

LES THÉMATIQUES - UE 35 RENNES -10 mars 2015

Evolution des dépenses de santé

IMPORTANCE DU RESTE A CHARGE DES MENAGES ET DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

- **Déficit persistant du régime général**
- **Augmentation des coûts de santé**
- **Désengagement progressif de l'assurance maladie obligatoire**
- **Reste à charge des assurés sociaux important**
- **Augmentation des dépassements d'honoraires**

CONTEXTE DE DEFICIT PERSISTANT

En milliard d'€	Résultat 2012	Résultat 2013	Estimé 2014
Maladie	-5,9	-6,8	-7,3
Accidents du travail	-0,2	0,6	+0,2
Famille	-2,5	-3,2	-2,9
Retraite	-4,8	-3,1	-1,6
Total			
Régime général	-13,3	-12,5	-11,6

Les dépenses de santé représentent **186,6 milliards d'€ en 2013**,
soit **2 843€/habitant**

En 2015, la consommation médicale devrait continuer à augmenter.

DEPENSES DE COMPLEMENTAIRE SANTE

Evolution du coût par personne protégée et par poste	Rappel évolution 2013	Estimation 2014	Prévision 2015
Remboursement complémentaire global	+2,5%	+2,7%	+2,3%

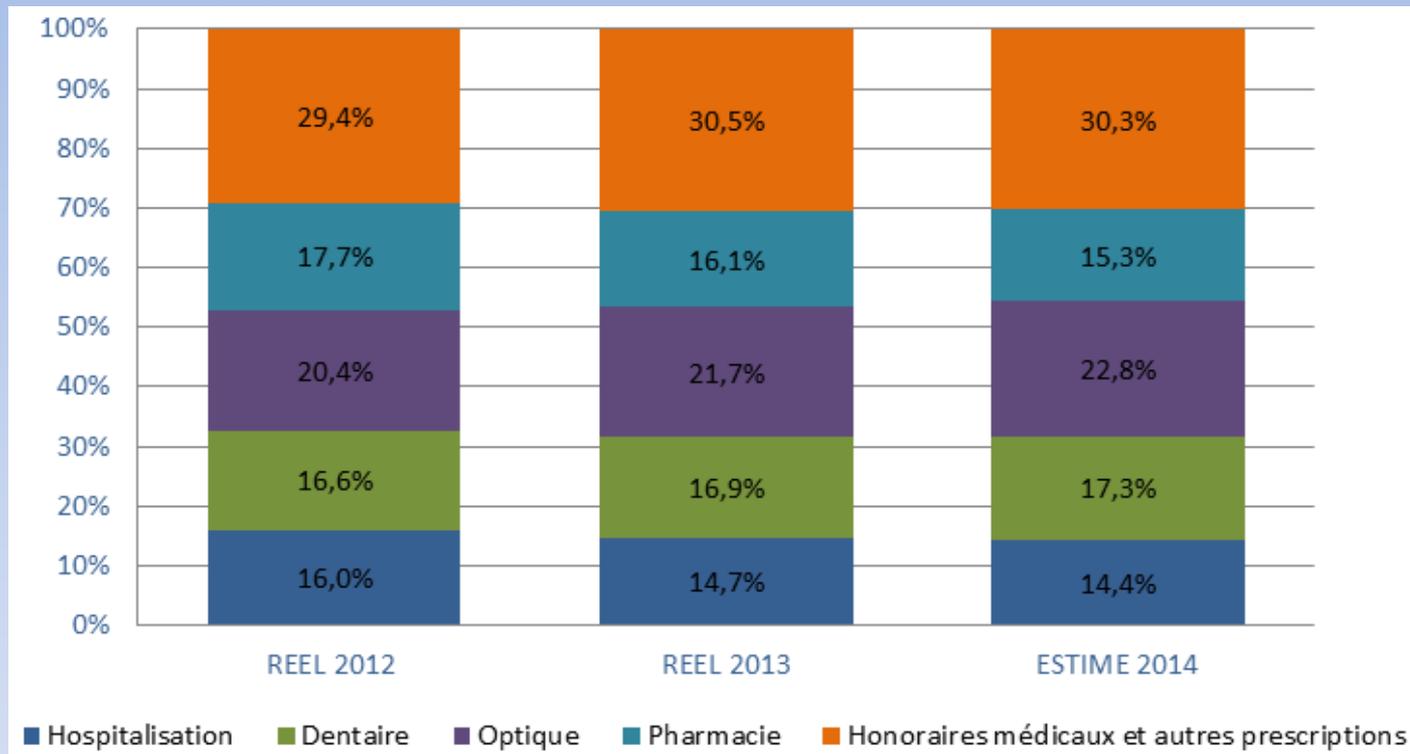
Estimation 2014

- Pharmacie : - 4%
- Honoraires médicaux: + 2%
- Optique : +6,5%
- Dentaire : + 4,5%
- Hospitalisation : + 4,1%

