

“ L’INFOTECH ”

ANI du 11/01/2013 : vers une recomposition du paysage de la protection sociale des salariés ?



L'édito

L'ANI du 11 janvier 2013 et le projet de loi qui en découle, annoncent un réel bouleversement de la couverture santé complémentaire des salariés du secteur privé.

Certes, la loi n'est pas votée, le projet adopté par le gouvernement suscite de vives réactions, l'opposition s'organise et des amendements sont encore possibles. Mais si l'engagement pris par les pouvoirs publics de respecter la volonté des partenaires sociaux est tenu, cette loi de généralisation de la couverture santé complémentaire porterait en germe une **réforme systémique de grande ampleur**.

On assisterait à l'émergence d'un « deuxième pilier » collectif obligatoire et à celle d'un troisième pilier facultatif pour une couverture santé "sur-complémentaire" individuelle.

Ce nouveau schéma d'organisation de la protection sociale, que l'on retrouve dans nombre de pays de l'Union Européenne, est la conséquence logique du désengagement progressif du régime de base et de la volonté partagée des pouvoirs publics et des partenaires sociaux d'assurer à l'ensemble des salariés une couverture santé minimale suffisante.

Pour autant, malgré les délais relativement courts annoncés dans le projet de loi, pour la mise en œuvre d'accords de branches ou à défaut d'accords d'entreprises ou de décisions unilatérales d'employeurs, il est difficile aujourd'hui, d'imaginer à quel rythme ces bouleversements interviendront.

Beaucoup de questions restent aujourd'hui sans réponses factuelles :

- Y-a-t-il encore une place pour l'assurance santé individuelle des salariés?
- Comment s'opérera l'arbitrage entre accords de branches et accords d'entreprises?
- Quelle est la faculté d'adaptation des organismes d'assurance et des réseaux de distribution à ces nouveaux enjeux et à ces nouvelles règles?

Malgré ces incertitudes, les acteurs de l'assurance santé doivent anticiper dès aujourd'hui un certain nombre d'actions telles que la mesure de l'impact structurel de ce dispositif sur leurs portefeuilles en termes de chiffre d'affaires et de rentabilité ou la réorientation de leurs stratégies de distribution ou de partenariats.

Les équipes d'ACTUARIS sont fortement mobilisées pour vous accompagner dans cette démarche.

Pierre ARNAL
Directeur Général

1. Désignation versus recommandation ?

Désignation

En cas de désignation, la branche professionnelle choisit un ou plusieurs organismes d'assurance quelle qu'en soit la forme juridique (institutions de prévoyance, mutuelle ou compagnies d'assurances). Cette désignation impose la mise en place d'une unité de pilotage technique, de règles de gestion et permet, le cas échéant, la mise en œuvre d'une action sociale spécifique.

La branche peut choisir de désigner plusieurs opérateurs qui, dans ce cas, doivent s'organiser pour consolider les résultats et uniformiser leurs méthodes.

L'ensemble des entreprises et salariés de la branche doivent adhérer au dispositif pour permettre cette mutualisation et nul ne peut en être exclu. Cependant, cette obligation d'adhésion de l'entreprise au dispositif de branche connaît des exceptions, notamment pour les entreprises qui ont antérieurement mis en place des garanties plus favorables.

Recommandation

Le processus de recommandation existe déjà. Il est pratiqué notamment lorsqu'une branche professionnelle souhaite sensibiliser et inciter les entreprises adhérentes à mettre en place une protection sociale complémentaire, sans forcément aller vers une obligation.

La recommandation ne génère donc ni droit ni obligation. Elle procure néanmoins un avantage commercial pour l'organisme recommandé qui accède ainsi plus facilement à l'ensemble des entreprises d'une branche pour faire son offre. Cette recommandation pourrait être assortie de règles de transparence en matière d'appel d'offres et de droits et d'obligations pour l'organisme recommandé. Dans cette hypothèse, le processus de recommandation en assurance collective serait comparable au processus de labellisation qui fonctionne aujourd'hui pour les agents des collectivités territoriales.

2. Quels impacts prévisibles sur le marché de l'assurance santé ?

Le marché de l'assurance santé complémentaire représente aujourd'hui 30 milliards d'euros de chiffre d'affaires qui se

répartissent entre assurances individuelles : 17 milliards et assurances collectives : 13 milliards.

