

OCTOBRE  
2019

CERCLE LAB

CARNET # 02

LIVRE BLANC

100% SANTÉ,

QUELLES CONSÉQUENCES SUR LE MARCHÉ  
DE LA COMPLÉMENTAIRE ?

EN PARTENARIAT AVEC



# Sommaire

- P.3 INTRODUCTION**
- P.4 CHAPITRE I : LE RAC O, UNE ÉQUATION DIFFICILE À RÉSOUDRE**
- 1.1 Plus de prestations, à coût constant ?
  - 1.2 Des répercussions multiples et difficiles à appréhender
- P.6 CHAPITRE II : L'ÉCOSYSTÈME DE L'ASSURANCE DE PERSONNES BOULEVERSÉ**
- 2.1 Les arguments des réseaux dévalués
  - 2.2 Les impacts sur les garanties varient
  - 2.3 L'analyse des portefeuilles devient essentielle
  - 2.4 La communication vers les assurés est au cœur de la réforme
- P.11 CHAPITRE III : LES ÉVOLUTIONS PRÉVISIBLES**
- 3.1 L'émergence de nouvelles garanties
  - 3.2 Les rapports avec les réseaux de soin reconsidérés
- P.14 CHAPITRE IV : UNE RÉFORME SOURCE DE CRAINTES**
- 4.1 Des assurés déçus de leur assureur
  - 4.2 La généralisation des surcomplémentaires
  - 4.3 L'analyse des devis devient incontournable
  - 4.4 L'émergence du nomadisme interne
- P.18 CHAPITRE V : LA MISE EN CONFORMITÉ DU SYSTÈME DE GESTION AU RAC O**
- 5.1 La prise en compte des nouvelles prestations dans les grilles
  - 5.2 Les mises à jour multiples dans les systèmes et les supports d'informations
  - 5.3 Les simulateurs : une fausse bonne idée ?
- P.21 CHAPITRE VI : COMMENT ADAPTER SA STRATÉGIE AU RAC O ?**
- 6.1 Apprendre à valoriser les dispositifs existants
  - 6.2 Gérer dans un nouvel environnement
  - 6.3 Les incertitudes qui demeurent
- P.25 CONCLUSION**



# INTRODUCTION

## LE CADRE DE LA RÉFORME

L'origine de la réforme du 100% santé, ou Reste à charge Zéro (RAC 0), remonte à la dernière campagne présidentielle. À l'automne 2016, le candidat François Fillon propose de distinguer les « gros risques », associés aux affections graves ou de longue durée, qui seraient pris en charge par l'assurance maladie, et les « petits risques », assumés par les complémentaires santé. La proposition suscite un débat houleux et, très vite, François Fillon revoit sa copie et propose de réduire à zéro le reste à charge pour certaines dépenses. Sa proposition se rapproche alors assez nettement de celle faite par le candidat Emmanuel Macron. Ce dernier se fixe la même échéance – 2022 – pour mettre en place un remboursement à 100% des frais d'optique, de dentaire et d'audioprothèse.

Emmanuel Macron évoque aussi l'encadrement des garanties, avec la mise en place de « contrats types » de différents niveaux.

Une fois élu, Emmanuel Macron joint l'acte à la parole et lance en 2017 une concertation entre Sécurité Sociale, organismes complémentaires, fabricants d'équipements et professionnels de santé qui aboutit mi 2018.

A l'automne 2018, les gilets jaunes et la crise sociale vont amener le gouvernement à modifier l'esprit de la réforme. Le RAC 0, initialement présenté comme une mesure destinée à améliorer l'accès aux soins, devient une action en faveur du pouvoir d'achat. Le gouvernement exige par conséquent que les complémentaires santé assument la prise en charge de nouvelles dépenses en optique, dentaire et audioprothèse, sans augmenter leurs tarifs.

## CHAPITRE I

## PÉRIMÈTRE DE L'ÉTUDE

1.1 PLUS DE PRESTATIONS,  
À COÛT CONSTANT ?

La mise en œuvre du RAC 0 est la énième réforme imposée aux complémentaires santé. Elle est particulièrement ardue. D'abord, sur le plan purement technique et actuariel : comment réduire le reste à charge, et donc verser davantage de prestations, sans augmenter les cotisations ?

