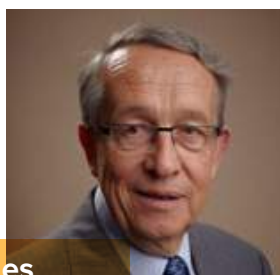




Un premier bilan des évolutions de la complémentaire santé



Jacques NOZACH

Senior Advisor, ACTUARIS
jacques.nozach@actuaris.com

Même si l'exercice est périlleux et probablement prématuré, nous vous proposons un premier bilan des évolutions de l'assurance complémentaire santé intervenues au cours du dernier quinquennat. En tant qu'experts, nous tentons de discerner les évolutions les plus probables au travers des premières tendances observées.

Avertissement : Le nombre de réformes entreprises durant le dernier quinquennat, leur ampleur réelle ou supposée, leur empilement, les retards dans l'élaboration et la publication des décrets d'application, appellent à la plus grande prudence dans l'analyse des premiers résultats et conséquences observés.

Pour comprendre plus en détail ces réformes, nous vous proposons en annexe un rappel chronologique des principales modifications (cf. annexe 1 « Quelle histoire »).

Nous nous sommes principalement appuyés pour nos analyses sur les rapports de la DREES (2015), du Fonds CMU (2016) et de la COMAREP (2016).



Estelle VILLERMET

Actuaire Qualifiée IA
Manager
estelle.villermet@actuaris.com

1 - RÉSULTATS ET CONSÉQUENCES DE L'ANI : UNE VISIBILITÉ RÉDUITE ET DES PREMIERS RÉSULTATS MITIGÉS.

Un "tsunami" devait se produire au 1^{er} janvier 2016, date où l'ensemble des salariés du secteur privé devaient être couverts par un contrat collectif. À cette date en effet, les salariés non couverts (0,4 à 0,6 million selon les estimations) et les salariés couverts antérieurement par un contrat individuel (entre 4,6 et 5,2 millions) devaient basculer en masse dans des contrats d'entreprise obligatoires financés à 50% à minima par leur employeur.

Un tel mouvement devait :

- bouleverser sensiblement le marché en inversant le rapport 60% individuel/40% collectif
- fortement affecter certains acteurs (principalement des mutuelles et la bancassurance) pratiquant presque exclusivement l'assurance individuelle, qui anticipaient des risques de diminution de leur portefeuille pouvant aller jusqu'à 35%
- et affecter sensiblement leur organisation et leurs comptes d'exploitation.

Outre l'objectif de généralisation permettant un meilleur accès aux soins, le but était de peser sur le coût de l'assurance (l'assurance collective étant réputée moins chère, en particulier du fait de chargements d'acquisition plus faibles et de marges techniques réduites).

QUE CONSTATONS-NOUS AUJOURD'HUI?

Rien ne s'est passé comme prévu et l'ensemble des observateurs s'accorde pour dire que le bouleversement annoncé ne s'est pas (encore ?) produit.

En effet, le dernier rapport de la DREES indique que la moitié des prestations servies par les organismes complémentaires en 2016 l'ont été au titre de contrats collectifs, ce qui laisse à penser que le rapport au niveau des cotisations pourrait être de **47% en collectif/53% en individuel**.

En outre, les OC pratiquant très majoritairement de l'assurance individuelle (un organisme sur quatre gère exclusivement des contrats individuels) ne semblent pas avoir perdu des parts de marché significatives : les mutuelles avec 52% de part de marché perdent seulement 1% en 2016 par rapport à 2015.

On est donc encore très loin du 60/40 annoncé !

LA QUESTION EST DE SAVOIR SI NOUS SOMMES AU BOUT DU PROCESSUS DE BASCULEMENT DE L'ANI EN 2016.

Beaucoup d'éléments permettent de penser qu'il n'en est rien.

Il ne faut jamais oublier que **la quasi-totalité des contrats santé, individuels ou collectifs sont annuels** avec, sur le collectif notamment, un renouvellement au 1^{er} janvier de chaque année.

Les chiffres 2016 ne tiennent donc compte, pour l'essentiel, que des contrats en vigueur ou mis en place au 1^{er} janvier 2016 (négociés au cours des derniers mois de l'année 2015).

Or il faut se rappeler le contexte de cette fin d'année, où bon nombre de textes de loi et décrets (instaurant en particulier le "versement santé" pour les contrats de travail de courte durée et multipliant les cas de dispense d'affiliation à la couverture collective obligatoire) ont été promulgués in extremis en décembre 2015.

En outre, la majorité des accords de branches conclus en 2015 (notamment ceux qui comportent des clauses de recommandation) ont pris effet tout au long de l'année 2016 du fait des délais de la procédure d'extension.

Dans ce contexte, il n'est pas certain que toutes les entreprises, et notamment les TPE, aient pu mettre en place un contrat collectif en 2016, malgré la mobilisation incontestable de nombreux réseaux de distribution : il est difficile de confirmer le résultat de certains sondages qui évaluent à 95% la proportion d'entreprises ayant souscrit un contrat collectif dans les délais.

Par contre, beaucoup d'OC ont souligné **un phénomène nouveau qui semble assez répandu : l'affiliation dans les contrats collectifs d'un pourcentage de salariés limité par rapport aux effectifs de l'entreprise** (souvent moins de 50 % contre 90% habituellement et parfois des contrats sans effectifs) : est-ce un phénomène structurel ou conjoncturel ?

UN EFFET RETARD IMPORTANT ? 2017 DEVRAIT PERMETTRE D'Y VOIR PLUS CLAIR.

Notre pronostic est que 2017 devrait connaître une évolution plus marquée du fait de la disparition de facteurs conjoncturels, mais sans atteindre les niveaux initialement prévus, en raison d'éléments structurels qui devraient en limiter la portée.

