



Chapter 1
JANVIER
2016

LE MARCHÉ DE LA SANTÉ EN PLEINE MUTATION

2016, EN ROUTE VERS L'AN 1 DE L'ANI !

Panorama de la Santé Collective 2

- Les tendances du Marché

Loi de financement de la Sécurité sociale 2016, les conséquences 3

- Les chiffres clés
- La contribution employeur de 50 %
- Les cas de dispense
- Le chèque santé

Conclusion 6

Année majeure pour le marché de l'assurance complémentaire santé, 2015 s'est achevée par un ultime décret portant sur les conditions de dispense et sur le chèque Santé, publié au journal officiel peu avant l'ouverture des bouteilles de champagne et le basculement vers 2016. Ce fut le dernier cadeau du législateur en 2015, après une année marquée par d'importants changements réglementaires.

Les conséquences de l'ANI ont fortement pesé sur l'année 2015 qui a vu naître la « bataille » entre les différents organismes assureurs pour acquérir ou défendre des parts de marché en Santé collective. Cette réforme a permis à de nouveaux acteurs d'entrer sur le marché de l'assurance collective tels que les bancassureurs et les mutuelles ayant un gros portefeuille en Santé individuelle. Pour faire face à ces nouveaux entrants et à la très forte concurrence, les acteurs historiques se sont engagés dans le combat au travers d'actions de communication spécifiques et d'une forte mobilisation de leurs réseaux de distribution. Dans ce cadre, leurs offres ont été revues et mises en conformité avec le nouvel environnement réglementaire. Les commerciaux ont dû se former aux nouvelles gammes de produits et à l'argumentaire de vente dans le contexte de l'ANI. Puis, ils ont lancé d'importantes démarches vers les nombreuses entreprises non couvertes.

L'année 2015 a également été marquée par plusieurs évolutions réglementaires dont la plus importante est sans conteste l'évolution des contraintes sur les contrats responsables. Définies par décret en fin d'année 2014, les impacts se sont révélés en 2015 avec la mise en conformité des nouvelles offres mais surtout du stock de contrats existants. Cette mise en conformité a représenté une tâche colossale pour les acteurs majeurs du collectif et devrait se terminer fin février pour les contrats étant mis en conformité dès le 1er janvier 2016.

Au vu des différents textes réglementaires qui ont récemment été publiés et qui sont en cours de discussion, l'année 2016 risque d'être tout aussi chargée.

Les rédacteurs



Pierre-Alain Boscher
Directeur métier
Protection Sociale



Chloé Parfait
Actuaire,
Manager Actuariat Conseil



Nicolas Le Berrigaud
Actuaire
Practice Leader Santé

01 | PANORAMA DE LA SANTÉ COLLECTIVE

Les tendances du Marché

L'ANI, en plus de généraliser le contrat collectif à toutes les entreprises, fixe un panier minimum de soins à respecter. Ce dernier implique :

Soins courants et hospitaliers

- La prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des actes remboursés par la Sécurité sociale sauf exceptions, telle que la pharmacie à 15 % et 30 %.
- La prise en charge du forfait journalier à l'hôpital sans aucune limite de durée.

Dentaire

- Un remboursement fixé à 125 % de la BR - Base de Remboursement - pour certains soins dentaires.

Optique

- Planchers de remboursements à respecter sur le poste Optique.

- Forfaits valables pour une période de 2 ans sauf exceptions.

