

Optimiser la gestion de ses frais de santé

Contrats collectifs. Pour enrayer la flambée des cotisations, les entreprises adaptent les garanties proposées aux salariés en chassant le superflu et en misant sur l'individualisation.

A l'approche des fêtes, c'est toujours la même antienne: les mutuelles, confrontées à de multiples transferts de charges de la Sécurité sociale, font leurs comptes et tentent d'arracher de nouvelles hausses de cotisations aux entreprises. +5 à 7% chez Pro-BTP et Generali, +6% chez April, +7,7% pour Médéric, et même +8 à 10% en moyenne, selon le courtier Aon... Pour les DRH, qui doivent également gérer la casse-tête des contrats responsables (lire page 85), trop, c'est trop! A tel point, que certains demandent à leurs prestataires un report com-

mercial, au-delà du 1^{er} janvier 2006 – date à laquelle les couvertures complémentaires doivent être réactualisées –, le temps de trouver une échappatoire à cette inflation. «Les négociations sont intenses, témoigne Anne André, directeur général de l'activité assurances de personnes de Aon. Les préoccupations s'accroissent et les relations se tendent.» «Il y a un réel malaise: les entreprises ne peuvent – ou ne veulent – plus payer», abonde Luc Cœurdevache, directeur commercial de l'assureur Generali Collectives. Il faut dire que depuis 2002, les employeurs ont vu leurs budgets

frais de santé exploser. «Traditionnellement, c'était un poste qui représentait moins de 1% de la masse salariale, rappelle Philippe Burger, directeur associé en charge du département avantages sociaux de Towers Perrin. Aujourd'hui, il avoisine les 3 à 4%. Avec la prévoyance, les montants approchent le mois de salaire par salarié et par an.» Le coût de la couverture obligatoire offerte par le volailler Arrivé à tous ses cadres (une centaine sur un effectif de 2900 salariés) dépasse les 160 000 euros par an. Chez le créateur de meubles de jardin Fermob, qui a également souscrit un contrat

obligatoire pour ses 21 cols blancs, il est de 15 000 euros par an, un poste important pour une PME de 150 salariés. Dans les grandes entreprises, les sommes en jeu sont à la mesure des effectifs: 2,5 millions d'euros pour le fabricant de médicaments Merck Santé (1 300 salariés), 17 millions en 2004 pour Colas (30 000 salariés).

Procéder à une analyse du rapport primes-sinistralité

Or, à l'avenir, entre le vieillissement de la population, l'apparition de nouvelles technologies médicales et thérapeutiques coûteuses, le désengagement progressif du régime général et les comportements consuméristes des affiliés, les dépenses de santé, en hausse de 5 à 6% en moyenne par an, continueront de croître. Autant anticiper rapidement pour sortir de cette spirale infernale.

Déjà, avant toute décision hâtive, il faut procéder à une analyse très fine des différents postes de dépenses et du rapport primes-sinistralité. Supérieur à 100, le contrat est déficitaire. Inférieur à 100, il est à l'équilibre. «Pour éviter les mauvaises surprises, il est préférable de se maintenir entre 95 et 105», évalue Anne André. L'historique doit porter sur plusieurs années.

L'AVIS DE L'EXPERT

“Attention à ne pas construire une usine à gaz !”



JEAN-MARIE PETIT, directeur associé de Pléiade Conseils, un cabinet spécialisé en rémunérations et avantages sociaux.

“Jusqu'à présent, les DRH ont eu plutôt une attitude passive: ils ne prenaient pas d'initiative susceptible de réveiller l'assureur et de heurter les syndicats. Ils ont encaissé les hausses, mais sans diminuer les garanties. Leur stratégie est simple: figer au maximum le montant des cotisations patronales. Les grandes entreprises commencent à lancer des réflexions sur l'architecture du système, le niveau des prestations, leur adéquation aux besoins des salariés... Elles font du benchmarking. Les PME font figure de “parent pauvre”. Elles ne sont pas en position de force pour négocier. L'avenir est pourtant aux régimes semi-optionnels avec un socle pour les frais lourds financés par l'employeur, agrémenté d'options facultatives pour les salariés. Le produit doit rester simple: pas question de construire une usine à gaz. Il doit correspondre à la politique sociale et au profil démographique des effectifs actuels et à venir compte tenu des perspectives de développement de l'entreprise.”

LES CONTRATS RESPONSABLES VONT CHANGER LES COMPORTEMENTS

Dès le 1^{er} janvier 2006, pour être exonérées de la taxe d'assurance de 7% et de charges fiscales et sociales, les entreprises devront pénaliser les salariés consultant directement un spécialiste sans passer d'abord par un médecin traitant.

