



POUR ALLER PLUS LOIN

3/20  
AVRIL 14

## L'ACTUALITÉ DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

### COMMENT ANTICIPER LES DÉCRETS À VENIR ?

#### 2 Caractère collectif et obligatoire

- Les cas de dispenses
- Le cas des salariées multi-employeurs

#### 3 De la désignation vers la recommandation

- Rappel du calendrier : généralisation des couvertures Santé
- Rappel de l'historique
- Fin des désignations : une approche du risque différente
- De nouveaux dispositifs techniques à inventer
- Procédure de mise en concurrence transparente
- Degré élevé de solidarité

#### 5 Panier de soins minimum

- Définition du Panier de soins ANI

#### 6 Contrat responsable

- Définition du contrat responsable
- Options facultatives d'entreprise : un nouveau risque URSSAF ?
- L'impact des surcomplémentaires

#### 8 Conclusion

Après le « séisme » provoqué en 2013 par l'ANI, l'ensemble des acteurs de la Protection Sociale complémentaire reste en attente des décrets d'application. Ces textes s'annoncent d'ores et déjà décisifs pour conduire les chantiers relatifs à la généralisation des couvertures Santé.

Dans le même temps, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale a annoncé la réforme du « contrat responsable santé » pour 2014. Cette évolution impactera tous les dispositifs du marché, ce qui nécessite d'envisager au plus tôt les adaptations nécessaires à réaliser.

Optimind Winter a souhaité à l'occasion de cet événement décrypter et mettre en perspective les projets de décrets existants.



Les intervenants



**Florian Bocognano**  
practice leader santé



**Pierre-Alain Boscher**  
directeur métier Protection Sociale



**Dinis Pires**  
manager Protection Sociale

# 1

## Caractère collectif et obligatoire

### Les cas de dispenses

Le Décret du 9 janvier 2012 a déterminé les critères pour définir les catégories objectives de salariés autorisées en fonction des différents risques (Santé, Prévoyance et Retraite).

Ce Décret, complété par la Circulaire du 25 septembre 2013, précise également les cas de

dispenses d'adhésion ne remettant pas en cause le caractère collectif et obligatoire du régime.

Le Projet de Décret prévoit ainsi l'extension des dispenses liées aux CDD, aux apprentis et aux temps très partiels, à tous les actes fondateurs.

“ Les régimes doivent être conformes avec le Décret du 9 janvier 2012 avant le 1<sup>er</sup> juillet 2014 ”

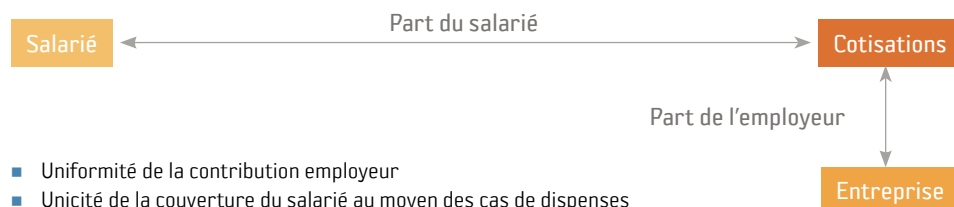
### Le cas des salariés multi-employeurs

Pour éviter que les salariés multi-employeurs soient couverts par plusieurs régimes et assument plusieurs cotisations, la réglementation actuelle permet à l'employeur de le dispenser de couvertures santé tout en bénéficiant des conditions d'exonération sociale.

Le Projet de Décret viendrait confirmer la Décision de l'ACOSS dans sa lettre de Q/R et ainsi autoriser la

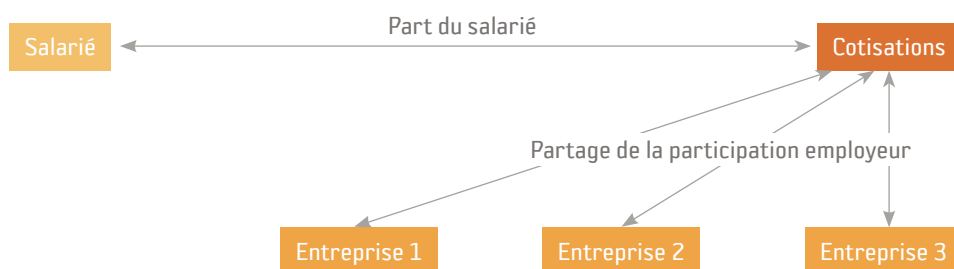
participation de plusieurs employeurs à la cotisation d'un salarié sans remise en cause du caractère uniforme de la participation et donc des conditions d'exonérations sociales.