DEPENSES DE COMPLEMENTAIRE SANTE

Répartition des prestations par grand poste

Marché collectif - Données Harmonie Mutuelle



L'optique et le dentaire
représentent toujours plus d'un
tiers des dépenses



DEPASSEMENTS D'HONORAIRES : HAUSSE DE 2,9 % EN 2013

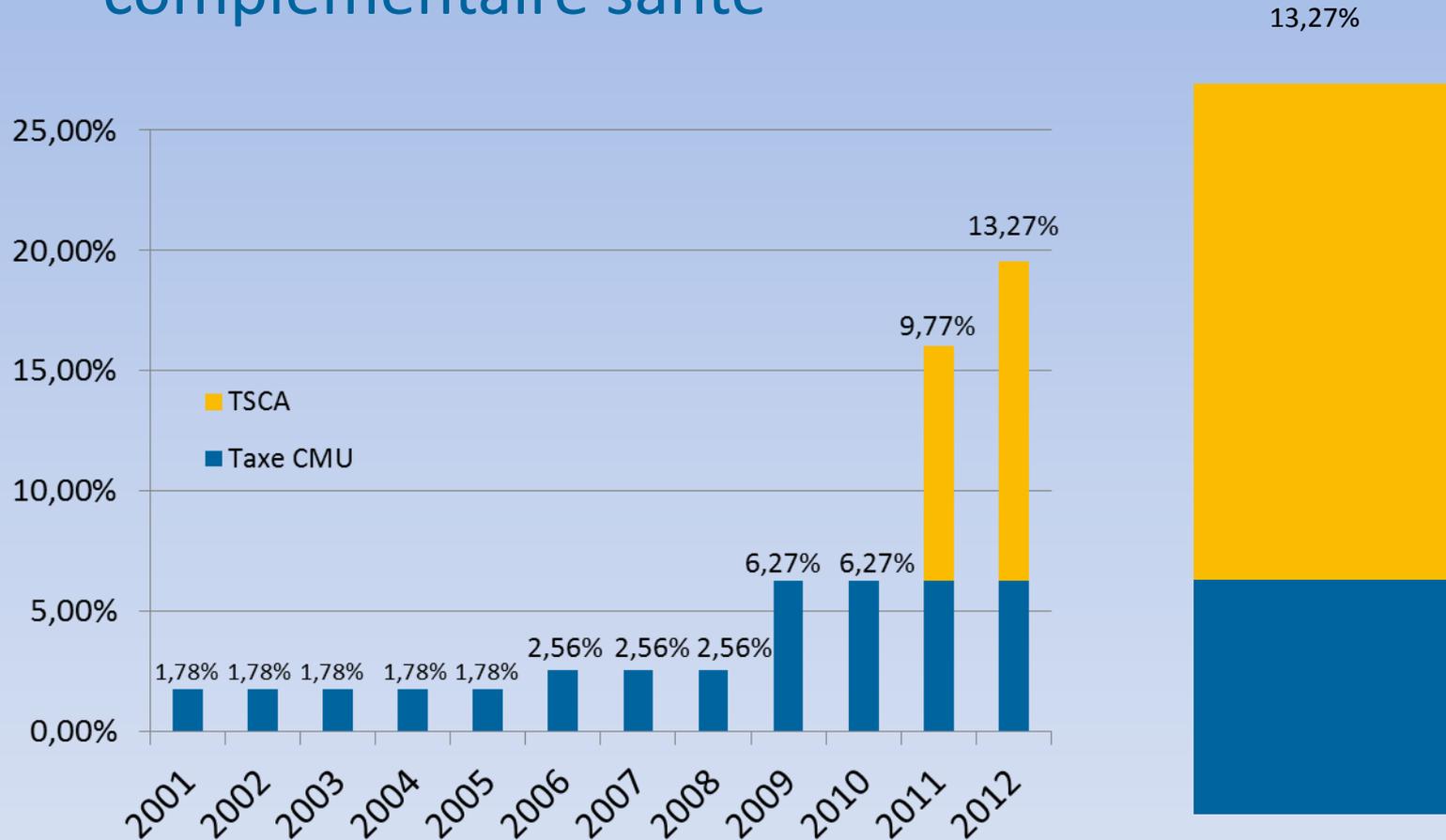
soit 2,7 milliards d'euros
dont 2,4 engendrés par les spécialistes.



plus de 30 ans après la création du secteur 2,
les **dépassements d'honoraires** ont triplés.

