



## La lettre Santé

**Aujourd'hui le renoncement à l'acquisition d'une complémentaire Santé augmente avec l'âge notamment chez les seniors, population très exposée au risque Santé. Face à ce constat, le législateur a introduit dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 deux mesures destinées à limiter le prix des contrats complémentaires des retraités :**

- **une modification de l'article 4 de la loi Evin ;**
- **l'instauration d'un mécanisme de labellisation des contrats de complémentaire santé pour les 65 ans et plus.**

01| MODIFICATION DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN

02| LABELLISATION DES CONTRATS COMPLÉMENTAIRES POUR LES PLUS DE 65 ANS

03| RÉSULTATS DES NÉGOCIATIONS D'ACCORD FRAIS DE SANTÉ DANS LES BRANCHES EN 2015

### Modification de l'article 4 de la loi Evin

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 dite loi Evin, instaure un mécanisme de maintien des garanties complémentaires santé pour les salariés dont le contrat de travail a pris fin et qui ont bénéficié, dans l'entreprise, d'une couverture complémentaire collective. Ainsi, un ancien salarié dont le contrat de travail cesse pour cause de départ en retraite notamment, peut souscrire auprès de l'assureur un contrat individuel ou adhérer à un contrat collectif à adhésion facultative qui propose les mêmes garanties que le contrat collectif dont il bénéficiait par le biais de son entreprise.

Un décret de 1990 était venu encadrer le tarif applicable à ce maintien de couverture. En effet, l'employeur ne participant plus au financement de la couverture complémentaire du salarié, cela entraîne, de fait, une augmentation importante de la prime que l'ancien salarié doit payer. Afin de limiter cette augmentation le législateur a imposé une augmentation maximale de 50 % du tarif global applicable aux salariés en activité.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 vient aménager le dispositif de limitation des tarifs applicables aux personnes visées par l'article 4 de la loi Evin, en instaurant une succession de paliers. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, le plafond reste le même mais l'assureur ne pourra désormais plus appliquer immédiatement un tarif équivalent à 150 % du tarif applicable aux salariés en activité.

Un décret devrait prochainement venir préciser les règles de ce plafonnement progressif. Le dossier de presse de septembre 2015 annonçait un lissage sur une période de 3 à 5 ans après la sortie de l'entreprise. L'orientation semble être aujourd'hui sur un plafonnement à 150 % au terme de 3 ans comme suit :

- conservation du tarif global applicable aux salariés actifs la première année ;
- augmentation du tarif au cours de la deuxième année pouvant aller jusqu'à 25 % ;
- augmentation maximale de 50 % du tarif des salariés actifs à partir de la troisième année.

L'esprit de cette mesure est d'inciter les jeunes retraités à conserver la couverture collective dont ils bénéficiaient en tant que salarié à un tarif encadré. L'écart de prix qui existe actuellement entre un salarié et un jeune retraité représente au moins 3 fois la part salariale, les organismes assureurs appliquant généralement le plafond maximal autorisé de majoration.

Petit bémol : ce maintien de couverture se fait avec des garanties identiques à celles des actifs. Ces garanties risquent de ne plus correspondre aux besoins d'une population vieillissante. Celle-ci devra probablement continuer à se tourner vers des contrats individuels avec des garanties plus adaptées.



## Labellisation des contrats Complémentaire Santé pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Contrairement aux contrats collectifs, qui bénéficient d'une mutualisation, les couvertures individuelles présentent en général un moins bon rapport prestations/cotisations car elles sont tarifées en fonction de l'âge de l'assuré. Ainsi, pour une personne de 40 ans, le prix d'une complémentaire santé est en moyenne de 50 €, à 60 ans il est de 75€ et à 75 ans de 96 € par mois. Le coût d'une couverture santé pour une personne âgée est donc particulièrement élevé, représentant en moyenne de 7 à 8 % de ses revenus.

Le risque est alors qu'une personne âgée renonce à adhérer à une couverture complémentaire santé alors même que les soins dont elle a besoin sont souvent de plus en plus nombreux et engagent donc un budget de plus en plus important.

