



DÉC.
2019

LE MARCHÉ DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ.

Une trajectoire sous influence réglementaire

Ces dernières années, le marché de la complémentaire santé a connu de profondes évolutions. La recherche d'un équilibre financier pour la branche maladie de la Sécurité sociale, sans pour autant remettre en cause la protection des Français, a généré une succession de réformes qui ont remodelé le paysage de l'assurance santé. La mise en place du contrat responsable ou encore de l'ANI sont les derniers exemples de ces réformes qui ont pour objectif de pérenniser la couverture santé des Français tout en cherchant à améliorer l'efficacité des dispositifs.

La nouvelle réforme du 100 % Santé ne fait que prolonger cette dynamique et impose à nouveau aux assureurs de faire preuve d'adaptabilité. Mais toutes ces réformes ont entraîné une transformation en profondeur du marché de la santé avec la disparition de nombreux acteurs remplacés par des groupes de plus en plus importants.

Les rapprochements qui ont principalement touché le monde mutualiste ont laissé place à l'union d'organismes complémentaires venant d'univers différents mais cherchant à mettre en commun leurs atouts pour faire face à une réglementation de plus en plus stricte et à un environnement qui n'échappe pas à la révolution numérique, de nouveaux entrants, certes encore de petite taille, ayant fait depuis quelques années leur apparition avec pour ambition de bousculer les principaux acteurs de ce marché. Leur approche et leur savoir-faire ne peuvent que transformer le marché de la santé et les assureurs l'ont bien compris en s'organisant pour accompagner ce mouvement sous peine d'être rapidement hors-jeu.

Publication réalisée par
l'Expertise Center Santé-Prévoyance

2

Retour sur deux réformes réglementaires qui visaient à améliorer le taux d'équipement et le reste à charge

4

Deux décennies d'évolutions réglementaires qui ont transformé le paysage de l'assurance santé en France

5

Un marché de l'assurance santé en pleine mutation technologique

6

Vers une nouvelle décennie de changement ?

R&D

EXPERTISE CENTER SANTÉ-PRÉVOYANCE

L'Expertise Center Santé-Prévoyance assure à nos consultants une maîtrise de l'environnement technique et réglementaire régissant les domaines de la Santé et de la Prévoyance, tant individuels que collectifs. Il assure également une veille active sur les projets de réforme et leurs impacts sur

le marché ainsi que les innovations produits et services. Il réalise des travaux de recherche sur la tarification, le provisionnement et la solvabilité. C'est l'interlocuteur privilégié de nos clients assureurs et bancaires sur leurs problématiques Santé - Prévoyance - Dépendance - Emprunteur.

Retour sur deux réformes réglementaires qui visaient à améliorer le taux d'équipement et le reste à charge.

La généralisation de la complémentaire santé : une meilleure prise en charge des salariés du secteur privé au prix d'une hausse de la consommation

La dernière étude de la DREES¹ sur le niveau des dépenses de santé en 2018 a confirmé une croissance modérée de la consommation de + 1,5 %. Cependant, une analyse plus fine montre que cette évolution est très disparate selon la nature des acteurs. Ainsi, les dépenses de santé prises en charge par les organismes assureurs ont progressé de + 3,9 % en 2018, une croissance des remboursements induites par les soins de ville (+ 3,9 %), les soins dentaires (+ 4,4 %) et l'optique (+ 6,6 %), faisant que la part des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM² est passée de 13,1 % en 2017 à 13,4 % en 2018. La principale raison de cette évolution est la généralisation de la complémentaire santé dans le secteur privé.

Ainsi la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013 a généralisé la complémentaire santé au sein des entreprises si bien que 95 % des salariés du privé, contre 74 % en 2013, bénéficient aujourd'hui d'une couverture santé proposée par leur employeur. Si en termes de garanties proposées il n'y a pas d'évolution marquante, les nouveaux bénéficiaires de ces dispositifs profitent d'une réelle amélioration de la prise en charge de leurs frais de santé, grâce à plusieurs facteurs. Avant la mise en place de la réforme, près d'un quart des salariés du privé devait souscrire une assurance individuelle introduisant *de facto* une inégalité entre les individus. La généralisation des complémentaires santé d'entreprises a permis aux salariés d'obtenir une amélioration de leur couverture pour un coût équivalent, grâce à la prise en charge *a minima* de la moitié des cotisations par l'employeur. A la différence des couvertures individuelles, les contrats collectifs bénéficient de plus de mécanismes de mutualisation, tels que l'absence de tarification en fonction de l'âge ou de la structure familiale et l'absence de questionnaire médical.

