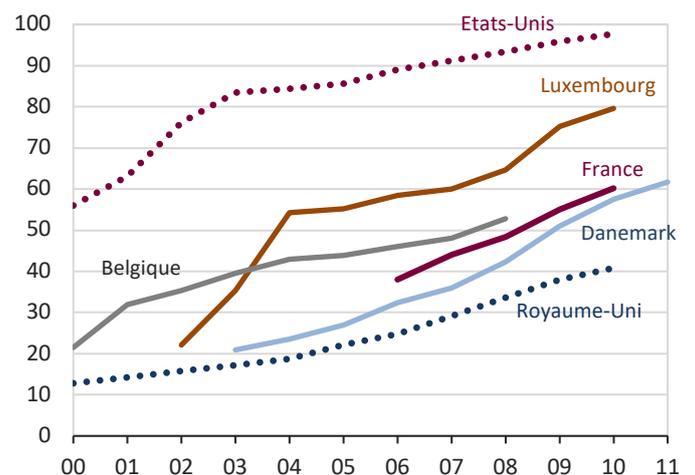
En 2009, dans les pays de l'OCDE



Sources : OCDE ; calculs Asterès

Graph 11. Diffusion de la technologie de l'imagerie par résonance magnétique (IRM)

Nombre de diagnostics par IRM pour 1000 habitants



Source : OCDE (Health Data 2012)

3. Le vieillissement de la population

Plus une population est âgée, plus elle est consommatrice de soins médicaux. Or, la population vieillit. Les plus de 60 ans représenteront plus de 30% de la population française en 2050, contre 23% actuellement. D'après une étude de la direction générale du Trésor, le vieillissement de la population devrait accroître les dépenses de santé d'ici à 2050 entre 0,5 point et 2,5 points de PIB. L'hypothèse basse suppose que les séniors consommeront moins de soins à l'avenir grâce à l'amélioration de leur état de santé général. L'hypothèse haute est plus probable et suppose au contraire une intensification des soins aux personnes âgées¹. L'effet du vieillissement sur les dépenses de santé fait cependant débat. Cet effet serait relativement modéré car les dépenses de santé d'un individu s'accroissent fortement durant ses dernières années de vie quel que soit son âge.

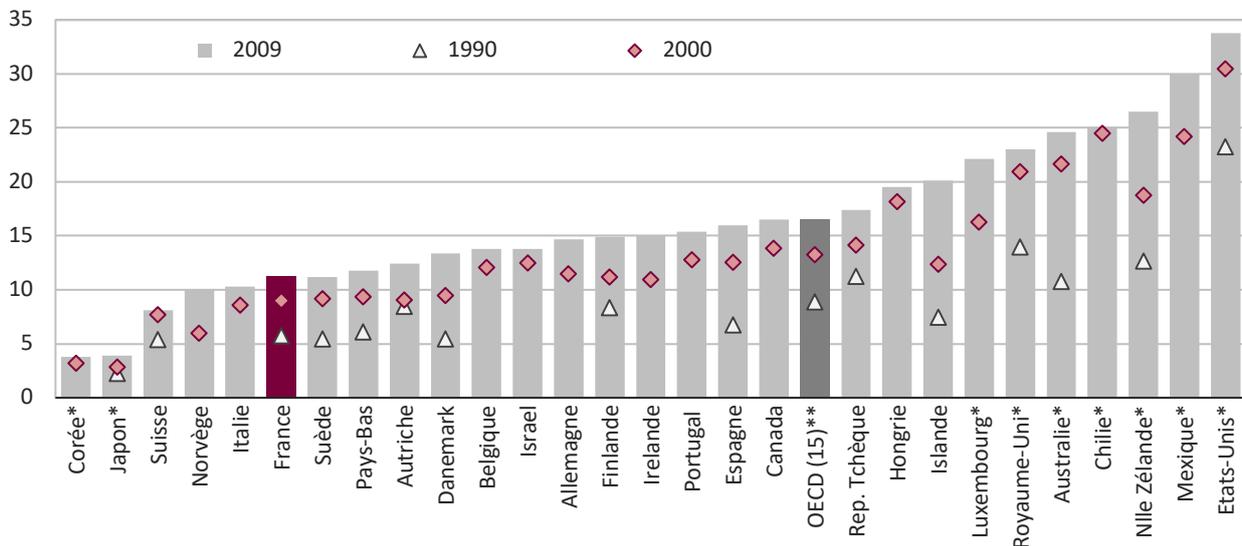
4. L'émergence de maladies dites « industrielles »

Les modes de vie modernes poussent les individus à adopter des comportements à risque pour leur santé. Ces comportements ont généré de nouveaux types d'épidémies qualifiées d'industrielles. Celles-ci sont par exemple liées à une consommation excessive :

- ➔ de tabac ;
 - ➔ d'alcool ;
 - ➔ de drogues ;
 - ➔ d'aliments déséquilibrés nutritionnellement ;
- ou encore :
- ➔ à la sédentarité des personnes ;
 - ➔ à des pratiques dangereuses (accidents de la route).

La progression actuelle de l'obésité va par exemple se traduire par d'importantes dépenses de santé sur le moyen long terme.

Graph 12. Taux d'obésité dans les pays de l'OCDE en 1990, 2000 et 2009 (ou dernière année disponible)
En pourcentage de la population adulte



Notes : *les données sont basées sur des relevés de mesures plutôt que sur des auto-déclarations

**la moyenne de l'OCDE est non pondérée

Source : OCDE (Panorama de la santé 2011)

¹ Source : « Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050 ». Direction générale du Trésor et de la politique économique. Juillet 2009.

[1.3] **La politique publique de santé doit s'adapter à la croissance des dépenses de soins**

Dans les pays où la prise en charge des soins médicaux relève principalement de la solidarité nationale, comme c'est le cas en France, les pouvoirs publics devront adapter leurs politiques de santé en adoptant les quatre stratégies suivantes :

- 1. Accentuer l'efficacité des dépenses de soins ;**
- 2. Diversifier les sources de financement ;**
- 3. Resserrer le champ des affections et prestations relevant d'une logique d'assurance publique ;**
- 4. Développer la prévention des risques sanitaires.**

Accentuer l'efficacité des dépenses de soins et non leur rationnement

Le rationnement est une stratégie d'économie consistant à réduire de manière volontaire les prix et/ou les quantités d'actes médicaux. C'est une méthode d'économies « directe » qui constitue à court terme une solution de facilité. Cette stratégie peut cependant se traduire par une dégradation de l'état de santé de la population et générer ainsi une augmentation des dépenses de soins à moyen-long terme. Privilégier les économies immédiates par le rationnement n'est donc pas une stratégie efficace dans le temps.

L'efficacité consiste à optimiser la qualité et la gestion des soins sous contrainte de ressources financières. Développer l'efficacité du système est une stratégie efficace sur le moyen-long terme pour réaliser des économies mais elle est longue et complexe à mettre en œuvre.

Les effets positifs en termes d'économies budgétaires peuvent d'ailleurs ne pas être instantanément observables. A l'inverse, la recherche de l'efficacité peut se traduire par une hausse des dépenses de court terme, compensée, en théorie, par d'importantes économies sur le moyen-long terme (soit le contraire du rationnement).

La poursuite de l'efficacité justifie par exemple le développement de la rémunération à la performance pour les médecins, ou encore le déremboursement de certains actes médicaux et médicaments dont le service médical rendu (SMR) est insuffisant ou non démontré. Parallèlement, l'efficacité autorise que l'on accroisse les ressources allouées à la prévention, ainsi qu'aux soins et aux médicaments performants et correctement prescrits.