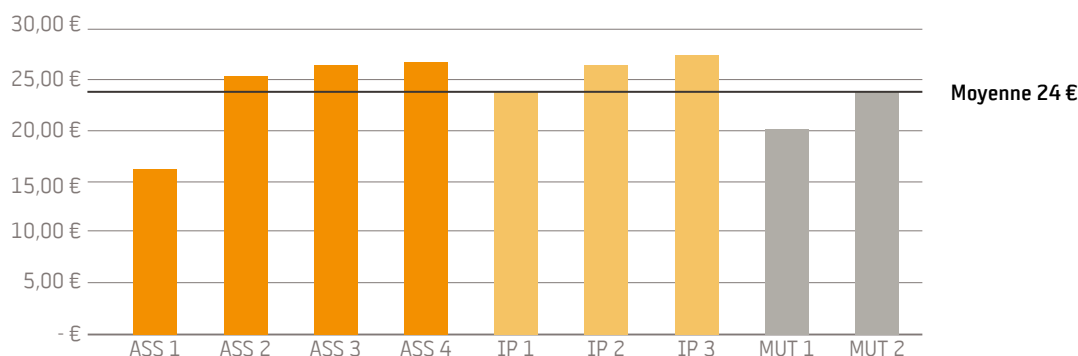
Sur le marché, on observe plusieurs pratiques en termes de garanties proposées dans les offres d'entrées de gammes des produits collectifs, aussi appelée « panier de soins ANI ». Ainsi, les organismes assureurs fixent généralement ces garanties minimales :

- soit au niveau du panier de soins tel que le définit la réglementation - panier « simple » ;
- soit légèrement au-delà en prenant en compte, en plus des minimums imposés, des actes tels que la pharmacie à 30 % ou à 15 % - panier « amélioré ».

Malgré cette disparité en termes de garanties, le niveau de couverture reste similaire, contrairement à l'offre de prix qui est très contrastée.

Une offre de prix contrastée

Illustration par les cotisations isolées mensuelles des offres « paniers de soins ANI » de 9 acteurs majeurs du marché de la Santé collective pour une TPE dont les salariés ont un âge moyen de 40 ans



Source Optimind Winter et l'Opinion

Un écart de plus de 10€ existe entre la cotisation la plus faible et la plus élevée. Ce passage quasiment du simple au double reflète les stratégies adoptées par les différents organismes assureurs :

- Une stratégie d'**acquisition des clients**, ou **politique de pénétration** du marché qui consiste à appliquer des tarifs bas afin d'attirer le maximum de clients. La rentabilité du contrat se fera sur le long terme. La fidélisation de la relation client est primordiale dans un contexte de redressement tarifaire programmé, les contrats devant généralement rester entre 6 et 8 ans pour atteindre un niveau de rentabilité satisfaisante.
- Une stratégie de **consolidation ou de stabilité**, plutôt appliquée par les acteurs historiques, visant à une stabilité tarifaire et qui utilisent leur marque et leur réseau commercial pour acquérir une nouvelle clientèle.



Les entreprises qui n'étaient pas couvertes jusqu'alors par un accord collectif de frais de Santé ont choisi généralement une couverture moyenne gamme, au-delà du panier de soins. Afin de permettre à leurs salariés d'améliorer leur couverture, elles ont dans la majorité des cas inclus des options ou des surcomplémentaires.

De notre expérience, la majorité des surcomplémentaires, pour les contrats « sur-mesure », sont non responsables, au contraire des surcomplémentaires proposées en complément des offres standards. Nous avons également constaté que la majorité des surcomplémentaires sont mises en place afin d'améliorer le remboursement des honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS), des frais en optique ou en dentaire.

En parallèle, nous avons observé sur le marché une adhésion moyenne aux surcomplémentaires de l'ordre de 30 %, à

mettre en perspective par rapport au contexte, car ce taux peut varier de 10 % à 60 % en fonction de plusieurs facteurs :

- Rapport entre l'amélioration des garanties et le coût supplémentaire :
 - les salariés y adhéreront d'autant plus que ces améliorations correspondront à leur besoin ;
 - plus les garanties du contrat socle seront proches du panier de soins plus le taux d'adhésion à la surcomplémentaire sera élevé.
- Historique de couverture au sein de l'entreprise :
 - les salariés adhéreront plus facilement à une surcomplémentaire si des surcomplémentaires étaient déjà proposées les années précédentes ;
 - la baisse des garanties dans le but de respecter les critères du contrat responsable favorise l'adhésion aux surcomplémentaires.

