



Sommaire

- Un régime Frais de Santé pour tous : quels impacts financiers ?
- Nouvelles dispenses d'adhésion de nature à engendrer des déséquilibres pour les régimes Frais de Santé
- Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2013
- Contrat d'accès aux soins

Un régime Frais de Santé pour tous : quels impacts financiers ?

L'article R 242-I-2 du Décret du 9 janvier 2012 prévoit que, pour demeurer collectif, un régime Santé doit, d'une part, bénéficier à une catégorie objective de salariés, et d'autre part, imposer à l'entreprise de prévoir une couverture pour l'ensemble de ses salariés. Cette disposition, à mettre en place avant le 31/12/2013, va vraisemblablement constituer un des axes de réflexion pour toutes les entreprises concernées par cette nouvelle disposition.

Constituant de manière certaine un surcoût pour l'employeur, il faudra ainsi estimer les enjeux financiers pour les entreprises afin qu'elles puissent arbitrer entre :

- la non mise en conformité induisant le paiement des cotisations sociales et la non déductibilité fiscale sur les Contributions Employeur au régime existant ;
- la mise en conformité induisant la mise en place d'un ou plusieurs régimes Santé (harmonisation entre les régimes ou non).

Si l'entreprise décide de se conformer au Décret et à la tendance jurisprudentielle en intégrant l'ensemble des salariés au régime existant, il est très vraisemblable que l'équilibre actuel soit déplacé (dégradé ou amélioré).

Les caractéristiques de l'effectif salarié étant différentes dans chaque entreprise, il reste complexe de dégager des tendances générales. Ainsi, il sera nécessaire d'étudier au cas par cas ces impacts financiers afin d'aider les entreprises à décider en fonction de leurs besoins.

Nouvelles dispenses d'adhésion de nature à engendrer des déséquilibres pour les régimes Frais de Santé

L'arrêté du 26 mars 2012 est venu préciser les dispositions prévues par l'article R 242-I-6 du Décret du 9 janvier 2012. Il autorise, si l'acte fondateur le prévoit, les dispenses d'adhésion au régime obligatoire d'entreprise pour un salarié, **quelle que soit sa date d'embauche**, s'il justifie notamment en tant qu'adhérent ou ayant-droit :

- d'un régime de Prévoyance ou de Frais de Santé complémentaire collectif et obligatoire mis en place par une entreprise ;
- du régime local d'Assurance Maladie Alsace-Moselle ;
- d'un régime de prévoyance ou de Frais de Santé complémentaire collectif mis en place pour les fonctionnaires d'État et les agents des établissements publics.

L'ouverture de l'ensemble de ces cas de dispenses peut avoir des conséquences non négligeables sur l'équilibre des régimes complémentaires Santé. En effet l'adhésion des salariés à un régime de Frais de Santé collectif permet de diluer les effets d'anti-sélection. Pour mémoire, l'anti-sélection correspond au phénomène consistant à choisir une couverture d'assurance dans le but de consommer. Ce phénomène a pour effet d'engendrer des volumes de prestations plus importants et par conséquent des tarifs plus élevés. Ainsi, l'ouverture de ces cas de dispenses quelle que soit la date d'embauche du salarié pourrait conduire le salarié à arbitrer entre le régime de son entreprise et celui de son conjoint ce qui sera de nature à peser sur l'économie du régime qu'il aura retenu.

Au regard des comportements du marché, les salariés couvrant leur famille choisiront vraisemblablement le régime avec les meilleures garanties. Ainsi, il sera observé une surcharge de familles, souvent très consommatrices dans les régimes dits « haut de gamme », et à l'inverse, une majorité d'Isolés (salarié seul), moins consommateurs dans les régimes dits « entrée de gamme ».

Nous contacter

- Pour toute problématique Prévoyance/Santé, n'hésitez pas à contacter Dinis PIREs, Manager/Responsable de l'activité Prévoyance/Santé dpires@optimindwinter.com, ou vos contacts habituels.



L'équilibre technique et financier de ces régimes s'en trouverait mécaniquement et souvent fortement modifié, impactant ainsi les tarifs. L'organisme assureur sera amené à prendre en compte ce phénomène d'adhésion « semi-obligatoire » dans l'établissement des tarifs.