Encadré 1. Exemple d'efficacité avec le remboursement de la fécondation *in vitro*

Le coût d'une naissance par fécondation *in vitro* dépend fortement du taux de réussite. Or, après la ménopause, la probabilité de réussite d'une fécondation *in vitro* devient faible tandis que les risques de complications médicales pour la patiente s'accroissent considérablement. En France, les femmes atteintes de ménopause ne peuvent d'ailleurs prétendre à une fécondation *in vitro* que si leur ménopause est précoce. Dans ce cas de figure, le coût pour la Sécurité sociale est potentiellement important. Le critère d'efficacité justifie alors la non prise en charge par l'Assurance maladie de la fécondation *in vitro* après la ménopause. La loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique indique que les parents doivent être en âge de procréer. Après la ménopause il faut donc aller à l'étranger.

Diversifier les sources de financement

En France, le financement de l'Etat-Providence repose en grande partie sur le travail, *via* les cotisations patronales et salariales. Les recettes de la protection sociale sont de ce fait particulièrement sensibles à la situation sur le marché du travail. Or, si ce mode de financement était pertinent durant les Trente Glorieuses, aujourd'hui, il ne l'est plus.

Durant les années qui ont suivi la création de la Sécurité sociale en 1945, le marché du travail était en situation de plein emploi, la masse salariale progressait rapidement, le coût des soins médicaux était modéré et l'endettement public était faible et maîtrisé. Aujourd'hui, plus aucune de ces conditions n'est vérifiée.

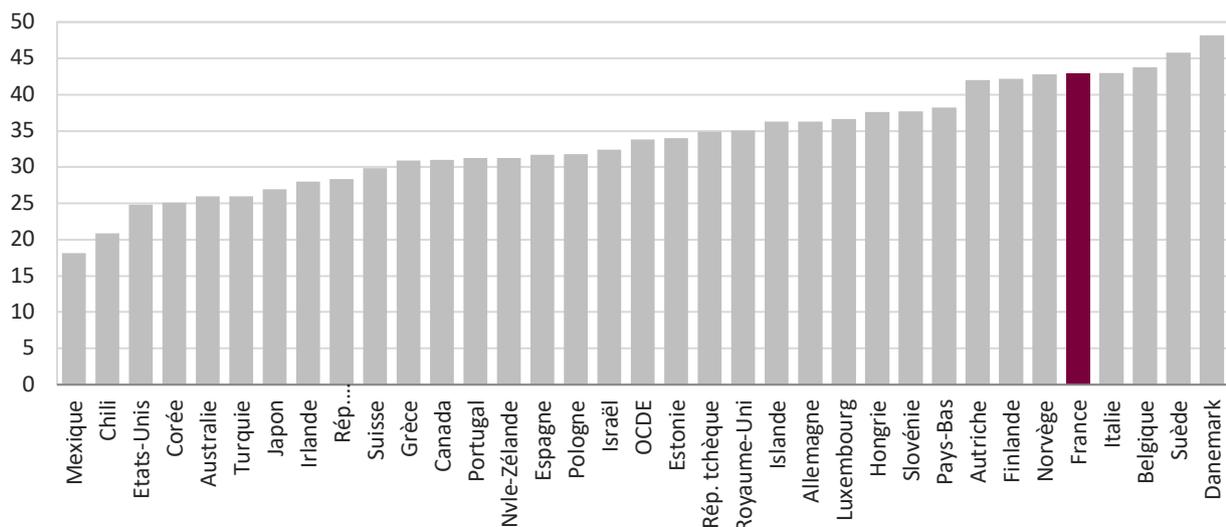
Aujourd'hui, la France souffre d'un chômage de masse persistant (10% de la population active au premier semestre 2012) et les salaires progressent en conséquence lentement. Ces conditions impactent négativement les recettes sociales. Parallèlement, le coût unitaire des techniques médicales s'accroît sous

l'effet des innovations, ce qui contribue à tirer les dépenses de santé. Une revalorisation des cotisations sociales n'est toutefois pas une stratégie à envisager car celle-ci aurait un coût non négligeable en termes d'emploi.

Avec un taux de prélèvements obligatoires de 43,9% du PIB en 2011 (source : Insee), la France est l'un des pays où la fiscalité est la plus élevée au monde. Or, dans un environnement de concurrence commerciale et fiscale globalisée, un tel niveau d'impôt n'est économiquement pas neutre sur la production et l'emploi d'un pays.

Le taux actuel des cotisations sociales alourdit sensiblement le coût du travail et il est l'un des facteurs qui peuvent affaiblir la compétitivité-prix des entreprises. Le coût du travail est d'ailleurs l'une des causes de la persistance du chômage de masse en France. Il n'apparaît donc pas judicieux de relever davantage les cotisations sociales supportées par les entreprises.

Graph 13. Taux de prélèvements obligatoires dans les pays de l'OCDE
En pourcentage du PIB ; en 2010



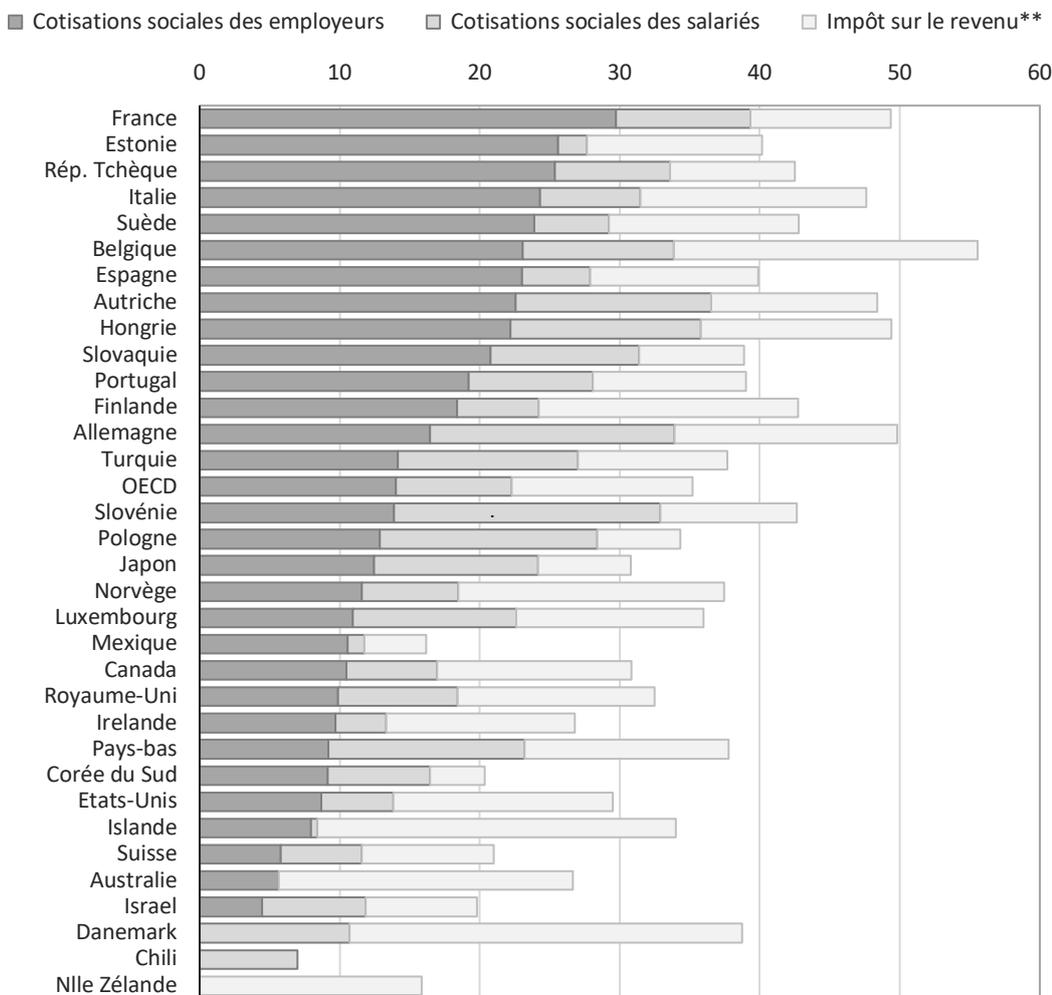
Source : OCDE



La France est le pays de l'OCDE où les cotisations patronales en proportion du coût du travail sont les plus importantes. Un tel niveau pourrait être économiquement neutre si le salaire brut des travailleurs français n'était pas également élevé ce qui, *in fine*, modérerait le coût du travail. Or, le salaire brut des Français est élevé car il inclut directement un niveau important de cotisations salariales et indirectement l'impôt sur le revenu. La France est ainsi l'un des pays de l'OCDE où le degré de taxation total des revenus du travail (« le coin fiscal ») est le plus fort.

