

SANTÉ & PRÉVOYANCE

ETAT DES LIEUX AU 30 JUIN ET POINTS D'ATTENTION POUR LA FIN D'ANNÉE 2023

MOTS CLES :

SANTE - PREVOYANCE - SECURITE SOCIALE - LFSS - ASSURANCE - PROTECTION SOCIALE

Elément essentiel de la Protection Sociale en France, l'assurance complémentaire Frais de Santé et Prévoyance permet aux assurés de bénéficier de garanties supplémentaires à celles proposées par le régime de base obligatoire. A l'issue du premier semestre de l'année 2023, il convient de dresser un état des lieux de l'actualité récente et des enjeux à venir, afin de mieux comprendre les défis et opportunités qui se profilent.

L'année 2023 est éprouvée par un contexte financier particulier, marqué par une inflation à +5,2% au 31 décembre 2022 (4,5% au 30 juin 2023), des taux techniques vie (1,50% au 30/06/2023 contre 0% en au 1er janvier 2022) et non vie (1,21% au 30 juin 2023 contre -0,03% au 1er janvier 2022) en forte hausse par rapport aux exercices précédents, un Plafond Annuel Sécurité Sociale (PASS) revalorisé de +6,9% au 1er janvier après 2 années de gel et une revalorisation significative du SMIC et des pensions de retraite Sécurité sociale et AGIRC-ARRCO. Dans ce contexte, il convient de porter une attention particulière aux régimes de protection sociale, sensibles, entre autres, à ces évolutions.

Dans cet article, à destination des organismes assureurs comme des souscripteurs (entreprises, branches professionnelles et associations), nous examinerons les tendances et évolutions marquantes qui ont façonné le secteur au cours des derniers mois. Nous mettrons en lumière les points d'attention pour la fin de l'année, en identifiant les enjeux stratégiques qui nécessitent une anticipation et une adaptation.

UNE ANNEE 2023 MARQUEE PAR UN CADRE REGLEMENTAIRE EN CONSTANTE EVOLUTION

LES MESURES DE LA LFSS 2023

Dès la fin d'année 2022, la loi de Loi de Financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2023 prévoyait notamment un transfert de charges du régime de base vers les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) de 150 M€ à partir de juillet 2023 (soit 300 M€ en année pleine). Après plusieurs mois d'attente quant à la matérialisation de ce transfert, c'est au travers d'une augmentation de 10 points du ticket modérateur sur les soins bucco-dentaires que les complémentaires participeront davantage au financement des soins de santé. Le montant du transfert semble largement réévalué puisque l'impact de cette mesure est chiffré par le gouvernement à environ 500 M€ en année pleine.

Autre mesure de la LFSS 2023, les transports sanitaires urgents seront désormais intégralement pris en charge par l'assurance maladie. Afin de compenser ce surcoût pour le régime obligatoire, le ticket modérateur sur les frais liés aux transports sanitaires programmés a été réévalué à la hausse. Présentée comme « neutre » par la Sécurité Sociale, les premiers chiffres montrent que cette mesure devrait néanmoins alourdir les charges des OCAM de l'ordre de +70M€.

LA FIN DES MESURES EXCEPTIONNELLES

Mesures exceptionnelles mises en place pour répondre à la situation sanitaire du pays durant la crise de la COVID-19, les tests de dépistages et téléconsultations ne sont plus pris en charge à 100% par le régime obligatoire depuis le 1er mars 2023. Si l'impact financier de ces nouvelles

dispositions pour les OCAM reste minimale à date, la situation pourrait évoluer sensiblement en cas de nouvelle vague épidémique. Ces actes seront donc à suivre avec attention dès l'automne.

LES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

Après l'échec des négociations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins libéraux, le règlement arbitral prévoit la revalorisation de l'ensemble des consultations médicales de 1,50€. Cette augmentation, prise en charge à 30% par les organismes assureurs (0,45€ par consultation), représenterait une hausse globale des prestations de l'ordre de 110M€ en année pleine, à périmètre constant par rapport à 2022. Les dispositions du règlement arbitral n'ont pas vocation à être pérennes, de nouvelles négociations devraient être menées dans les prochains mois afin de trouver cette fois-ci un accord.

La négociation dentaire a eu une issue plus favorable puisque la nouvelle convention a été signée par l'ensemble des parties fin juillet. L'accord, qui s'inscrit dans le virage préventif souhaité par tous, prévoit notamment la revalorisation de 4% des soins conservateurs dès le 1er janvier 2025. Le renforcement du dispositif 100% Santé est l'autre point fort de la convention et se matérialise par la revalorisation des plafonds des paniers 100% Santé (actes avec reste à charge nul) et « Tarifs maîtrisés » à hauteur de 3% ainsi que la prise en charge de nouvelles prothèses à partir de 2026. L'ensemble des mesures du texte implique un engagement financier estimé à 600 millions d'euros que se partageraient l'assurance maladie (environ 400M€) et les complémentaires santé (200M€).