Fort de ce constat, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 instaure un système de labellisation de contrats Complémentaire Santé à destination des personnes de plus de 65 ans. Sous réserve de respecter certains critères qui seront définis par décret, après consultation de l'Autorité de la concurrence et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, ces contrats bénéficieront d'un crédit d'impôt de 1 % des primes hors taxes.

À ce jour le décret déterminant précisément les critères de labellisation de ces contrats n'est pas encore paru mais il semble qu'il fixera des exigences sur les niveaux de garanties et les prix. Ces critères sur le prix devraient être déterminés en fonction de l'âge des assurés et du niveau des garanties proposées. Par ailleurs, ces contrats devront respecter les conditions fixées pour les contrats responsables.

Face à l'insuffisance de couverture de cette population sortie du régime obligatoire, le législateur cherche à étendre la couverture complémentaire à la majorité de la population. Cette mesure de labellisation suit la volonté gouvernementale de généraliser la complémentaire santé à tous.

On peut cependant s'interroger sur la pertinence de réserver un contrat à une population risquée sans possibilité de mutualisation avec des populations moins à risque. Il sera intéressant d'étudier l'équilibre entre les garanties qui seront proposées et le prix fixé.

Enfin, le crédit d'impôt de 1 % sera-t-il suffisant pour inciter les acteurs du marché de la complémentaire santé à proposer des contrats aux conditions tarifaires vraiment intéressantes pour les seniors ?

## Résultats des négociations d'accord frais de santé dans les branches en 2015

L'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013 imposait à l'ensemble des entreprises du secteur privé de mettre en place un contrat collectif obligatoire en santé au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Les négociations des branches étaient prévues entre juin 2013 et juin 2014. À l'issue de cette période, les entreprises sans accord de branche pouvaient ouvrir des négociations pour couvrir leurs salariés. Finalement, la majorité des branches a attendu début 2015 pour entamer les négociations. En effet, la parution tardive du décret du 8 septembre 2014 précisant le panier de soins et du décret du 18 novembre 2014 redéfinissant les contrats dits « responsables » avait ralenti le processus. Optimind Winter a étudié les dispositions de ces nouveaux accords au regard des nouvelles dispositions réglementaires :

- la recommandation ou non d'un - ou plusieurs - organisme(s) assureur(s) ;
- le niveau de couverture défini vis-à-vis du panier de soins minimum et des plafonds du « contrat responsable » ;
- le taux de financement patronal imposé au regard du minimum de 50 % de la couverture obligatoire.

Les négociations se sont déroulées dans un nouveau

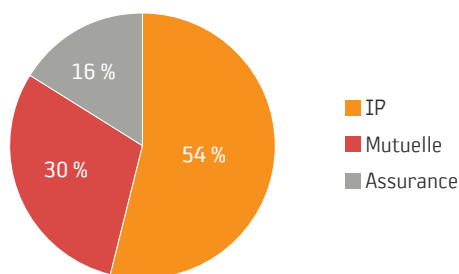
contexte, où les désignations ne sont plus possibles - décision du 13 juin 2013. Pour mutualiser le risque et permettre aux petites entreprises de bénéficier de tarifs avantageux, les branches ont pu avoir recours à d'autres dispositifs :

- la recommandation, auprès d'un ou plusieurs organismes assureurs, permettant une mutualisation du risque et la fixation d'un prix unique pour toutes les entreprises de la branche. Le processus de recommandation oblige les branches à procéder à une mise en concurrence, réglementée par le décret du 8 janvier 2015 ;
- la labellisation, ou le référencement, consiste à mettre en avant le ou les organisme(s) assureur(s) que la branche juge plus intéressant(s). Le cadre est moins formel, une simple consultation de quelques prestataires suffit.

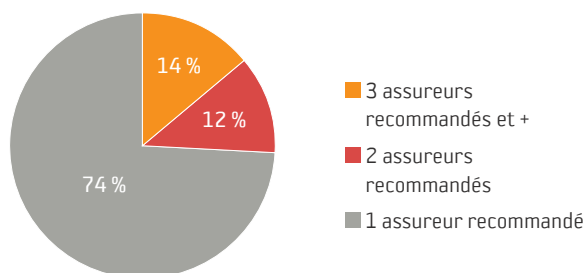
La fin des désignations avait pour objectif l'ouverture du marché des contrats collectifs. Historiquement leader du marché, les institutions de prévoyance restent les plus recommandées - 54 % contre 80 % des désignations avant 2013 -, viennent ensuite les mutuelles puis les compagnies d'assurances.