Pour résorber le déficit de l'Assurance maladie sans pénaliser l'emploi, la diversification des financements à moyen et long terme est donc indispensable en complément des gains d'efficacité ou de la montée en charge de la prévention.

Graph 14. Le coin fiscal* dans les pays de l'OCDE
En pourcentage du coût du travail, en 2011



Notes : * le coin fiscal mesure le degré de taxation total des revenus du travail. Son poids et sa structure influencent l'offre et la demande de travail au sein d'un pays. Il influence donc sur le niveau de l'emploi et du chômage.

** l'impôt sur le revenu est calculé sur la base d'un salarié célibataire, sans enfant, et touchant un revenu moyen.

Source : OCDE (Taxing Wages 2011)

Petits maux saisonniers : vers une couverture plus assurantielle

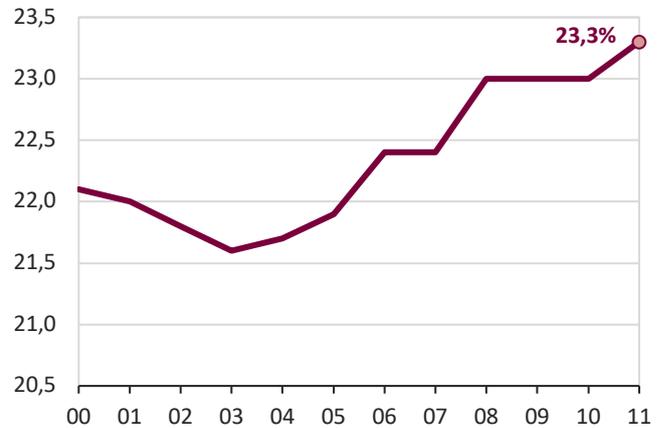
Depuis 2005, l'Assurance maladie tente de maîtriser ses dépenses par la généralisation du ticket modérateur, la baisse des prix des actes médicaux (comme ceux de la biologie) et des déremboursements de soins et de médicaments.

En conséquence, entre 2005 et 2011, le poids du secteur privé dans le financement de la santé est passé de 21,9% à 23,3%.

La pérennité du système de soins passe notamment par une redéfinition des maladies et des prestations relevant intégralement de l'Assurance maladie, c'est-à-dire de la solidarité nationale.

La Sécurité sociale s'est d'ores et déjà désengagée du remboursement des frais d'optique et des soins dentaires. D'autres activités et biens médicaux pourraient suivre le même schéma. La société française doit-elle accepter que des maladies bénignes (telles les « maux d'hiver », la petite traumatologie, les maux de tête non chroniques, etc.) et les soins de « confort » ne relèvent non plus de la solidarité nationale mais d'une prise en charge par les complémentaires santé ?

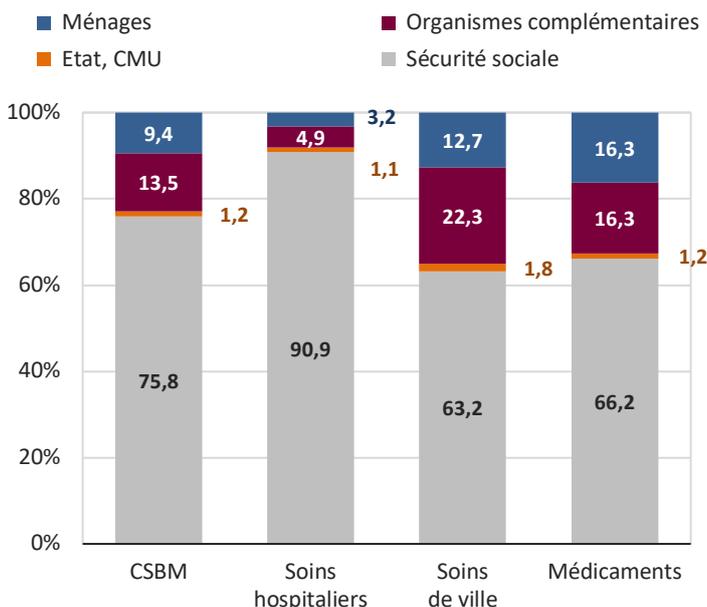
Graph 15. Part du financement privé de la CSBM*
En pourcentage de la CSBM



* Consommation de soins et de biens médicaux
Source : Drees (comptes de la santé)

Un retrait progressif de l'Assurance maladie de certaines affections bénignes permettrait notamment de concentrer ses efforts de prise en charge sur les maladies plus affligeantes pour le bien-être des individus, telles les affections de longue durée qui représentent actuellement plus de la moitié des remboursements de l'Assurance maladie.

Graph 16. Structure du financement de la CSBM*
En pourcentage de la CSBM



* Consommation de soins et de biens médicaux
Source : Drees (comptes de la santé)

Les ménages ne disposant pas des moyens de souscrire une assurance complémentaire ne seraient pas pour autant exclus du système en cas de maladies bénignes puisqu'ils restent, quoi qu'il arrive, couverts par une logique de solidarité avec la Couverture maladie universelle (CMU).

Encadré 2. Les trois grands systèmes de santé

Schématiquement, il existe trois grands modèles de protection sociale : le système bismarckien, le système béveridgien et le système libéral.

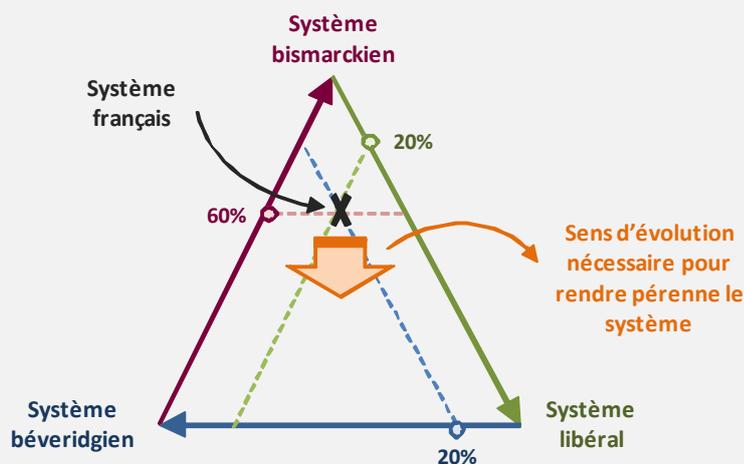
- 1. Le système bismarckien**, développé en Allemagne par le Chancelier Bismarck en 1883, repose sur une assurance sociale obligatoire couvrant les travailleurs et leurs ayants droits. Le système, organisé en caisses d'assurance, est financé majoritairement par des cotisations sociales proportionnelles aux salaires. Dans le système bismarckien d'origine, ces cotisations sont supportées à parts égales par les salariés et leurs employeurs.
- 2. Le système béveridgien** a été déployé en Grande Bretagne en 1945 suite aux propositions de l'économiste et homme politique William Beveridge. Il repose sur un principe d'universalité et couvre uniformément l'ensemble de la population sans considération de statut. Le système est financé par toute la société *via* l'impôt.
- 3. Le système libéral**, développé aux Etats-Unis, repose sur la liberté de choix des individus. Chaque personne est libre de contracter ou non une assurance. Le choix de la compagnie d'assurance et du niveau de couverture est également libre. La couverture publique est minimale.