**Source : AFIM N°4643 – 12/09/2014*

Niveau de fiscalité des contrats de complémentaire santé



Nouvelles mesures 2015 avec impacts sur les complémentaires santé

FORFAIT MÉDECIN TRAITANT

Décret du 4 juillet 2014, n° 2014-769

Pour rappel, la loi de finance de la Sécurité sociale avait fixé pour 2014 une nouvelle mesure de participation des organismes complémentaires au financement du forfait médecin traitant à hauteur de **150 millions d'euros annuel** (avenant n° 8 à la convention médicale).



- Le montant de la participation en a été fixé à **5€**, par assuré ayant consulté son médecin traitant, au titre de 2014 (contre 2,5€ en 2013).
- Il s'étend sur une période allant de 2013 à 2015.

Plus de 2 330 000 adhérents Harmonie Mutuelle sont concernés par le paiement de ce forfait. Cela représente un montant total de plus de 11,5 millions d'€ (FMT 2014, base 5€ selon consommation 2013)

HONORAIRE DE DISPENSATION POUR LES PHARMACIENS



Accord entre l'Union Nationale des Caisses d'assurance maladie et la Fédération des syndicats de Pharmaciens de France

Création de nouveaux actes au 01/01/2015 :

- les pharmaciens toucheront 0,80€HT (0,53€HT aujourd'hui) par boîte de médicament remboursable (1€HT au 01/01/2016)
- en plus, 0,50€ seront versés aux pharmacies dès lors qu'elles délivreront une ordonnance complexe (cinq médicaments ou plus)

Objectif : rendre les revenus des pharmaciens moins dépendants des prix des médicaments

Cette nouvelle mesure
impacte la mutuelle à
hauteur de 1 300 000€

APPLICATION DE LA PORTABILITE SUR L'ANNEE COMPLETE

Pour rappel, le nouvel article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, créé par la loi du 14 juin 2013, a fait évoluer le dispositif de maintien des garanties santé, depuis le 1^{er} juin 2014 :

**Rappel du
dispositif de la
portabilité**

**Extension de la durée maximale
de 9 mois à 12 mois**



**Généralisation du système
de mutualisation**



**Les demandeurs d'emplois ont donc la possibilité de
bénéficier du maintien des garanties à titre gratuit,
pour eux et leurs ayants-droit.**

**Impact sur les
cotisations**

- 2014 : à partir de juin
soit 7 mois
- 2015 : 12 mois

RAPPEL DU DISPOSITIF

Date de sortie	Avant le 1/6/14	A compter du 1/6/14	A compter du 1/6/15
Dispositif	Ancien dispositif de portabilité (ANI 2008)	Nouveau dispositif de portabilité en complémentaire santé	Nouveau dispositif de portabilité en prévoyance
Durée	9 mois maxi	12 mois maxi	12 mois maxi

Durée de la portabilité

Le nombre de mois est fonction de la durée du dernier contrat de travail.

Obligation de l'employeur

La portabilité est **une obligation de l'employeur.**

Les entreprises et les contrats concernés :

- l'ensemble des contrats du secteur privé (exclusion des collectivités territoriales),
- les contrats obligatoires,
- les contrats facultatifs à gestion collective.

