

Compte rendu COPIL PSC 20 Juin 2023

Prévoyance – Maintien de salaire :

Introduction

Le contrat-groupe d'assurance 2020-2025 - Prévoyance-Maintien de Salaire - du Centre De Gestion des Vosges comptait **362 collectivités adhérentes avec 2 900 agents assurés au 31.12.2022.**

La **moyenne d'âge des agents adhérents** est d'environ **49 ans**.

Analyse

La principale difficulté rencontrée par l'actuaire ARRA CONSEIL concerne le calcul des provisions réalisé par TERRITORIA MUTUELLE.

Habituellement, le calcul des provisions se fait via des tables de calculs certifiées par le ministère des finances, mais celles-ci ne sont pas adaptées aux droits statutaires des agents publics.

TERRITORIA MUTUELLE a donc réalisé ses propres tables de calculs adaptées aux agents publics et certifiées par le BCAC (Bureau Commun des Assurances Collectives).

De ce fait, notre tiers expert ARRA CONSEIL avait des écarts de provisions par rapport à celles transmises par TERRITORIA MUTUELLE. La note technique transmise à ce jour est donc encore provisoire.

Globalement, le contrat Prévoyance est à l'équilibre sur les 3 années 2020-2021-2022 avec un ratio « Prestations sur Cotisations » de 77%.

Il était de 52% pour 2020, de 65% pour 2021 et de 108% pour 2022.

Selon les actuaires, les provisions calculées en 2020 et 2021 n'étaient peut-être pas suffisantes et ne permettaient pas d'anticiper les sinistres de maladie en longue durée qui interviennent en 2022. En effet, 2022 est la 3^e année du contrat et donc, les sinistres datant de 2020 (date d'effet du contrat) sont requalifiés en maladie longue durée.

De ce fait, les provisions 2022 ont été revues à la hausse afin d'anticiper d'éventuels futurs dossiers de longue maladie et longue durée.

De plus, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution conseille d'augmenter les fonds propres des organismes assureurs afin de renforcer leur solvabilité et faire face sereinement à l'inflation. Pour cela, les assureurs doivent prévoir plus de provisions que d'habitude.

Conclusion

Le contrat-groupe du Centre De Gestion des Vosges est en bonne santé financière et ne subira pas d'augmentation tarifaire pour l'année 2024.

Il faudra tout de même **être vigilant car les résultats se dégradent depuis 2022.**

Cette dernière étant l'année charnière du contrat de 6 ans et étant cumulée avec un contexte inflationniste, l'assureur a dû appliquer des provisions supérieures. Cela impacte le rapport « Prestations sur Cotisations », qui est porté à 108% au 31.12.2022. **Des actions de prévention doivent être étudiées pour limiter les risques.**

Mutuelle Santé :

Introduction

Le contrat-groupe d'assurance 2020-2025 - Mutuelle Santé - du Centre De Gestion comptait **1 504 personnes assurées comprenant les agents, leur conjoint et leurs enfants au 31.12.2022.**

La **moyenne d'âge des agents actifs** adhérents est d'environ **45 ans**, et celle des **agents retraités** est d'environ **66 ans**.

Analyse

Le nombre d'adhérents par formule :

- Formule Essentielle → **476**
- Formule Essentielle – Loi Evin (retraités) → **36**
- Formule Optimale → **724**
- Formule Optimale – Loi Evin (retraités) → **29**
- Option Surcomplémentaire → **235**
- Option Surcomplémentaire – Loi Evin (retraités) → **4**

Le ratio « Prestations sur Cotisations » (P/C) :

En 2022, le montant des cotisations a augmenté de 6 % par rapport à 2021 (suite à l'augmentation du nombre d'adhérents).

Cependant, le montant des prestations a également augmenté, à hauteur de 9% par rapport à 2021. Cela est dû aux 6% d'adhérents en plus et dû à l'augmentation de l'absentéisme de 3% (qui est un taux normal comparé au taux national).

De ce fait, le ratio « Prestations sur Cotisations » 2022 du contrat Mutuelle Santé du Centre De Gestion est de 99% (96% en 2021).

. Pour les actifs :

- La formule Essentielle est équilibrée à 90% de P/C,
- La formule Optimale est à 105%
- La surcomplémentaire est à 10%.

La formule Essentielle et la surcomplémentaire permettent de combler le léger déficit de la formule Optimale.

