

BENCHMARK SANTÉ • 2023




**Protection Sociale
& Avantages**

CONSEIL EN ASSURANCES

BENCHMARK SANTÉ 2023

Bessé Protection Sociale & Avantages a réalisé son Benchmark «Frais de santé» bisannuel au cours du premier semestre 2023. Plus de 200 entreprises de plus de 300 salariés, tous secteurs confondus, ont participé en toute confidentialité à cette enquête qui permet de comparer les régimes complémentaires santé de plus d'un million de bénéficiaires.

Cette enquête analyse les principales caractéristiques des dispositifs santé des entreprises participantes, telles que la structure de cotisation, les niveaux de cotisations et le cofinancement employeur/salarié, les réseaux de soins, les postes clés et les nouveaux soins couverts en matière de prévention santé.

Les résultats sont basés par quartiles de référence sur les réponses apportées par le panel des participants et couvrent l'ensemble des garanties incorporées à la complémentaire santé obligatoire ainsi que les éventuelles garanties surcomplémentaires.

Les garanties des entreprises participantes sont représentées graphiquement par un point rouge qui est positionné dans le quartile correspondant. Ci-après, trois extraits d'un rapport type qui comporte plus de 30 pages.

QUELLES SONT LES ÉVOLUTIONS NOTABLES EN DEUX ANNÉES, PAR RAPPORT À NOTRE BENCHMARK SANTÉ RÉALISÉ EN 2021 ?

Évolution d'un forfait médecine douce par personne couverte et non plus un forfait par famille avec augmentation de la moyenne des frais couverts liée également à l'intégration dans la surcomplémentaire facultative.

Peu d'évolutions dans la **typologie des garanties couvertes**.

Abandon progressif des régimes non-cadres pour des régimes ensemble du personnel.

Augmentation du coût moyen des actes, liée notamment au contexte inflationniste et à l'évolution du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (+ 6,9 % au 01/01/2023 pour rappel, + 5,40 % au 01/01/2024) pour tous les actes assis sur le PMSS.



Augmentation du nombre de surcomplémentaires facultatives, visant principalement à un meilleur remboursement pour les Médecins non adhérents à un DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée).

Augmentation du forfait pour les lentilles refusées dans les surcomplémentaires.

Extension de la liste des professions reprises en médecine douce (parfois liée à des évolutions dans des accords collectifs nationaux).

Développement de certains actes de prévention notamment pour les psychologues avec des remboursements complémentaires spécifiques.

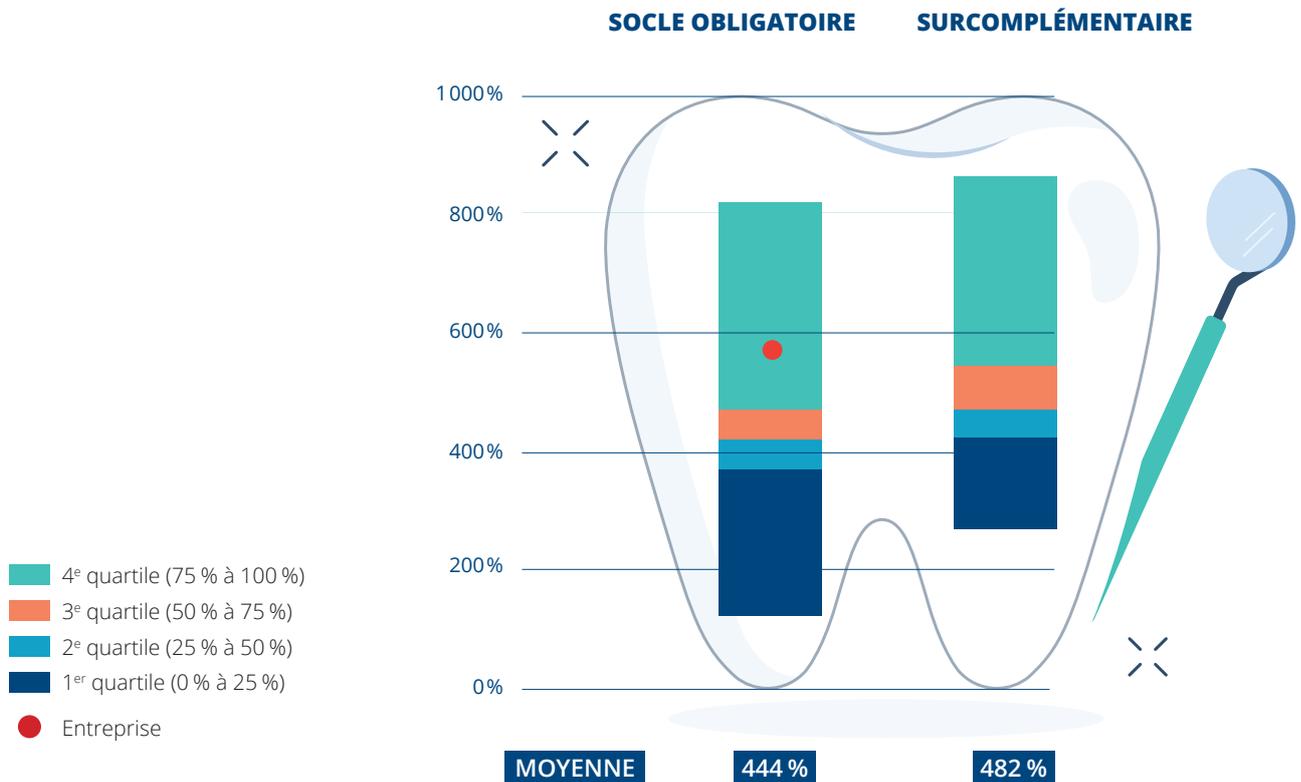
COMMENT PARTICIPER ?