LES ACTIONS DE PRÉVENTION ENCOURAGÉES

Dès le 1^{er} juillet 2006, les entreprises devront en organiser au moins deux par an. Mais les domaines concernés restent imprécis : nutrition, tabac, alcool, mal de dos...

LA FRANCHISE DE 1 EURO NON PRISE EN CHARGE

La participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations et les actes de biologie, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005, n'est pas remboursée par les complémentaires.

LE MÉDECIN TRAITANT REMBOURSÉ À 100 %

Les médicaments à vignette blanche et les actes de biologie prescrits dans le cadre du parcours de soins devront être pris en charge à au moins 95 % du tarif de la Sécurité sociale.

LES DÉPASSEMENTS SANCTIONNÉS

Si le salarié ne respecte pas le parcours de soins, la majoration de ticket modérateur ne sera pas prise en charge par la mutuelle. Ni les dépassements d'honoraires facturés par les spécialistes consultés directement, dans la limite de 7 euros. Au total, il sera pénalisé de 10 euros.

« Il faut regarder l'évolution du contrat sur trois à cinq ans, estime Philippe Burger, pour gommer les effets d'une année exceptionnelle (plan social...). » Point à ne pas négliger car il peut être une source d'économies : l'étude du rapport entre les cotisations brutes et nettes. Et là, surprise, les frais de gestion, trop souvent négligés par les entreprises, peuvent se révéler astronomiques. Tout doit être passé en revue avec attention car la tendance naturelle des organismes prestataires est de noircir le tableau pour gonfler la note...

Si le contrat s'avère déficitaire et les majorations inéluctables, vient

ensuite la question de leur répartition entre les salariés et l'employeur. Rares sont les entreprises qui ont choisi de les répercuter intégralement sur leur personnel ou celles qui, à l'inverse, comme ProConsultant Informatique, une SSII moselane de 30 salariés, ou Alstom Transport, ont décidé de les prendre en charge à 100%. La plupart du temps, le deal intervient lors des négociations annuelles sur les salaires et le partage se fait à 50/50. « Toute hausse supérieure à l'augmentation salariale conduit à une baisse de la rémunération nette, prévient Bernard Reybier, le P-DG de Fermob. Il faut être prudent et trouver des

solutions pour rendre ces majorations acceptables. » Comment ? En examinant le niveau des prestations.

Diminuer les garanties : socialement trop dangereux

Depuis 2004, plutôt que de tout remettre à plat, les entreprises préfèrent colmater. « Il n'y a pas encore de vrais changements stratégiques. Elles tentent de faire perdurer le système en l'adaptant à la marge », observe Anne André. La diminution des garanties, redoutée par les syndicats et les spécialistes, ne s'est finalement pas produite. Socialement trop dangereux. « Si nous avons décidé de revoir à la

baisse les prestations, les salariés en auraient tiré une grande frustration », pense Hervé Obed, le P-DG de ProConsultant Informatique. La mutuelle étant devenue un outil de fidélisation et de rémunération, on veille à ce qu'elle reste compétitive. Mais dans une certaine limite. « Après avoir demandé des simulations, posé des questions, pour la première fois, certains DRH ajustent le niveau des garanties pour tenter d'enrayer les hausses », observe Christian Strulovici, président du directoire de Quatrem, spécialiste de l'assurance collective.

Principaux gisements d'économies : l'optique et le (suite page 86) //

MERCK SANTÉ PAIE AU JUSTE PRIX



Un réseau de 2 878 dentistes et 1 800 opticiens est désormais proposé aux salariés de Merck Santé. Résultat : la dépense est mieux encadrée.

/// (suite de la page 85) dentaire, deux postes où les abus – des salariés mais aussi des praticiens – sont légion. Avec les médicaments, ils génèrent près de 70 % de la consommation médicale. « Aujourd'hui, on tente de limiter les remboursements en mettant en place des plafonds par année d'affiliation et par bénéficiaire », expose Françoise Louberssac, directrice du marché entreprises d'April.