. Pour les retraités :

- La formule Essentielle est équilibrée à 95% de P/C,
- La formule Optimale est à 87%
- La surcomplémentaire est à 14%.

L'ensemble des formules LOI EVIN sont équilibrées à 90% de P/C.

Le contrat groupe Mutuelle Santé **au global** est à 99% du ratio Prestations à Cotisations.

Les remboursements reçus par les adhérents :

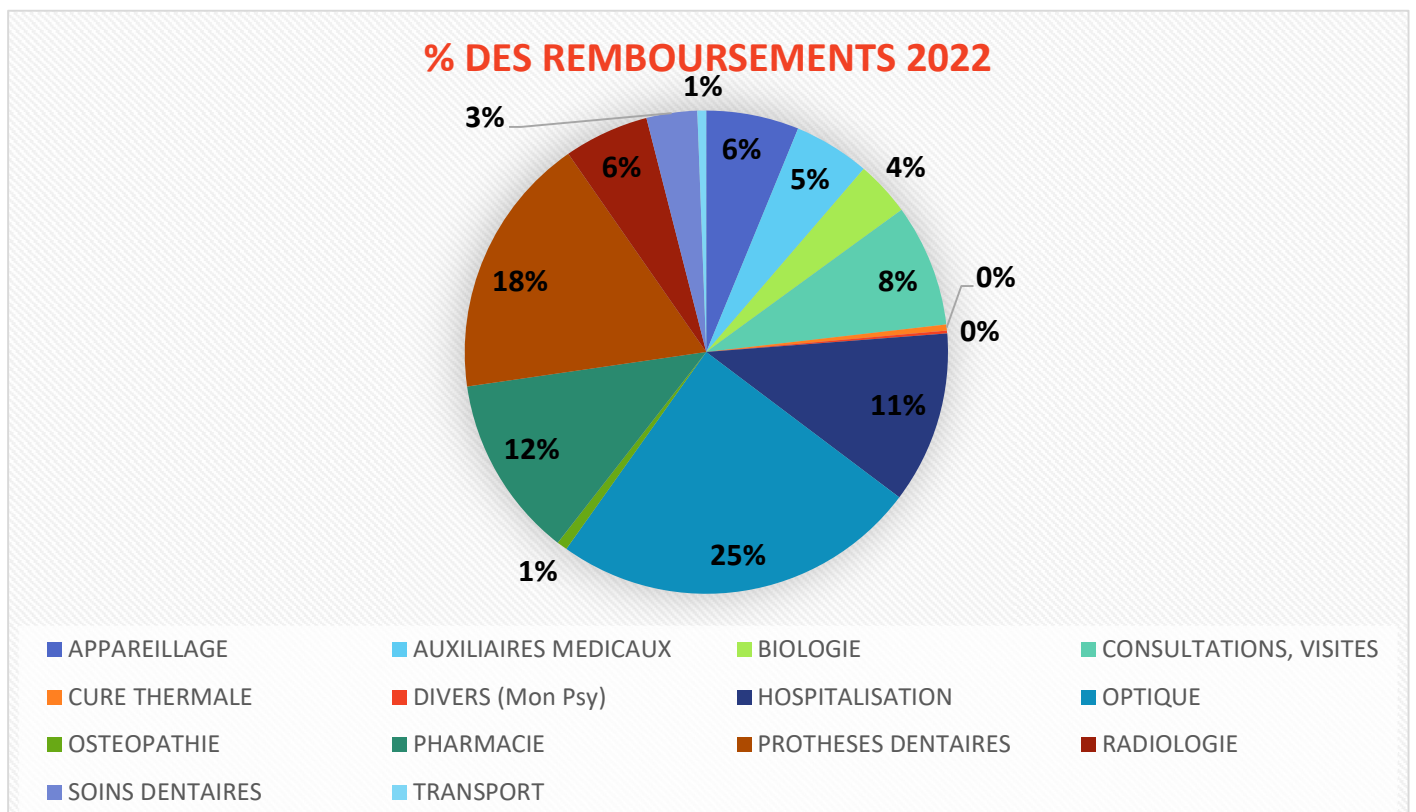
Sur les 1 504 personnes assurées, il y a 871 agents, 198 conjoints et 435 enfants.

Globalement, ce sont les agents chef de famille qui consomment le plus. En effet, 65% des remboursements effectués concernent les soins des agents chef de famille, 19% les soins des enfants et 16% les soins des conjoints.