Deux facteurs conjoncturels devraient disparaître ou s'estomper en 2017 :

- l'un des cas importants de **dispense d'affiliation concerne les salariés ayant souscrit un contrat individuel** et n'ayant pu le résilier dans les délais prévus contractuellement et qui, de ce fait, ont différé leur adhésion au contrat collectif pour éviter le double paiement de cotisations
- le second est la montée en puissance progressive des **accords de branches étendus** qui ont pris effet tout au long de l'année 2016 et qui renforcent l'obligation d'adhésion des salariés en rendant les DUE (décision unilatérale de l'employeur) juridiquement impossibles.

Deux éléments structurels devraient limiter l'ampleur de cette évolution :

- les dispenses d'affiliation (le plus souvent d'ordre public), en particulier les ressortissants de la **CMU-C et de l'ACS, les salariés à temps partiel** pouvant choisir de bénéficier du "versement santé", **les personnes déjà couvertes par un contrat collectif obligatoire (ayant droit).**

Ces dispenses peuvent être systématiques lorsqu'elles sont reprises dans des accords de branches (un accord prévoit le "versement santé")

- nombre d'entreprises, en mettant en place des contrats collectifs par DUE (ce qui constitue un "changement substantiel" du contrat de travail), ont permis aux salariés de conserver leur contrat individuel ; l'adhésion à ces contrats n'est obligatoire que pour les **salariés embauchés postérieurement** ; ceux qui sont en place avant la décision peuvent la refuser.

Pour toutes ces raisons, la montée en puissance du collectif s'est faite et se fera progressivement en laissant aux acteurs plus de temps pour s'adapter.

LES PREMIERS RÉSULTATS DE CETTE RÉFORME APPARAISSENT MITIGÉS.

On peut partir du postulat que les 400 000 à 600 000 salariés qui n'étaient pas couverts antérieurement le sont aujourd'hui ce qui est incontestablement à mettre à l'actif de cette réforme.

On peut également considérer que les salariés qui sont passés d'un contrat individuel à un contrat collectif sont parfois "gagnants" du fait, en particulier, de la prise en charge par leur employeur d'au minimum 50% de la cotisation. En revanche, il n'est pas certain que cela soit à garanties équivalentes et que cela ne les conduise pas à souscrire en supplément des contrats individuels (notamment pour leurs ayants droit).

Les salariés autrefois doublement couverts, en tant qu'ayants droit et en tant qu'adhérents de contrats collectifs, et qui rentrent maintenant dans le champ des cas de dispense, sortent également gagnants de la réforme.

Les grands "perdants" sont tous les autres salariés qui bénéficiaient déjà d'une couverture collective et qui ont vu réintégrer la part de cotisation patronale dans leurs revenus imposables : ce qui représente un prélèvement fiscal de l'ordre de 1 à 1,5 Md€ et des prélèvements sociaux patronaux et salariaux.

Il convient de noter que les partenaires sociaux signataires de l'ANI avaient expressément fait du maintien de cet avantage fiscal l'une des conditions pour mettre en œuvre la généralisation, mais les pouvoirs publics, considérant qu'il n'y avait plus de raison d'inciter fiscalement à souscrire un contrat collectif devenu obligatoire, ont néanmoins décidé de supprimer cet avantage.

Cette loi de généralisation ne se traduira pas par des baisses tarifaires pour l'ensemble des salariés :

Dans un premier temps, le risque de voir les portefeuilles d'assurance individuelle se déliter rapidement, la volonté de prendre pied à tout prix sur le collectif, la fin des clauses de désignation qui a ouvert le champ à de nouveaux canaux de distribution, ont suscité une concurrence exacerbée, une guerre des prix à des niveaux souvent déraisonnables, alors que l'assurance complémentaire santé collective, tous acteurs confondus, est globalement structurellement déficitaire de 3,5%.

De plus, cette concurrence et la déformation de la cible d'entreprises (TPE) entraînent mécaniquement une hausse sensible des chargements d'acquisition qui progressent plus vite que le chiffre d'affaires.

Au niveau des différentes familles d'OC, les lignes pourraient bouger :

- **les mutuelles, notamment de petite et moyenne taille, semblent les plus touchées car elles sont pour la majorité mono produit santé et à forte dominante individuelle (70%).** Mais elles sont dans une phase de restructuration accélérée qui pourrait leur permettre de s'adapter en se diversifiant par des jeux d'alliance très pragmatiques. La course à la taille y est spectaculaire, largement dominante sur ce marché. **Leur déclin était annoncé, or elles semblent bien résister puisqu'elles représentent encore 52% du marché** (elles ne perdent qu'un point en 2016).
- **les sociétés d'assurance** qui historiquement interviennent en collectif à hauteur de 46% de leur activité santé - y compris la bancassurance qui intervenait presque exclusivement en assurance individuelle - **semblent s'être parfaitement bien adaptées. L'enjeu pour elles semble pourtant limité,** puisque la complémentaire santé ne représente que 5% de leur activité. Néanmoins, à un moment où l'assurance vie est en panne et où l'assurance des biens est saturée, la complémentaire santé représente un réel enjeu notamment par rapport à leurs réseaux de distribution et au courtage. En outre, ce sont elles qui semblent réaliser les meilleures performances commerciales : **elles gagnent un point en 2016 avec 30% du marché.**
- **les Institutions de prévoyance,** dont l'activité par nature est de gérer des accords de branches et des accords d'entreprises, **semblaient initialement les mieux placées, notamment du fait de leur "signature" paritaire.** Néanmoins leurs positions sur les accords de branches se sont affaiblies avec l'abrogation des clauses de désignation. **Leur point critique, eu égard à une concurrence accrue, réside probablement dans la faiblesse de leurs réseaux de distribution** qu'elles ne peuvent compenser que par des alliances. Autre handicap : leur portefeuille santé, collectif à 86%, est structurellement déficitaire. **Les IP maintiennent néanmoins leur part de marché à 18%.**