Chaque système national de santé s'est développé autour d'un de ces trois modèles. L'Allemagne, la France et le Benelux relèvent traditionnellement du modèle bismarckien. Le Royaume-Uni, l'Europe du Sud et les pays nordiques relèvent du système béveridgien. Les Etats-Unis et le Japon sont quant à eux dotés d'un système libéral.

Aujourd'hui, les pays tendent cependant à emprunter de plus en plus d'éléments provenant indifféremment de ces trois modèles en vue de corriger les défauts inhérents à leur système de protection sociale : déficit des comptes pour le système bismarckien ; listes d'attente pour le système béveridgien ; et exclusion des individus les plus démunis pour le système libéral.

Les systèmes de santé tendent ainsi à devenir un mix, plus ou moins fort selon les pays, des trois modèles originaux. En France par exemple, le système de soins est centré sur l'Assurance maladie, issue du modèle bismarckien. Autour de l'Assurance maladie gravite le système de la CMU, inspiré du modèle béveridgien, et le système de la protection privée assurée par les complémentaires, qui lui relève du modèle libéral.

Schéma 1. Le système de santé français : 60% bismarckien – 20% béveridgien – 20% libéral



Source : Asterès

Nos indicateurs

Syst. bismarckien : % des dépenses de l'Assurance maladie provenant des cotisations sociales et de la CSG sur les revenus d'activité.

Syst. béveridgien : estimation du % des dépenses de l'Assurance maladie financé par l'impôt et par la CSG ne provenant pas des revenus d'activité.

Syst. libéral : % de la dépense courante de santé financée par le secteur privé.



Partie 2

Complémentaires : vers un rôle accru dans la régulation des dépenses

Les organismes complémentaires d'Assurance maladie (OCAM) sont des sociétés financières proposant des contrats d'assurance privée, dont la souscription n'est pas obligatoire (contrairement à la responsabilité civile pour les conducteurs de véhicule). Ces contrats d'assurance complémentaire permettent aux patients de se faire rembourser tout ou partie des dépenses de santé non couvertes par la Sécurité sociale.

Il existe différents types d'OCAM :

- les sociétés d'assurance ;
- les mutuelles (sociétés appartenant aux assurés) ;
- les institutions de prévoyance (sociétés proposant des contrats collectifs et gérées par des syndicats professionnels) ;
- certaines banques.

En 2008, 94% de la population métropolitaine était couverte par une complémentaire santé. Néanmoins, le niveau de couverture des risques est assez variable et dépend de la gamme de contrat sélectionnée par les ménages.

[2.1] *La part des OCAM dans le financement des soins progresse d'année en année*

En 2011, les OCAM ont financé 13,7% de la consommation de soins et de biens médicaux, contre 12,4% en 2000. En ajoutant la contribution nette des complémentaires au Fonds CMU, cette proportion doit être relevée de près d'un point.

En outre, les complémentaires prennent à leur charge des dépenses annexes de santé non comptabilisées dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Il s'agit par exemple des suppléments de dépenses d'hospitalisation (chambre individuelle, frais de long séjour...) et de versements au ménages au titre de la contraception, de l'acupuncture, de primes de naissance... En 2010, l'ensemble de ces dépenses non comprises dans la CSBM s'est élevé à 1,2 milliards d'euros pour les complémentaires.

Le poids des complémentaires dans le financement de la santé est sensiblement plus élevé pour certains types de soins. Ainsi, elles supportent plus d'un tiers des dépenses de soins dentaires (38,3%) et des « autres biens médicaux » (35,7%), parmi lesquels figurent les frais d'optique. En 2011, 43,8% des dépenses classées par la Drees dans la catégorie « autres biens médicaux »* étaient des dépenses d'optique.

Les frais d'optique sont mal remboursés par la Sécurité sociale (de l'ordre de 4% de la dépense facturée). La prise en charge par les OCAM est en revanche élevée (66%), permettant aux patients de limiter leur reste à charge (29%)*.

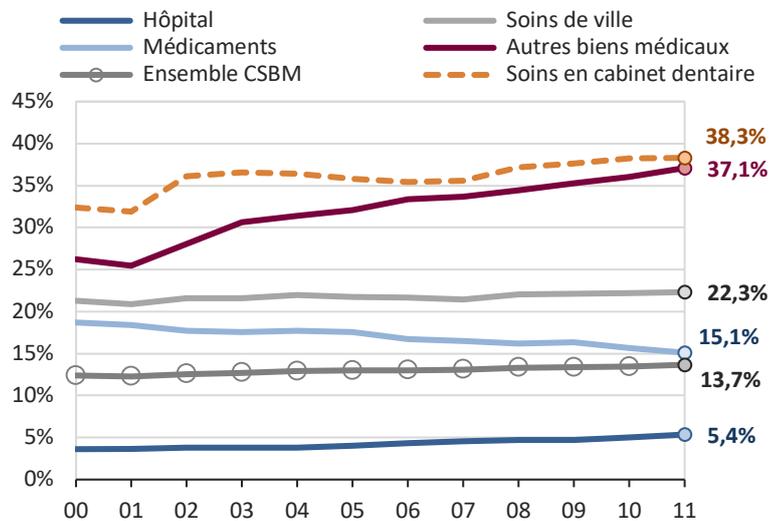
* Dépenses d'optique ; de prothèses, d'orthèses, de véhicules pour handicapés physiques ; de petits matériels en pansements
** Source : Drees (comptes de la santé 2010)



L'Assurance maladie se désengage progressivement du financement des soins dentaires et d'optique depuis plus de 10 ans.

Entre 2000 et 2010, la part des dépenses prise en charge par les OCAM a ainsi crû de plus de 5 points pour les soins dentaires et près de 11 points pour les « autres biens médicaux ».

Graph 17. Poids des complémentaires santé dans les principaux postes de la CSBM*

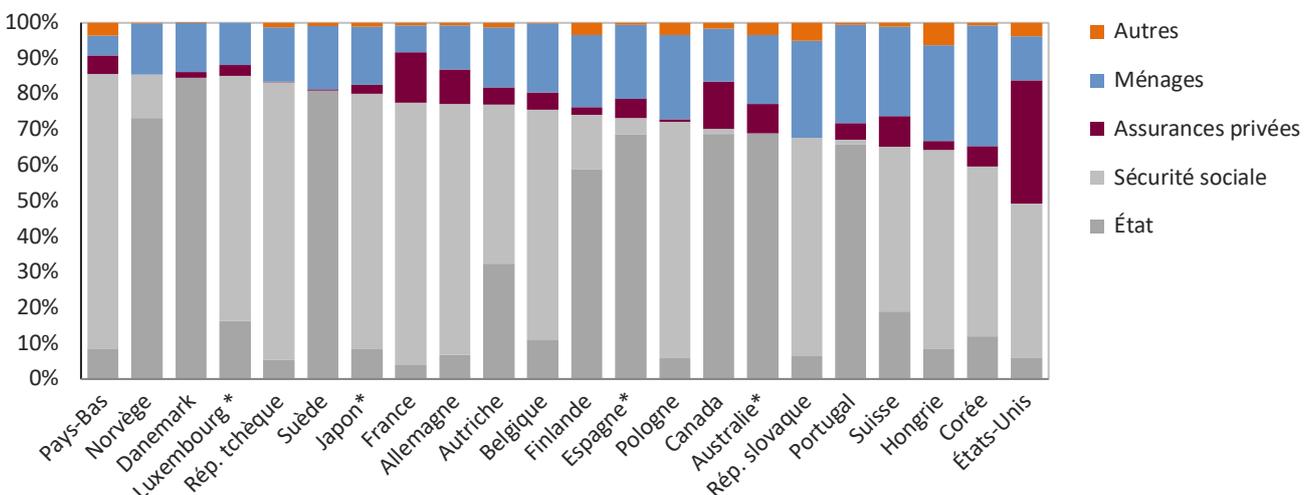


* Consommation de soins et de biens médicaux
Source : Drees (comptes de la santé)

En France, le poids des OCAM dans le financement de la santé est supérieur à celui observable dans les autres pays développés. Cette caractéristique permet aux ménages français de supporter un reste à charge relativement faible en proportion comparé aux autres pays. La France est ainsi le pays, après les Pays-Bas, où les ménages supportent la plus faible fraction des dépenses de santé.