Une récente enquête du Credoc sur l'équipement des TPE/PME en matière de complémentaire santé met en exergue les points suivants:

- 26 % des entreprises représentant 32 % des salariés n'ont pas mis en place une couverture santé collective.
- Sur les 74 % d'entreprises disposant d'une couverture collective, 60 % l'ont fait sous la forme d'un accord d'entreprise et 40 % couvrent leurs salariés via un accord de branche.
- 81% des salariés concernés sont assurés à titre obligatoire (19% en groupe ouvert facultatif), 91% des ayants droit bénéficient de cette couverture.

Ces chiffres permettent d'estimer le transfert de l'individuel vers le collectif de branches qui pourrait s'élever pour l'ensemble du marché à un montant de l'ordre de 3 à 3,5 milliards d'euros.

Par contre, il est plus difficile d'évaluer ce que pourrait représenter un transfert du collectif résultant d'un accord d'entreprise vers le collectif de branches qui pourrait à terme être l'un des autres effets importants de la réforme.

En effet les négociations de branche en matière de santé ne s'arrêteront pas le 30 juin 2014, elles avaient d'ailleurs commencé bien avant l'ANI du 11 janvier 2013 (actuellement plus de 50 accords de branches concernant la couverture santé sont déjà conclus). Même si 18 mois paraissent trop courts pour permettre à certaines commissions paritaires de branches de conclure des accords dans le délai imparti, nombre d'entre-elles y parviendront ensuite, à moyen et long terme, avec un impact probable sur les portefeuilles constitués de contrats collectifs résultant d'accords d'entreprises.

3. Des questions de fond soulevées

- La loi Evin va-t-elle être maintenue en l'état?

La réforme liée à l'ANI pose en effet la question du maintien en l'état de la loi Evin qui prévoit un "droit de suite" des retraités lorsqu'ils ont été couverts dans un régime collectif en santé à des conditions tarifaires plafonnées à 150 % du tarif des salariés.

- Les règles d'appel d'offres et de transparence des procédures permettant au libre jeu de la concurrence de pleinement s'exercer à travers une remise en cause périodique des accords peuvent-elles se généraliser?

Au-delà de la clause de désignation, la conclusion d'un accord de branche peut, en effet, donner lieu à la création d'une institution de prévoyance paritaire dédiée à la gestion

de l'accord. Il s'agit en quelque sorte d'une forme "d'autogestion" par les partenaires sociaux, pratique répandue et reconnue au niveau de l'union européenne. Une telle institution professionnelle accueille exclusivement des entreprises de la branche. Sa gouvernance est assurée par des représentants employeurs et salariés de cette branche. Ce dispositif ne nécessite donc en principe aucun processus d'appel d'offres : l'agrément de l'institution par l'autorité de contrôle devrait suffire. Comment ce cas sera-t-il traité, concernant la couverture santé, dans les textes à venir ?

4. Le dispositif prévu par la loi "favorise"-t-il certains acteurs ?

A première lecture, le futur dispositif semble favorable aux acteurs qui maîtrisent le métier de l'assurance collective et plus particulièrement celui des accords de branche. Les institutions de prévoyance, du fait de leur "ADN" paritaire, disposent indéniablement d'un avantage, mais il faut se méfier des conclusions hâtives. Ces années ont vu émerger d'autres acteurs (mutuelles et compagnies d'assurance) qui se sont équipés d'outils et de moyens pour négocier des accords avec les partenaires sociaux. Ils ont d'ailleurs obtenu des désignations ou des recommandations. De plus, aujourd'hui, les partenariats entre acteurs issus des trois familles d'assureurs se sont mis en place et permettent de réelles complémentarités.

Par ailleurs, il sera nécessaire de déployer des moyens considérables pour établir et gérer efficacement les relations avec les 297 commissions paritaires de branches au plan national, auxquelles s'ajoutent un nombre comparable de conventions collectives qui fonctionnent au plan régional ou départemental.

Enfin, obtenir une désignation ou une recommandation ne suffit pas. Il faut impérativement disposer d'un réseau commercial de proximité et de plateformes de vente à distance pour obtenir l'adhésion des entreprises. Or, aucun opérateur ne dispose aujourd'hui des moyens suffisants pour relever « seul » un tel défi !

Le contexte créé par cette loi serait donc propice à de nouveaux partenariats et devrait accélérer, par ailleurs, les regroupements.

Pour finir, la généralisation de l'assurance complémentaire santé obligatoire devrait accroître le poids des assureurs complémentaires auprès des professionnels de santé, donc accélérer le processus de mise en place des plateformes et réseaux de soins permettant d'accompagner les assurés et donner sans doute un rôle plus important à l'UNOCAM.



Jacques NOZACH
Senior Advisor



Marie-Laure DREYFUSS
Directeur de mission
Responsable du Pôle
Gouvernance et Contrôle Interne