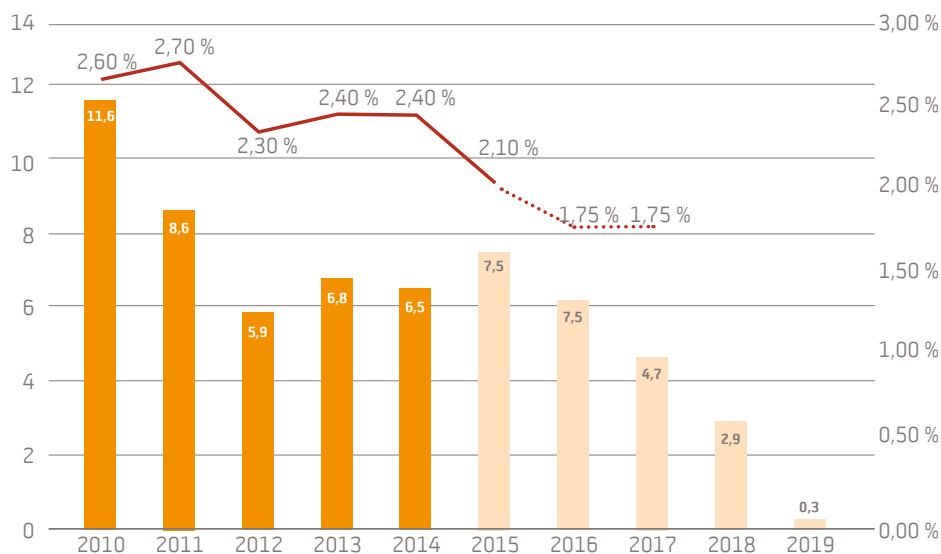
02 | LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2016, LES CONSÉQUENCES

Votée fin novembre 2015, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale - LFSS - définit le budget et les orientations pour 2016 et au-delà. Elle introduit également de nouveaux droits pour les assurés tels que le chèque Santé.

Les chiffres clés

L'ONDAM - Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie - prévu pour 2016 n'a jamais été aussi faible depuis plus de 10 ans. C'est un objectif ambitieux fixé par le gouvernement qui engendrera une forte pression, déjà constatée, sur les professions médicales, les hôpitaux et le prix des médicaments.

LFSS 2016 - Déficit de l'Assurance Maladie et ONDAM

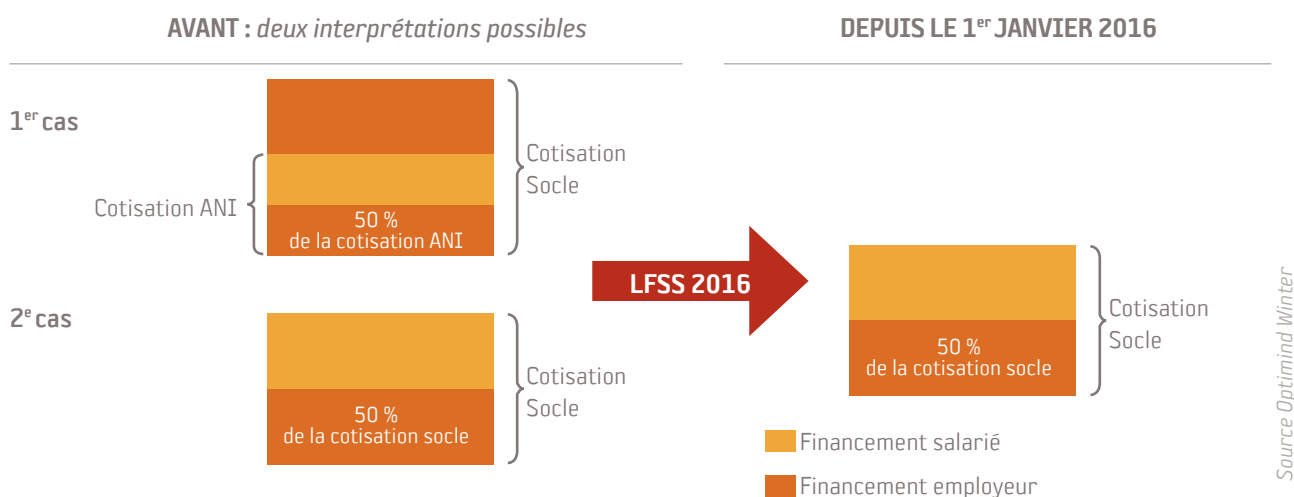


Source Optimind Winter

On observe sur le marché une adhésion moyenne aux surcomplémentaires de l'ordre de 30 % pouvant varier de 10 % à 60 %