Les OCAM sont amenés à prendre du poids et à coexister avec l'Assurance maladie. Le modèle dominant du système de santé français demeurera le modèle bismarckien. Il apparaît néanmoins nécessaire d'adapter la gouvernance du système pour permettre à la sphère privée de participer également à la régulation des dépenses de santé.

Graph 18. Sources de financement des dépenses courantes de santé
En pourcentage des dépenses de santé ; en 2010



Note : * données 2009 ou dernière année connue
Source : OCDE (Health Data 2012)

[2.2] *Leur rôle dans la régulation des dépenses doit donc se renforcer*

La santé est un marché particulier car, contrairement à un marché « traditionnel », la demande est très peu sensible au prix et les consommateurs sont en situation d'asymétrie d'information élevée (voir encadré 3). Ces particularités justifient que des mécanismes de régulation soient établis. En outre, la progression structurelle des dépenses de santé et l'absence de réforme du mode de financement menacent la pérennité du système.

Il est donc nécessaire de développer des moyens pour préserver la solvabilité de la demande de soins sur le long terme, **autant dans l'intérêt des patients que des professionnels de santé.**

L'Assurance maladie a développé de nombreux mécanismes pour réguler ses dépenses (baisse des remboursements, renforcement du ticket modérateur, réduction des prix, réforme du « médecin traitant », mise en place de référentiels de prescriptions, prévention...).

Compte tenu du poids croissant des OCAM dans le financement de certains types de soins, il est légitime que ces derniers deviennent également de véritables acteurs de santé publique.

A l'image de l'Assurance maladie, les OCAM devraient donc pouvoir développer des dispositifs pour réguler les dépenses qui leur incombent.

Toutefois, les stratégies de régulation adoptées par les complémentaires doivent être légalement encadrées et respecter un certain nombre de règles. La première d'entre elles est le respect de l'intérêt des patients et de la collectivité.

Le développement des réseaux de professionnels de santé conventionnés par les mutuelles s'inscrit dans cette démarche. En effet, ces réseaux constituent un moyen efficace pour réguler les prix tout en assurant la qualité des soins.

A terme, il y aurait un danger à transférer aux OCAM toujours plus de soins à financer sans leur donner les moyens de participer à la régulation des dépenses.

Confrontées à une augmentation structurelle et non maîtrisée de leurs remboursements, les OCAM seraient nécessairement amenés à accroître leurs primes d'assurance. Certains ménages pourraient ainsi sélectionner un niveau de couverture moindre pour réduire leur prime d'assurance. D'autres pourraient renoncer à être couverts par une complémentaire en dépit du fait que certains soins et biens médicaux sont mal remboursés par la Sécurité sociale.

Permettre aux OCAM de réguler certaines dépenses de santé, donc de mieux maîtriser le montant total de leur remboursement, c'est notamment leur permettre de pratiquer, toutes choses égales par ailleurs, des primes à un coût plus abordable à moyen et long terme.

Encadré 3. La régulation des prix et des volumes de soins est économiquement justifiée car...

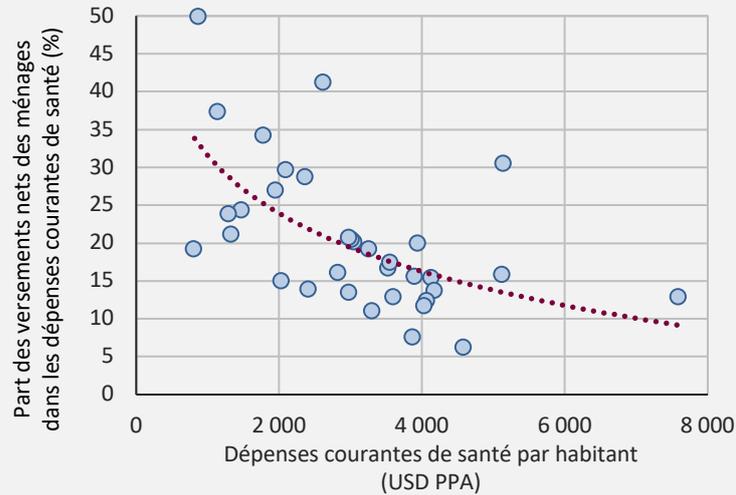
1. ... la demande est peu élastique au prix

Sur un marché « traditionnel », la demande est généralement inversement corrélée au prix : une augmentation de prix décourage la consommation tandis qu'une baisse la stimule. Dans ce contexte, les offreurs, en situation de concurrence, sont incités à pratiquer des tarifs bas pour accroître leurs volumes de ventes et assurer ainsi leur survie sur le marché.

Ce schéma théorique ne s'applique pas au secteur de la santé. En effet, les ménages ne supportent directement qu'une part modeste de leur dépense de soins (9,6% de la CSBM en 2011 pour la France) ; l'essentiel du financement étant pris en charge par la solidarité nationale et les assurances privées. Les offreurs de soins, confrontés à une demande forte et rendue solvable par les assurances, sont donc incités à pratiquer des tarifs élevés lorsque ceux-ci ne sont pas régulés de manière exogène.

Au sein des pays de l'OCDE, on observe d'ailleurs que moins les ménages supportent directement le coût de la santé, plus les dépenses courantes de santé sont importantes.

Graph 15. Versements des ménages et dépenses courantes de santé
En 2009 (ou année la plus proche) / chaque point représente un pays de l'OCDE



Source : OCDE (Panorama de la santé 2011)

2. ... les patients sont en situation d'asymétrie d'information

Les patients sont démunis pour faire fonctionner efficacement la concurrence. Il est en effet complexe pour eux d'apprécier le rapport qualité-prix d'une prestation de soins compte tenu des limites de leurs savoirs médicaux. En situation d'asymétrie d'information, les patients peuvent, à tort, sélectionner les médecins aux tarifs les plus élevés en supposant que leur prise en charge médicale sera nécessairement de meilleure qualité.

L'avantage informationnel des professionnels de santé peut en outre provoquer une demande induite. Celle-ci résulte de la capacité des offreurs de soins à déterminer une quantité ou une qualité de traitement différente de celle que choisiraient les patients si ceux-ci disposaient des mêmes connaissances médicales.

Pour ces raisons, l'Assurance maladie régule les prix de certains services médicaux et impose des normes. Pour améliorer cette régulation, des mécanismes non publics peuvent également être développés.

Réseaux conventionnés : un moyen efficace de régulation

Les OCAM sont naturellement venues prendre le relais du financement là où l'assurance publique obligatoire a reculé. Ils jouent désormais un rôle essentiel dans les secteurs où les remboursements de l'Assurance maladie sont faibles (optique, dentaire, audioprothèse).

Dans ce contexte, le rôle des OCAM est appelé à se renforcer dans :

- ➔ la régulation des dépenses de santé, en valeur comme en volume ;
- ➔ le contrôle de la qualité des soins offerts.

La traduction la plus visible de ce double objectif est le développement par les OCAM de « réseaux de soins intégrés ». Il s'agit de réseaux de professionnels de santé conventionnés. Ces réseaux se sont développés pour les soins dont la majeure partie du financement incombe aux complémentaires. A ce jour, sont donc concernés les opticiens-lunetiers, les chirurgiens-dentistes et les audioprothésistes.