#### Situation actuelle



### Contexte de la généralisation des complémentaires Santé

#### Projet de décret multi-employeurs



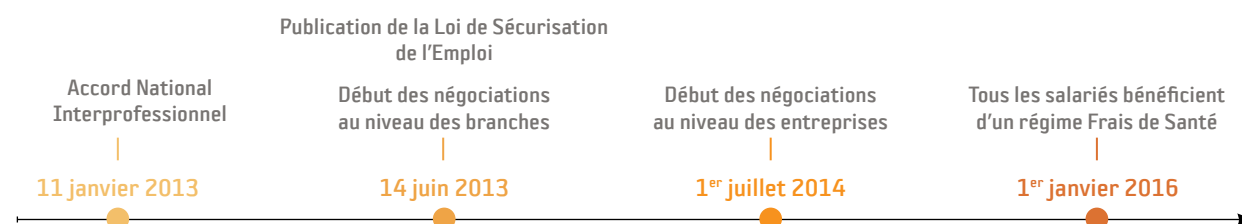
Source Optimind Winter



# De la Désignation vers la Recommandation

## 2

### Rappel du calendrier : généralisation des couvertures Santé



### Rappel de l'historique

Le 13 juin 2013, le Conseil Constitutionnel déclare l'article L.912-1 du code de la Sécurité Sociale inconstitutionnel et met ainsi fin au système des clauses désignations.

Le gouvernement a depuis réécrit l'article L.912-1, en instituant les recommandations :

- Les accords de branche peuvent recommander

un ou plusieurs organismes assureurs, sous réserve du respect d'une procédure de mise en concurrence selon des modalités prévues par décret.

- Les accords de branche Frais de Santé doivent prévoir l'institution de garanties présentant un degré élevé de solidarité.

### Fin des désignations : une approche du risque différente

La fin des désignations et le début des recommandations a pour conséquence une incertitude sur le niveau futur de la mutualisation au sein des régimes de branches.

#### Définition de base de la mutualisation

La mutualisation est le principe technique fondamental de l'assurance qui consiste à regrouper une pluralité

d'assurés exposés à des risques pour opérer une compensation entre risques survenus et non survenus. S'appuyant sur le principe de la loi des grands nombres, plus les effectifs sont importants, plus les prévisions en termes de sinistralité sont précises.

### Prévoyance et Santé : 2 risques que tout oppose... ou presque

Risque	Coût unitaire	Fréquence	Durée	Seuil minimal de mutualisation	Seuil maximal de mutualisation
Prévoyance «lourde»	élevé	faible	longue	1 000 pers.	infini
Santé	faible	élevée	courte	100 pers.	infini

Source Optimind Winter

#### La fin d'une grande surface de mutualisation et d'un périmètre à assurer maîtrisé

Dans le cas d'une désignation, l'organisme assureur avait à sa disposition une grande surface de mutualisation. Le périmètre à assurer se composait à la fois de risques « élevés » et de risques « faibles » qui s'équilibraient et permettaient à l'organisme assureur de réaliser une tarification fiable et stable pour le régime.

Avec la recommandation, l'entreprise n'a plus l'obligation de rejoindre un organisme assureur.

#### Les effets de l'anti-sélection

L'anti-sélection est le phénomène statistique et économique par lequel une offre sur le marché aboutit à des résultats inverses à ceux souhaités, à cause d'asymétries d'information entre l'assureur et l'assuré.

Dans le nouvel espace de liberté ouvert par la fin des clauses de désignation, l'entreprise a le choix de retenir l'offre d'assurance la plus attrayante au regard de sa typologie de risque. Dans ce cadre, l'entreprise peut agir en « acheteur » réfléchi pour optimiser le triptyque : besoins, garanties et cotisations.

L'organisme assureur recommandé est en revanche dans l'obligation d'agir en acteur « aveugle ». Autrement dit, les hypothèses des tarifications retenues pourraient être in fine très éloignées de la réalité du périmètre des entreprises ayant rejoint la recommandation.

Les deux facteurs les plus sensibles restent dans le cadre de la Santé, la démographie de la population (effet risque) et le niveau de précarité des contrats de travail (effet portabilité).