## Répartition des organismes recommandés



Il n'y a pas de limite au nombre d'organismes recommandés. Des branches ont ainsi pu citer dans leurs accords jusqu'à trois organismes. La recommandation de plusieurs organismes permet aux branches de négocier davantage les prix et d'assurer un taux de couverture plus important en laissant aux entreprises le choix entre plusieurs organismes. La mutualisation est ainsi plus importante.



Le niveau de participation employeur, réglementairement fixé à 50 % minimum de la cotisation obligatoire, a été réévalué par très peu de branches. Seulement 15 % ont fixé la participation au-dessus de la participation légale, allant jusqu'à imposer une contribution de l'entreprise de 90 % (CCN Chasse). L'entreprise reste malgré tout libre de participer de manière plus significative au financement de la complémentaire santé de ses salariés. Pour rappel, les cotisations patronales qui financent les régimes collectifs et obligatoires ne sont pas imposables et sont exonérées de charges sociales (dans certaines limites).

90 % des branches ont pris la décision de fixer un minima de garanties supérieur au panier de soins. Pour rappel, le panier de soins est le minima de garanties qu'une entreprise doit proposer à ses salariés :

- l'intégralité de la prise en charge du ticket modérateur, sur les actes remboursés par la Sécurité sociale ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ;
- des garanties minimales pour les équipements optiques, les prothèses dentaires et l'orthodontie.

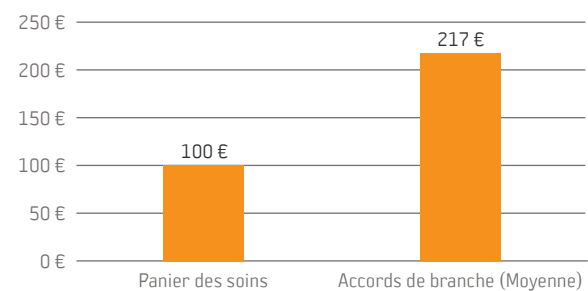
Cette hausse de minima s'illustre de deux manières :

- par le renforcement du niveau des garanties obligatoires ;
- par la mise en place de nouvelles garanties.

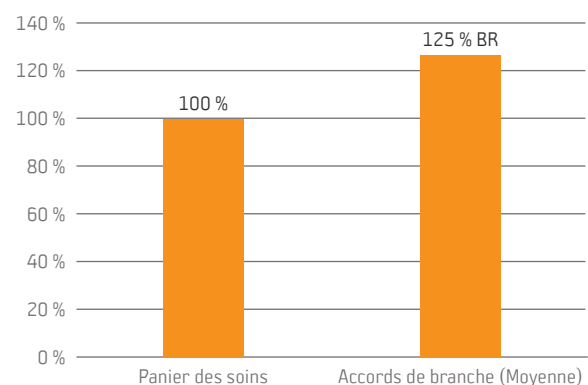
Ce sont principalement trois postes qui ont été réellement renforcés :

- l'hospitalisation : frais de séjour, honoraires ;
- l'optique : verres et monture ;
- le dentaire : soins, prothèses, orthodontie.

## Comparaison de remboursement d'un équipement optique - monture + verres simples -



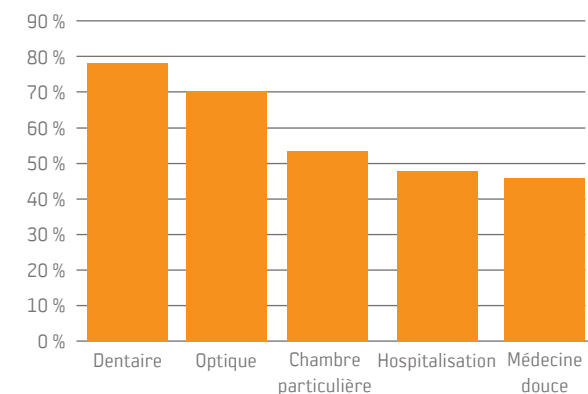
## Comparaison de remboursement d'une consultation chez le médecin spécialiste non-adhérent au Contrat d'Accès aux Soins



Les nouvelles garanties fréquemment ajoutées sont quant à elle :

- la chambre particulière, qui peut être remboursée entre 20€ et plus de 120€ ;
- la médecine douce : ostéopathie, acupuncture, chiropraxie selon les branches.