Dans les formules retraitées, ce sont également les agents chef de famille qui consomment en grande majorité (69% dans la formule Essentielle et 75% dans la formule Optimale).

En moyenne, 435€ par an sont remboursés à chaque adhérent. Ceci est légèrement supérieur à la moyenne nationale dû au fait que l'âge moyen des adhérents au contrat est également supérieur à la moyenne nationale.

Voici ci-dessous la répartition des remboursements versés par la MNT selon les actes. Exemple : 25% des remboursements versés en 2022 concernent des frais d'optique.



La répartition indiquée ci-dessus est quasiment identique à celle de l'année dernière. Les agents n'ont donc pas modifié leurs modes de consommation par rapport à 2021.

Les restes à charge selon les formules :

- **Formule Essentielle - actifs** : 92% des dépenses sont remboursées par le contrat soit, **8% de reste à charge**
- **Formule Essentielle - retraités** : 96% des dépenses sont remboursées par le contrat soit, **4% de reste à charge**
- **Formule Optimale - actifs** : 92% des dépenses sont remboursées par le contrat soit, **8% de reste à charge**
- **Formule Optimale – retraités** : 94% des dépenses sont remboursées par le contrat soit, **6% de reste à charge**

La prestation Optique :

Il est constaté que très peu d'adhérents se sont équipés en optique grâce au 100% santé. En effet, nous constatons seulement 3 paires de lunettes en 100% santé contre environ 372 paires en dehors du 100% santé.

Depuis le lancement en janvier 2020, la tendance reste la même. Il y a très peu d'utilisation du dispositif 100% Santé. Il semblerait que les praticiens ne jouent pas le jeu et ne proposent pas le panier de soins « sans reste à charge ». De plus, la qualité des verres est légèrement inférieure que sur les verres hors dispositif.

Pour pallier à la mauvaise foi des opticiens, l'Etat va mettre en place des bonus pour les praticiens qui proposeront le 100% Santé.

Dans notre contrat actuel, il est tout de même constaté que le tarif moyen des verres reste correct. Peut-être que nos conseils donnés aux agents ont porté leurs fruits ?

- 1) Il faut privilégier les opticiens partenaires de la MNT, via le réseau KALIXIA**
- 2) Il ne faut pas présenter ses garanties à l'opticien pour éviter qu'il ne facture à hauteur des montants prévus par le contrat.**

Seuls 10% des adhérents ont une consommation optique élevée avec des tarifs de verres allant de 270€ à 504€. Donc 90% des verres ont un tarif inférieur ou égal à 269€ (dans la formule Optimale). Un seul agent a eu le record, un verre facturé à 504€. Le prix moyen étant à 229€.

La prestation Dentaire :

A l'inverse de la prestation Optique, l'utilisation du 100% Santé en dentaire est importante. Pour rappel, les dentistes sont dans l'obligation de proposer deux devis **avant** la réalisation des travaux dentaires sur le patient : un devis 100% santé et un

devis hors 100% santé. 79% des inlay core et des prothèses fixes ont été réalisés par le biais du 100% Santé.

Depuis le remboursement des couronnes transitoires par la Sécurité Sociale, les dentistes en ont profité pour facturer cet acte qui était gratuit auparavant. Ils ont d'abord facturé à hauteur de 10€ à 15€ car il s'agit du montant remboursé par l'assurance maladie. Or, à ce jour, cet acte est en moyenne facturé à 61€. Cela augmente le montant des prestations versées par la MNT au titre des prothèses dentaires (comme indiqué plus haut, il s'agit de l'une des prestations la plus coûteuse du contrat).

Autres prestations :

→ Ostéopathie :

Seulement 535€ ont été dépensés au titre de la garantie ostéopathie soit, un peu plus de 26 séances remboursées. Il est suggéré d'augmenter cette garantie pour améliorer le remboursement, mais étant donné qu'il s'agit d'une prestation « sûre » (que l'assureur est certain de payer en totalité ou presque), le surcoût appliqué à la cotisation serait bien plus important que le remboursement perçu par les adhérents. De plus, si les assureurs généralisent tous des remboursements plus élevés, alors les praticiens vont en profiter pour augmenter leurs tarifs. Comme cela s'est passé en dentaire par exemple.

→ Audioprothèses :

Les adhérents n'ont pas eu beaucoup de dépenses en audioprothèses cette année, seulement 12 équipements ont été remboursés dont 2 pour des retraités (idem qu'en 2020 et seulement 10 en 2021). Les coûts sont globalement corrects entre 1 600€ et 1 720€. Il n'y a pas eu d'évolution significative depuis l'entrée en vigueur du 100% Santé au 01.01.2021.