## De nouveaux dispositifs techniques à inventer

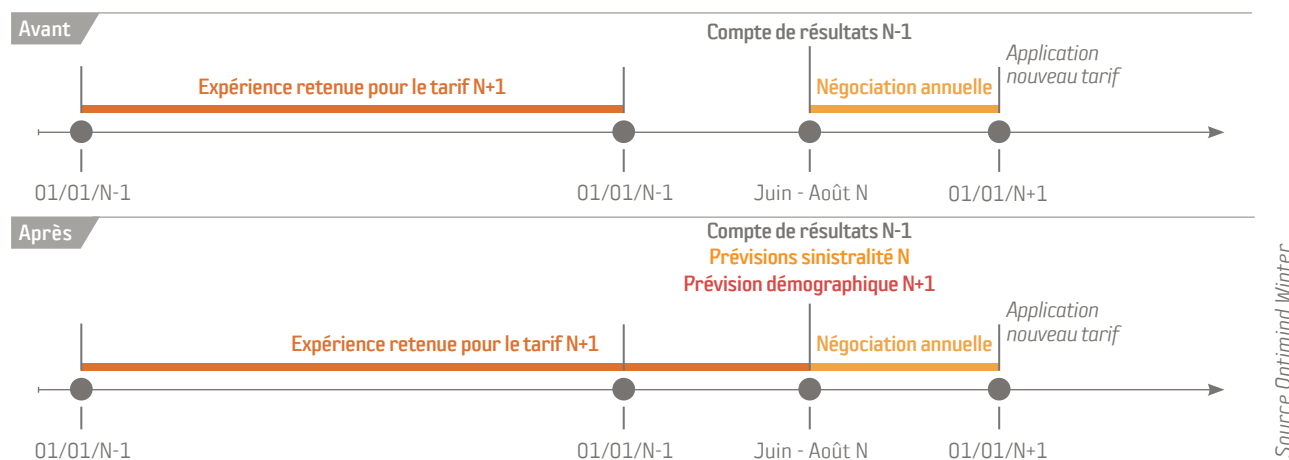
**Incertitude sur le périmètre assuré : un pilotage technique pointu et anticipatif.**

Le nouvel environnement des recommandations engendre un espace d'incertitude qui oblige à adopter les meilleures pratiques en matière de pilotage technique et financier.

Traditionnellement, dans le cadre d'un pilotage d'un régime Frais de Santé de branche, les organismes assureurs utilisent l'expérience acquise sur l'année

N-1 pour évaluer le tarif à appliquer en année N+1 (soit 2 ans d'écart).

Demain avec une recommandation, il sera nécessaire d'analyser l'exercice N-1 tout en estimant le résultat prévisionnel de l'année en cours (N). De même, la problématique supplémentaire des entrées / sorties des entreprises du périmètre de mutualisation nécessitera un pilotage plus pointu avec des prévisions démographiques.

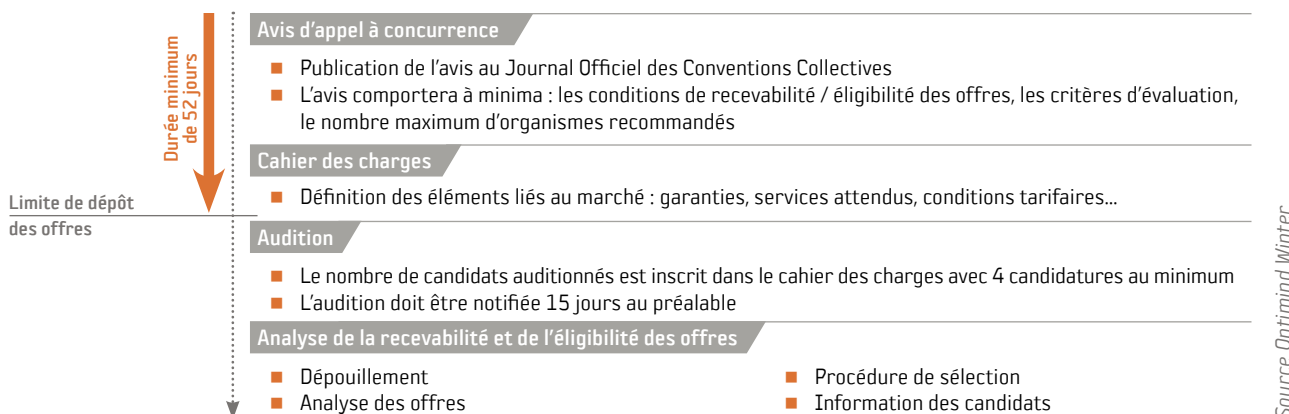


## Procédure de mise en concurrence transparente

La procédure de mise en concurrence pour choisir un organisme recommandé est définie dans un

projet de Décret. Cette procédure est structurée selon les étapes ci-dessous :