## Part des accords prévoyant des garanties supérieures au panier des soins





Enfin, les branches ont dû prendre en compte les nouvelles règles du contrat responsable et sa majoration de taxe en cas de non-respect : 20,27 % au lieu de 13,27 % pour un contrat responsable. Tous les accords ont défini un minima de couverture conforme au contrat responsable.

La cotisation correspondante à la couverture du salarié s'élève, en moyenne à 37,50 € par mois, soit au maximum 18,75 € à la charge du salarié. Ce tarif moyen est supérieur au coût d'une complémentaire « panier de soins » vendue généralement autour de 25 €. Par ailleurs, le décret du 30 décembre 2015 sur le versement santé impose un montant de référence de 15 € pour la participation employeur soit une couverture santé à 30 € par mois.

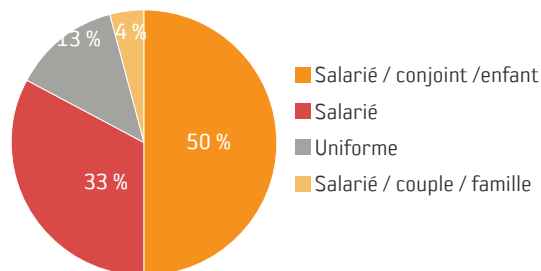
Cet écart de prix est à mettre en rapport avec la hausse de garanties négociée par la majorité des accords de branche, notamment sur des postes coûteux comme l'optique, le dentaire ou l'hospitalisation. Le tarif est majoré en moyenne d'un peu plus de 5 % pour la couverture du conjoint.

L'adhésion des ayants droits - concubin, enfants à charge... - est généralement facultative, 76 % des branches. Les branches ont majoritairement suivi la loi de sécurisation de l'emploi prévoyant l'obligation de couverture uniquement pour les salariés. L'adhésion facultative des ayants droit

limite le coût pour les entreprises qui devraient prendre en charge au moins 50 % de leurs cotisations si l'adhésion était obligatoire.

Néanmoins, plus de la moitié des accords ont abouti à des tarifs pour le conjoint et les enfants.

Structure de cotisation prévue dans les accords



L'accord interprofessionnel du 13 janvier 2013 obligeait les entreprises à proposer à tous les salariés, sans condition d'ancienneté, une complémentaire santé. Cependant, pour certaines branches - 16 %, l'adhésion de la complémentaire santé n'est obligatoire qu'après avoir cumulé une ancienneté comprise entre 1 et 6 mois au maximum.

## LES INDICES POUR L'ANNÉE 2016

ONDAM : 1,75 % (2,10 % en 2015) - PASS : 38 616 € (+1.51 % par rapport à 2015) - PMSS : 3 218 € (3 170 € en 2015)  
TSA : 13,27 % pour les contrats responsables (fusion TSA et TSCA)

*Publication réalisée par les membres du PCOW Santé : Solène Bulteau, consultante senior en Protection Sociale et Practice Leader Santé, Amicie De Taisne, consultante en Protection Sociale, Thibault Houssay, membre de la Practice Santé, Chloé Parfait, manager et Nicolas Le Berrigaud, consultant senior en Actuariat Conseil.*



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.



ACTUARIAT CONSEIL



PROTECTION SOCIALE



RISK MANAGEMENT



FINANCE & PERFORMANCE



BUSINESS TRANSFORMATION

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)

Emmanuel Berthelé / actuaire - responsable Practice / [emmanuel.berthele@optimindwinter.com](mailto:emmanuel.berthele@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