L'heure est à la responsabilisation

Finis les frais réels qui permettaient de s'offrir une monture de marque et une paire de lunettes de soleil aux frais de sa mutuelle. Désormais, les assureurs proposent des forfaits annuels ou bisannuels, variables selon le besoin de correction. Ils incitent également les assurés à exiger du praticien un devis. « Cela a un effet dissuasif et permet de se rendre compte des prix pratiqués », affirme Christian Strulovici de Quatrem. Bref, on optimise. « Les entreprises cherchent à mieux maîtriser leurs garanties, abonde le docteur Marcel Garnier, directeur innovation santé de Médéric. On garde l'essentiel de la santé en remboursant par exemple moins la monture et mieux les verres, davantage les prothèses dentaires que les thalassothérapies... » Là où la Sécurité sociale se désengage, les entreprises se montrent plus généreuses. « On interviendra davantage, par exemple, sur les vaccins, l'ostéodensitométrie pour la prévention de l'ostéoporose, c'est à dire dans les situations où le régime général rembourse mal », souligne Françoise Louberssac.

Autres sources d'économies : les doubles couvertures. De plus en plus, les entreprises excluent du contrat collectif le conjoint du salarié déjà assuré par son propre employeur, ou, à défaut, facturent une cotisation supplémentaire à celui qui souhaiterait en bénéficier. De même, les anciens salariés et retraités, qui conservaient leurs droits durant un certain temps, sortent

L'ENTREPRISE

Effectif concerné :
1 300 salariés

Coût de la couverture santé : 2,5 millions d'euros en 2004 (cotisation financée à 60 % par le salarié, 40 % par l'entreprise)

Prestataires santé :
Apicil et Aon (courtage)

désormais plus vite du système, avec une cotisation largement supérieure aux actifs. Chez Colas, qui va harmoniser dès 2006 l'ensemble de ses régimes, les anciens la financent à 100 % avec un surcoût de 30 % par rapport aux autres. « Nous envisageons de leur proposer un contrat particulier, sur mesure, mais dont la tarification resterait plus élevée que celle de l'ensemble du personnel », confie Michel Gentil, directeur du développement social et humain.

Le souci des DRH à l'approche de 2006, ce sont aussi les contrats responsables (voir p. 85). Créés par la réforme Douste-Blazy d'août 2004, ils vont conditionner les remboursements aux comportements de l'assuré qui choisira de s'inscrire, ou non, dans le parcours de soins. Une logique individuelle qui va, à moyen terme,

Fin 2004, c'est la douche froide. L'assureur de Merck Santé, Apicil, menace d'augmenter ses tarifs de 30 %. Le rapport sinistres-primés est de 106 sur les cinq dernières années, avec un pic à 109 en 2004. Plutôt que de fermer les yeux, le fabricant de médicaments préfère se donner le temps de la réflexion. « On a analysé la situation pour voir où se situaient les dérives », explique Annie Bouvier, la DRH. Le dentaire et l'optique sont épinglés. « Nous avons voulu changer de philosophie : payer le bon produit au meilleur prix, en ayant une approche plus médicale

fortement impacter le contenu de la couverture complémentaire. « L'avenir est au régime à options », est persuadé le courtier Michel Duranton. Lubrizol, Jaegger, ou encore 3M ont déjà misé sur des systèmes à la carte, avec des cotisations plus ou moins fortes selon le niveau de prestations choisies. Colas, qui sou-

Désormais, les assureurs proposent des forfaits annuels, voire bisannuels, et incitent les adhérents à exiger un devis de leur praticien.

haite passer de quinze opérateurs santé à trois, y pense fortement. « Nous voulons responsabiliser nos salariés sur des prestations qui, à la différence de la prévoyance, couvrent de petits risques. Il est donc normal qu'ils y participent davantage »,

commente Michel Gentil. En clair, au-delà d'un socle minimal, paie celui qui veut plus. « C'est un système de gammes à étages : le socle de base, financé par l'entreprise, couvre au moins les dépenses prioritaires, comme l'hospitalisation, le

ticket modérateur, les 18 euros pour les actes lourds. Et le complément individuel, que le salarié financera partiellement ou en totalité selon ses besoins, couvre plutôt des dépenses dont le coût est lié à des aléas de comportements (optique, dépassements d'honoraires...) », détaille Stéphane Reuge, directeur de BTP-Prévoyance. Certains imaginent déjà des sur-complémentaires, à l'intérieur d'un contrat collectif responsable, permettant à celui qui consulte directement un spécialiste, moyennant une cotisation fiscalement et socialement traitée différemment, d'être remboursé. Ces sortes de « plan cafétéria » ont le mérite de préserver l'équilibre financier tout en responsabilisant chacun. Mais ils supposent, en amont, de bien communiquer sur les dérives de l'ancien système et les atouts du nouveau, plus juste et plus vertueux même s'il s'éloigne de l'esprit mutualiste. ●

EMMANUELLE SOUFFI