D'un point de vue opérationnel, pour les complémentaires santé et leurs prestataires, la réforme se traduit par la mise en place de nombreuses nouvelles limites et paramètres qu'il faut prendre en compte pour les prestations et les remboursements. Les garanties et les systèmes doivent être modifiés, avec l'instauration de plafonds et de prix limites de vente en audioprothèse, en optique, et en dentaire. En parallèle, les plafonds de prise en charge qui existaient déjà dans l'ancienne version des contrats responsables sont eux aussi modifiés, notamment pour le prix des montures.



## 1.2 DES RÉPERCUSSIONS MULTIPLES ET DIFFICILES À APPRÉHENDER

Comme pour toute réforme, il existe des impacts juridiques. Ils concernent la mise en conformité des contrats et des régimes dans les délais impartis. La multiplicité des contrats rend le chantier lourd à mener. En fonction de son activité et de son portefeuille de contrat, chaque opérateur ne sera pas dans la même situation. Les complémentaires qui gèrent des régimes de branches, avec des tableaux de garantie qui ne seront pas forcément prêts à temps pour être intégrés au 1<sup>er</sup> janvier 2020, constituent sans doute l'exemple extrême, où la conformité ne serait pas effective dans les délais théoriques.

Sur le plan stratégique, la réforme du RAC 0 va redistribuer les cartes. Dans un contexte de plus en plus régulé, où les contrats vont se ressembler de plus en plus, la question est de trouver comment se distinguer de la concurrence, autrement que par le niveau des garanties. Les services périphériques d'accompagnement de l'assuré et les actes de prévention déjà inclus dans certaines offres pourraient permettre de se différencier.

La gestion des contrats santé va elle aussi être modifiée. L'apparition de nouveaux critères, de niveaux de remboursements croissants dans le temps, va complexifier la gestion des prestations et rendre ce métier plus coûteux, alors que l'injonction du gouvernement est de juguler les frais de gestion.



## CHAPITRE II

# L'ÉCOSYSTÈME DE L'ASSURANCE DE PERSONNES BOULEVERSÉ

6

La répartition des rôles entre les complémentaires santé et leurs multiples partenaires que sont les réseaux de soin, les opérateurs de tiers-payant, les éditeurs de logiciels et les gestionnaires va évoluer. Les assurés vont devoir être accompagnés.



## 2.1 DES ARGUMENTS DES RÉSEAUX DÉVALUÉS

Certains réseaux de soins avançaient depuis plusieurs années l'argument du RAC 0 chez leurs professionnels de santé partenaires. Avec le panier RAC 0 imposé par la réforme, toutes les complémentaires vont proposer le même remboursement, et l'argument de différenciation tombe. Logiquement, pour un panier de soins 100% Santé, les réseaux pourraient

se distinguer en revendiquant la capacité à offrir une meilleure qualité et une traçabilité des équipements et des verres.

Dans le cadre de la réforme 100% santé, c'est sur le panier « honoraires libres » qu'il subsiste une latitude. Sur ce panier, un réseau de soins pourra se distinguer en obtenant des tarifs préférentiels permettant de proposer un meilleur équipement que la concurrence pour un prix donné.



## 2.2 LES IMPACTS SUR LES GARANTIES VARIENT

La mise en oeuvre du 100% santé aura des conséquences différenciées en fonction du niveau des garanties. Sur les entrées de gamme, qui ne remboursaient pas très bien l'optique, la mise en oeuvre du RAC 0 va alourdir de manière significative le coût des prestations. La mise en conformité des contrats sans augmentation des tarifs paraît peu réaliste. Sur le marché de l'individuel, certaines complémentaires pourraient mettre en place dès 2020 de nouvelles offres avec un RAC 0 sur le panier « honoraires libres » au sein de leurs réseaux, ce qui leur permettra de se différencier. Sur les garanties haut de gamme, cette réforme ne devrait pas poser de problème et pourrait même parfois permettre d'abaisser le coût des prestations.