Mais dans ce contexte de regain de concurrence, **les grands gagnants sont les réseaux de distribution et en particulier le courtage dont certains acteurs connaissent des progressions spectaculaires.**

2 - LES EFFETS INDUITS : UN MARCHÉ QUI STAGNE, UNE RENTABILITE PROCHE DE ZERO

Effets induits où conséquences directes ? L'accumulation des réformes entreprises et les bouleversements qui en résultent ne sont probablement pas les seules explications, mais **le marché de la complémentaire santé est aujourd'hui dans une situation délicate sans précédent.**

UN MARCHÉ QUI STAGNE ?

Le chiffre d'affaires du marché de la complémentaire santé continue de progresser lentement depuis deux ans à un rythme inférieur à celui du régime de base et de l'ONDAM.

Il est de 34,858 Mds€ en 2016, en progression de +1,4% par rapport à 2015 (et +1,5% 2015/2014) quand la progression attendue, dans la continuité des exercices antérieurs, était de l'ordre de 3%.

Comment expliquer cette faible évolution ? Quatre hypothèses peuvent être avancées :

- **la montée en puissance des contrats collectifs**, dont la part a augmenté progressivement (48% des prestations pour 44% des cotisations en 2015, 50% des prestations pour 47% des cotisations en 2016). Or ils ont un niveau de cotisations relativement moins élevé que l'assurance individuelle (qui consacre 75% des primes à la couverture du risque quand l'assurance collective en consacre 85%)
- **la nouvelle définition des "contrats responsables" a probablement suscité une pause dans la progression des cotisations.** Elle ne s'est cependant pas traduite par des baisses de cotisation des OC, dans la mesure où on peut considérer que les plafonnements (optique et dépassements d'honoraires) sont compensés par des garanties supplémentaires (prise en charge du forfait hospitalier sans limitation de durée)
- **une augmentation de la part de la CSBM prise en charge par les régimes de base** (+1,1% en 2016) à hauteur de 77%. La DREES explique ce phénomène par l'augmentation des cas d'exonération du ticket modérateur (ALD /vieillesse de la population, ACS) et par le coût des progrès technologiques. Dans le même temps, la part prise en charge par les OC (13,7% de la CSBM) a mécaniquement diminué de 0,1%. Leurs prestations ont progressé de 1,5% à un rythme moins élevé que la CSBM (+2,2%)
- **la concurrence accrue entre les acteurs** et certaines pratiques de sous-tarifcation ont sans doute pesé sur le volume des cotisations.

Les cotisations vont-elles progresser à nouveau « normalement » en 2017 ?

Rien n'est moins sûr si la part de l'assurance collective augmente à nouveau de manière sensible, ce qui est probable.

De son côté, le fonds CMU ne semble pas avoir anticipé de retournement de tendance ; il a prévu, en effet des ressources supplémentaires de l'ordre de 120 millions d'euros pour assurer l'équilibre de la CMU-C et de l'ACS en 2017.

Cette situation pose implicitement la question de savoir si le marché de la complémentaire santé est d'ores et déjà saturé ou s'il existe des pistes de nouveaux développements, en particulier en ce qui concerne **l'assurance santé sur-complémentaire.**

Difficile d'y répondre : certains acteurs prétendent que l'assurance sur-complémentaire se développe du fait d'un niveau moyen de garanties trop faible de l'assurance collective obligatoire. Nous ne disposons pas d'éléments tangibles permettant d'étayer ce point de vue.

Le Fonds CMU relève cependant que la part de chiffre d'affaires des contrats non « solidaires et responsables » (taxés à 14%) s'élève à 1,3Mds€ en 2016, ce qui représente, à peine 3,7% du marché. Mais depuis la réforme de 2014, certains contrats sur-complémentaires peuvent être considérés comme responsables et ne font donc pas l'objet d'un suivi particulier.

Ce qui paraît certain, c'est qu'ils ne constituent pas encore un relais de croissance.

Pourtant, à la condition de ne pas seulement se cantonner à suivre le régime de base, il existe un important potentiel de développement. En examinant la segmentation du CSBM opérée par la DREES, il existe en effet pour les OC un potentiel global de 45 Md€ de prestations, dont seulement 26,4Md€ (59%) sont pris en charge aujourd'hui. Mais il faudrait pour cela que les acteurs s'intéressent à des prestations non remboursables ou non présentées au remboursement et qu'ils n'hésitent pas pour cela à développer des gammes de produits taxés à 14%.

UNE RENTABILITÉ PROCHE DE ZÉRO

Le dernier résultat comptable consolidé connu (2015) de l'ensemble de l'assurance complémentaire santé fait apparaître un excédent de 121 millions d'€, ce qui représente une marge de 0,3%. La formation de ce résultat comporte **un déficit de 3,4% de l'ensemble des contrats collectifs et un excédent de 3,5% des contrats individuels.**

La progression des contrats collectifs qui résulte de la loi de généralisation pèse de plus en plus sur la rentabilité des OC. Le marché de la santé complémentaire pourrait devenir déficitaire dès lors que la part du collectif atteindrait 50%. La marge de 0,3% est obtenue alors que le collectif représente 44% de l'ensemble.