En prenant pour exemple le secteur de l'optique, la présente partie vise à exposer les avantages de ces réseaux pour les patients, la collectivité, les assureurs et les professionnels de santé.

[3.1] *Conventionnement : un moyen de réguler à la fois les prix et la qualité*

Les réseaux conventionnés reposent sur des partenariats entre, d'une part, les professionnels de santé et, d'autre part, les OCAM ou des organismes d'intermédiation.

Les deux parties y trouvent un intérêt, de sorte que les professionnels souhaitant intégrer les réseaux sont nombreux. En 2010, lorsque la Mutuelle générale de l'Education nationale (MGEN) a lancé un appel d'offre pour le renouvellement de son réseau, 6 000 opticiens-lunetiers sur les 11 000 recensés en France ont ainsi présenté leur candidature.

L'intérêt partagé de ces réseaux pour les OCAM et les professionnels repose sur une prise d'engagements réciproques.

En intégrant un réseau, les professionnels de santé s'engagent à :

- ➔ Pratiquer des tarifs « raisonnables » (l'OCAM fixe des prix à ne pas dépasser ou bien valide les prix proposés par les professionnels) ;
- ➔ Mettre en place le tiers-payant ;
- ➔ Respecter des normes de qualité (gamme de produits, services offerts).

En contrepartie, les OCAM garantissent aux adhérents de leur réseau un certain volume de clients. Pour cela, les OCAM ont développé des incitations auprès de leurs assurés afin que ceux-ci s'orientent volontairement vers les opticiens du réseau.

En fonction des complémentaires et des contrats d'assurance, les réductions de tarifs ainsi obtenues au sein d'un réseau peuvent atteindre jusqu'à 40% pour des verres correcteurs par rapport au prix moyen de marché. Selon les réseaux d'opticiens-lunetiers, les montures, les lentilles, et d'autres produits d'optique, comme les produits d'entretien, peuvent également donner lieu à des tarifs avantageux.

Tableau 1. Tarifs négociés par réseau conventionné d'opticiens-lunetiers

Réseau	OCAM principaux	Bénéficiaires (en millions)	Réductions moyennes de tarifs		
			Optique	Dentaire	Audioprothèse
SantéClair	Allianz, MMA, MMAF, IPECA, MGP, GMF, AGF	6	Verres : 40% Montures : 15%	10 à 20%	40%
Kalivia	Malakoff-Médéric, Harmonie mutuelles	6	Verres : 40% Montures : 15%	∅	Prévu fin 2012
Sévéane	Groupama, Pro BTP	6	Verres : 25% à 30%	Prix moyen de marché	Prévu fin 2012
Carrés Bleus	Matmut	5	Verres adultes : 27% Equipement enfant : 45%	∅	∅
MGEN	MGEN, MAIF	3	Verres : 15 à 35% Montures : 5% minimum	40%	Prévu en 2013
itelis	Axa, Axeria, Mutuelle Mieux-être	3	29%	10%	8 à 25%
Carte Blanche	Swiss life, GMC, Cegema, Solly Azar, Tranquilité santé	2,5	Verres : 20 à 25%	10 à 20%	nc
Actil	Apicil, Vauban Humanis, Alptis, GRM, Inégrance	1,5	20%	nc	Prévu fin 2012

Note : ∅ signifie « pas de réseau »

Sources : Intérêts Privés n°639 (interetsprivé.grouperf.com), OCAM

Ces tarifs minorés se réalisent à qualité constante de prestation : afin d'assurer à leurs assurés le meilleur rapport qualité-prix, les OCAM contrôlent la qualité des services délivrés au sein de leur réseau.

Ce dispositif contribue ainsi à résoudre le problème de l'asymétrie d'information entre professionnels de santé et patients. En effet, l'appréciation des patients quant à la qualité des soins au regard de leur coût est particulièrement complexe. Il peut d'ailleurs arriver que des professionnels de santé peu scrupuleux abusent de cette situation. Il nous a plusieurs fois été rapporté que certains opticiens proposent parfois à leurs clients des produits, non pas en fonction de leurs besoins de base mais selon le niveau de prise en charge par la complémentaire santé.

[3.2] *Ce système de régulation a contribué à maîtriser les dépenses d'optique*

Les réseaux conventionnés ne permettent pas seulement de réguler les prix au sein des magasins adhérents ; **ils contribuent également à la régulation des prix dans l'ensemble du secteur grâce au jeu de la concurrence.**

Au début des années 2000, les prix des lunettes de vue prograissaient au même rythme que l'indice des prix à la consommation (IPC), soit environ +2% par an. L'augmentation des tarifs d'optique a ensuite ralenti en 2006 et 2007 avant de repartir à la hausse en 2008 et 2009.

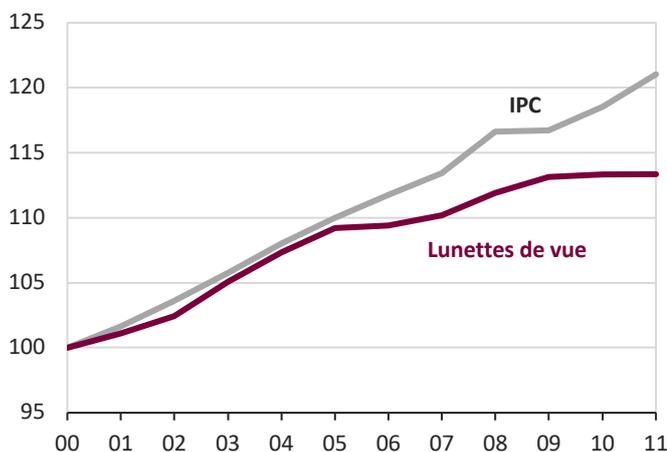
En 2010 et 2011, les réseaux conventionnés sont montés en puissance. Or, lors de ces deux années, la croissance de l'IPC s'est accélérée tandis que celle des prix des lunettes a été quasiment nulle.

L'indice de prix des lunettes n'a cru que de 0,2% en 2010 et est resté stable en 2011 (+0,0%).

Parallèlement, l'inflation a été de 1,5% en 2010 et de 2,1% en 2011.

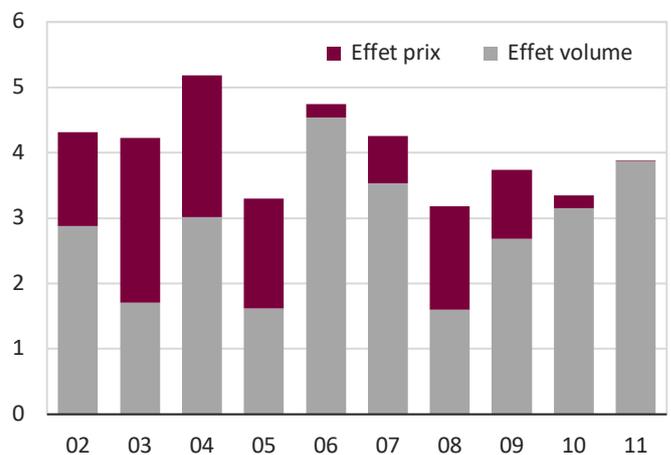
En conséquence, la croissance des dépenses d'optique en France, en 2011, a été presque exclusivement imputable à l'augmentation des volumes.

Graph 19. Indice des prix à la consommation et indice des prix des lunettes de vue
Base 100 = 2000



Source : Insee

Graph 20. Evolution des dépenses d'optique en France
Taux de croissance annuelle



Source : Drees (Comptes de la santé)



[3.3] **Avantages / inconvénients du conventionnement pour les professionnels de santé**

Analyse théorique : « Le dilemme de l'opticien »

Si le système des réseaux est avantageux pour les assurés, la situation pour les professionnels de santé est plus contrastée. L'intérêt du conventionnement pour un opticien est d'élargir sa clientèle. Or, cela ne peut se faire qu'au détriment des magasins non conventionnés. Le système implique donc des « gagnants » et des « perdants ».