RAPPEL DU DISPOSITIF

Les bénéficiaires

L'ensemble des salariés du secteur privé

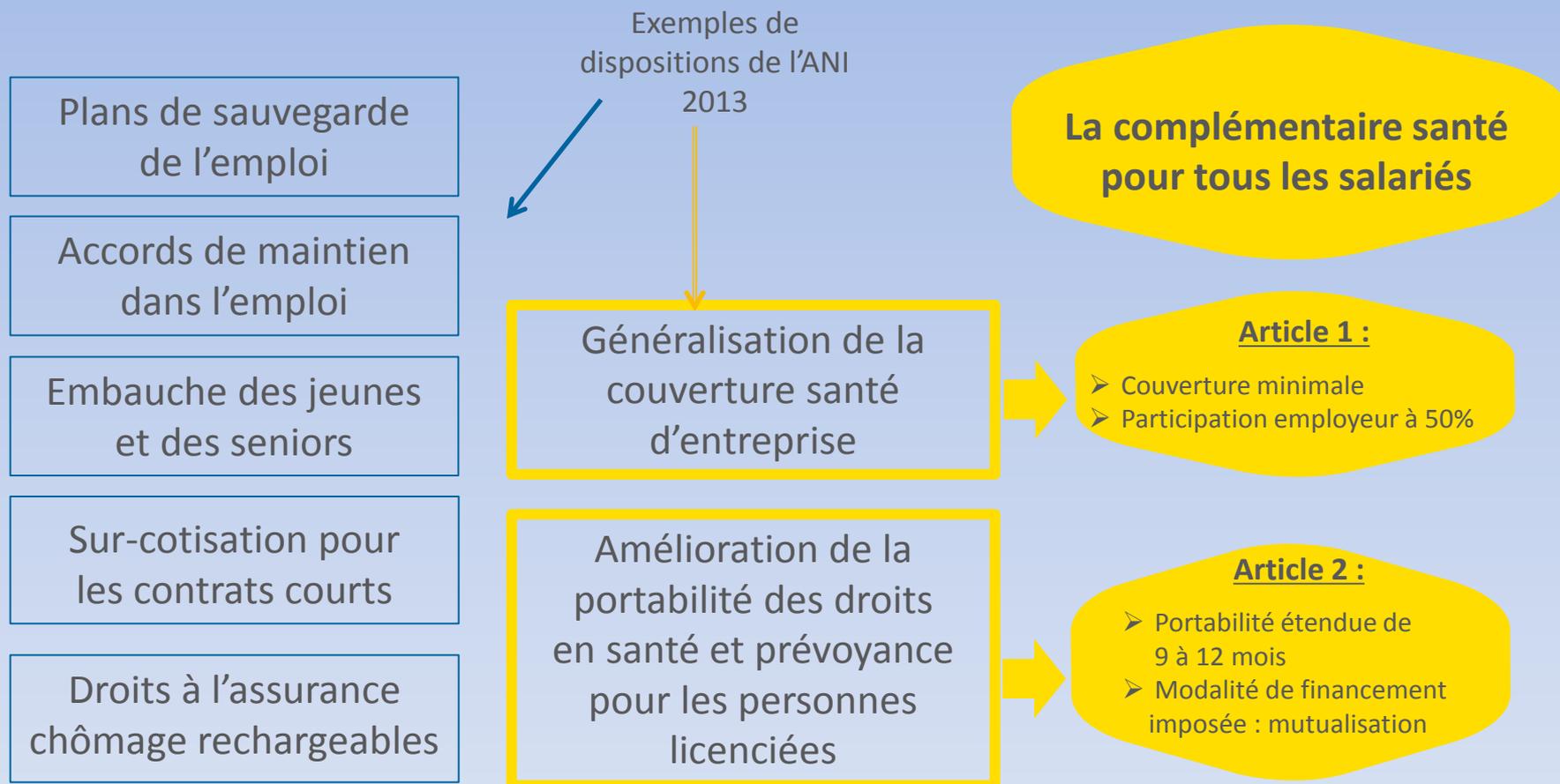
Le salarié et ses ayants-droit.

- L'ayant-droit doit être assuré sur le contrat des actifs à la date de passage en portabilité.
- Unique adjonction possible sur le dispositif portabilité : **naissances et adoptions.**

Quelle que soit la structure de cotisation (cotisation de l'ayant droit payée par l'entreprise ou cotisation payée par le salarié), l'ayant droit sera transféré sur le groupe d'assurés portabilité, sans paiement de cotisations.

MISE EN CONFORMITE A VENIR

Les partenaires sociaux ont conclu le 11 janvier 2013 un Accord National Interprofessionnel qui rend la complémentaire santé obligatoire





GENERALISATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE

Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 ayant transposé l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013

Pour rappel, dans un contexte de désengagement de la sécurité sociale, le dispositif avait pour objectif de favoriser l'accès aux soins pour tous les salariés qui bénéficieront d'une couverture santé d'entreprise financée au moins à 50% par leur employeur.



L'impact pour les entreprises est l'obligation de mettre en place une complémentaire santé obligatoire au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Les négociations par branches ou à défaut, au sein même de l'entreprise, devront aboutir à une couverture collective obligatoire **pour l'ensemble des salariés de l'entreprise.**

Toutes les entreprises du secteur privé sont concernées, quelle que soit leur taille.

GENERALISATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE

**1^{er}
JUN
2013**

**Signature
de l'accord
et transposition
dans la loi**

**1^{er}
JUILLET
2014**

**Négociations
à ouvrir
au niveau
des branches**

**1^{er}
JANVIER
2016**

**À défaut d'accord
des branches avant
le 1^{er} juillet 2014
ouverture des
négociations
au niveau
de l'entreprise**

**À défaut d'accord
d'entreprise,
obligation de mise
en place de la
couverture
santé minimale
au 1^{er} janvier 2016**

Si une complémentaire santé est mise en place au niveau de votre branche, **nous vous accompagnerons pour la mise en conformité de votre contrat.** De par l'interdiction de clauses de désignation, vous pouvez désormais choisir librement votre organisme assureur.

**Décret
sur le panier
de soins**



Quelles sont les entreprises concernées ?

Toutes les entreprises du secteur privé sont concernées, quelle que soit leur taille.