DÉCRET  
À PARAÎTRE



## Degré élevé de solidarité

Le Projet de Décret prévoit des prestations à caractère non directement contributif pour les accords de branche avec recommandation :

- Prestations contributives : elles visent la gratuité des cotisations, les apprentis ou les salariés à temps très partiel dont la cotisation peut représenter plus de 10 % de la rémunération versée au salarié.
- Fraction de cotisation correspondant au coût des

prestations non contributif : 2 % des cotisations.

- Actions de prévention : l'état actuel du projet indique des éléments de prévention touchant la Santé publique ou la prévention des risques professionnels.
- Action sociale : aides individuelles ponctuelles qui dépendent de la situation des bénéficiaires et d'aides collectives portant par exemple sur le handicap ou la perte d'autonomie.

DÉCRET  
À PARAÎTRE

# Panier de soins minimum

## Définition du Panier de soins ANI

La généralisation des couvertures santé aux salariés s'accompagne d'un panier minimum de soins défini comme suit :

- 100% de la base de remboursement pour les consultations, actes techniques et pharmaceutiques en ville, et dans les hôpitaux,
- le forfait journalier hospitalier,
- 125% de la base de remboursement des prothèses dentaires,

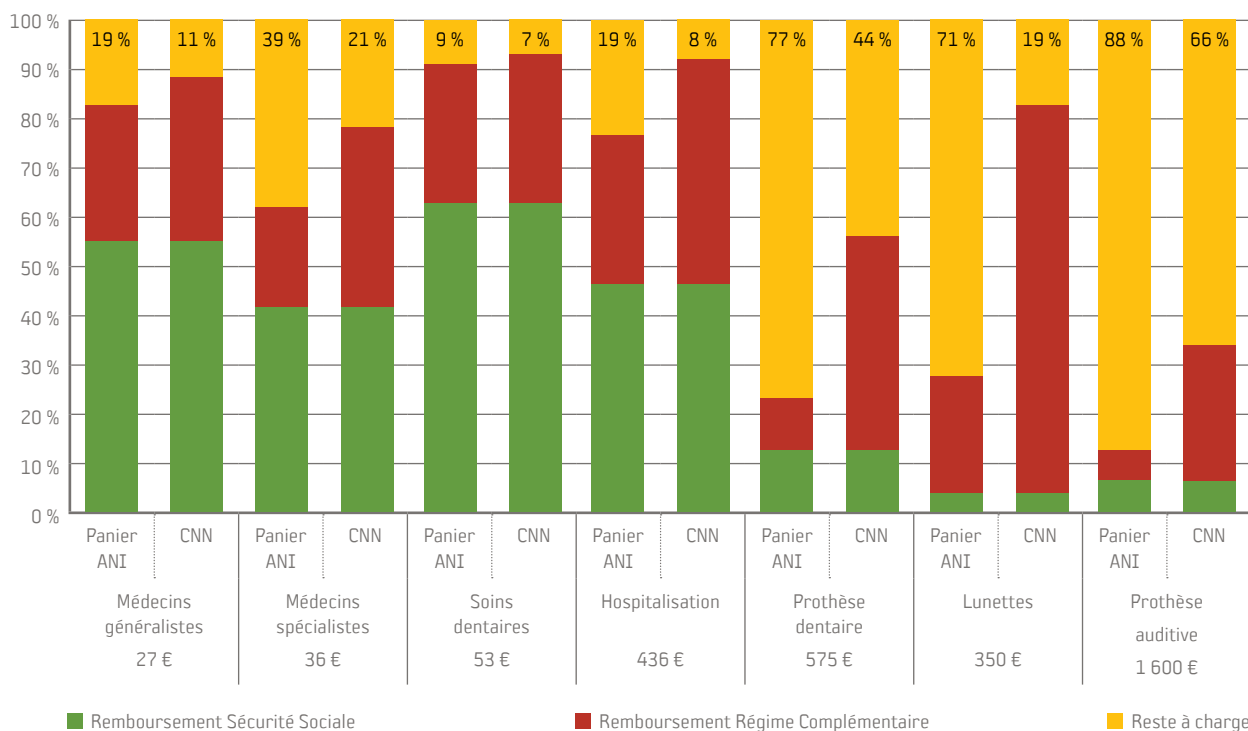
- un forfait optique de 100 € tous les deux ans pour les lunettes à verres simples et les lentilles ; 200 € tous les deux ans pour les lunettes à verres complexes.