Or, d'après nos calculs, cette part serait en 2016 de 47% ce qui signifie, toutes choses restant égales par ailleurs, que cet exercice serait probablement financièrement juste à l'équilibre **Le seuil de 50% de part de marché en collectif pouvant être franchi dès 2017, les résultats pourraient être d'ores et déjà déficitaires.**

La situation est aggravée par le fait que le coût de gestion des complémentaires ne cesse de croître pour atteindre 7,2Mds€ en 2016 : **les frais de fonctionnement des OC augmentent à un rythme annuel moyen de 4,2% depuis 2006** (sensiblement plus que l'évolution des prestations).

Cette progression des coûts de gestion s'explique par la charge de travail supplémentaire considérable à laquelle les OC ont dû faire face pour :

- s'adapter à la loi de généralisation, notamment en **renforçant leurs réseaux commerciaux**
- mettre leur portefeuille en conformité avec les nouvelles définitions des contrats responsables
- accessoirement concourir à l'ACS
- mettre en place Solvabilité II et tout un ensemble de réformes réglementaires
- adapter leur SI à la transformation des produits.

Si la progression des frais de gestion des OC devaient se poursuivre à un rythme de 4,2% par an, ceux-ci pourraient dépasser, en montant, ceux des régimes de base de sécurité sociale (7,4Md€ en 2016) dès 2017, avec le risque de relancer la polémique sur la légitimité de maintenir des régimes complémentaires.

3 - L'ACCÈS AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS : DES RÉSULTATS ENCOURAGEANTS.

On l'oublie souvent, l'accès aux soins des personnes est, dans notre pays, un droit constitutionnel. L'une des conditions essentielles pour permettre cet accès aux soins n'est pas seulement l'universalité de l'assurance maladie de base (consacrée au 1^{er} janvier 2016 par la "Protection Universelle Maladie" - PUMA), mais une réelle possibilité d'accéder à une assurance complémentaire santé, en particulier pour les personnes les plus démunies.

Deux dispositifs qui s'articulent entre eux ont été construits dans ce but : la CMU-C et l'ACS.

Selon les dernières données de la DREES (2015), la population éligible à ces deux dispositifs se situerait dans une fourchette de 8,9 à 11,4 millions de personnes. Le Fonds CMU a enregistré en 2016 au total 6,6 millions de bénéficiaires (soit entre 58 et 74% de la population concernée) en soulignant que ces derniers ont progressé de 1,7 millions de personnes (+36%) entre 2012 et 2016. **Même si une part de cette évolution est imputable à une progression de la paupérisation, il est indéniable que les mesures prises (augmentation du plafond de la CMU-C en 2013 et réforme de l'ACS en 2016) ont eu un effet positif.**

Cependant, alors que **la performance constatée pour la CMU-C permet à 70% des bénéficiaires potentiels d'être couverts, c'est loin d'être le cas pour les personnes éligibles à l'ACS**, dont le nombre a sensiblement progressé (1,12 million dont 110 000 assurés supplémentaires) mais qui **semble plafonner autour de 35 à 40% de bénéficiaires potentiels couverts.**

Pourtant la réforme entreprise en 2015 semble avoir porté ses fruits :

- en augmentant sensiblement le niveau moyen des garanties (l'option C, la plus élevée, est souscrite par 40% des assurés vs 13% antérieurement, l'option A, la moins élevée, par 23% vs 40% antérieurement)
- en baissant sensiblement le coût moyen de l'assurance (-10% : l'ACS permet, en moyenne, de financer 62% de ce coût) et en réduisant le taux d'effort moyen pour acquérir une complémentaire santé de 3,9% à 2,8% des revenus
- en alignant les avantages de l'ACS sur ceux de la CMU-C (tarifs opposables, tiers payant, suppression des franchises...)
- en facilitant le renouvellement annuel des droits pour les bénéficiaires de l'AFPA (minimum vieillesse).

Cependant certains constats demeurent préoccupants :

- Moins de 80% des bénéficiaires d'attestation l'utilisent réellement : 340 000 y ont donc renoncé en 2016 : le taux d'effort reste-t-il trop élevé ?
- Des études réalisées à la demande du fonds CMU révèlent que :
 - les cas de refus de soins par les professionnels de santé augmentent. L'application des "tarifs opposables" et la charge administrative du tiers payant semblent dissuader certains praticiens
 - l'implication des OC dans la diffusion de l'ACS est très variable, ce qui implicitement pose la question de l'efficacité du dispositif, du contenu et des critères de sélection du prochain appel à concurrence (reporté de 6 mois, fin 2018).

On peut comprendre que le développement de la CMU-C et des contrats ACS ne soit généralement pas une priorité des réseaux de distribution des organismes complémentaires (CMU-C et ACS représentent 1,6% de leur couverture santé). Leur part dans la gestion de la CMU-C (12% en 2016) ne cesse de diminuer d'année en année par rapport à celle des CPAM, fortement impliquées dans ce dispositif de solidarité.

Au niveau des ACS, les CPAM ne peuvent intervenir qu'en amont (informations, formalités administratives pour reconnaître les droits, attestations et communication de la liste des organismes agréés), les OC étant seuls habilités à pratiquer l'assurance.

Dans un contexte où les OC sont souvent critiqués, où leur existence même est parfois contestée et où l'assurance complémentaire contribue très faiblement à la solidarité entre classe de revenus², **la réussite de ce dispositif ACS est peut-être un objectif stratégique plus important qu'il n'y paraît**. Cette réussite dépend très largement de leur implication pour le faire connaître et le développer. Elle apporterait la démonstration qu'ils sont capables de contribuer efficacement à cet effort de solidarité nationale dont le financement est prélevé sur les cotisations de leurs assurés.

L'AVENIR DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES ?