Plusieurs cas de figure sont envisageables :



L'entreprise n'a pas de couverture santé pour ses salariés.



L'entreprise a mis en place une complémentaire santé pour une partie des salariés seulement, les autres ne sont pas couverts.



L'entreprise a mis en place, pour une partie ou pour l'ensemble de ses salariés, des garanties santé qui sont inférieures au minimum légal (fixé par l'accord de branche ou par la loi).



L'entreprise propose une couverture santé à ses salariés qui est égale ou supérieure au minimum légal (fixé par l'accord de branche ou par la loi).



DÉCRET SUR LE CONTENU MINIMUM DES CONTRATS SANTE COLLECTIF

Publié le 10 septembre 2014

Ces garanties minimales à mettre en place au plus tard le 1^{er} janvier 2016 au titre de l'ANI et de la loi de sécurisation de l'emploi devront couvrir :



l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire,



le forfait journalier,



les dépenses de **frais dentaires à hauteur de 25 %** en plus des tarifs de responsabilité,



les dépenses de frais d'optique, de manière forfaitaire par période de 2 ans :

- **100 € minimum pour les corrections simples,**
- **150 € minimum pour une correction mixte simple et complexe**
- **200 € minimum pour les corrections complexes**

(la prise en charge dans la limite de ce forfait reste annuelle pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue).

DISPENSES D’AFFILIATIONS



Le décret du 8 juillet 2014 précise les conditions dans lesquelles certains assurés peuvent demander à être dispensés de l’obligation d’affiliation au contrat collectif de leur entreprise. **Il s’agit notamment d’éviter qu’un salarié soit contraint de cotiser à la fois comme salarié et comme ayant droit au titre de la couverture de son conjoint.**

Dans ce cas, le texte prévoit qu’une « *faculté de dispense d’adhésion est ouverte, au choix du salarié, au titre de cette couverture, sous réserve que les ayants droit soient déjà couverts* ».



Les six cas de dispenses d'affiliation (décret 2014-786 du 8 juillet 2014)

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

Cas de dispenses d'affiliation

Acte juridique (article L.911-1 CSS) Dispenses d'affiliation	DUE	Accord collectif ou Référendum	Conditions
Présent lors de la mise en place d'une DUE (article 11 loi Evin)	OUI	NON	<ul style="list-style-type: none"> être présent dans les effectifs lors de la mise en place initiale du régime obligatoire ; ne s'applique pas aux salariés recrutés postérieurement sauf si DUE ultérieure remettant en cause le financement intégral du dispositif par l'employeur
CDD (y compris les apprentis)	OUI*	OUI	<ul style="list-style-type: none"> de droit pour les CDD <12 mois CDD>12 mois : justifier d'une couverture individuelle souscrite ailleurs *décret du 08/07/14 modifiant l'ART. R.242-1-6CSS
Temps partiel (y compris les apprentis)	OUI*	OUI	<ul style="list-style-type: none"> cotisation salariale au moins égale à 10% de la rémunération brute *décret du 08/07/14 modifiant l'ART. R.242-1-6CSS
Bénéficiaires de la CMU-C Bénéficiaires de l'ACS	OUI	OUI	<ul style="list-style-type: none"> à la mise en place ou lors de l'embauche tout justificatif • jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de la couverture ou de l'aide
Bénéficiaires d'un contrat individuel frais de santé	OUI	OUI	<ul style="list-style-type: none"> à la mise en place ou lors de l'embauche tout justificatif • Jusqu'à l'échéance du contrat individuel
Bénéficiaires par ailleurs (<i>par exemple, dans le cadre d'un autre emploi</i>), y compris en tant qu'ayant droit (<i>par le biais du conjoint</i>), d'une couverture de prévoyance collective conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012	OUI	OUI	<ul style="list-style-type: none"> à la mise en place ou lors de l'embauche justificatif annuel d'un dispositif de prévoyance complémentaire collectif et obligatoire répondant aux conditions d'exonération sociales et fiscales attachées à ces régimes ou d'un contrat d'assurance de groupe Madelin issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994, <u>notamment</u> • dispense pouvant être invoquée pour sortir du régime obligatoire de son entreprise • si couverture par le biais du conjoint, l'adhésion des ayants droit doit être effectivement obligatoire
Couples travaillant dans la même entreprise	OUI	OUI	<ul style="list-style-type: none"> L'un des 2 membres du couple affilié en tant qu'ayant-droit sur le contrat de l'autre, affilié en propre si couverture facultative des ayants-droit, affiliation ensemble ou séparément au choix des salariés, avec exclusion d'assiette pour le financement patronal dans les 2 cas



DECRET CONTRAT RESPONSABLE

Calendrier modifié par LFRSS du 8 août 2014

Contrats souscrits jusqu'au 31 mars 2015

→ devront être conformes à compter du 1^{er} janvier 2016.