Même si des améliorations notables des garanties proposées en assurance individuelle avaient été réalisées entre 2011 et 2016, particulièrement en optique et en dentaire (en moyenne une amélioration de près de 20 % de la prise en charge sur ces deux familles d'actes), il n'a jamais été possible pour les assureurs de proposer, à un coût identique pour l'assuré, les mêmes niveaux de garanties qu'en collectif. Les études de satisfaction menées suite à la mise en place de la réforme montrent que les salariés ayant bénéficié de ce nouveau dispositif le préfèrent très largement aux régimes préexistants, même si les nouveaux assurés bénéficient de régimes bien moins protecteurs et d'une prise en charge patronale plus faible.

L'impact de la généralisation des complémentaires santé au sein des entreprises du privé s'est essentiellement fait ressentir sur les postes optique et dentaire.

En optique, la part des organismes complémentaires dans les remboursements est de l'ordre de 74 % en 2018, alors que les ménages assument 21 % de la charge et la Sécurité sociale seulement 5 %. La mise en place des contrats responsables en 2015 avait participé à une certaine stabilisation du marché, grâce à 3 mécanismes :

- la mise en place des plafonds de prise en charge ;
- la limitation des remboursements à une paire de lunettes tous les deux ans ;
- l'introduction de bonus de fidélité et du report du forfait en cas de non-consommation au cours des années précédentes.

Cependant, pour les assurés bénéficiant, avant 2016, uniquement de couvertures individuelles, l'amélioration du rapport qualité/prix induit par les polices collectives a entraîné une hausse de la fréquence de consommation. Pour les nouveaux bénéficiaires de contrats collectifs, l'amélioration de la prise en charge a créé un effet d'aubaine, les incitant à bénéficier de ce type d'actes suite à une réduction notable de leur reste à charge par rapport à leur situation initiale.

En dentaire, le même phénomène a été observé essentiellement sur les actes prothétiques. Les soins conservateurs étant relativement bien pris en charge par la Sécurité sociale, la dérive des prestations est générée par le poste prothèses dentaires, pour lequel les niveaux d'intervention de la Sécurité sociale sont déconnectés des pratiques tarifaires en vigueur pour cette catégorie d'actes.



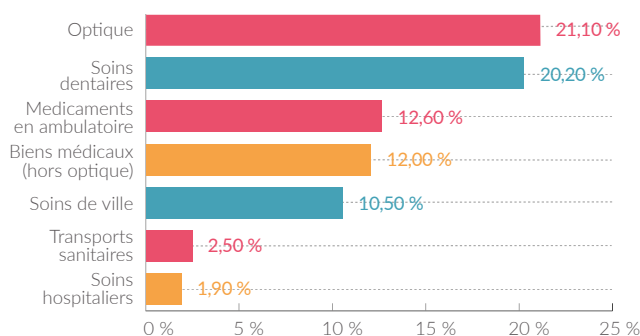
¹ DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

² CSBM : Consommation de Soins et de Biens médicaux

Le 100 % Santé : objectif RAC 0

Alors qu'en 2018, le reste à charge des ménages pour leur couverture santé était de 7 %, soit 214 € par habitant (en constante baisse depuis 2009, où il était de 9,2 %), le reste à charge en optique et en dentaire reste supérieur à 20 %, très nettement au-dessus des autres grandes familles de postes composant la CSBM. Et cela, en dépit d'une amélioration du niveau de couverture en faveur des salariés du secteur privé.

► Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM en % de la consommation par poste



De ce fait, en optique et en dentaire mais également pour les prothèses auditives, les taux de renoncement aux soins restent élevés, mettant en lumière une impossibilité pour de nombreuses personnes de bénéficier de soins en adéquation avec leurs besoins. Ainsi, les taux de renoncement constatés étaient de 10 % en optique, de 17 % en dentaire mais surtout de 65 % en audiologie. C'est ce qui a motivé la nouvelle réforme 100 % Santé. Devant s'achever fin 2022, son but est de mettre en place des paniers de soins spécifiques couvrant des prestations et des garanties définies en optique, dentaire et audiologie, sans que l'assuré n'ait à assumer un quelconque reste à charge. L'objectif de la réforme du 100 % Santé est de :

- permettre aux personnes atteintes de perte d'audition de s'équiper en appareil auditif en remontant progressivement la base de remboursement à 400 € et en fixant un prix limite de vente à 950 € en 2021 ;
- mettre en place, à compter du 1er janvier 2020, un panier 100 % Santé en optique prévoyant la prise en charge d'une monture pour un prix inférieur ou égal à 30 €, la prise en charge des verres unifocaux compris entre 95 € à 265 € et des verres multifocaux allant de 180 à 370 €. Dans le même temps, la base de remboursement de la Sécurité sociale sera revalorisée sur l'ensemble du poste optique ;
- proposer pour les prothèses dentaires un panier intégralement remboursé et un panier « tarifs maîtrisés » qui intégrera des plafonds de vente, avec un déploiement progressif entre 2019 et 2021.