L'ensemble de ces bouleversements a exacerbé la concurrence entre les acteurs et a déclenché un nombre impressionnant de contentieux, ce qui contribue à altérer l'image des OCAM (toutes familles confondues) et **affecte leur crédibilité, en particulier au niveau des pouvoirs publics et des professionnels de santé**.

Les réformes se sont faites sans réelle concertation : peu écoutés, suspects de défendre avant tout leurs intérêts particuliers, consultés le plus souvent sur les projets de décrets de manière purement formelle, les organismes complémentaires (via l'UNOCAM) ont le plus souvent marqué unanimement leur désaccord... dont nul n'a tenu compte !

La question du maintien de l'exception française d'une assurance complémentaire santé est aujourd'hui explicitement posée, certains voyant (sans doute de manière un peu simpliste) dans une intégration au régime de base une source immédiate d'économies de plusieurs milliards d'euros.

Comment s'étonner alors des discours qui amalgament augmentation du forfait journalier et prise en charge par les OC, sans établir le lien que cette prise en charge supplémentaire (comme toutes les précédentes) aura obligatoirement sur les cotisations et donc sur les assurés ?

Ces cinq dernières années ont été particulièrement difficiles pour l'ensemble des acteurs. Il est rare qu'une industrie connaisse autant de bouleversements en un laps de temps aussi court, (d'autant que s'y rajoutent d'autres évolutions majeures telles que Solvabilité II, des évolutions technologiques...), **mais force est de reconnaître qu'elle a su faire preuve d'une remarquable faculté d'adaptation**.

Le niveau de rentabilité actuel n'est cependant pas tenable à long terme pour l'ensemble du marché.

² Peu de cotisations sont assises sur le salaire

ANNEXES

ANNEXE N°1 : QUELLE HISTOIRE !

Au moment où une page se tourne à la présidence de la République et qu'un nouveau chapitre va s'écrire pour l'assurance complémentaire santé, il nous a paru utile de faire un premier bilan de ces cinq dernières années.

Bien entendu, il ne s'agit pas pour nous de porter sur le quinquennat du Président François Hollande et de sa ministre de la santé Marisol Touraine (présente à ses côtés durant toute la mandature) la moindre appréciation d'ordre politique sur les options prises, mais plutôt, en qualité d'expert de mesurer aujourd'hui, autant que possible, l'impact des réformes menées "tambour battant" durant cette période.

Un rapide retour sur l'histoire de ces cinq dernières années paraît indispensable pour bien appréhender les évolutions.

Une première remarque : **la complémentaire santé n'a jamais connu autant de réformes dans un délai aussi court (alors que dans le même temps la profession devait mettre en place "Solvabilité II"). Elles se sont succédé à un rythme soutenu, en mobilisant des moyens importants, laissant peu de temps, aux acteurs et aux assurés, pour s'y adapter et en provoquant des effets induits imprévisibles.**

Cette vague de réformes débute à l'initiative des partenaires sociaux avec l'ANI de janvier 2013 et la loi de généralisation de juin 2013 qui en découle.

L'ensemble des salariés devra être couvert en santé complémentaire par un contrat collectif

La cotisation est financée à minima à 50% par l'employeur et les garanties devront respecter un "panier de soins". Cette obligation devra être effective au 1^{er} janvier 2016.

Objectifs attendus : l'accès aux soins de 400 000 salariés (principalement de TPE) ne disposant d'aucune couverture santé complémentaire et une baisse de cotisation pour 4 à 5 millions de salariés ayant souscrit des assurances individuelles.

C'est pour le marché une vraie révolution, d'aucuns parlent de "tsunami", de "bigbang" : nombre d'acteurs qui ne pratiquent pas ou peu l'assurance collective risquent de perdre jusqu'à 35% de leur portefeuille, la part de marché de l'individuel devant passer brutalement (en moins de trois ans) de 60 à 40% ! De surcroît, l'assurance collective est un métier à part entière qui implique un nouveau business model et les plus petits acteurs n'ont manifestement ni le temps ni les moyens de s'y adapter.

Ce n'est pourtant pas sur ce point que les opposants vont se mobiliser : la loi donnait, dans un premier temps, la priorité à la mise en place d'accords de branches, avant de laisser le champ libre aux accords d'entreprises.

Alors que l'ANI avait prévu la possibilité d'une "clause de recommandation" en cas d'accord de branche (laissant les entreprises libres d'adhérer ou non au dispositif recommandé), **le projet de loi y avait substitué la "clause de désignation"**, procédure habituellement pratiquée notamment en prévoyance et réglementairement définie, permettant, après extension, de rendre l'adhésion obligatoire auprès des assureurs désignés pour l'ensemble des entreprises de la branche.

Considérant que cette mesure favorisait les Institutions de prévoyance du fait de leur proximité avec les partenaires sociaux, l'ensemble des autres acteurs, et en particulier le courtage, se sont mobilisés pour en demander la suppression obtenant :

- un avis de l'Autorité de la concurrence suggérant d'amender sensiblement le projet de loi
- et, contre toute attente, **une abrogation par le conseil constitutionnel de l'article 912-1 du code de la Sécurité sociale** (en vigueur depuis des décennies et qui s'appliquait surtout aux accords de branches dans le domaine de la prévoyance), considérant que cette pratique portait atteinte de façon démesurée à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle.

Quelles conséquences cette abrogation non rétroactive avait-elle sur les clauses de désignations déjà en vigueur?

Cette question à multiple facettes a suscité **de nombreux contentieux judiciaires et une instabilité jurisprudentielle dont nous ne sommes toujours pas totalement sortis** (nombre de jugements de Cours d'Appel ont été cassés par la Cour de Cassation, qui ne semble pas être totalement en phase avec le Conseil d'Etat, tandis que la CJUE a jugé que la procédure d'extension pratiquée par le gouvernement français n'était pas suffisamment transparente !). Le moins qu'on puisse dire est que cette insécurité juridique a été source d'une grande confusion ne permettant pas aux acteurs du marché d'être réactifs et ce d'autant plus que les décrets d'application ont tardé à paraître (notamment le décret définissant le panier de soins minimum).

