



55 000
entreprises
adhérentes



Plus de
2,3 millions
de personnes
protégées

Mieux comprendre l'évolution de la consommation médicale, afin de mieux maîtriser l'inflation constatée ces dernières années. Voici l'objectif du Baromètre santé d'Harmonie Mutuelle, sur le périmètre des entreprises adhérentes.

Évolutions des remboursements Régime Complémentaire par poste de soins

Coût par personne protégée

| | Marché des entreprises | |
|---|------------------------|--------|
| | 2014 | 2015 |
| Honoraires médicaux | - 0,7 % | 1,9 % |
| Autres prescriptions | 6,2 % | 4,3 % |
| Pharmacie | - 3,8 % | -3,4 % |
| Optique | 4,4 % | 3,4 % |
| Dentaire | 3,1 % | 4,3 % |
| Remboursement complémentaire hors hospitalisation | 2,4 % | 2,4 % |
| Hospitalisation | 4,4 % | 2,9 % |
| Remboursement complémentaire global | 2,7 % | 2,5 % |

HONORAIRES MÉDICAUX

Une hausse sur les spécialistes

Nous observons une forte inflation sur les spécialistes (+6.3%) s'expliquant à la fois par une hausse des dépassements et du nombre de consommateurs, malgré la mise en place du contrat d'accès aux soins.

A contrario, nous observons une baisse de l'inflation sur les consultations généralistes (-1,6%) due à une baisse des consommateurs.

Nos observations s'entendent hors versement du Forfait Médecin Traitant, qui est reversé sous forme de taxe par la mutuelle.

AUTRES PRESCRIPTIONS

Une inflation sur la radiologie

Cette inflation (+7,1%) est portée par la hausse des dépassements d'honoraires et par la hausse du nombre de personnes ayant eu recours à ce type d'examen :

- Le vieillissement de la population, le taux de natalité élevé et la hausse du nombre de maladies chroniques (diabète, maladies neurodégénératives, etc...), soutiennent la demande en soins.

- L'évolution technologique des équipements favorise le développement de nouveaux domaines d'application de l'imagerie médicale (ostéodensitométrie, coloscanners...).

- Les campagnes de dépistage favorisent également l'activité des radiologues.

De même le vieillissement de la population et les évolutions technologiques génèrent une forte inflation sur les appareillages (+6%) et sur les auxiliaires médicaux (+4,8%).

Le poids de la médecine douce (acupuncture, mésothérapie, homéopathie, ostéopathie, chiropractie, micro-kinésithérapie), bien qu'il soit faible, continue de progresser et de plus en plus de personnes ont recours à ce type de soins (+13,4%).

PHARMACIE

L'importance des honoraires de dispensation

Cette baisse est liée aux impacts des politiques publiques d'encadrement des dépenses (création de tarifs forfaitaires de responsabilité, inscriptions au répertoire des génériques, baisses de prix des médicaments, etc.) et par la mise en place des honoraires de dispensation (13,6% du poste pharmacie).

OPTIQUE

L'impact du contrat responsable

L'inflation optique reste élevée bien qu'inférieure d'un point par rapport à 2014. Effet lié à une hausse des coûts par équipement de lunettes. Cette hausse est plus limitée dans le réseau Kalivia grâce à des tarifs négociés (-17% en moyenne sur un équipement), et permet de diminuer significativement leur « reste à charge » en optique (-48% comparativement à un équipement hors réseau).

On observe une hausse de 4,3% sur les lentilles qui représentent un poids de 7% sur ce marché.

Sur décembre 2015, nous constatons une hausse de 4% du nombre d'achats en optique, par rapport à décembre 2014. Probablement un renouvellement anticipé de l'appareillage optique lié à la mise en place des contrats responsables (limité à 1 fois tous les 2 ans, à compter du 1er janvier 2016).

DENTAIRE

Une consommation croissante des implants

Reliquat d'inflation sur les soins dentaires (+2,6%) suite à la mise en place des revalorisations tarifaires prévues par l'avenant 2 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

L'inflation sur l'orthodontie (+3.6%), s'explique par la hausse des dépassements.

Quant à l'inflation sur les prothèses dentaires (+ 3.7%), elle découle d'une hausse du taux de consommateurs.

À noter la forte croissance de la fréquence de consommation des implants dentaires, +24% (même si ce poste ne représente que 3% des remboursements dentaires actuellement).

HOSPITALISATION

Des séjours plus courts

Le développement des soins en ambulatoire génère une baisse sur les frais de séjour (-2.4%) et sur le forfait journalier (-0.9%).

L'inflation sur le poste hospitalisation incombe principalement aux honoraires (+11.8%) et à la chambre particulière (+8.4%).

Globalement nous constatons un nombre plus élevé de consommateurs mais sur des durées de séjour plus courtes.

Impact du contrat responsable, à prévoir sur 2016 : prise en charge illimitée du forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée, sans exclusion de disciplines).

Répartition des prestations par grand poste

| Coût par personne protégée | Marché des entreprises | |
|--|------------------------|----------------|
| | 2014 | 2015 |
| Honoraires médicaux | 9,6 % | 9,4 % |
| Autres prescriptions | 21,2 % | 21,9 % |
| Pharmacie | 15,5 % | 14,6 % |
| Optique | 21,8 % | 21,5 % |
| Dentaire | 16,8 % | 17,1 % |
| Remboursement complémentaire hors hospitalisation | 84,9 % | 84,5 % |
| Hospitalisation | 15,1 % | 15,5 % |
| Remboursement complémentaire global | 100,0 % | 100,0 % |

FORAÎT MÉDECIN TRAITANT (FMT)

Depuis juillet 2013, un forfait « Médecin traitant » a été mis en place pour la totalité des patients de plus de 16 ans, non en ALD et hors CMUistes. Ce forfait rémunère le médecin traitant pour sa fonction de coordination des soins.

