

Notre analyse sur les postes de dépenses qui pourraient être améliorés

Le **benchmark** que nous avons réalisé sur la complémentaire santé (document accessible également dans notre dossier du mois), met en évidence que le contrat de l'UES CASA **rembourse un peu moins bien** que certains contrats de filiales CASA, mais en contrepartie la **cotisation** afférente reste **très modérée**.

Parallèlement au benchmark, la **CFTC CASA** a recensé et analysé les **restes à charge (RAC)** des salariés de l'UES CASA pour étudier les postes qui mériteraient d'être améliorés.

Poste de dépenses avec reste à charge significatif	Consomants	Coût /consommant	Reste à charge (RAC)		RAC moyen / consommant
			€ (ensemble)	% de la dépense	
Reste à charge peu élevé et fréquence élevée					
Soins courants non OPTAM ⁽¹⁾	3 871	46 € x 3,2	59 681 €	11%	15 €
Hospitalisation non OPTAM ⁽¹⁾	1 059	187 € x 1,8	24 495 €	7%	23 €
Hospi hors honoraires médecins	1 778	252 €	263 €	0%	0 €
Lunettes	1359 ⁽²⁾	583 €	98 144 €	12%	76 €
Médecines douces ⁽³⁾	1 303	61 € x 2	32 256 €	21%	25 €
Reste à charge peu élevé et fréquence modérée à faible					
Chambre particulière	180	318 €	5 003 €	9%	28 €
Lentilles	399	265 €	16 724 €	16%	42 €
Reste à charge élevé et fréquence modérée à faible					
Prothèses dentaires remboursées SS	284	570 € x 2,2	55 319 €	15%	195 €
Orthodontie remboursée SS	292	891 €	54 126 €	21%	185 €
Implants	107	788 € x 2,3	65 635 €	34%	613 €
Parodontologie	54	213 €	9 612 €	84%	178 €
Inlay-onlays (estimation) ⁽⁴⁾	nc	350 €	nc	41%	145 €
Reste à charge très élevé et fréquence très faible					
Chirurgie de l'œil	12	1224 € x 2	13 432 €	46%	1 119 €
Audio prothèse (estimation)	nc	1500 € x 2	nc	52%	1 440 €

(1) Non OPTAM = praticien secteur 2 qui n'a pas signé "l'Option pratique tarifaire maîtrisée" visant à limiter les dépassements d'honoraires

(2) Le nombre de consommateurs est égal au nombre de verres divisé par 2 (un peu supérieur au nombre de montures)

(3) La fréquence et le reste à charge ne sont pas totalement représentatifs des dépenses

(4) Nous n'avons pas le détail des restes à charge. A noter que les inlays-onlays sont mieux remboursés depuis le 1er avril 2019

Que constatons-nous ?

- des RAC modérés et nombreux sur les soins et honoraires des praticiens non OPTAM, la lunetterie et les médecines douces,
- des RAC modérés et peu nombreux (moins de 10% des assurés) sur les lentilles et la chambre particulière,
- des RAC élevés et peu nombreux (moins de 10% des assurés) sur le dentaire,
- enfin des RAC très élevés et très peu nombreux pour la chirurgie de l'œil et les audio prothèses (améliorer ces deux postes de dépenses devraient avoir un impact limité sur le taux de cotisation).

Le sujet des améliorations de garanties est actuellement à l'étude parallèlement à la mise en place de la réforme du « 100% Santé » qui a un impact sur notre contrat (mise en conformité pour le 1^{er} janvier 2020).

En partant de l'analyse des restes à charge, la **CFTC CASA** vous propose son analyse sur les postes de dépenses qui mériteraient d'être améliorés.