Contrats souscrits à compter du 1^{er} avril 2015 → devront être conformes dès leur souscription.

Dérogations pour les contrats collectifs issus d'un acte juridique

Si l'acte juridique a été conclu **avant le 9 août 2014** :

- Sans modification de l'acte : mise en conformité à compter du 1^{er} janvier 2018.
- Avec modification de l'acte : mise en conformité à l'entrée en vigueur de ladite modification.

Si l'acte juridique a été conclu **après le 9 août 2014** :

c'est la date de conclusion du contrat d'assurance qui est prise en compte.

- Les contrats d'assurance conclus jusqu'au 31 mars 2015
→ devront être conformes au 1^{er} janvier 2016.
- Les contrats d'assurance souscrits à compter du 1^{er} avril 2015
→ devront être conformes dès la conclusion.

**Panier
minimum
et plafond**

PRESTATIONS	MINIMUM	MAXIMUM
Soins de ville	Ticket modérateur sauf : <ul style="list-style-type: none"> • Cure thermale • Médicaments à SMR modéré ou faible • Homéopathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les médecins non signataires du CAS*, dépassements d'honoraires limités à 100 %** base Remboursement Sécurité sociale (BRSS) soit un remboursement maximum de 200 % BRSS (SS comprise) • La prise en charge des dépassements des médecins non signataires du CAS devra être inférieure de 20 % à celle des médecins signataires
Forfait journalier	Prise en charge totale sans limitation de durée ni exclusion	
Optique <i>Fréquence</i>	Un équipement tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou si le renouvellement est lié à une évolution de la vue	
Équipement avec 2 verres :		
Simple	50 € monture comprise	470 € avec maxi 150 € pour la monture
Complexes	200 € monture comprise	750 € avec maxi 150 € pour la monture
Simple + Complexe	125 € monture comprise	610 € avec maxi 150 € pour la monture
Très complexe	200 € monture comprise	850 € avec maxi 150 € pour la monture
Simple + Très complexe	125 € monture comprise	660 € avec maxi 150 € pour la monture
Complexe + Très complexe	200 € monture comprise	800 € avec maxi 150 € pour la monture

* Contrat d'Accès aux Soins : contrat proposé aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 désireux d'améliorer l'accès aux soins de leurs patients et de bénéficier de certains avantages. ** La limite de 100 % est portée à 125 % pour les soins délivrés en 2015 et en 2016.
 a) Équipement à verres simples, sphère comprise entre -6 et +6 ou dont cylindre <=+ 4
 b) Équipement à verres simples, sphère hors zone de -6 à +6 ou dont cylindre >+4 et verres multifocaux ou progressifs
 c) Équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro cylindriques, sphère hors zone de -8 à +8 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques, sphère hors zone de -4 à +4



CONTRAT RESPONSABLE : IMPACT FINANCIER

1^{er} janvier 2006 : seuls les contrats responsables continuent à bénéficier des avantages fiscaux et sociaux en vigueur.

1^{er} Janvier 2011 : les contrats responsables sont assujettis à la Taxe Sur les Conventions d'Assurances (TSCA) de 3.5%.

1^{er} janvier 2012 : les contrats responsables sont assujettis à la Taxe Sur les Conventions d'Assurances (TSCA) de 7%.

1^{er} janvier 2014 : Les contrats non responsables assujettis à la TCA de 9%, passent à 14%

Tableau récapitulatif du traitement social et fiscal des contrats collectifs « responsables »

> Exonération des cotisations sociales sur la part employeur



Dans la limite de 6 PASS et de 1,5 % de la rémunération annuelle soumises à cotisations sociales.

Le total ne peut dépasser 12% du PASS soit 4455,48€.

> Déductibilité fiscale pour le salarié (*impôt sur le revenu*)



Dans la limite de 5% du PASS et de 2 % de la rémunération annuelle brute du salarié.

Le total ne peut dépasser 16% du PASS soit 5940,64€.

> Déductibilité fiscale pour l'employeur (*impôt sur les sociétés*)



La totalité des cotisations versées **est déductible** de l'impôt sur les sociétés.

Tableau récapitulatif du traitement social et fiscal

> CSG/CRDS



Les cotisations des **salariés et des employeurs** sont soumises à la CSG et à la CRDS.