Pour les contrats collectifs, la problématique est la même. Pour les contrats de grands comptes, souvent assez généreux, il va falloir abaisser les prestations encadrées par la réforme, sur l'optique en particulier. La question sera de décider comment affecter le surplus dégagé par l'assureur, un manque à gagner du point de vue de l'entreprise assurée. Pour les contrats de petites entreprises, souvent dotés de garanties moindres, l'exercice va être plus compliqué.





## 2.3 L'ANALYSE DES PORTEFEUILLES DEVIENT ESSENTIELLE

**S**i elle est devenue une opération de défense du pouvoir d'achat, la réforme du 100% santé a été initialement lancée comme un moyen de venir à bout du renoncement aux soins. Pour que la réforme atteigne cet objectif, les complémentaires pourraient renouveler leur approche et analyser leur portefeuille pour savoir qui, parmi leurs assurés, renonce aux soins. Si la mise en place du 100% santé nécessite une analyse descendante scrupuleuse du portefeuille de garanties, pour balayer tout ce qui doit être modifié, une analyse en sens inverse, partant des assurés et de l'analyse de la consommation, pourrait permettre à une complémentaire de développer une stratégie centrée sur la réduction du renoncement aux soins, en trouvant les raisons de ce renoncement.



## 2.4 LA COMMUNICATION VERS LES ASSURÉS EST AU CŒUR DE LA RÉFORME

Pour que la réforme du 100% santé contribue effectivement à réduire le renoncement aux soins, les complémentaires ont un rôle essentiel à jouer, en expliquant à l'assuré qu'il peut être dispensé d'une quelconque avance de fonds. Pour une population étudiante, la complémentaire pourrait développer un argumentaire sur le RAC O, qui permet de s'équiper en optique gratuitement. Avec une population de retraités, la démarche consistera plutôt à insister sur le nouveau dispositif qui évite de déboursier les sommes importantes nécessaires à l'acquisition d'une prothèse auditive. Cette communication ciblée induit un coût supplémentaire, mais elle

est associée à la satisfaction du patient qui aurait renoncé avec le RAC O à s'équiper à cause du coût.

Pour la majorité de la population qui n'a pas renoncé aux soins, la communication autour du RAC O doit être orientée différemment. Intuitivement, l'assuré peut avoir la sensation qu'il paye toujours la même chose pour un service qui baisse, puisqu'une prestation clairement identifiée comme le niveau de prise en charge de la monture en optique diminue. À moyen terme, dans la mesure où la surveillance de la fréquence des remplacements des équipements devrait être plus scrupuleuse, il y a là aussi un risque de déception.



## CHAPITRE III

## LES ÉVOLUTIONS PRÉVISIBLES

## 3.1 L'ÉMERGENCE DE NOUVELLES GARANTIES

Avec la réforme, qui renforce les prestations et donc le coût des garanties d'entrée de gamme, des garanties non responsables, qui ne répondent pas aux minimums de garanties imposés par le cadre responsable, pourraient émerger. La mise en œuvre du 100% santé pourrait pousser certaines complémentaires, présentes sur des segments de clientèle modestes, à s'orienter vers des modules hospitalisation. Ce serait un retour aux sources : de tels contrats existaient avant la mise en œuvre de la modulation de la TSCA en 2006.



## 3.2 LES RAPPORTS AVEC LES RÉSEAUX DE SOIN RECONSIDÉRÉS

Les réseaux cherchent à redéfinir leur rôle, mais les complémentaires, désormais très majoritairement ralliées au concept, pourraient légitimement reconsidérer leur position et s'interroger pour savoir si cela vaut toujours la peine de payer pour ce service.

En effet, comme les professionnels de santé doivent se conformer à des tarifs, il n'est plus nécessaire de passer par un réseau pour accéder à un équipement sans reste à charge.

Pour les assurés qui consomment le panier de soins 100% Santé, fréquenter un réseau devra garantir le bénéfice de la meilleure qualité de l'équipement acheté et de sa traçabilité. Pour les assurés qui optent pour le panier de soins honoraires libres, fréquenter un réseau doit être synonyme de qualité à prix négociés. Dans ce contexte, les réseaux gardent leur utilité, car la réforme 100% Santé ne répond qu'à des besoins essentiels.