→ Hospitalisation :

- **Frais de chambre particulière :** 90% des dépenses se trouvent entre 20€ et 85€ et la moyenne est de 66,50€. Les tarifs pratiqués dans notre secteur sont donc très raisonnables. Seulement un adhérent a eu une facture à 145€ la chambre.
- **Honoraires :** Il en est de même pour la partie honoraire, peu de dépassements sont réalisés dans notre secteur.

→ Consultations :

Dans les consultations il faut dissocier celles qui ont été réalisées auprès de praticiens OPTAM et non OPTAM.

Mais qu'est-ce qu'un Praticien OPTAM ? (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée)

Ce sont les praticiens qui ont signé une convention avec la Sécurité Sociale limitant ainsi le montant leur dépassement d'honoraire. Les patients ont donc moins de reste à charge qu'après des autres praticiens qui ne sont pas conventionnés.

- **Généralistes** : Le tarif maximal dépensé par les adhérents pour une visite chez un généraliste conventionné OPTAM a été de 45€ contre 70€ pour le tarif maximal pratiqué chez un généraliste non OPTAM.
- **Spécialistes** : Le tarif le plus élevé constaté chez un spécialiste conventionné OPTAM est 68€. Il est de 104€ chez un spécialiste non conventionné OPTAM. Là encore, les tarifs restent relativement correctes comparé à ce qui se pratique ailleurs en France.

Attention, à savoir !

Le tarif des consultations chez les médecins généralistes, va augmenter de 1,50€ pour atteindre 26,50€ à l'automne prochain. Les visites chez les spécialistes vont passer à 31,50€.

Pour connaître la pratique tarifaire des praticiens à proximité, la Sécurité Sociale a mis un annuaire en ligne sur le site internet [ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr/) via le lien suivant : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

Je recherche un professionnel de santé :

Je renseigne au moins 1 des 3 critères ci-dessous :

| | | |
|--|---|--|
| <p> Nom</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> <p>Ex. : Durand, Jean Dupont</p> | <p> Profession</p> <p>Saisissez la profession ou sélectionnez-la dans la liste</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> <p>Ex. : Ophtalmologiste</p> <p>> Liste des professions</p> | <p> Acte</p> <p>Saisissez l'acte ou sélectionnez-le dans la liste</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> <p>Ex. : chirurgie de la cataracte</p> <p>> Liste des actes</p> |
|--|---|--|

Où ? Ex. : Rue des Acacias, 13700, Paris, 68, 971, Bretagne

à proximité de

Rechercher 

Conclusion

Les résultats globaux du contrat Mutuelle Santé sont équilibrés.

Il faut faire **attention aux formules pour les retraités** qui restent avantageuses pour l'instant mais qui sont habituellement dégradés dans les contrats collectifs. Actuellement il n'y a que 40 adhérents dans ces formules, ce qui explique aussi cet équilibre financier.

Attention aussi à l'hospitalisation qui est globalement en hausse (liée à l'inflation).

La formule Optimale est intéressante car elle propose de meilleures garanties, mais elle s'associe aussi à des tarifs plus élevés donc, le reste à charge pour les adhérents est plus important.

Le contrat-groupe du Centre De Gestion des Vosges est en bonne santé financière malgré un contexte national de dérive de la consommation médicale (environ 7% supplémentaires observés sur le 1^{er} semestre 2023).

Cependant, les mesures de désengagement de la Sécurité Sociale sur les soins dentaires, la hausse des bases de remboursement des consultations médicales, et l'inflation médicale constatée en 2023 (évoquée ci-dessus) sont susceptibles d'entraîner une augmentation des cotisations à venir sur l'exercice 2024 à l'échelle nationale. Il est donc probable que le contrat-groupe du Centre De Gestion subisse également une augmentation de cotisation.

Pour autant, cette possible majoration des taux sera analysée par notre actuaire du Cabinet Conseil KX COURTAGE pour vérifier son bienfondé, compte-tenu des évolutions passées et à venir du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (pour rappel, +6,9% au 1^{er} janvier 2023 et une évolution attendue à +5% au 1^{er} janvier 2024 – à confirmer-).

Nous ne manquerons pas de vous tenir informés dès que nous serons en possession de nouveaux éléments sur ce sujet.