À tout moment vous pouvez participer gratuitement à ce Benchmark Santé, ainsi qu'à notre Benchmark Prévoyance qui sera renouvelé au printemps 2024, en nous en envoyant un mail à psa.benchmark@besse.fr

DENTAIRE

LES PROTHÈSES DENTAIRES

NIVEAUX DE GARANTIES PROTHÈSE DENTAIRE



Le benchmark identifie à la fois la moyenne et la médiane des remboursements.

En moyenne donc, sur le poste prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale, dans le « panier libre », le niveau de remboursement (y compris remboursement Sécurité sociale) est de 444 % de la BR.

La médiane (50 % des régimes sont en dessous, 50 % au-dessus) se situe quant à elle à un peu plus de 400 % de la BR.

Néanmoins, la base de remboursement est très disparate entre les entreprises participantes. Les garanties peuvent varier de 150 % BR (y compris Sécurité sociale) à 800 % BR (y compris Sécurité sociale) dans le régime de base collectif et obligatoire.

Sur les régimes surcomplémentaires, quand ils existent, les disparités de prise en charge sont moindres entre les entreprises. La couverture est améliorée en moyenne de + 50 % BR sur cet acte.

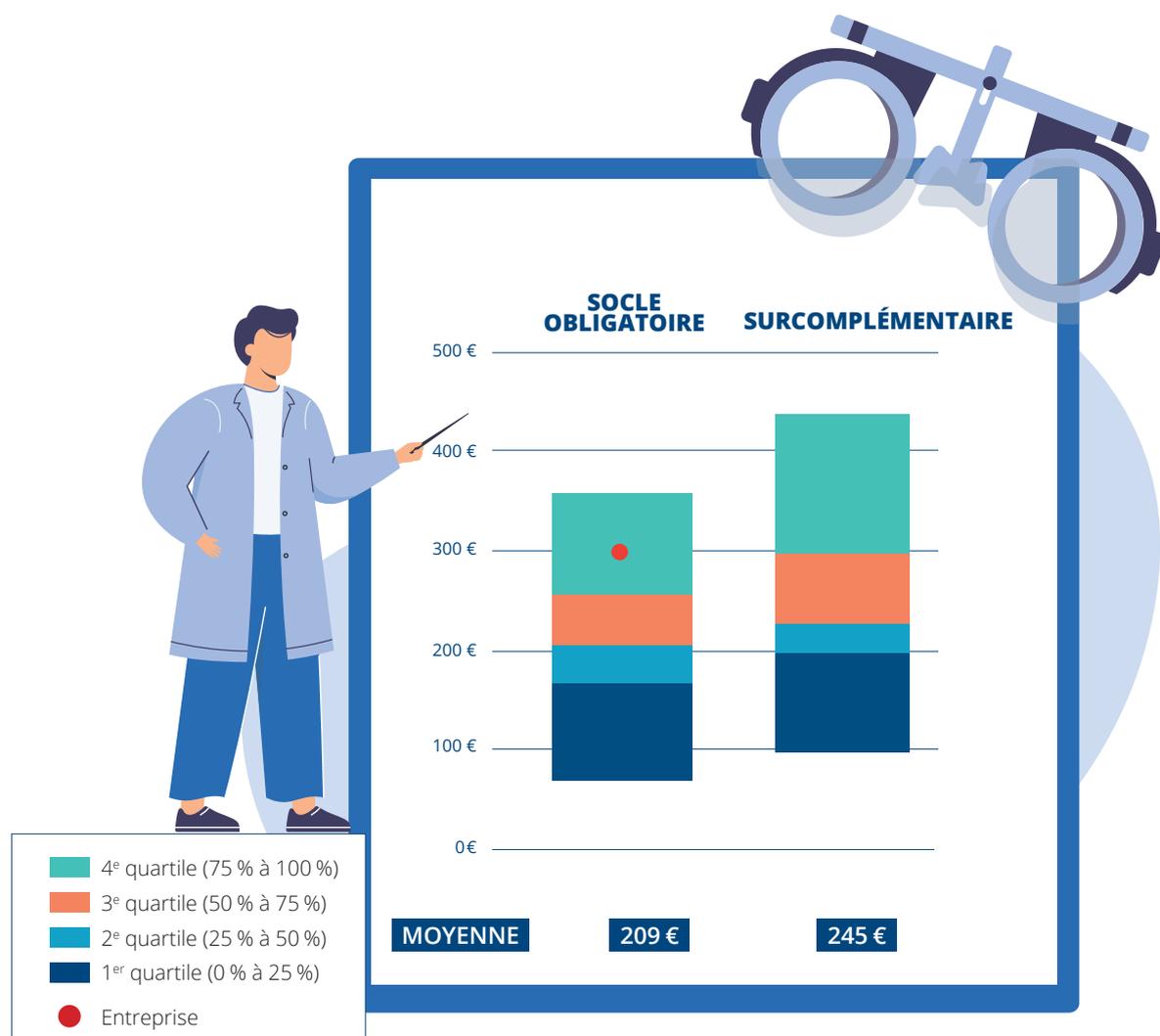
OPTIQUE

LES VERRES « COMPLEXES »

En optique, la majorité des régimes de base obligatoires plafonne le remboursement de la monture au plafond de remboursement du contrat responsable (100 €). Seuls un certain nombre de dispositifs qui ont mis en place une garantie « non responsable » obligatoire dépassent ce montant.