À côté de ces dispositifs, les assurés auront toujours la possibilité de choisir d'autres niveaux de prestations avec des honoraires libres, mais caractérisés par un niveau d'intervention moindre de la part de la Sécurité sociale. Plusieurs analyses tendent à montrer que selon la nature des couvertures, le choix des assurés de s'orienter ou non vers des produits du panier 100 % Santé sera probablement très variable.

Pour les assurés avec des niveaux de couverture faibles, Optimind anticipe une orientation vers le panier 100 % Santé dans 70 % à 90 % des cas, du fait d'un important reste à charge sur les autres paniers. *A contrario*, les bénéficiaires de régimes de milieu ou haut de gamme ne devraient pas être particulièrement impactés par la réforme et l'on attend pour ces derniers un choix des produits des paniers 100 % Santé compris entre 10 % et 30 %, sauf pour l'optique où les assurés devraient s'orienter vers le panier 100 % Santé dans environ 50 % des cas pour les contrats milieu de gamme.

La réforme du 100 % Santé devrait donc améliorer notablement les garanties des assurés bénéficiant d'un contrat individuel (retraités, étudiants) ou de contrats collectifs bas de gamme (à peine 6 % des contrats collectifs). Pour les assurés ayant souscrit des contrats moyens ou hauts de gamme, et en particulier pour les salariés du secteur privé qui s'orienteront plutôt vers les produits des paniers libres, la solution pour réduire le reste à charge passera vraisemblablement par la souscription de renforts qui permettront de compléter les régimes de base. En 2017, on observait que 25 % des salariés, bénéficiant d'une complémentaire santé, souscrivaient un renfort. Pour la plupart, ce choix était motivé par le besoin de compléter un régime de base jugé insuffisant en termes de garanties ou de nombre de personnes couvertes. Le renfort pouvait alors être une option articulée autour d'un régime de base, ou une surcomplémentaire. Pour les entreprises, souscrire à ce type de régime constitue une manière de réduire leur participation dans le financement de la complémentaire santé de leurs salariés puisqu'elles ne sont tenues qu'à prendre en charge un pourcentage des cotisations du régime de base, le surcoût des options et de la surcomplémentaire étant intégralement à la charge de l'assuré.

La réforme du 100 % Santé va surtout bénéficier à des assurés exclus partiellement du marché de la santé ou affichant des niveaux de consommation modérés et peu générateurs de dépassement. De ce fait, le marché potentiel des renforts devrait rester sensiblement le même et les assureurs devront travailler sur des produits qui leur permettront de capter une population intéressée par des prestations de haute qualité.

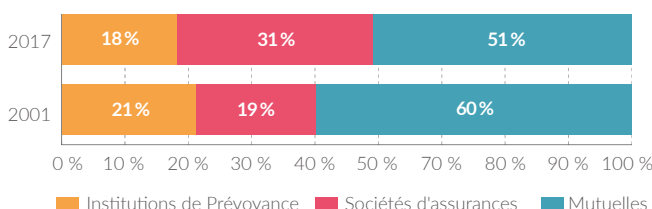


Deux décennies d'évolutions réglementaires qui ont transformé le paysage de l'assurance santé en France.

Un monde mutualiste qui perd du terrain au profit des sociétés d'assurances

Les récentes réformes comme la mise en place des contrats responsables, la généralisation de la complémentaire santé ou encore la mise en place du 100 % Santé, ne sont que les dernières d'un cycle de refonte du marché de l'assurance santé et du rapport de force entre les différents acteurs. Ces réformes, notamment la généralisation de la complémentaire santé dans le secteur privé, ont bénéficié principalement aux sociétés d'assurances qui ont renforcé leur position au détriment des mutuelles et des institutions de prévoyance.