De plus, un nouvel épisode est intervenu fin 2013, à l'occasion du PLFSS 2014 : **pour combler le vide juridique résultant de l'abrogation de l'article 912-1, le gouvernement a introduit la possibilité au niveau d'une branche professionnelle de recommander un ou plusieurs assureurs.**

Cette "clause de recommandation" est assortie d'une série de conditions pour être "étendue" (procédures d'appel à concurrence, contribution permettant un "haut degré de solidarité", reporting annuel...). L'entreprise de la branche n'a aucune obligation de suivre cette recommandation, mais l'organisme recommandé doit accepter l'adhésion de toutes celles qui le souhaitent.

Les décrets d'application de ce dispositif ont tardé à être publiés...et ce n'est que fin 2015 que les accords de branches comportant la clause de recommandation ont pu être conclus et étendus par la COMAREP.

Le projet initial prévoyait une mesure d'incitation fiscale (une réduction du forfait social) pour encourager les entreprises à adhérer au dispositif recommandé, mais cette mesure, jugée disproportionnée par le Conseil Constitutionnel, a été abrogée, **laissant en place un dispositif "banca" qui peut s'avérer dangereux techniquement et financièrement pour un assureur recommandé, en particulier en prévoyance.**

Confrontés au risque de voir disparaître les régimes de prévoyance de branches et de ne plus pouvoir en créer de nouveaux, la grande majorité des partenaires sociaux s'est mobilisée pour réintroduire un dispositif de mutualisation obligatoire en essayant de respecter les attendus de la décision du Conseil Constitutionnel de juin 2013 et en s'appuyant sur certaines conclusions du rapport Libault (diligenté par les pouvoirs publics).

Les tentatives pour y parvenir ont pour l'heure échouées, à ce jour (PLFSS 2017) mais nul doute que ce débat n'est pas clos.

Comme si cela ne suffisait pas, deux nouvelles réformes ont été introduites à l'occasion du PLFSS 2014, celle de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) et surtout la réforme des "contrats solidaires et responsables".

Concernant l'ACS :

Après avoir sensiblement augmenté le plafond de ressources (+8% au 1^{er} juillet 2013 pour les plafonds CMUC et ACS), augmentant ainsi le nombre de bénéficiaires potentiels, les pouvoirs publics ont entrepris de mettre en place une gamme de trois garanties spécifiques. Une sélection, par le biais d'un appel à concurrence, a été lancée, visant à obtenir les meilleurs prix et à réduire le nombre d'intervenants (plus de 450) pour ne retenir qu'une quinzaine d'acteurs disposant de réseaux de distribution à l'échelle nationale.

On imagine l'émotion de certaines petites mutuelles dont l'activité ACS représentait de 10 à 15% de leur portefeuille.

Finalement, ce sont 11 propositions (regroupant cependant plus de 200 organismes) qui ont été retenues à compter du 1^{er} juillet 2015 jusqu'au 31 décembre 2018.

La notion de contrat responsable (créée en 2006) a sensiblement évolué en 2015 à la suite de la LFSS 2014 et d'un décret d'application tardif de novembre 2014, en introduisant de nouvelles conditions (forfait hospitalier, optique, dépassement d'honoraires...). Il convient de rappeler que le respect de ces normes a pour contrepartie des exonérations de charges sociales sur les cotisations et l'application réduite à 7% (au lieu de 14%) de la taxe d'assurances. Selon les types de contrats, la prise d'effet de ces nouvelles mesures peut s'échelonner d'avril 2015 jusqu'au 1^{er} janvier 2018.

La mise en conformité de l'ensemble des contrats, la stricte application des dates d'entrée en vigueur selon les dates de souscription ou de modifications des contrats collectifs et des accords de branches, **a représenté un chantier considérable pour les organismes complémentaires** et une lourde responsabilité (devoir de conseil) à l'égard de leurs clients susceptibles, en cas d'erreurs, d'être redressés à la suite d'un contrôle URSSAF.

Dernières réformes engagées en 2016 : la généralisation de la couverture santé pour les retraités et le tiers payant généralisé.

La réforme pour les retraités comprenait deux volets :

- **Une gamme de contrats individuels avec trois niveaux de garanties** et des tarifs fixés par décret avec pour contrepartie pour l'assureur une diminution de la taxe d'assurance de 1%. **Cette mesure n'a pas abouti**, principalement en raison d'un avis défavorable de l'ACPR et d'un rejet général des organismes complémentaires.
- **Une révision du décret d'application de l'article 4 de la loi Évin** de décembre 1989 qui permet d'étaler sur trois ans la hausse de cotisation jusqu'à 150% (au maximum)... et supprime cette limitation ensuite. **Ce nouveau décret ne permet pas de répondre aux besoins spécifiques** des seniors (hausse des tarifs avec l'âge, garanties pas forcément adaptées à une population âgée, ...), est moins protecteur pour cette population et va vraisemblablement, tout comme la précédente version, être **source de nombreux contentieux à venir.**

Quant au tiers payant généralisé, il devrait se transformer en tiers payant généralisable. Il convient de souligner la remarquable réactivité des OCAM pour mettre en place une solution opérationnelle commune.