> Taxes



La cotisation de l'employeur est soumise à un forfait social de 8% pour les **entreprises de + de 9 salariés**

La mise en place ou la mise en conformité du contrat collectif santé : mode d'emploi



Choisir son organisme de protection sociale complémentaire

Plusieurs organismes sont habilités :

- Les mutuelles (code la mutualité)
- Les institutions de prévoyance (code de la sécurité sociale)
- Les assureurs et courtiers d'assurance (code des assurances)



Définir un cahier des charges

- Les bénéficiaires (actifs, ayants droits, retraités)
- Les prestations (conformes aux attentes des salariés, à la réalité de l'offre de soins sur le territoire et au contrat responsable).
- Les modes de cotisations (forfaitaires en euro, en pourcentage du PMSS ou pourcentage du salaire pour l'ensemble de la catégorie définie)
- Les cas de dérogation, l'ACS

LES ACTES JURIDIQUES



Les actes juridiques

- Le référendum (ratification par la majorité des intéressés)
- L'accord d'entreprise (accord entre employeur et délégués syndicaux)
- La décision unilatérale de l'employeur (matérialisée par un écrit remis à chaque salarié).

Rappel :

L'accord de branche

Désignation désormais interdite par le Conseil Constitutionnel (décisions du 13 juin 2013 et 19 décembre 2013)

Pourquoi parler de santé dans l'entreprise ?



- La santé des salariés est un facteur de compétitivité pour les entreprises
- Les risques financiers, liés aux problèmes de santé, sont lourds
- L'accès aux soins est favorisé par une couverture santé complémentaire
- Levier de dialogue social

Engagement d'Harmonie Mutuelle

Aller plus loin que la prise en charge des dépenses de santé

**Assureur
et
gestionnaire**

Une **complémentaire santé** pour aider les adhérents à faire face à leurs problèmes de santé.

**Assistance et
protection
juridique**

24h/24 – 7j/7

conseils par téléphone,
aide en cas de
d'hospitalisation,
soutien en cas
d'accidents de la vie...

**Acteur global
de santé**

**Réseau de
soins**

Réseau intégré: des professionnels de santé salariés.

Réseau conventionné : des professionnels de santé partenaires

Prévention

Actions et
programme sur mesure

Catalogue
d'**actions packagées**

Observatoire

Action sociale

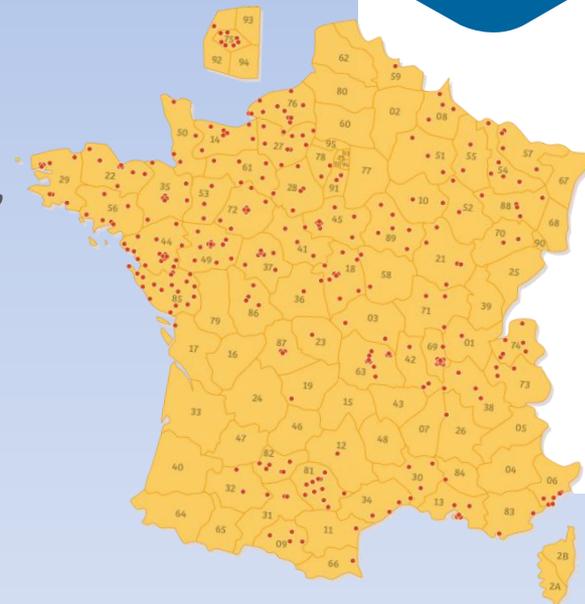
Pour tous : une aide de l'organisme pour maintenir les droits et faciliter l'accès au soin,