La contribution employeur de 50 %

La Loi de Financement de la Sécurité sociale 2016 a permis de clore le débat sur la prise en charge minimum de l'employeur à la couverture de ses salariés.



L'employeur doit prendre en charge 50 % de la cotisation de la garantie socle obligatoire et non 50 % de la cotisation correspondant au panier de soins ANI ; telles que certaines interprétations ont pu le laisser entendre.

Cette précision ayant été apportée en fin d'année pour une application au 1^{er} janvier 2016, une part non négligeable de régimes sont aujourd'hui non conformes. Pour clarifier la situation juridique, la direction de la Sécurité sociale

a néanmoins précisé que les régimes ne respectant pas ces conditions de financement ne feront pas l'objet de redressement par les contrôleurs URSSAF. Le risque prud'homal pour les entreprises ne respectant pas cette condition persiste néanmoins. Certaines entreprises ont d'ailleurs fait le choix de l'assumer.

L'employeur doit prendre en charge 50 % de la cotisation de la garantie socle obligatoire et non 50 % de la cotisation correspondant au panier de soins ANI

Les cas de dispense

L'article 34 de la Loi de Financement de la Sécurité sociale 2016 prévoit l'instauration d'une aide financière individuelle de l'employeur pour les salariés dispensés d'adhésion au contrat collectif obligatoire de l'entreprise et bénéficiant par ailleurs d'une couverture santé. Le décret 2015-1883 du 30 décembre 2015 précise les modalités d'octroi d'une telle aide financière et instaure la mise en place de cas de dispense de plein droit.

L'article D 911-2 du code de la Sécurité sociale prévoit désormais plusieurs cas de droit commun dans lesquels le salarié peut être dispensé d'adhésion au régime.

Les dispenses de droit commun sont :

- Les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

- Les salariés bénéficiaires d'une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou à l'embauche. La dispense joue dans ce cas jusqu'à échéance du contrat individuel donc au plus un an.
- Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
 - régime complémentaire santé obligatoire offert par une autre entreprise ;
 - régime complémentaire des fonctionnaires ;
 - contrats d'assurance de groupe, dits Madelin ;
 - régime d'Alsace-Moselle ;
 - régime complémentaire CAMIEG.

Cette nouvelle rédaction de l'article D 911-2 permet aux salariés dans cette situation d'être dispensés d'adhésion

au régime obligatoire d'entreprise et ce même si ces cas de dispense ne sont pas précisés dans l'acte juridique fondateur du régime.

Les autres cas de dispense d'adhésion prévus aux a) b) et c) de l'article R242-1-6 2°, doivent quant à eux être toujours expressément prévus par l'acte juridique instituant le régime complémentaire pour que les salariés puissent s'en prévaloir, c'est-à-dire :

- a. Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.
- b. Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
- c. Des salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion



au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Le chèque santé

Conditions d'accès :

Ce versement est conditionné à la couverture de l'intéressé par un contrat d'assurance maladie par ailleurs : hors ACS, CMU-C, contrat collectif obligatoire en tant qu'ayants droit et contrat de la fonction publique.

Personnes éligibles :

- Les dispensés : les CDD ou contrats de mission dont la durée de la couverture collective est inférieure ou égale à trois mois.
- Les exclus : les CDD ou contrats de mission dont la durée est inférieure ou égale à trois mois ou salariés dont le temps de travail hebdomadaire est inférieur ou égal à 15 heures, si un accord de branche ou d'entreprise le prévoit.