Le financement de cette couverture en frais de santé sera partagé par moitié entre salariés et employeurs.

DÉCRET  
À PARAÎTRE

## Comparaison entre les couvertures des accords de branches et le panier de soins minimum

Décomposition du financement des prestations



Source Optimind Winter

“

*Le panier de soins minimum offre un niveau de couverture bien inférieur au niveau moyen existant aujourd'hui dans les branches.*

”



DÉCRET  
À PARAÎTRE

## Définition du contrat responsable

La loi de financement de la Sécurité Sociale 2014 a annoncé la réforme des conditions du contrat dit responsable.

Le contrat responsable répond actuellement à deux types de contraintes :

- des interdictions de prises en charge,
- des obligations de prises en charge minimum (plancher de prestations et actes de préventions).

La réforme des contrats responsables prévoit comme évolution principale la mise en place de Plafonds de remboursement et la limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires (soins de ville et lunettes).

## Illustration du principe de la limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires

### Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR)

Remboursement de la Sécurité Sociale  
(70 % de la BR)

Minimum de  
remboursement  
des contrats  
responsables  
(30 % de la BR)

### Dépassements d'honoraires

Limite de la prise en charge des dépassements  
d'honoraire par les contrats responsables  
(X % de la BR - non communiqué à ce jour)

Reste à  
charge

Source Optimind Winter

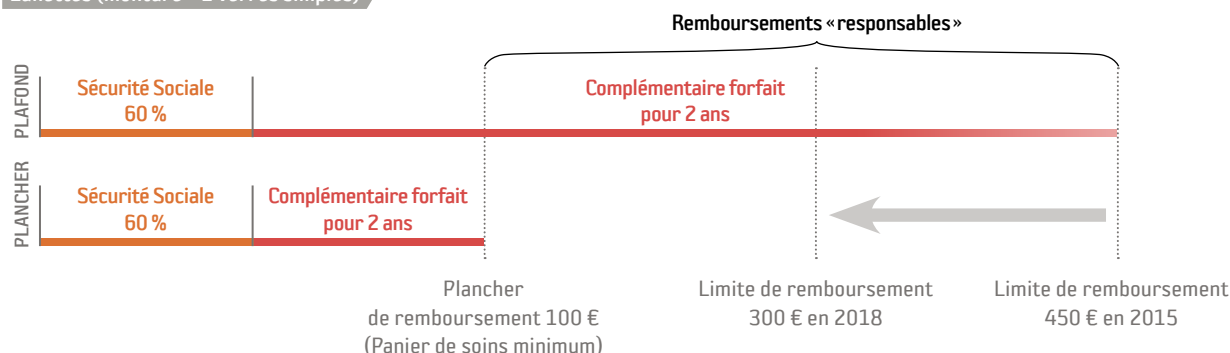
Ces nouvelles contraintes seront vraisemblablement applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Il est à noter que les entreprises qui ne mettront pas leur contrat Frais de Santé en conformité avec

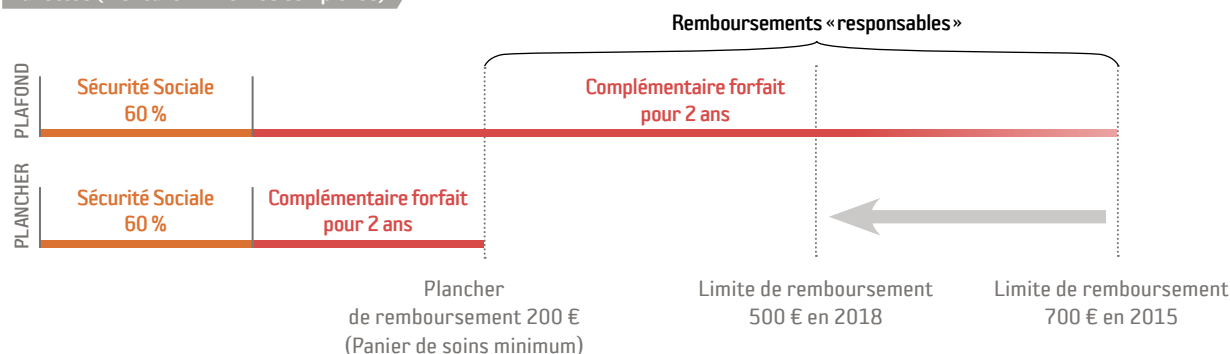
ces dispositions ne pourront pas bénéficier de l'exonération de charges sociales sur les contributions employeurs. La TSCA applicable au régime sera également majorée de 7 % à 14 %.