LA PROXIMITE D'UN PARTENAIRE IMPLANTE DANS VOTRE REGION

Plus de
300
agences

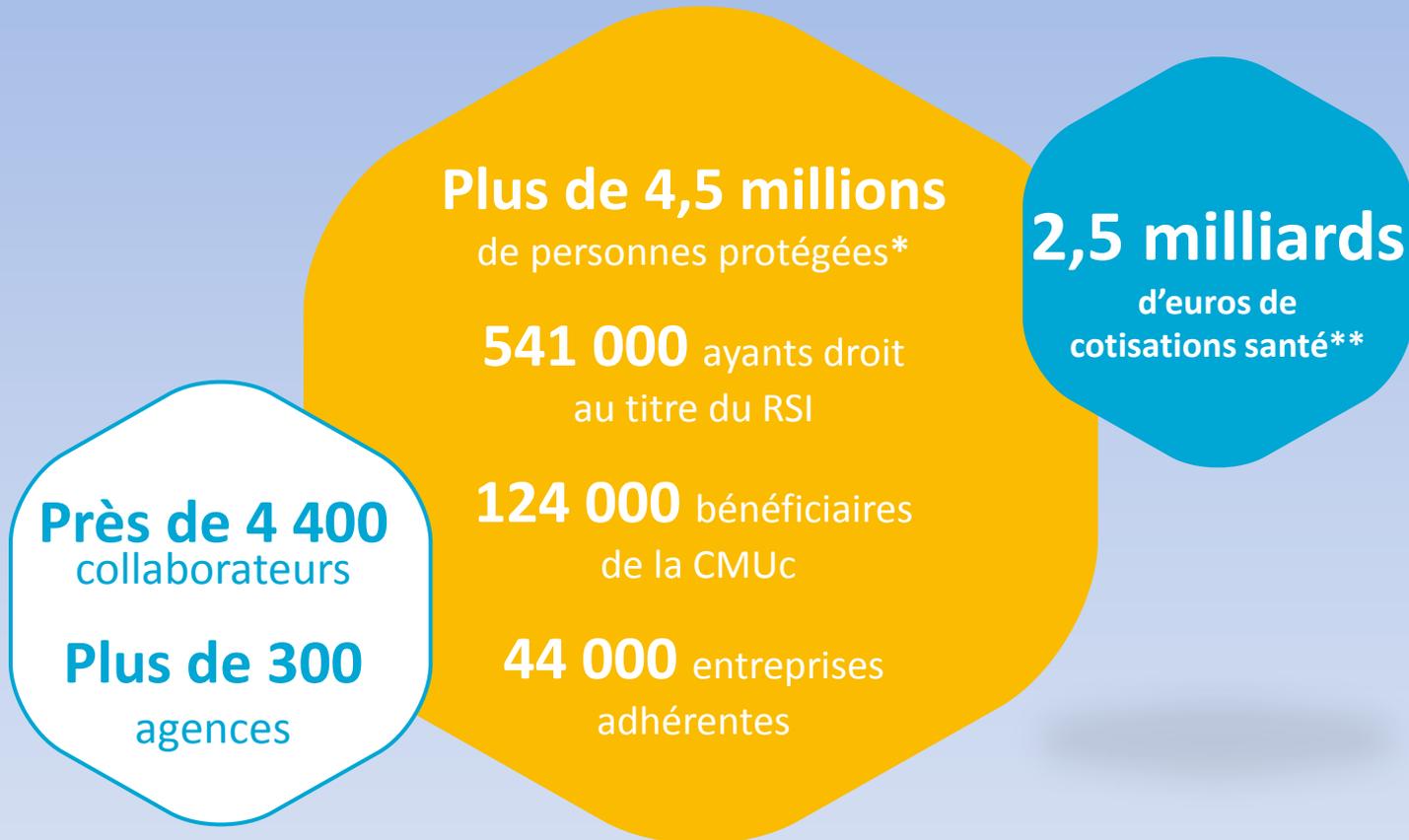
Domaines de compétences :

Adhésion,
Garanties,
Remboursements,
Demandes d'informations,
Prises en charge,
Devis,
Action sociale,
Assistance,
Service à la personne.



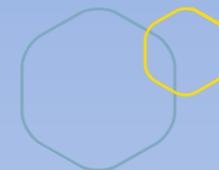
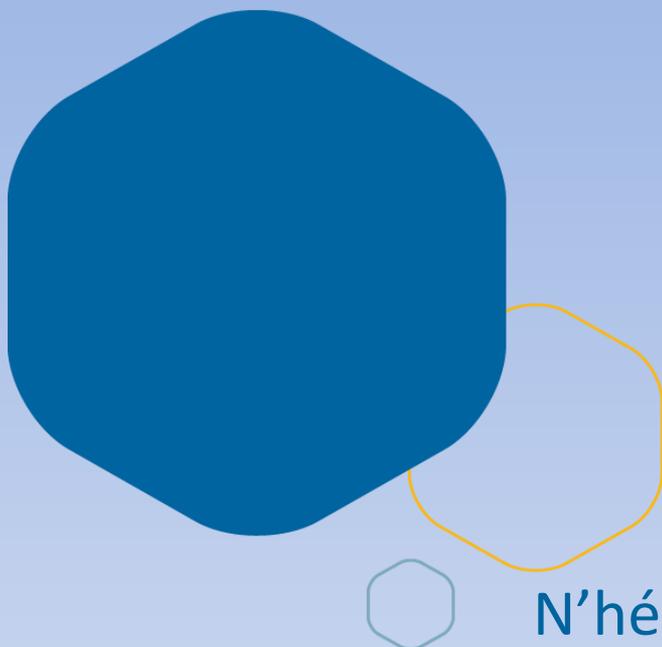
Sur
www.harmonie-mutuelle.fr,
coordonnées des agences,
plan d'accès, et horaires
d'ouverture

Harmonie Mutuelle en chiffres



*y compris acceptations en réassurance.

**brutes de réassurance, brutes de taxes.



Merci de votre attention



N'hésitez pas à nous contacter pour des informations complémentaires

Jean-Yves LE BRETON

Chargé Relations Partenaires

Tél.: 06.84 79 54 29

jean-yves.lebreton@harmonie-mutuelle.fr