► Parts de marchés par catégorie d'organismes assureurs en 2001 et en 2017



L'ANI et Solvabilité 2 : deux réformes majeures qui ont renforcé le processus de concentration du monde mutualiste

Cette évolution du rapport de force n'est pas nouvelle. Depuis 2001, le secteur de l'assurance santé a connu de nombreuses réformes et les mutuelles ont été particulièrement affectées. La transposition aux mutuelles des directives européennes relatives aux assurances en 2002, l'adoption du relèvement du seuil du fonds minimum de garantie obligatoire pour tout organisme exerçant une activité d'assurance en 2008 ou encore la mise en place de Solvabilité 2 et de l'ANI ont favorisé un processus de rapprochement dans le secteur mutualiste. Plus particulièrement, la réforme Solvabilité 2, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016, a imposé aux assureurs de mettre en place des indicateurs quantitatifs pour mesurer leur besoin en capital afin de garantir leur solvabilité, mais également des indicateurs qualitatifs avec des règles régissant la gouvernance et la structure des organismes d'assurance et enfin des exigences de transparence en matière de communication au superviseur et auprès du public. Cette réforme a participé au processus de concentration du monde mutualiste, déjà en œuvre car des besoins nouveaux et conséquents en termes d'effectifs sont apparus et les exigences inhérentes à la réforme ont induit un réel besoin de renforcer la solidarité financière au sein des groupes pour pallier les insuffisances des plus petites mutuelles.

L'analyse de l'impact de l'ANI³ sur l'activité des organismes d'assurances montre un ralentissement en assurance individuelle, secteur dominé traditionnellement par les mutuelles. Le transfert d'une partie des assurés de l'assurance individuelle vers l'assurance collective, couplé à la fin des clauses de désignation au sein des conventions collectives nationales, dont profitaient largement les mutuelles, a donné l'opportunité aux sociétés d'assurances de renforcer leur positionnement sur le marché de la santé. De ce fait, les entreprises ayant déployé pour la première fois une complémentaire santé en faveur de leurs salariés ont majoritairement choisi de s'assurer auprès d'une société d'assurances plutôt qu'auprès d'une mutuelle ou d'une Institution de Prévoyance. Entre 2015 et 2017, les sociétés d'assurances ont vu leur chiffre d'affaires augmenté de 22 % alors que celui des mutuelles progressait de seulement 3 % et de 9 % pour les institutions de prévoyance.

Ainsi, à titre de comparaison, si on dénombrait 1 702 organismes d'assurances dont 1 400 mutuelles en 2001, ce nombre a diminué à hauteur de 474 entreprises en 2017 (et seulement 346 mutuelles). Cette vision doit être toutefois modérée. Les mutuelles sont toujours les acteurs de référence sur le marché de l'assurance individuelle, qui représente 70 % de leur activité et 50 % du marché de l'assurance complémentaire en France. Les mutuelles restent particulièrement actives sur le segment des plus de 60 ans puisque 43 % de leur activité se situe sur ce marché alors que ce segment ne représente que 34 % de l'activité des sociétés d'assurances et 16 % de l'activité des institutions de prévoyance. Le fait d'être spécialisées sur des marchés bien spécifiques (fonctionnaires, militaires, enseignants...) ou encore d'être souvent désignées comme organisme recommandé de branches professionnelles, leur permet de conserver la première place sur le marché de la complémentaire santé.

Néanmoins, cette analyse par nature d'entité juridique semble aujourd'hui perdre de sa pertinence. Dans un marché arrivant à saturation, avec un taux d'équipement supérieur à 90 %, et face à des enjeux réglementaires de plus en plus stricts et contraignants, les mutuelles et les institutions de prévoyance ont entamé depuis une dizaine d'années un mouvement de concentration sous la forme de groupes.

³ ANI : Accord National Interprofessionnel, c'est un accord négocié et signé par les différents partenaires sociaux au niveau national

Ainsi de nouveaux acteurs de grande taille comme Covéa ou encore Vyv sont apparus sur le marché, si bien qu'en 2017, 84 % des cotisations ont été collectées par des organismes appartenant à des groupes, contre 16 % par des organismes indépendants. Ces groupes peuvent englober des organismes régis par les trois codes : certaines mutuelles sont, par exemple, des filiales de groupes de protection sociale ou de groupes d'assurances, dont elles portent tout ou partie des garanties

santé. De même, certaines sociétés d'assurances font partie de groupes mutualistes ou de protection sociale. En se rassemblant, ces organismes assureurs mettent en place des mécanismes de solidarité financière et améliorent leurs stratégies de développement en mettant en commun leurs réseaux de distribution et leurs capacités d'innovation.