La prudence est ainsi de rigueur. En effet, les dispositions du Décret du 9 janvier 2012, ainsi que l'éventuelle mise en place de nouveaux cas de dispenses d'adhésion, pourraient être de nature à bouleverser l'équilibre technique et financier des régimes Santé déjà fortement entamé par les désengagements multiples de la Sécurité Sociale ces dernières années.

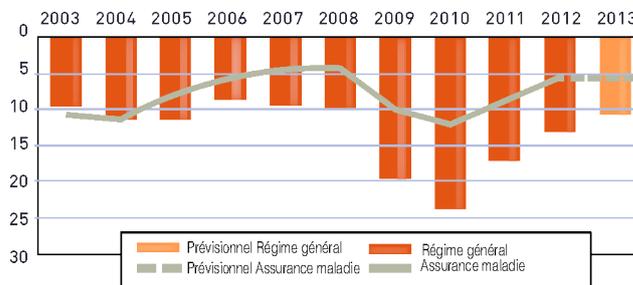
Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2013

Le parlement a adopté le PLSS (le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale) 2013, le lundi 3 décembre 2012. Après le rejet de texte à deux reprises par le Sénat, le budget de la Sécurité Sociale a finalement été entériné par l'Assemblée Nationale. Le texte prévoit des déficits :

- pour le Régime Général dans son ensemble, de 13,3 milliards d'euros pour 2012 et de 11,4 milliards pour 2013 ;
- pour l'Assurance Maladie, de 5,5 milliards d'euros pour 2012 et de 5,1 milliards d'euros pour 2013.

Les déficits 2012 sont inférieurs à ceux estimés préalablement il y a un an.

Evolution du régime général vs l'assurance maladie



Ce redressement des déficits est essentiellement lié à l'effort en matière de recettes réalisé dans la loi de finances rectificative du 16 août 2012.



Cependant, un tel niveau de déficits impose une poursuite de la maîtrise de l'évolution des dépenses, ce que vise l'objectif d'évolution des dépenses de santé (ONDAM) à 2,7 %.

Le respect de cet objectif, supérieur à celui de 2012 (2,5 %), implique une économie de l'ordre de 2,4 milliards d'euros.

Pour tenir cet objectif, les principales mesures prévues dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale, sont :

- les baisses de prix des produits de santé, médicaments et dispositifs médicaux ;
- le renforcement de l'efficacité des prescriptions ;
- l'amélioration de la performance à l'hôpital ;
- la baisse des tarifs de certains actes notamment de biologie et de radiologie ;
- le renforcement de la lutte contre la fraude.

Contrat d'accès aux soins

Le mardi 23 octobre 2012, médecins et Assurance Maladie se sont accordés sur la limitation des dépassements d'honoraires, au travers de l'avenant n°8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie. L'accord propose aux médecins du secteur 2, un « contrat d'accès aux soins », non obligatoire, engageant le médecin pour une durée de 3 ans avec la possibilité annuelle de résilier.

En signant ce contrat, le médecin s'engage notamment à :

- conserver le niveau des dépassements d'honoraires qu'il pratiquait habituellement pendant les 3 années du contrat ;
- limiter ces dépassements d'honoraires à 100 % du tarif Sécurité Sociale.

En contrepartie, le médecin bénéficie d'une part, du financement des cotisations sociales par l'Assurance Maladie sur la part de son activité réalisée au tarif de convention (sans dépassement). D'autre part, ses actes seront mieux remboursés par la Sécurité Sociale que ceux d'un praticien n'ayant pas adhéré au contrat.

L'avenant n°8 prévoit également de sanctionner les médecins du secteur 2 qui n'auraient pas choisi le contrat, et dont le dépassement excédera 150 % du tarif de convention. Ce tarif plafond (250 % du tarif de convention) correspond plus à un « repère » et pourra varier selon la situation géographique, la spécificité de la pratique, la notoriété du praticien, etc. La nature de ces sanctions reste toutefois à définir.

Il est à noter que d'après certains « bruits de couloir », le contrat d'accès aux soins pourrait être intégré dans le futur cahier des charges des contrats responsables.

Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS)

La Commission des comptes de la Sécurité Sociale a publié un rapport le 1^{er} octobre 2012, indiquant que le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) pour 2013 devrait s'établir à 37 032 €, soit une augmentation de 1,8 % par rapport à 2012.