Consultations et hospitalisation

- **Spécialistes non OPTAM** : le niveau de remboursement est de **200% BR** hors SS, le meilleur contrat du panel étudié prévoit **400%** et le moins bon **130%**. On pourrait prévoir de **majorer de 50% ou 100% BR**. A noter que le reste à charge moyen sur les consultations de praticiens non OPTAM est de 18 € en moyenne. Chez CAA, les salariés ont privilégié une augmentation des remboursements dentaires plutôt que ceux des consultations de spécialistes non OPTAM. C'est donc à étudier en fonction du surcoût de cotisation associé.
- **Forfait chambre particulière** : le forfait de **101 € (3% PMSS)** est insuffisant dans les cliniques et hôpitaux privés. Il faudrait prévoir **3,5% ou 4% PMSS**. A étudier.

Dentaire

Pour aboutir au **zéro reste à charge** sur les prothèses dentaires (promesse de campagne du candidat Macron), des travaux sont menés au travers de la **réforme 100% santé**. Le prix de certaines prothèses dentaires et certains bridges est désormais plafonné (cf. tableau ci-dessous). D'autres soins, comme la pose d'inlays-onlays bénéficient d'une augmentation de remboursement.

Prothèses	Dents concernées	Facturation maximale au		
		01/04/2019	01/01/2020	01/01/2021
Prothèses du panier RAC 0 (aucun reste à charge)				
Couronne métallique	Toutes	320 €	290 €	290 €
Couronne céramométallique	Incisives, canines, 1ère prémolaire	530 €	500 €	500 €
Couronne en zircone	Toutes, hors molaires	480 €	440 €	440 €
Bridge métallique	Toutes	870 €	870 €	870 €
Bridge céramométallique	Sur une incisive	1 465 €	1 465 €	1 465 €
Prothèses du panier RAC M (tarifs plafonnés)				
Couronne céramométallique	2 ^{ème} prémolaire	Libre	550 €	550 €
Couronne en zircone	Molaires	Libre	440 €	440 €
Bridge céramométallique	Toutes, hors incisives	Libre	Libre	1 635 €
Prothèses du panier libre (tarifs libres)				
Couronne céramométallique	Molaires	Libre		
Couronne céramocéramique	Toutes			
Couronne sur implant	Toutes			
Inlay-core sur prothèses avec zéro reste à charge ou tarifs plafonnés		230 €	175 €	175 €

Prothèses dentaires :

- pour la **1^{ère} série de prothèses** de notre tableau (couronnes avec zéro reste à charge), le **contrat sera adapté** pour être conforme.
- pour la **2^{ème} série de prothèses** (remboursements libres mais tarifs plafonnés), notre niveau de garantie permet :
 - o pour une **couronne céramométallique sur 2^{ème} prémolaire**, un remboursement total de **505 €** avec SS pour un prix plafonné de **550 €**, soit un reste à charge de 45 € relativement modique ;
 - o pour **les bridges céramométalliques**, le plafonnement des tarifs n'interviendra qu'au 01/01/2021, à hauteur de **1.635 €**. Avec un remboursement total de **1.313,50 €** y/c SS sur les bases actuelles de notre contrat, il restera un reste à charge de **322 €** qui mériterait d'être réduit. Le paradoxe est qu'avec le plafonnement du prix du bridge, le dentiste ne pourra plus surfacturer les inlays-core et limiter la facturation du bridge afin que les salariés soient entièrement remboursés.

Ainsi le prix de l'**inlay-core** sera plafonné à **175 €** dès lors que le prix de la prothèse afférente sera plafonné. Aussi faudra t'il prévoir des taux de remboursements différenciés selon la prothèse (couronne, inlay-core et bridge), versus la situation actuelle où le taux de remboursement du contrat est indifférencié et égal à 400%.

- pour la **3^{ème} série de prothèses** (remboursements et tarifs libres), nous nous retrouvons dans la situation actuelle avec un prix moyen combiné inlay-core / couronne céramométallique qui se situe entre **900 et 1300 €**, alors que notre contrat rembourse **928 €** y/c SS, en partant du principe d'une optimisation de la facturation entre couronne et inlays-core (cela rejoint le point d'avant, de différencier les taux de remboursements selon les prothèses).