ANNEXE N°2 : FICHE SUR LES ACCORDS DE BRANCHES EN COMPLÉMENTAIRE SANTÉ EN 2016 (SOURCE : RAPPORT D'ACTIVITÉ 2016 DE LA COMAREP)

L'activité en 2016 de la COMAREP qui procède à l'examen, pour avis, de l'ensemble des accords de branches en matière de retraite complémentaire et de protection sociale complémentaire avant "extension" est restée soutenue : 136 accords contre 149 en 2015.

128 concernent la protection sociale complémentaire, dont 73 la complémentaire santé :

- 46 de ces accords ont eu pour objet la modification de régimes préexistants,
- **27 ont instauré des garanties de frais de santé (41 en 2015).**

L'examen du contenu de ces 27 accords 2016 permet de faire quelques constats :

Niveau de garanties relativement au panier des soins	Limitées au panier de soins – ou non précisée 7 accords	Garanties supérieures au panier de soins : 20 accords
Garanties optionnelles (facultatives ou obligatoires)	Non prévues : 15 accords	Prévues : 12 accords
Couverture des ayants-droits (non prévue dans 5 accords)	Facultatives : 18 accords	Obligatoire : 4 accords
Participation financière de l'employeur	Au minimum exigé (50%) ou non précisée : 25 accords	Supérieure à 50% (60%) dans 2 accords
Expression de la cotisation (non définie dans 9 accords)	Proportionnelle à la rémunération : 1 accord	Forfaitaire (en €, en % PMSS) : 17 accords
Montant de cotisation moyen	34 € pour un salarié seul (dans une fourchette entre 25€ et 48 €)	Pour 3 accords instituant une couverture famille entre 57€ et 185€

La « clause de recommandation » est mise en œuvre en 2016 dans 12 nouveaux accords (10 recommandent plusieurs organismes assureurs) et introduite dans 4 régimes préexistants.

Ces accords comportent tous des mesures permettant un "haut degré de solidarité", contrepartie obligatoire de la clause de recommandation, avec un prélèvement de 2% des cotisations (minimum requis). Un seul accord a fixé ce prélèvement à 4%. Par ailleurs, il convient de noter que 6 accords déjà en place ont introduit ce dispositif de solidarité.

Au-delà de ces chiffres, il est intéressant d'évoquer quelques points de la jurisprudence de la COMAREP face aux bouleversements de la réglementation.

Le respect de la hiérarchie des normes entre accord de branches et accord d'entreprise :

Un rappel important : *"lorsqu'un accord collectif de branche instaure une couverture complémentaire santé ou prévoyance pour les salariés de la branche, et conformément à l'article L2253-2 du code du travail, les entreprises qui avaient instauré un régime dans leurs entreprises sont alors tenues de l'adapter afin que leurs salariés puissent bénéficier de prestations au moins aussi favorables que celles prévues par l'accord collectif de branche".*

Beaucoup pensaient que l'abrogation de la clause de désignation allait entraîner la fin des accords de branches dans le domaine de la protection sociale complémentaire. Tel n'est pas le cas ! Le premier objectif des partenaires sociaux est, le plus souvent, de garantir à minima pour l'ensemble des salariés d'une branche, un même niveau de couverture sociale complémentaire. C'est ce que permet et continuera de permettre (cf. la loi travail), avec ou sans clause de recommandation, le droit conventionnel.

Pour les OC, qui souhaitent couvrir les salariés des branches concernées (notamment lorsqu'ils ne sont pas recommandés), cela implique de mettre en place des produits spécifiques à chacune d'elles en les adaptant au fil du temps en fonction des modifications apportées par les partenaires sociaux, ou de proposer des produits standards "haut de gamme" comportant des garanties d'un niveau systématiquement supérieur ou égal à celles qui sont généralement pratiquées dans les branches.

Dans le même esprit : *"Lorsque la branche instaure un régime à degré élevé de solidarité, l'ensemble des entreprises de la branche doivent permettre à leurs salariés de bénéficier des prestations non directement contributives prévues par l'accord de branche, quel que soit l'organisme assureur auquel leur entreprise a choisi de recourir, quel que soit le mode d'organisation retenu"*

La mise en œuvre pratique d'un tel régime pose de sérieux problèmes opérationnels.

Sur d'autres points, la COMAREP tranche clairement certaines questions :

- une application stricte de la procédure de mise en concurrence en cas de recommandation, y compris lorsque l'accord vise à proroger une recommandation préexistante.
- les accords prévoyant la recommandation doivent inclure une clause précisant les modalités de réexamen de ce dispositif au terme d'une période maximale de 5 ans.
- les entreprises qui adhèrent auprès d'un organisme recommandé peuvent résilier leur contrat chaque année et ne sont donc pas tenus de le maintenir durant toute la durée de l'accord de branche.
- l'accord ne peut restreindre les cas de dispenses d'affiliation d'ordre public prévus par l'article 34 de la LFSS pour 2016 ; par contre il peut prévoir de généraliser une dispense (le versement santé en particulier).

Remarques :

- *l'activité de la COMAREP en 2016 repose pour l'essentiel sur des accords négociés et conclus au niveau des partenaires sociaux en 2015, il n'est pas certain qu'on retrouve ce niveau d'activité l'année suivante. Le nombre d'appels à concurrence pour recommandation a en effet fortement diminué en 2016.*
- *Le délai de traitement de la COMAREP est-il compatible, en cas de recommandation, avec les nouvelles règles de concurrence ? Les organismes recommandés qui doivent attendre l'arrêté d'extension pour s'en prévaloir, sont fréquemment pénalisés par rapport à leurs concurrents qui démarchent les entreprises de la branche dès qu'ils ont connaissance du contenu de l'accord, à un moment où l'OC recommandé ne peut pas encore se prévaloir de la recommandation.*

ANNEXE N°3 : FICHE CHIFFRES CLÉS (SOURCE DREES)