Certains professionnels de santé après analyse de la réforme, pourraient choisir d'orienter les assurés vers des produits donnant lieu à des prestations au maximum du prix libre. L'analyse des tendances de consommation entre les deux paniers de soins et la surveillance des comportements des professionnels de santé vont devenir essentielles. Cela va amener à retravailler sur la détermination des plafonds pour éviter que le RAC 0 ne joue le rôle de « voiture balai ». L'analyse de la consommation permettra aussi de voir si la réforme du 100% santé se traduit effectivement par une hausse de l'accès aux soins, et de voir comment le RAC 0 évolue.

Dans ce contexte, les réseaux vont se positionner davantage sur le contrôle. Ils pourraient aussi explorer de nouveaux domaines, comme l'implantologie et l'hospitalisation. Enfin, l'accompagnement de l'assuré dans son parcours de soins pourrait aussi être un axe de développement.

Une stratégie peut donc consister à se positionner sur du haut de gamme, en accompagnant l'assuré sur des équipements du panier libre. Pour les contrats collectifs, l'entreprise pourrait demander à son assureur de savoir ce qui a été consommé en fonction des différents postes, afin de vérifier qu'elle ne perd pas au change avec la réforme.



# UNE RÉFORME SOURCE DE CRAINTES

## 4.1 DES ASSURÉS DÉÇUS DE LEUR ASSUREUR

**L**a communication des complémentaires santé, telle qu'elle est conçue actuellement, peut générer de la déception chez les personnes protégées. Les assurés qui bénéficient de garanties assez confortables vont voir leurs prestations réduites, à cause du montant de prise en charge de la monture revu à la baisse. Plus généralement, les complémentaires ont la lourde tâche d'expliquer la réforme et de rassurer leurs adhérents et leurs clients, alors que le RAC O ne va pas être perçu de la même façon par tous les publics.





## 4.2 LA GÉNÉRALISATION DES SURCOMPLÉMENTAIRES

Sur le marché de l'entreprise, afin de pallier l'instauration de plafonds de remboursement plus stricts, les garanties surcomplémentaires non responsables pourraient se généraliser. Ces contrats permettraient de proposer la prise en charge de montures plus coûteuses, de frais d'hospitalisation, voire de dépassements pour des soins courants. La surcomplémentaire

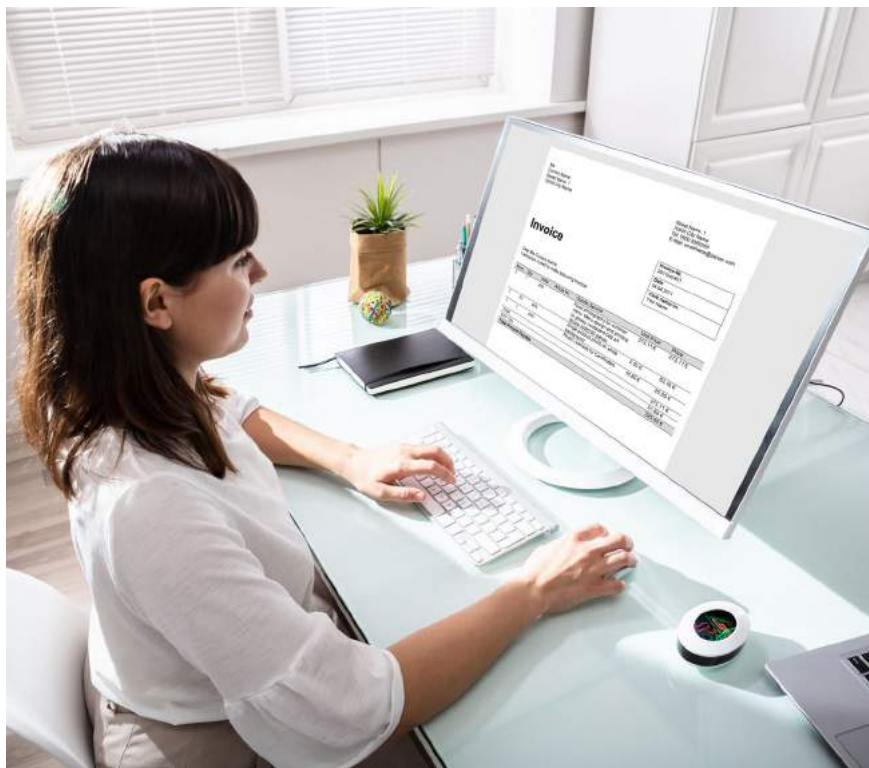
aboutirait à la mise en oeuvre du reste à charge zéro sur le panier à honoraires libres, avec un taux de TSA majoré. Sur le marché des seniors, le développement des surcomplémentaires pourrait aussi constituer une voie de différenciation.