Un marché de l'assurance santé en pleine mutation technologique.

Face à un marché très concurrentiel, les assureurs sont dans l'obligation d'apporter de nouvelles réponses aux besoins des assurés. Si les contrats santé sont de plus en plus normés, les assureurs peuvent encore miser sur les services associés qui apparaissent comme le nouveau territoire de différenciation des offres proposées sur le marché. Principal axe de développement, les services de prévention se généralisent au sein des contrats d'assurance santé. Le but est alors de fidéliser les assurés tout en réduisant la charge des sinistres. Dans ce domaine, l'apport des assurtech est essentiel et les assureurs nouent de nombreux partenariats avec des *start-up* dédiées aux applications mobiles, aux objets connectés, aux plates-formes de gestion ou encore aux services d'informations auprès du grand public, qui vont les aider à mettre en pratique leurs nouvelles offres de service.

Mais la révolution technologique en cours a également permis l'émergence de nouveaux acteurs venant concurrencer les assureurs traditionnels. Se développent ainsi de nouvelles formes d'assurance comme l'assurance collaborative qui permet à des groupes affinitaires de s'auto-assurer ou de recourir à de l'achat groupé, l'assurance à la demande qui permet aux assurés d'être couverts de manière ponctuelle, ou encore l'assurance au comportement qui associe un produit d'assurance avec de nombreuses actions de prévention et une maîtrise tarifaire grâce aux données obtenus à partir d'objets connectés.

Les assureurs ont déjà pris la mesure du mouvement assurtech et ont intensifié leur collaboration avec ces nouveaux acteurs. Pour les assureurs traditionnels, cela constitue une opportunité de transformation autour de trois axes principaux :

- la simplification et la rationalisation des processus de souscription et de gestion, associées à une plus grande visibilité et transparence des offres proposées ;
- la meilleure utilisation des données grâce à des mécanismes de collecte plus efficaces et une optimisation du traitement des données va améliorer la segmentation des produits et personnaliser l'offre en fonction des besoins du client ;
- l'automatisation de l'ensemble de la chaîne de valeur avec une plus grande digitalisation des actes courants, va permettre de recentrer la relation humaine sur les actes à forte valeur ajoutée.



Vers une nouvelle décennie de changement.

Avec un déficit projeté à 5,1 milliards d'euros pour 2020, il y a fort à parier que de nouvelles réformes seront mises en place dans les années à venir pour réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale. Il ne fait nul doute que les assureurs seront mis à contribution.

Mais les enjeux réglementaires ne sont pas les seuls. Dans un marché extrêmement concurrentiel, l'innovation et la capacité à se transformer vont être des facteurs clés dans la réussite de chacun.

Tel que précédemment évoqué, la digitalisation des processus de souscription et de gestion est en cours. La prochaine innovation viendra probablement de la personnalisation de la prévention, rendue possible par les nouvelles sources d'open data. En France, les acteurs analysent la base de données OPEN DAMIR qui recense toutes les prestations santé versées par la Sécurité sociale entre 2014 et 2018. Aux États-Unis, Google travaille en collaboration avec le réseau de santé Ascension.



Optimind, acteur indépendant leader du conseil en gestion des risques, réalise 35 millions d'euros de chiffre d'affaires et réunit plus de 250 collaborateurs autour de cinq practices : Actuarial & Financial Services, Corporate Risk Services, Risk Management, Business Transformation, Business Process Outsourcing.

Optimind accompagne les organismes assureurs, banques et grandes entreprises autour de la définition de la stratégie, de la gestion des risques et de la transformation. Les services proposés couvrent chaque maillon de la chaîne de valeur des clients d'Optimind : Strategy, Finance, Risk, Compliance, Market, Human Resources, Digital Transformation, Data, BPO.

optimind.com

Contacts.

Practice Actuarial & Financial Services

Gildas Robert - senior partner - gildas.robert@optimind.com
Julien Chartier - partner - julien.chartier@optimind.com
Valérie Deppe - partner - valerie.deppe@optimind.com
Marie-Catherine Sarraudy - partner - marie-catherine.sarraudy@optimind.com

Presse

| Marine de Pallières - Communication & Public Relations Manager - marine.depallieres@optimind.com



Conseil de direction générale



Libérez le potentiel de vos données
et entrez en toute conformité dans l'ère digitale



Conseil en communication sociale au