Afin que l'entrée d'un opticien dans un réseau lui soit profitable, il est nécessaire que l'augmentation de son activité compense les réductions de prix consenties. Ainsi, en supposant que le « stock » d'assurés soit stable en France, l'avantage qu'en retire un opticien affilié est d'autant moindre que la taille du réseau est importante.

Les professionnels de santé sont ainsi soumis à un problème bien connu en théorie des jeux : « le dilemme du prisonnier ». La théorie des jeux permet d'analyser les relations économiques et sociales sous la forme de jeux stratégiques. Cet outil d'analyse a de nombreuses applications et peut notamment s'appliquer aux choix des professionnels de santé quant à d'adhésion à un réseau.

Une analyse par la théorie des jeux de la situation des opticiens-lunetiers fait ressortir une opposition entre l'intérêt individuel et l'intérêt collectif à court terme.

En effet, individuellement, les opticiens ont intérêt à adhérer à un réseau pour accroître leur volume de ventes. Collectivement, ils n'y ont cependant pas intérêt : lorsque la majorité d'entre eux sera conventionnée, l'augmentation escomptée de leur activité sera insuffisante pour compenser les baisses de prix consenties.

Les opticiens-lunetiers étant en concurrence entre eux, ils n'ont pas la possibilité de s'entendre sur une décision collective. Et même à supposer qu'une entente soit conclue, l'incitation à jouer un rôle de « passager clandestin » en bravant cette entente pour adhérer à un réseau serait très forte.

Selon ce schéma théorique, dans un horizon de court terme, l'incitation pour les opticiens à se conventionner est forte, même si cela diminue la taille totale du marché en valeur *via* la baisse des prix. En revanche, dans un horizon de long terme, le conventionnement concourt à la solvabilisation du système français de santé, ce qui bénéficie à l'ensemble des opticiens-lunetiers (voir encadré suivant).



Encadré 5. Le dilemme du prisonnier appliqué aux opticiens

Parfois, la recherche par chacun de son intérêt personnel aboutit à une situation collectivement sous-optimale. Dans les années 1950, A. W. Tucker formalise ce résultat en prenant l'exemple de deux prisonniers. Le cas des opticiens et des réseaux conventionnés constitue une intéressante illustration du dilemme du prisonnier.

Supposons un marché fictif de l'optique de 10 millions d'euros, où deux opticiens, possédant chacun la moitié du marché, se font concurrence.

Ils sont confrontés au choix stratégique suivant : signer ou non un partenariat avec une assurance santé. En acceptant le partenariat, ils sont tenus de réduire leurs tarifs mais peuvent espérer attirer la clientèle du concurrent.

Au moment de prendre leur décision, les deux opticiens, en situation de concurrence, ne peuvent se concerter. A supposer qu'un accord puisse être conclu entre eux, celui-ci ne peut être durable : chaque opticien aurait un intérêt fort à trahir l'accord pour devenir un « cavalier solitaire ». En effet, la trahison leur permettrait d'atteindre un profit maximum. Cette situation rend improbable toute concertation.

Au terme du jeu décrit ci-dessus, trois situations sont envisageables :

- 1. Aucun des deux opticiens ne signe de partenariat :** leur situation n'évolue pas. Leurs « gains » sont stables (5 millions d'euros de chiffre d'affaires chacun) ;
- 2. L'un signe, l'autre non :** l'opticien conventionné baisse ses prix et attire une nouvelle clientèle, ce qui lui permet d'accroître malgré tout son chiffre d'affaires (7 millions d'euros). L'autre perd des clients et voit son chiffre d'affaires se réduire en conséquence (2 millions d'euros). Le marché total se réduit à 8 millions d'euros car l'un des opticiens a réduit ses prix.
- 3. Les deux opticiens signent la convention de partenariat :** ils sont tous deux tenus de baisser leurs prix. Leur volume de clients est stable car les assurés n'ont pas d'incitation à changer d'opticien. En ligne avec la réduction des tarifs, le chiffre d'affaires des deux professionnels baisse (4 millions d'euros chacun).

Ces situations sont résumées dans le tableau des gains suivant :

	Opticien 1	
	Ne signe pas	Signe
Opticien 2	Ne signe pas	(5 ; 5)
	Signe	(2 ; 7)

Collectivement, la meilleure situation résulte de l'absence de partenariat avec l'assureur car le chiffre d'affaires collectif est maximal et équitablement réparti entre les deux professionnels.

Individuellement, c'est l'inverse : un opticien est incité à accepter le partenariat pour accroître sa clientèle et maximiser ainsi son propre profit. Par ailleurs, ne pas accepter de partenariat revient à s'exposer au risque de perdre de la clientèle si le concurrent a lui signé.

En l'absence de concertation entre les deux opticiens, chacun suivra ses motivations personnelles et signera le partenariat avec la complémentaire santé. Ce choix mène cependant à une situation collectivement sous-optimale pour les opticiens.

Dans la réalité, cette conclusion n'est valable qu'à court terme. Sur le long terme, le non contrôle des dépenses de santé (« aucun des opticiens ne signe ») met en péril la pérennité de la demande adressée aux opticiens. Ainsi, à long terme, l'intérêt collectif repose sur l'adhésion aux réseaux.

Analyse empirique : le conventionnement pèse sur la croissance du chiffre d'affaires des opticiens adhérents au réseau, et non sur celui des opticiens hors réseau

Pour un opticien, la signature d'un contrat de conventionnement n'est profitable que si l'augmentation de la clientèle qui en résulte compense les baisses de prix consenties. Or, au moins pour l'année 2011, cela ne semble pas avoir été le cas. Le conventionnement n'aurait pas eu d'impact fortement négatif sur l'activité des magasins non conventionnés.

D'après la Mutualité française, le développement des réseaux d'opticiens a véritablement pris son essor en 2011. Son impact sur le chiffre d'affaires peut donc s'analyser en comparant la croissance des ventes réalisées par les magasins appartenant à un réseau en 2011 par rapport à :

- leurs performances passées ;
- à la performance des magasins non conventionnés.

De ces comparaisons, il ressort que :

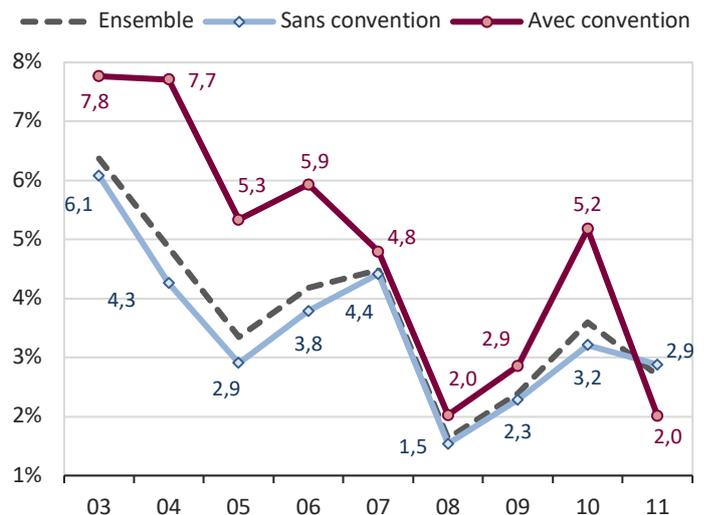
- les magasins conventionnés ont, en moyenne, des performances historiques supérieures à celles des magasins non conventionnés. Cette tendance peut s'expliquer par le fait que les magasins les plus performants disposent des meilleurs atouts pour prétendre à un conventionnement (capacité de pratiquer des tarifs modérés essentiellement).
- Cependant, l'observation précédente n'est plus valable pour l'année 2011. En effet, la croissance du chiffre d'affaires a ralenti pour les magasins conventionnés tandis que le ralentissement a été relativement limité pour les non conventionnés. L'adhésion à un réseau d'opticiens pourrait ainsi constituer un frein à la croissance du chiffre d'affaires car les baisses de prix consenties ne seraient pas intégralement compensées par un afflux suffisant de clients supplémentaires.