Dans tous les cas, la tarification est essentielle, car les risques de dérive des coûts et d'antisélection sont omniprésents.



## 4.3 L'ANALYSE DES DEVIS DEVIENT INCONTOURNABLE

Le développement de caractéristiques des équipements et surcomplémentaires doit prestations proposées. Ce service, aussi s'accompagner d'une incontournable, a une traduction offre de services. En dentaire financière : les moyens humains mis comme en optique, l'analyse de en oeuvre vont induire une hausse de devis va revêtir une importance des coûts de gestion. particulière. Pour un service de qualité, la réponse – sur deux devis, un par panier -, devra être à la fois rapide et pertinente, alors que les assurés sont souvent ignorants des



## 4.4 L'ÉMERGENCE DU NOMADISME INTERNE

La mise en œuvre du RAC 0 intervient au même moment que l'instauration de la résiliation infra annuelle. Les complémentaires vont devoir se poser la question de savoir s'il faut encourager le nomadisme interne, qui consiste à aider l'assuré à changer facilement de niveau de couverture, sans changer d'assureur. Un client pourrait opter, avant l'échéance, pour une garantie mieux adaptée à son cas, plutôt que de le voir partir chez un concurrent. Mais pour poursuivre dans cette voie, il va falloir prévoir du personnel pour renforcer les actions de fidélisation et aider l'assuré à choisir la meilleure garantie. Pour offrir ce conseil, la complémentaire va devoir apprendre à travailler sur la masse de données dont elle dispose pour en faire une analyse pertinente.



## CHAPITRE V

# LA MISE EN CONFORMITÉ DU SYSTÈME DE GESTION AU RAC 0

## 5.1 LA PRISE EN COMPTE DES NOUVELLES PRESTATIONS DANS LES GRILLES

18

La mise en œuvre du 100% santé sur l'audioprothèse ne pose pas de difficulté particulière. Une historisation des plafonds et des prix limites de vente dans le système doit toutefois être créée pour rembourser correctement en fonction de la date des soins.

Toutefois, si le professionnel de santé ne respecte pas ses obligations et dépasse le prix limite de vente, il va y avoir des répercussions sur la gestion. Dans le cas du tiers-payant, la facture devra faire l'objet d'un rejet. Hors tiers-payant, l'assuré sera remboursé au niveau du prix limite de vente, et la complémentaire devra engager une démarche pour demander au professionnel de santé de rembourser à l'assuré le trop-perçu. Ce qui va créer des difficultés inconnues jusqu'ici, occasionner des réclamations et donc du mécontentement chez le patient,... à l'égard de la complémentaire. Même si c'est le professionnel de santé qui n'a pas joué le jeu.

En optique, la réforme est beaucoup plus lourde de conséquence. Toutes les grilles de prestations doivent être revues, sachant que les plafonds sont exprimés désormais avec les remboursements RO + RC et pas seulement RC comme auparavant. Par ailleurs, les plafonds, qui sont fonction notamment du prix de la monture, sont modifiés et passent ainsi de 470 euros à 420 euros pour un équipement verres simples, de 750 à 700 pour un équipement verres complexes.

## 5.2 LES MISES À JOUR MULTIPLES DANS LES SYSTÈMES ET LES SUPPORTS D'INFORMATIONS

**A**u niveau des redéfinitions des garanties, en optique, tous les plafonds des grilles de prestations changent, et nécessitent des modifications de paramétrage dans les systèmes de gestion. Pour une complémentaire, il va couramment falloir mettre en conformité des centaines de clients.

En collectives, une documentation qui explique les changements aux commissions paritaires va devoir être élaborée.