Outre les conventions médicales et dentaires, de nombreuses incertitudes demeurent sur le renouvellement de la convention des kinésithérapeutes, des pharmaciens et des sage-femmes. Il conviendra de suivre l'évolution de ces discussions dont l'issue pourrait venir une nouvelle fois impacter les complémentaires.

LA RÉFORME DES RETRAITES

Pour ne rien arranger, la récente réforme des retraites devrait accélérer le vieillissement de la population active en portant l'âge légal de départ à 64 ans. Les impacts restent néanmoins contenus en prévoyance grâce au maintien de l'âge de 62 ans pour les invalides. Les premières estimations d'impacts de la réforme sur les cotisations des régimes complémentaires Santé et Prévoyance sont de l'ordre de +5% à +6% à horizon 10 ans.

LA RÉFORME 100% SANTÉ ÉTENDUE À DE NOUVEAUX ACTES

Fort du succès de la réforme du 100% Santé sur les postes dentaire et audiologie, le gouvernement a fait part de sa volonté de compléter le dispositif. Le premier pas de ce nouveau chapitre pourrait concerner les fauteuils roulants et les prothèses capillaires.

Le ministère a également indiqué vouloir améliorer les paniers existants en optique et attribuer un bonus aux opticiens qui favoriseraient davantage le 100% Santé. Sur ce dernier point, dans un projet d'avis publié le 6 juin 2023 au Journal Officiel, les pouvoirs publics proposent la mise en place d'un bonus qui s'élèverait à 42€ TTC pour chaque équipement intégralement 100% Santé facturé, attribué uniquement aux opticiens réalisant plus de 65% de leurs ventes en équipements 100% Santé.

AUTRES MESURES

En complément, l'arrêté du 26 janvier 2023 portant approbation de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales et l'assurance maladie prévoit une baisse de la lettre B de 1 centime. Cette mesure a pour conséquence une diminution des tarifs des actes de biologie réalisés dans les laboratoires médicaux et représenterait une économie de l'ordre de 100 M€ pour les complémentaires.

Particulièrement éprouvés durant ces dernières années, la revalorisation des salaires du personnel hospitalier de 7% devrait être

cofinancée par l'Etat et les complémentaires. Ce montant est estimé à environ 100 M€ pour les OCAM.

Enfin, la réforme du cumul invalidité emploi, mise en œuvre par décret le 23 février 2022, visait à introduire davantage de justice pour les assurés qui souhaitent conserver ou reprendre une activité rémunérée après leur passage en invalidité. Ces nouvelles règles impactent le niveau des rentes du régime de base pour les assurés concernés (et par conséquent celui des assureurs dans certains cas). L'introduction d'un salaire de comparaison plafonné (au Plafond Annuel de la Sécurité Sociale ou PASS) a cependant engendré des pertes de revenus importantes pour les plus hauts revenus : elle a en effet conduit à la suspension de la pension de la Sécurité Sociale, et par suite, celle des rentes de prévoyance complémentaire. Le traitement de ces cas spécifiques diverge selon les organismes assureur (maintien ou non des indemnisations, avec ou sans compensation de la rente SS, et pour une durée parfois limitée). Un nouveau projet de décret pour la deuxième partie de l'année, portant le salaire de comparaison à 1,5 PASS, devrait considérablement limiter le nombre d'assurés concernés.

POINTS D'ATTENTION POUR LA FIN D'ANNÉE ET LES RENOUVELLEMENTS 2024

DE FORTES DÉRIVES SANTÉ SUR LES PREMIERS MOIS DE 2023

En parallèle de ces changements réglementaires, on a pu observer une hausse significative des prestations servies par les organismes complémentaires au premier trimestre 2023 (de l'ordre de +10% en moyenne) par rapport au premier trimestre 2022 qui était déjà relativement haut. Cette dérive concernait notamment les postes dentaire, optique et hospitalisation, conséquences de la réforme 100% santé et des rattrapages de soins post covid. Néanmoins la tendance ne s'est pas confirmée sur le deuxième trimestre. Ainsi, sur le

premier semestre 2023, la dérive semble se stabiliser aux alentours de +4% à +5%, un niveau à suivre avec une attention particulière sur la fin d'année. Ces évolutions pourraient impacter les cadences mensuelles de paiement et, par suite, le calcul des Provisions pour Sinistres A Payer (PSAP) de fin d'année qui devront être analysées précisément.