La situation est différente pour les verres, notamment pour les verres adultes « complexes » (ex : verres progressifs). On constate une grande disparité de couverture sur la base obligatoire. 30 % des entreprises ont donc mis en place une surcomplémentaire pour couvrir ce poste.

Sur notre panel, 12 % des régimes surcomplémentaires étudiés prévoient une couverture complémentaire supérieure au plafond du contrat responsable. La prise en charge moyenne est de 209 € par verre (y compris Sécurité sociale) au titre de la base obligatoire.



ACTES DE PRÉVENTION SANTÉ

AUSSI APPELÉE « MÉDECINE DOUCE »

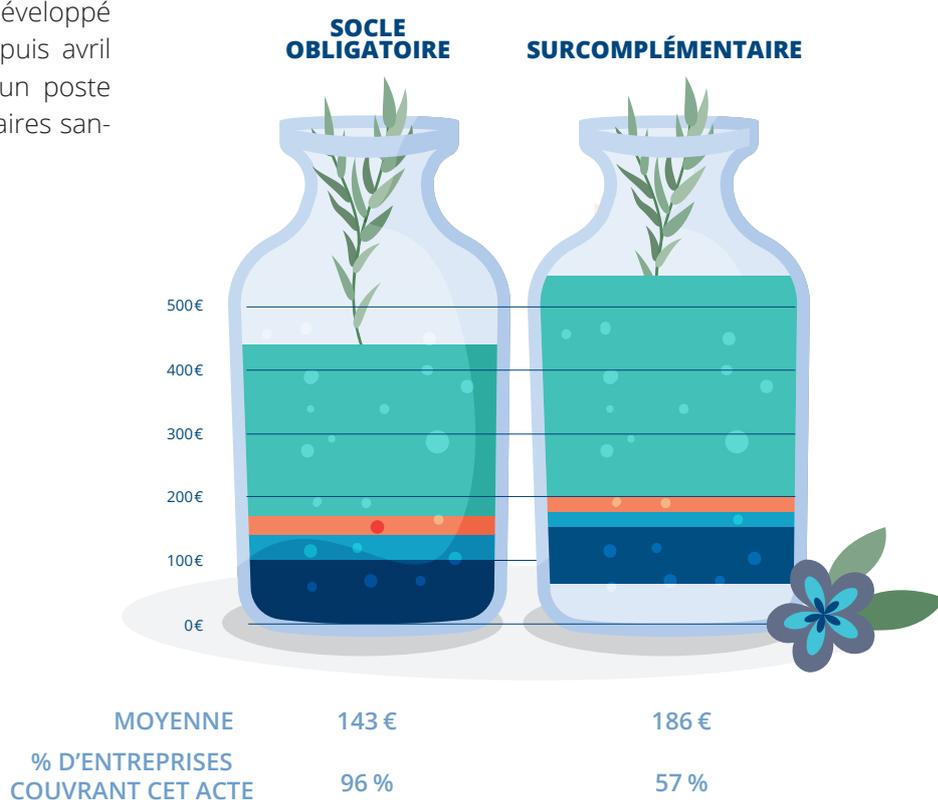
La couverture de la « médecine douce » (exemples ostéopathie, chiropractie, acupuncture...) est aujourd'hui jugée indispensable dans les régimes complémentaires santé pour leur compétitivité et en tant qu'élément de prévention de pathologies plus lourdes.

Sur les régimes socles obligatoires : 96 % des entreprises ont mis en place une garantie pour ces actes.

50 % de ces régimes offrent un niveau de garantie de 100 € à 150 € par an et par bénéficiaire, toutes séances confondues.

57 % des entreprises du panel complètent ce dispositif par une garantie dans le régime surcomplémentaire et améliore sa prise en charge moyenne à 186 € par an et par bénéficiaire, toutes séances confondues.

Les consultations de psychologues (hors dispositif « Mon soutien psy » développé par le Ministère de la Santé depuis avril 2022) font en général l'objet d'un poste spécifique dans les complémentaires santé collective.



Les montants repris n'incluent pas les prestations de psychologie et diététique