Les complémentaires ne doivent pas négliger le sujet de la perte de chance : si un assuré remplace ses lunettes après le 1<sup>er</sup> janvier 2020, alors que le prix de remboursement de la monture diminue, il faut qu'il ait été informé au préalable de ces nouvelles conditions.

En parallèle, le principe de la lisibilité des garanties entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier prochain. Un assureur doit donc en amont se poser la question des informations rendues disponibles dans l'extranet des adhérents. Dans la présentation il faudra faire simple et se contenter d'exprimer que la prise en charge est 100% sur le panier RAC O, mais sans doute pas expliquer ce qu'il y a dans ce panier, dont le contenu a été défini par l'assurance maladie.

Lorsqu'une complémentaire travaille avec un réseau, il va falloir communiquer davantage, afin de déterminer les services à proposer aux adhérents pour accompagner la démarche RAC O. L'accès à un réseau se paye, et il ne serait pas normal que pour un projet aussi lourd que la mise en œuvre du RAC O, ce prestataire n'accompagne pas la démarche. La complémentaire doit pouvoir se décharger de certaines missions sur son réseau.



### 5.3 LES SIMULATEURS : UNE FAUSSE BONNE IDÉE ?

Les outils de simulation qui doivent être mis en place pour permettre à l'adhérent qui souhaite connaître son reste à charge posent plusieurs questions. Ils sont assez complexes à mettre en œuvre, en raison de la multiplicité des garanties. Par ailleurs, les patients n'ont pas forcément les connaissances nécessaires pour les utiliser, ne serait-ce sur le sujet des médecins optam et non optam. Le plus simple pour le patient sera sans doute de demander un devis, et de le présenter à sa complémentaire. Dans cette perspective, les assureurs doivent améliorer leurs processus et tendre vers une analyse des devis en temps réel, sachant qu'une réponse se fera sur deux devis : panier 1 et panier 2. Dans cette perspective, les simulateurs apparaissent comme des outils assez peu attractifs et pourraient même relever du gadget.





# COMMENT ADAPTER SA STRATÉGIE AU RAC 0 ?

## 6.1 APPRENDRE À VALORISER LES DISPOSITIFS EXISTANTS

La réforme est lourde à mener, et tend à banaliser les prestations comme l'optique, auxquelles l'assuré prête justement une attention particulière. Pour se différencier, un assureur doit donc mettre en avant des prestations et des services qui le différencient de la masse. Mais avant de lancer de nouvelles prestations, un opérateur devra trouver comment valoriser les dispositifs existants et les garanties déjà mises en place. Le client lambda n'est pas forcément au fait des prestations auxquelles il a droit et se focalise sur l'optique, alors que d'autres prestations peuvent être très intéressantes pour lui, comme le remboursement de consultations d'ostéopathie pour un assuré sportif.

Il faut aussi communiquer pour expliquer que l'optique n'est en fait pas le poste le plus onéreux, et inciter l'assuré à faire des demandes de devis sur des opérations par exemple. Le patient qui va revoir son chirurgien après analyse de son devis et qui négocie ne doit pas être un cas isolé mais une situation qui pourrait se développer. Dans ce cas de figure, l'assuré trouve une source de satisfaction de ses relations avec sa complémentaire qui, elle, voit le coût d'une prestation diminuer. Ce scénario atteste de l'importance qu'il faut apporter à l'accompagnement des personnes protégées.

## 6.2 GÉRER DANS UN NOUVEL ENVIRONNEMENT

**A**vec la réforme, et du fait du législateur et de l'instauration des dépassements en Optam, certains patients vont faire face à un reste à charge avec le nouveau contrat responsable, inconnu dans le cadre précédent.

Il existe par ailleurs des difficultés pour mettre en œuvre des plafonds à la fois sur les montants et sur le nombre d'actes. Les assureurs doivent apprendre à créer de la valeur dans un environnement contraint, et alors que tout le monde a les mêmes contraintes. Pour éviter de voir se multiplier les expressions de besoins de la part des assureurs à l'égard de leurs différents prestataires, la coordination avec les courtiers, qui vont renégocier les garanties, est une idée à creuser. L'élaboration d'une présentation des prestations « idéales » en optique et en dentaire est une bonne idée.