UN ABSENTÉISME TOUJOURS TRÈS ÉLEVÉ

Les dernières études sur l'absentéisme publiées lors du premier semestre 2023 ne sont pas plus rassurantes. Le niveau d'absentéisme a encore augmenté significativement en 2022. De plus, les études semblent montrer une profonde déformation du risque sur l'arrêt de travail :

- // Une augmentation sensible des arrêts de travail chez les salariés jeunes,
- // Des arrêts plus fréquents chez les salariés cadres,
- // Un allongement des durées moyennes des arrêts longs (qui impactent les régimes de prévoyance),
- // Des arrêts pour risques psycho sociaux désormais plus nombreux que ceux liés aux troubles musculo squelettiques.

Conséquence directe de l'inflation et de la hausse du smic au 1er mai 2023, le montant des indemnités journalières de la Sécurité Sociale perçues en cas d'arrêt de travail a automatiquement été revalorisé de 2,22%. Sur le 1er semestre, le montant des IJ versées par la SS a diminué de 6,3% par rapport au 1er semestre 2022 mais il convient de rappeler que la crise sanitaire avait généré une hausse de ces versements de plus de 17% entre le 1er semestre 2021 et le 1er semestre 2022. Les charges du régime de base restent donc à un niveau très élevé et augmentent de 2,5% sur 12 mois.

Au-delà ces évolutions de fonds, le financement des revalorisations des prestations complémentaires de prévoyance génère également des difficultés. Souvent « calquées » sur l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARCCO, elles ont généré des charges importantes suite à la revalorisation historique de cet indicateur en 2022 (+5,2%). Ces surcouts

n'ont généralement pas été compensés par les gains sur le niveau des provisions liés à la hausse des taux techniques.

ANALYSER LES DÉRIVES ET ANTICIPER UNE AGGRAVATION DES RISQUES

Des évolutions réglementaires pouvant avoir un impact significatif restent à suivre : négociations en cours (conventionnelles) ou à venir (AGIRC-ARRCO) et PLFSS 2024 (avec de premières tendances généralement dévoilées autour du 25 septembre). Une inquiétude émerge également concernant une éventuelle révision des modalités de calcul des IJSS face à la dérive des coûts si le plan d'action annoncé fin juin, et basé essentiellement sur le renforcement des contrôles des médecins et des assurés, ne devait pas atteindre les objectifs d'économies attendus.

Par ailleurs, plusieurs organismes assureurs importants ont affirmé leur volonté de revoir à la hausse leurs ressources de gestion, les prélèvements négociés contractuellement sur les contrats collectifs étant historiquement inférieurs aux coûts réels. Ces augmentations des frais de gestion, souvent conséquentes, ont un impact direct sur le montant des cotisations.

Les chiffrages des impacts des différentes évolutions connues à date restent à affiner et surtout à « personnaliser » : les impacts peuvent présenter des variations significatives d'un contrat à l'autre, et d'une population à l'autre. L'acceptabilité des révisions tarifaires sera facilitée par la personnalisation des hypothèses. Pour les assureurs, des choix de mutualisation seront à étudier, comme cela a été fait lors de la mise en place 100% santé, notamment pour éviter des hausses trop importantes sur les contrats d'entrées de gamme.

Au-delà, l'exploitation de la DSN peut permettre de mieux connaître et appréhender la population sous risque et la sinistralité. Ces analyses permettront d'affiner le chiffrage d'impact des évolutions réglementaires (par exemple projection des populations au regard de la réforme des retraites), les méthodes de détermination des provisions (notamment pour fiabiliser les listes d'inventaire) et d'adapter les

actions de prévention. Ces dernières, couplées à des services innovants, sont de véritables outils de différenciation pour les régimes et s'inscrivent parfaitement dans le champ des réponses apportées aux préoccupations de qualité de vie au travail (gestion des risques psychosociaux, aide au retour à l'emploi, etc).

Les branches professionnelles joueront de nouveau un rôle majeur dans le cadre des renouvellements 2024 en favorisant la mutualisation et en assurant la pérennité des dispositifs. Les régimes de branches trouveront également, dans ce contexte, une nouvelle opportunité de s'imposer comme un vecteur majeur de déploiement des dispositifs de prévention affinitaires.

Face à tous ces enjeux, le cabinet GALEA met à votre service son expérience technique et sa connaissance du marché pour vous accompagner.



<https://www.galea-associes.eu/>