## Plafond pour les lunettes (verres simples et verres complexes)

### Lunettes (monture + 2 verres simples)



### Lunettes (monture + 2 verres complexes)



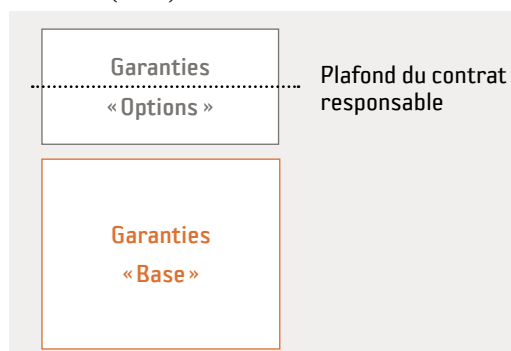
Source Optimind Winter

## Options facultatives d'entreprise : un nouveau risque URSSAF ?

Demain, l'ensemble des contrats collectifs devra respecter les contraintes du nouveau contrat responsable. La contrainte de limitation des remboursements s'impose aussi bien aux contrats collectifs obligatoires qu'aux options facultatives (proposées à titre complémentaire aux garanties de base par l'entreprise ou la branche). Deux visions juridiques s'opposent concernant l'impact d'une option facultative non responsable sur le dispositif obligatoire Santé, mise en place par l'entreprise ou la branche.

1. Elle remet en cause l'ensemble du dispositif (base + options). Dans cette hypothèse, les contributions employeurs pour la base ne bénéficient plus des exonérations de charges sociales. La taxation passe également de 7 % à 14 % (TSCA).
2. Elle ne remet pas en cause le caractère responsable de la base. Le régime de base continue ainsi à bénéficier des exonérations de charges sociales sur les contributions employeur. L'option

serait néanmoins taxée à hauteur de 14 % au lieu de 7 % (TSCA).

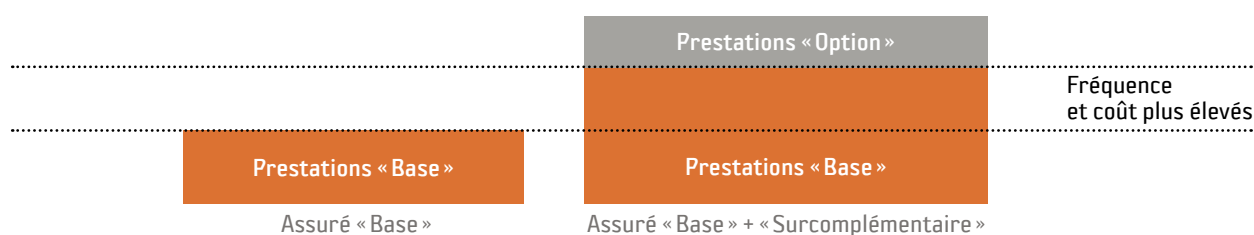


Par mesure de prudence et afin d'éviter tout risque URSSAF, il serait préférable de ne pas inclure, à ce stade, d'option facultative et de laisser la charge aux assureurs de proposer des complémentaires individuelles santé. Cette situation reste à clarifier pour les branches et les entreprises.

## L'impact des surcomplémentaires

Les surcomplémentaires ont des conséquences financières significatives sur l'équilibre des régimes de base. Dans un régime de frais de santé avec une base et une option, de manière générale, les assurés

ayant choisi de souscrire à une surcomplémentaire ont une consommation plus élevée que ceux n'ayant souscrit qu'un régime de base.