22

Dans ce cas de figure, l'assureur n'est pas toujours la meilleure force de proposition. Une démarche volontariste de coordination avec les fournisseurs de logiciels, les gestionnaires et les courtiers, afin de simplifier les tableaux de garanties pour les faire entrer dans quelques schémas prédéfinis simplifiera la gestion et fera gagner sur les frais.

C'est peut-être la solution pour une mise en place du RAC Zéro sans augmentation de cotisations, alors que des coûts supplémentaires sont induits au marketing, à la communication et à la formation du personnel doivent être engagés.

Une simplification des prestations aura aussi des conséquences positives sur celle du tableau de garanties présenté à l'assuré.

## 6.3 LES INCERTITUDES QUI DEMEURENT

**A** elle seule, la réforme sur l'optique suscite des interrogations, notamment sur l'adaptation du comportement des opticiens. Pour eux, le 100% santé va se traduire dans un premier temps par du chiffre d'affaires supplémentaire puisque potentiellement 2,6 millions de personnes pourraient s'équiper sur le panier RAC 0. Cet afflux de nouveaux clients représente un chiffre d'affaires de l'ordre 242 millions d'euros, et une charge pour les assureurs. Du point de vue des complémentaires, il reste à savoir si cet effet d'aubaine sur l'optique va inciter des patients jusqu'ici non assurés à souscrire à une complémentaire santé ?

Sur le marché de l'individuel, au-delà de l'optique, la grande question qui s'impose aux assureurs est de savoir comment peut être assumé le coût de la réforme sur des contrats d'entrée de gamme sans augmenter les tarifs : cette équation paraît impossible à résoudre, puisque les prestations augmentent. Une stratégie commerciale peut consister à proposer des contrats non responsables, qui ne répondent pas aux exigences minimum de remboursement. La hausse de taxe peut en effet être moindre que celle du tarif.

Il est peut être plus pertinent de payer une garantie basique, et de payer ses lunettes sans complémentaire.

Le développement d'une couverture « 0% santé », qui ne couvre que les risques lourds, et pas l'optique, pourrait se développer. C'est d'ailleurs le cas des garanties entrées de gamme proposées aux étudiants et aux jeunes par les mutuelles étudiantes.

L'idée d'une complémentaire qui rembourse à partir de la quatrième consultation, et qui ne couvre qu'en cas de gros pépins, c'est le retour du concept de la franchise cautionnée. Une part de la cotisation est remboursée en fin d'année si on n'a pas consommé. Cela responsabilise l'adhérent et c'est pourtant un contrat qualifié de non responsable. Il y a des adhérents qui font un calcul pour voir s'ils consomment ou pas.

Pour réduire les frais, peut aussi se poser la question du tiers-payant. Ce service est coûteux, il pourrait se facturer à l'assuré de manière transparente. Et celui qui préfère faire l'avance des frais ne paierait pas les quelques euros affectés à ce service.

Sur le marché du collectif, cette individualisation est par définition écartée. De plus, dans la mesure où le niveau des garanties est en général plus élevé, l'équilibre économique n'est pas mis à mal de la même manière. Il n'empêche que des questions se posent sur la manière dont il va falloir adapter les contrats au nouveau cadre responsable, au-delà de la seule mise en conformité des garanties. La question que l'assureur doit poser à son client est plutôt celle des « valeurs » que l'on souhaite donner à un régime d'entreprise qui diront comment par exemple il faut affecter l'éventuel excédent dégagé de la baisse des prestations en optique.



# CONCLUSION

La volonté des pouvoirs publics d'homogénéiser les garanties proposées par les complémentaires santé va induire de nouveaux comportements chez les assureurs. En effet, ceux-ci, pour éviter une banalisation de leurs contrats et de leurs prestations, vont chercher comment se différencier. Le nivellement par le bas des garanties paraît a priori être un risque majeur. Toutefois, plusieurs stratégies de différenciation destinée à valoriser son offre par rapport à la concurrence se dessinent.