● A noter que ce diagnostic ne porte que sur une année (2011). Ces résultats sont donc susceptibles d'évoluer avec l'analyse de données supplémentaires.

Deux éléments d'explication peuvent permettre d'expliquer que la hausse de la clientèle soit moindre qu'espérée pour les opticiens-lunetiers conventionnés :

1. Les assurés peuvent sélectionner leur opticien sur la base de leurs goûts personnels et non sur la base d'avantages dont ils pourraient profiter auprès d'un établissement conventionné.
2. Les assurés peuvent être imparfaitement renseignés sur le réseau d'opticiens de leur complémentaire santé. Ils peuvent ne pas connaître les magasins adhérents au réseau tout comme ne pas connaître les avantages délivrés dans ses magasins. Les assurés ne disposeraient alors pas des informations nécessaires pour formuler de manière rationnelle et optimum leurs choix de prestataire. Les complémentaires gagneraient alors à mieux faire connaître auprès de leurs assurés les avantages du conventionnement, dans l'intérêt des opticiens.

Graph 21. Evolution du chiffre d'affaires des opticiens
En variation annuelle



Champ : opticiens-lunetiers ayant un CA > 2M€ et ayant déposé leurs comptes financiers aux greffes des tribunaux de commerce.

Note : avant 2010, aucun opticien n'avait signé de convention.

Source : Asterès

[3.4] **Le système présente de multiples avantages pour les assurés**

Ce système de régulation présente divers avantages pour les assurés.

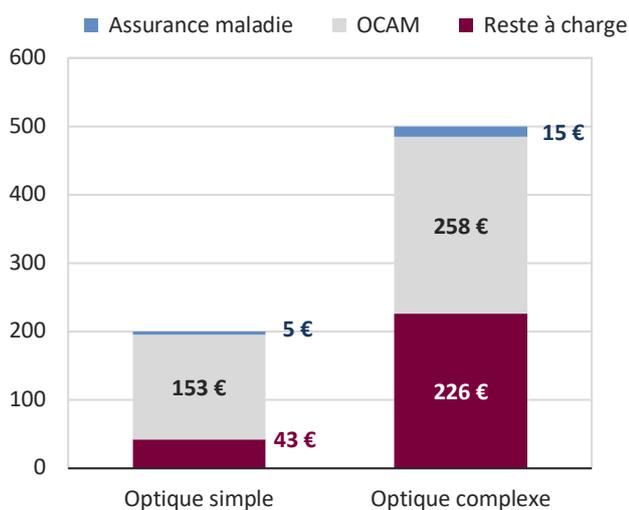
En se rendant dans un magasin du réseau, ces derniers peuvent bénéficier :

- 1. de tarifs réduits à qualité de prestation égale, voire supérieure ;**
- 2. d'une meilleure prise en charge financière par leur complémentaire ;**
- 3. d'une dispense d'avance de frais (tiers-payant) ;**
- 4. de services ou produits annexes gratuits (assurance « casse », traitement des verres, étui rigide).**

L'achat de lunettes constitue une dépense importante pour les ménages, parfois même « désincitative ». Selon une étude de la Drees sur le renoncement aux soins, plus de 2 millions de personnes auraient déjà renoncé, ou reporté, l'achat de lunettes de vue pour des raisons financières (4,1% de la population adulte). Pour ces personnes, ce renoncement est dommageable en termes de qualité de vie, mais également en termes de productivité au travail.

En moyenne, un équipement d'optique doté de verres unifocaux (optique simple) coûte 277 euros, dont en moyenne plus de 20% reste à la charge de l'assuré. Un équipement monté de verres progressifs (optique complexe) revient en moyenne à 591 euros, dont en moyenne la moitié est supportée par l'assuré.

Graph 17. Structure moyenne du financement de lunettes vue coûtant 200€ et 500€
En euros



Optique simple :
Prix de référence 200€
(100€ de monture + 50€ par verre simple)

Optique complexe :
Prix de référence 500€
(100€ de monture + 200€ par verre complexe)

Source : Drees



Au vu de la dépense que représente l'achat de lunettes, les réseaux conventionnés sont un enjeu majeur pour la santé oculaire de la population car ils permettent de :

- ➔ réduire sensiblement le reste à charge des patients *via* des lunettes moins onéreuses et mieux remboursées ;
- ➔ limiter, toute chose égale par ailleurs, la revalorisation des primes d'assurance sur le long terme (le système permet aux OCAM de réaliser des économies, ce qui se répercute en bout de course sur le montant des primes).

D'après Harmonie mutuelles, le reste à charge d'un équipement d'optique au sein de son réseau était en moyenne de 113 euros en 2011, contre 162 euros en dehors du réseau. Les assurés d'Harmonie mutuelles s'étant orientés vers un opticien conventionné ont ainsi réalisé une économie moyenne de 30%.

Les avantages offerts dans les réseaux sont variables d'un OCAM à un autre. Certaines complémentaires mettent par exemple l'accent sur des tarifs négociés particulièrement faibles tandis que d'autres privilégient des taux de remboursement plus importants. Par ailleurs, les avantages offerts au sein d'un réseau peuvent varier selon les différents contrats proposés par une même complémentaire.

Encadré 4. Les réseaux conventionnés sont critiqués pour de mauvaises raisons

La Fédération nationale des opticiens de France (FNOF) critique le système des réseaux conventionnés. Selon elle, ce système serait pénalisant pour les assurés en termes de prestation et de remboursement s'ils ne se rendent pas chez un opticien conventionné. Pour la FNOF, certains assurés auraient d'ailleurs des difficultés à accéder aux réseaux pour cause d'éloignement géographique. Enfin, même les assurés se rendant chez les opticiens du réseau seraient lésés car contraints dans leurs choix de produits.

Ces arguments nous paraissent fragiles. En effet, les assurés sont libres de sélectionner l'opticien de leur choix. S'ils se dirigent vers les adhérents du réseau, ils bénéficient d'avantages. En revanche, s'ils s'orientent en dehors du réseau, ils ne sont en rien pénalisés car ils bénéficient toujours de la prise en charge habituelle par leur complémentaire. En d'autres termes, le système des réseaux conventionnés ne repose pas sur des mesures « punitives », mais uniquement sur des mesures « incitatives ». Ce mode de régulation va donc dans le sens des récentes études économétriques démontrant que des incitations positives sont souvent plus efficaces que des incitations par « sanction ».



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 proposons à nos clients :

- des analyses macroéconomiques et sectorielles ;
- des prévisions ;
- des enquêtes de conjoncture.

Nous menons également des missions de conseil en développement & attractivité économique.

Asterès se veut 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.

Respect de l'environnement :



Asterès s'engage à limiter l'impact de son activité sur l'environnement par le recyclage, la dématérialisation, les économies d'énergie, et la limitation des déplacements en avion et en voiture ou leur compensation. Par ailleurs, nos analyses prennent en compte la dimension écologique et environnementale des phénomènes économiques. En matière de conseil, nos propositions sont formulées dans le souci du respect de l'environnement et de la durabilité du développement.

Nous contacter :

www.asteres.fr
contact@asteres.fr
7, rue du chemin vert
94 100 Saint-Maur des Fossés
Tél. : + 33 1 48 85 23 60
Fax : + 33 1 70 24 73 57

Asterès est présent sur Facebook et Twitter