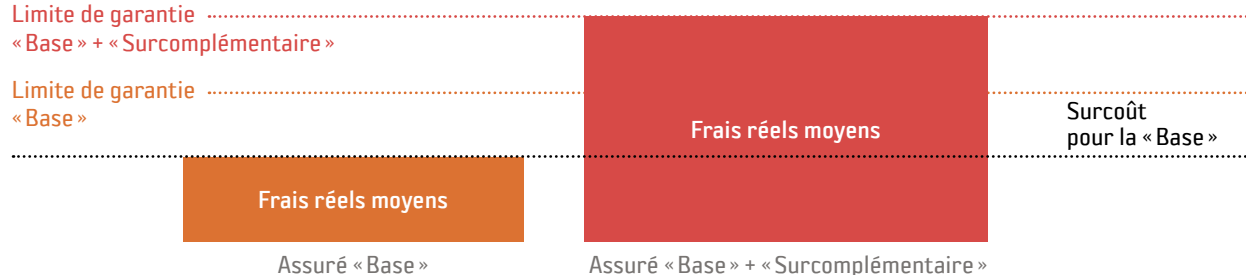
L'analyse financière des dispositifs présentant un régime de base (collectif obligatoire) accompagné de garanties surcomplémentaires facultatives conduit à un constat de surconsommation des assurés « base + surcomplémentaire ». Cette surconsommation s'explique à la fois par :

- Une plus forte fréquence des actes frais de santé justifiée par un besoin plus important et une facilité d'accès aux soins liée à la surcomplémentaire.
- Un coût moyen des actes plus élevé expliqué par une tendance naturelle à consommer à la limite de la garantie.

### Exemple de coût pour un type d'acte

Limite de garantie  
« Base » + « Surcomplémentaire »

Limite de garantie  
« Base »



5 Décrets sont aujourd'hui en préparation par la Sécurité Sociale sur le thème de la complémentaire Santé :

■ **Décret sur le caractère collectif et obligatoire du régime**

*Harmonisation des cas de dispenses quel que soit l'acte fondateur de mise en place du régime frais de santé et traitement des cas des salariés à employeurs multiples.*

■ **Décret sur la procédure de mise en concurrence transparente**

*Définition des contraintes à respecter dans le choix d'un assureur recommandé.*

■ **Décret sur le degré élevé de solidarité**

*Précision sur les prestations à caractère non contributif.*

■ **Décret sur le panier de soins minimum**

*Définition des garanties en référence à l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013.*

■ **Décret sur les contrats responsables**

*Instauration des limites de remboursement.*

Rappel des principales échéances à venir :

■ 1<sup>er</sup> juillet 2014 : Mise en conformité avec le Décret du 9 janvier 2012 (catégories objectives).

■ 1<sup>er</sup> janvier 2015 : Réforme des contrats responsables (ajustement des garanties).

■ 1<sup>er</sup> janvier 2016 : Généralisation des complémentaires Santé (mise en conformité avec le panier de soins minimum et la participation minimum).



Retrouvez toutes nos publications interactives



Leader de l'actuariat conseil et de la gestion des risques en France, Optimind Winter constitue l'interlocuteur de référence pour les assureurs, mutuelles, administrations, banques et grandes entreprises qui souhaitent un partenaire métier de haut niveau les accompagnant dans leurs projets stratégiques.

Expertise, méthode, intégrité, engagement, pragmatisme, innovation, anticipation et disponibilité sont les valeurs clefs qui animent nos 180 collaborateurs, consultants experts pour la plupart, dont plus de 70 actuaires diplômés membres de l'Institut des Actuaire. Nos clients bénéficient ainsi des plus hautes expertises en gestion du risque associées à la qualité d'une signature de référence d'un des leaders européens en gestion des risques. Notre indépendance, garantie par un capital détenu uniquement par nos salariés et dirigeants, offre à nos clients la perspective d'une collaboration pérenne et engagée.

Optimind Winter vous apporte son expertise sur les métiers suivants :



Actuariat Conseil



Protection Sociale



Risk Management



Finance & Performance



Projet & Maîtrise d'Ouvrage

**optimind winter.**

LOCAL OPTIMIZATION EUROPEAN MINDED

Pour plus d'informations, rendez-vous sur notre site [www.optimindwinter.com](http://www.optimindwinter.com)

Vos Contacts /

Éric Gaubert / directeur du développement / [eric.gaubert@optimindwinter.com](mailto:eric.gaubert@optimindwinter.com)

Marine de Pallières / responsable de la communication / [marine.depallieres@optimindwinter.com](mailto:marine.depallieres@optimindwinter.com)

T / +33 1 48 01 91 66