Un opérateur peut d'abord chercher à se distinguer en communiquant afin de valoriser des prestations existantes – remboursement d'ostéopathie, de médecine douce. Il peut aussi se différencier en mettant en place de nouvelles prestations originales : prévention, accompagnement hospitalier. Un travail d'analyse consistera à déterminer quelles prestations mettre en avant en fonction des populations visées.

Au-delà de la perspective de développement de services et de remboursement de prestations périphériques, la mise en œuvre de la réforme du RAC O redonne leur place à de véritables choix stratégiques sur la philosophie de l'offre d'un assureur.

Pour certains opérateurs, la primauté sera donnée à la mutualisation et à la proposition d'un contrat très solidaire, tandis que d'autres proposeront des contrats avec des partis pris. Par exemple celui de proposer un contrat peu coûteux, aux garanties essentielles centrées sur les risques lourds, non responsable parce qu'il ne rembourse pas l'optique, l'assuré optant pour l'autoassurance, ou renonçant à consommer... A l'inverse, une stratégie peut viser à proposer des contrats aussi couvrants que le permet le cadre responsable, en mettant l'accent sur la prévention, espérant que cela jouera à terme sur les dépenses de santé. Là encore, il y a aurait la place à un contrat non responsable, qui serait une option destinée à renforcer les garanties au-delà du cadre.

## A PROPOS DU CERCLE LAB



Le Cercle Lab a pour ambition de nourrir le secteur de nouvelles idées. Il s'organise pour cela autour de 11 clubs thématiques résolument orientés métiers dont les réflexions menées tout au long de l'année se concrétisent par la publication de 11 publications annuelles.

Véritables outils d'analyse prospectifs, ces 11 publications annuelles ont pour objectif de déceler les signaux, sonder les phénomènes et témoigner des mouvements qui annoncent les évolutions futures de l'assurance. La co-production de ces cahiers de tendance permettent, par conséquent, de disposer d'une vision structurée et inspirante du secteur. Le Cercle LAB est ainsi un formidable lieu de networking et de confrontation d'idées pour toutes les familles du secteur.

## CONTACT

**SÉBASTIEN JAKOBOWSKI**

Fondateur de Seroni

sjakobowski@seroni.fr | 06.62.45.01.31

## A PROPOS DE DE CIM



Grâce à ses briques paramétrables et modulaires de sa gamme de logiciels IZY LINKS®, CIM s'est imposé comme un des leaders français de l'édition logicielle pour les mutuelles, courtiers, assurances et institutions de Prévoyance.

Depuis les extranets jusqu'à l'outil de gestion, en passant par l'application mobile et les parcours de souscription, notre proposition de valeur est digitalement sans couture, temps réel et 100% alignée sur les dispositifs réglementaires en vigueur.

CIM fait partie du Groupe DL SOFTWARE, 29ème au Palmarès Truffle 2019 des Editeurs de logiciels.

## CONTACT

**JOHANN STRUYVE**

Directeur Commercial de CIM

Johann.Struyve@sa-cim.fr | 07.83.71.36.12





CERCLE LAB

CARNET # 02

LIVRE BLANC

**100% SANTÉ,**

QUELLES CONSÉQUENCES SUR LE MARCHÉ DE LA COMPLÉMENTAIRE ?

Avec le RAC zéro, une nouvelle fois, les complémentaires santé se voient imposer une réforme qu'elles doivent mettre en oeuvre à marche forcée. Mais l'équation est cette fois particulièrement difficile à résoudre. D'abord parce que la réforme implique une gestion de contrats plus complexes, et donc des coûts en hausse, alors que le gouvernement exige que les assureurs versent davantage de prestations, sans augmenter les cotisations. Ensuite parce que les assureurs doivent dans le même temps imaginer une nouvelle stratégie de développement. En effet, puisque le RAC zéro s'impose à tous et tend à uniformiser les offres, comment va évoluer le marché, comment chaque opérateur va-t-il pouvoir se différencier de la concurrence, alors que les assurés sont de plus en plus nomades ?

EN PARTENARIAT AVEC



REJOIGNEZ-NOUS SUR :



LINKEDIN  
Cercle LAB



TWITTER  
@CercleLAB

CERCLE LAB

11 PASSAGE SAINT-PIERRE AMELOT, 75011 PARIS

[www.cerclelab.com](http://www.cerclelab.com)