Son montant est déterminé par arrêté : 5€ par an depuis 2014 (2,5 € en 2013) et par patient.

Actuellement ce forfait est reversé comme une taxe par la mutuelle. À terme, il sera réglé comme une prestation au titre des adhérents concernés.

Ce dispositif devait prendre fin en 2015 mais a été prolongé par la Loi de financement de la Sécurité sociale pour un an.

HONORAIRES DE DISPENSATION

Le premier syndicat de pharmaciens et l'assurance maladie ont signé un accord (entrée en vigueur 01/01/2015) créant une **rémunération à la boîte** délivrée permettant aux pharmaciens d'être moins dépendants du prix et des volumes des médicaments vendus et de valoriser le rôle du pharmacien dans ses missions de conseil et de prévention.

Cette rémunération à l'acte est appelée « honoraire de dispensation ».

En contrepartie la marge commerciale qu'ils perçoivent pour chaque boîte vendue (calculée en pourcentage du prix du fabricant) a été ajustée à la baisse.

Ces honoraires ont évolué au 01/01/16.

Voir l'article sur notre blog

www.protection-sociale-entreprise.fr

CCAM DENTAIRE

L'avenant n°3 à la convention nationale dentaire a prévu la mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour les actes techniques dentaires, à l'exception de ceux d'orthodontie.

Il prévoit également :

- La revalorisation tarifaire de certains actes.
- La modification du devis conventionnel, qui est remis par le chirurgien-dentiste au patient.
- La prise en charge du bridge de base pour les bénéficiaires de la CMU-C.
- Mise en place d'un examen de prévention bucco-dentaire pour les femmes enceintes.



RÉSEAU KALIVIA

Le réseau Kalivia est un réseau de professionnels de santé : 5 000 centres d'optique, 3 100 centres audioprothèse et plus de 2 000 chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires proposent des prestations de qualité à des tarifs négociés.

Objectifs :

- Réduire le reste à charge de l'adhérent tout en garantissant un haut niveau de qualité.
- Renforcer la maîtrise des dépenses de santé.
- Répondre à un juste besoin médical.

Grâce à :

- Des prix négociés : les prix étant compétitifs, les adhérents qui vont dans le réseau ont tendance à prendre les équipements plus haut de gamme.
- Pour les équipements optiques achetés dans le réseau, nos garanties peuvent intégrer une majoration du remboursement des verres, pouvant aller jusqu'à leur prise en charge intégrale (selon une liste de verres et traitements).
- Une offre exclusive « Prim/Audio » en audio, et « l'Offre Malin » en optique, pour un appareillage de qualité accessible pour les budgets réduits.
- Des services et garanties après-vente.
- Tiers payant systématique.

CONTRAT RESPONSABLE

Rappel des nouvelles définitions applicables au 01/01/16.

Pour être qualifié de « responsable », un contrat de complémentaire santé doit :

- Respecter un cahier des charges précis, fixé et mis à jour par les autorités publiques.
- Garantir un bon niveau de couverture pour les dépenses de santé les plus courantes.
- Inciter l'assuré à adopter un comportement responsable : consulter en priorité le médecin traitant, respecter le parcours de soins coordonnés...

Avantages du contrat :

- Application d'une taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) à 7%, au lieu de 14% pour les contrats non responsables.
- **Pour les Travailleurs non-salariés** : avantages fiscaux.
- **Pour les Entreprises privées** : avantages fiscaux et sociaux.

CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS)

L'objectif de ce contrat est de limiter la part des consultations avec dépassement.

En contrepartie de certains avantages (cotisations sociales allégées, actes revalorisés...), les médecins signataires s'engagent à ne pas augmenter leurs honoraires libres durant trois ans et à effectuer une partie de leurs consultations aux tarifs conventionnés.

Les complémentaires santé sont incitées à prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérent au dispositif (lorsque le contrat complémentaire prévoit la prise en charge des dépassements).

Au 22/02/2016, 11 477 médecins ont adhéré au CAS, soit près de 10% des médecins (omnipraticiens et spécialistes).

Soit 4% des médecins en secteur 1 et 29% des médecins en secteur 2.

LEXIQUE

- **Personne protégée** : personne physique couverte au titre d'un contrat.
- **Fréquence** : nombre moyen d'actes effectués dans l'année pour un bénéficiaire.
- **Majorations** : montants, compris dans la base de remboursement, qui s'ajoutent au tarif de convention dans le cadre d'un acte donné (majoration de coordination, kilométrique, transitoire, pour enfants de 0 à 2 ans chez le pédiatre...).
- **Prestations supplémentaires** : prestations prises en charge par la mutuelle au delà de la base de remboursement.
- **Prix par acte** : montant de la dépense divisé par le nombre d'actes.
- **Remboursement par acte** : montant du remboursement de la mutuelle divisé par le nombre d'actes.
- **Remboursement par bénéficiaire** : montant du remboursement de la mutuelle divisé par le nombre de bénéficiaires.
- **Ticket modérateur** : part de la base de remboursement non prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et prise en charge par la mutuelle.
- **Consommant** : personne qui, parmi la population retenue, a bénéficié, au moins une fois dans l'année, du soin relevant de la catégorie considérée.