Montant de l'indemnité :

Montant_{Chèque} = Montant de référence * Coefficient

Si le montant de référence ne peut-être défini, celui-ci est fixé par défaut à 15 € : 5 € pour le régime d'Alsace-Moselle. Le coefficient appliqué ensuite est de 105 % pour les CDI et de 125 % pour les CDD.

L'évaluation du montant du chèque santé peut sembler simple a priori, néanmoins sa complexité réside dans l'évaluation du montant de référence et dans la collecte des pièces justificatives. En effet, le montant de référence correspondant à la contribution mensuelle de l'employeur pour la catégorie et la période de travail concernant le salarié, proratisé selon le temps de travail de ce dernier, il peut varier d'un salarié à un autre.

Dans la majorité des cas, le montant du chèque sera de 18 € ce qui peut interroger sur l'équité entre les salariés. En effet, dans le cas où l'entreprise a choisi un régime au niveau du panier de soins ANI avec un financement de 50 %, le montant moyen de la cotisation entreprise sera de 12 € ce qui représente une différence de 33 % avec le montant du chèque santé.

Dans la majorité des cas, le montant du chèque sera de 18 €, ce qui peut poser question sur l'équité entre les salariés

03 | CONCLUSION

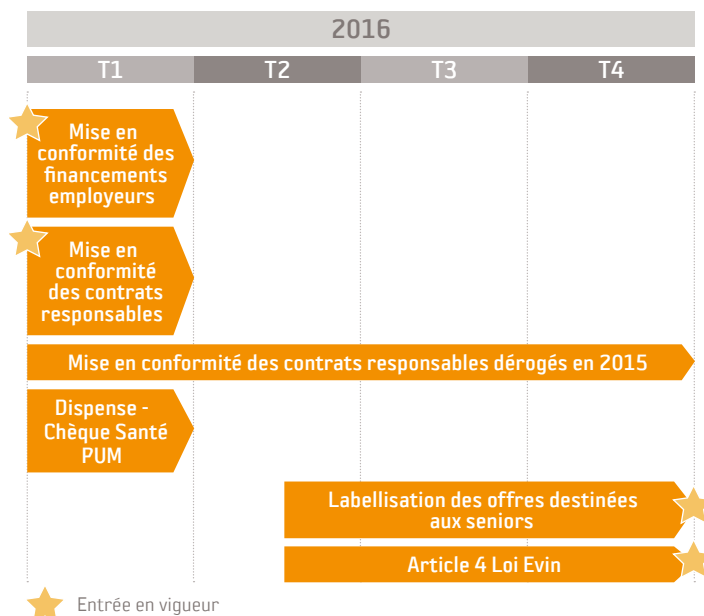
2015 s'est terminée sur les chapeaux de roues... 2016 démarre dans sa continuité. Le premier trimestre de l'année 2016 s'annonce déjà très chargé.

La précision apportée sur le financement des employeurs le dernier jour de l'année 2015 impose de réaliser la mise en conformité des régimes le plus rapidement possible. Cette mise en conformité prenant toujours un certain délai, la plupart des régimes non conformes devraient être modifiés au cours du 1^{er} trimestre 2016.

Les organismes assureurs doivent aussi sur cette période finaliser la mise en conformité des contrats responsables non dérogés avant de démarrer les travaux de mise en conformité des contrats dérogés.

Ils devront parallèlement plancher sur le cahier des charges portant sur la labellisation des offres destinées aux seniors ainsi que sur l'impact de l'évolution de l'article 4 de la Loi Evvin.

Planning des travaux liés aux évolutions règlementaires



Leader de l'actuariat conseil et de la gestion des risques en France, Optimind Winter constitue l'interlocuteur de référence pour les organismes assureurs, 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



Business Transformation

optimind winter ::
manage risk build your future

Pour plus d'informations, rendez-vous sur notre site www.optimindwinter.com

Vos Contacts /

Éric Gaubert / directeur du développement / eric.gaubert@optimindwinter.com

Marine de Pallières / responsable de la communication / marine.depallieres@optimindwinter.com

T / +33 1 48 01 91 66