1-Quelques chiffres clés 2016 :

CSBM (Consommation de Soins et de Biens Médicaux) :

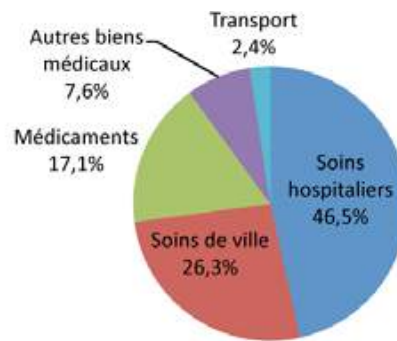
198,5 Mds€, en progression de +2,3%/2015 (et +1,5%/2014-2015)

Elle représente :

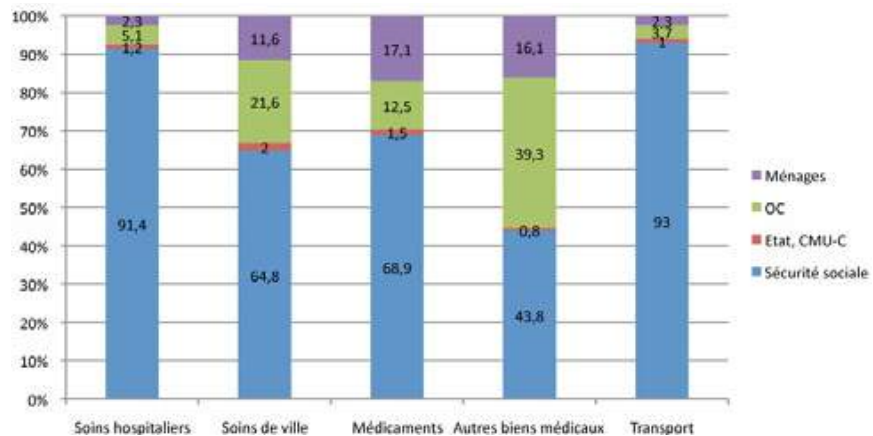
- 8,9% du PIB
- 2 975€ par habitant
- 12,6% de la consommation des ménages

La CSBM ne comprend pas les dépenses de fonctionnement et de gestion.

Décomposition de la CSBM par poste



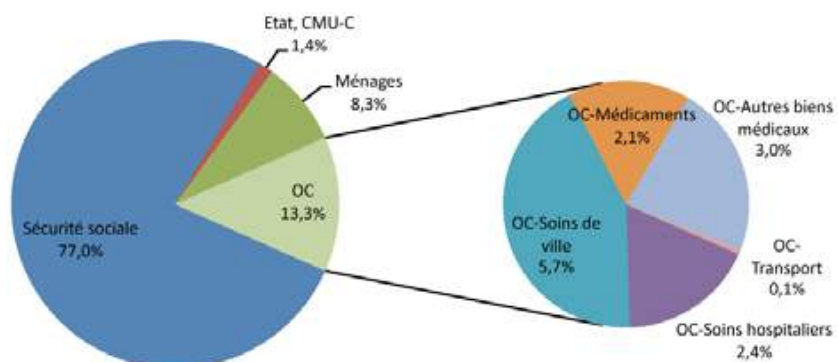
Structure de financement des grands postes de la CSBM en 2016 (en %)



2-Répartition des charges de prestations

Dans le total de la CSBM,

- la Sécurité sociale intervient pour 77%, cette part est en progression de +0,1% par rapport à 2015
- Les OC interviennent pour 13,3% de la CSBM, cette part est en diminution de -0,1% par rapport à 2015
- Le reste à charge des ménages est donc 8,3% de la CSBM



3-Décomposition de la CSBM par type de dépenses :

- les dépenses reconnues: 174,7 Mds€
 - dont dépenses de base (S.S+État): 153,6 Mds€
 - dont ticket modérateur, forfait journalier, participations forfaitaires : 21,1Mds€.
- les dépassements : 15,5Mds€

L'addition de ces deux postes représente un total de 190,2Mds€ de "dépenses présentées au remboursement".

Montant auquel il faut ajouter les 8,4Mds€ de "dépenses non remboursables ou non présentées au remboursement" pour atteindre les 198,5 Mds€ du CSBM.

Le domaine d'intervention des OC est donc au maximum de 198,6-153,6=45Mds€, (à noter qu'ils ont remboursé 26,351 Mds de prestations en 2016).

4-Le coût global de gestion du système de santé (source DREES) représente 15,283 Mds€, dont 7,375 Mds€ pour les régimes de Sécurité sociale et 7,149 Mds€ pour les OC

Le coût de gestion des régimes de base a tendance à stagner, celui des OC progresse rapidement (en particulier sur la période 2013/2016=+1 Mds€). Ce coût pourrait dépasser celui des régimes de base en 2017.

Coûts de gestion moyens 2016 (en % cotisations)	Gestion des sinistres	Administration	Acquisition	Total des frais	Part d'individuel dans le portefeuille
Moyenne OC	4%	8%	8%	20%	-
OC - contrats individuels	4%	8%	9%	21%	-
OC - contrats collectifs	5%	7%	7%	19%	-
Répartition par types d'OC					
Mutuelles	4%	10%	6%	20%	70%
Sociétés d'assurance	4%	6%	12%	22%	54%
Institutions de prévoyance	5%	6%	5%	16%	14%

Conclusions de la DREES :

"Les institutions de prévoyance, spécialisées sur la complémentaire santé d'entreprise, présentent les coûts de gestion les plus faibles en part des cotisations. Les sociétés d'assurance se caractérisent par des frais d'acquisition plus élevés, tandis que les mutuelles se démarquent par des frais d'administration plus importants."