Dentaire (suite)

- **Inlay-onlays** : nous avons eu plusieurs retours de salariés étonnés d'être aussi peu remboursés sur les inlay-onlays, environ **84 €** au global pour un coût moyen de **350 €**, voire plus de 400 € à Paris. Il y a une faiblesse évidente de notre contrat sur ce poste de dépenses. A noter cependant que la SS a revu sa base de remboursement au 1^{er} avril 2019, ce qui fait que sur les bases actuelles, un inlay-onlay est remboursé à hauteur de **205 €** avec SS. Cela reste insuffisant, il faudrait prévoir un niveau de remboursement de **250 % BR** versus **135 %** actuellement (100% + 50% RSS), ce qui donnerait un remboursement global de **320 €** avec SS.
- **Orthodontie** : c'est un coût important pour les familles. Le semestre d'orthodontie coûte près de 1000€ à Paris et plus de 800 € dans les Hauts de Seine et les Yvelines pour un remboursement maxi de 677 € y compris SS. Il faudrait majorer de 100%, soit **350% de la BR** hors SS, ce qui donnerait un remboursement global maxi de **870 €** par semestre.
- **Implantologie** : le niveau de remboursement est de **18% du PMSS** par implant, soit **608 €** pour un coût moyen de **788 €**. On pourrait prévoir un remboursement plus élevé comme dans d'autres filiales.
- **Parodontologie** : c'est également un sujet de mécontentement des salariés. Certains contrats de filiales prévoit de rembourser la parodontologie qu'elle soit prise en charge **ou non** par la SS, en prévoyant par ailleurs un montant forfaitaire entre **300 et 400 €**, en complément ou non de la base de remboursement. Il faut donc revoir ce poste de dépenses en y adjoignant un forfait applicable également à la parodontologie non remboursée, par exemple **10% PMSS** (égal à 337 €).
- **Endodontie** : l'endodontie recouvre les traitements afférents à l'intérieur de la dent, notamment les canaux et racines dentaires. Pour un retraitement de racines sur une ancienne prothèse dentaire, les soins peuvent être particulièrement onéreux : 750 € chez un spécialiste parisien, dont seule l'obturation est remboursée sur la base de 82 €, tandis que la désobturation ne l'est pas. Il pourrait être prévu un forfait commun sur la parodontologie et les désobturations, à hauteur de 10 % PMSS (337€), cf. ci-dessus.

Optique - A noter, des impacts liés au 100% Santé avec une offre plus importante en zéro reste à charge et un plafonnement des montures à 100 €

- **Lunettes** : il n'y a **aucune marge de manœuvre** sur les équipements en optique. Notre contrat rembourse déjà le maximum autorisé dans le cadre du contrat responsable
- **Lentilles** : pourquoi prévoir 90% des frais réels et plafonner à 10% du PMSS alors que les lunettes sont bien mieux remboursées ? On pourrait ainsi rembourser 100% des frais réels dans la limite de 15% du PMSS (507 €) à l'instar de CACF version améliorée.
- **Chirurgie réfractive de l'œil** : notre contrat est un des plus mauvais et le reste à charge est important avec plus de **1000 € pour deux yeux**. Il faut augmenter le taux de remboursement qui est de **50%** pour le passer à **80%** par exemple, avec un plafond de remboursement à définir.

Autres dépenses

- **Audioprothèses et autres appareillages** : notre contrat laisse un reste à charge très important en audiologie, de l'ordre de **1400 €** pour appareiller les deux oreilles. Mais il ressort en orange aussi bien en audio que pour les autres appareillages. Il faut donc prévoir une augmentation des taux de remboursement pour ces 2 postes. A noter toutefois, que les remboursements audiologiques doivent être revus avec le **100% Santé** et seront donc plus encadrés.
- **Médecines douces** : la **variété** des médecines douces **est trop restrictive**. Il faudrait **ouvrir** à d'autres pratiques, par exemple la podologie, la psychologie, l'homéopathie, l'ergothérapie, etc... Mais néanmoins, cette ouverture à d'autres spécialités aura un prix et donc le débat qui s'ensuit est : maintient-on 6 actes remboursés ou bien faisons-nous de choix de **moins d'actes et de plus de spécialités** (à l'instar des contrats de filiales) ?