

Vue d'ensemble
Fiches thématiques

Annexes ◀

La couverture complémentaire santé est régie par une réglementation abondante. En effet, plusieurs leviers ont été et sont mobilisés par les pouvoirs publics pour orienter le développement de cette activité. Cette annexe dresse, dans un premier temps, le paysage des aides fiscales et sociales à la couverture complémentaire santé qui constituent une incitation à son élargissement. Ensuite, les mesures qui servent à la régulation de la complémentaire santé dans le but de maîtriser des dépenses de santé sont décrites (contrats solidaires et responsables). Enfin, la dernière partie insiste sur la généralisation récente de la complémentaire santé à l'ensemble des salariés et sur les dispositifs permettant aux anciens salariés de continuer à bénéficier d'une complémentaire santé.

Fiscalité de la complémentaire santé

Deux types de contrat aux logiques différentes existent : les contrats individuels dont la souscription résulte d'une démarche volontaire de l'individu et les contrats collectifs proposés par les entreprises à leurs salariés. La mise en place d'un régime de complémentaire santé collectif au sein d'une entreprise peut résulter de trois modalités différentes : d'une convention collective ou d'un accord collectif, d'un accord proposé par le chef d'entreprise et ratifié à la majorité des intéressés ou, enfin, d'une décision unilatérale de l'employeur. Le contrat peut être obligatoire, auquel cas il constitue sur le plan juridique un élément du statut collectif du personnel de l'entreprise, ou facultatif, si la possibilité est laissée au salarié de le refuser. Les incitations fiscales à la souscription d'une couverture complémentaire santé diffèrent suivant le type de contrat et le statut de l'employeur (entreprises, indépendants, fonction publique).

Les contrats collectifs d'entreprises

Dès 1979 une exonération de cotisations sociales a été mise en place pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de santé. Cet avantage a été plafonné en 1985 et le plafond a été modifié en 2005¹. La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites conditionne cet avantage au caractère obligatoire du contrat afin d'élargir la mutualisation des risques entre salariés. Cette conditionnalité est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2009. Les contributions destinées à financer la complémentaire santé d'entreprise font néanmoins l'objet d'une taxe spécifique sur la prévoyance mise en place en 1996. En 2009 a été créé le forfait social auquel sont assujettis les gains et rémunérations qui sont exonérés de cotisations sociales tout en étant soumises à la CSG. Jusqu'au 1^{er} janvier 2012, les contributions pour financer la complémentaire santé d'entreprise étaient exclues de l'assiette du forfait social car elles étaient soumises à la taxe de prévoyance. Les taux de cette taxe et du forfait social sont devenus identiques au 1^{er} janvier 2012. La taxe spécifique sur la prévoyance a donc été supprimée et les cotisations pour la complémentaire santé collective ont alors été soumises au forfait social. Au 1^{er} août 2012, le taux du forfait social est passé de 8 % à 20 %. Par exception, les contributions patronales à la complémentaire santé collective restent soumises au taux réduit de 8 %. Le forfait social sur la prévoyance et la complémentaire santé ne s'applique qu'aux entreprises de plus de neuf salariés.

Pour les salariés, depuis 1985 jusqu'en 2014, la totalité des cotisations de santé (part salarié et part employeur) était déductible du revenu imposable du salarié qui y était affilié à titre obligatoire dans la limite d'un plafond². Depuis le début de l'année 2014,

1. Il est actuellement de 6 % du plafond de la Sécurité sociale (PASS) + 1,5 % de la rémunération annuelle brute, dans la limite de 12 % du PASS.

2. Il était de 7 % du PASS + 3 % de la rémunération annuelle brute du salarié dans la limite de 24 % du PASS.

la part patronale des cotisations de santé est intégrée dans le revenu net imposable du salarié. La réforme s'applique aux revenus de 2013 et le plafond est alors modifié³.

Les travailleurs indépendants

Dans un contexte où les droits des indépendants en matière d'assurance maladie étaient moins bons que ceux des salariés, l'État a cherché à favoriser leur accès à une meilleure couverture en instaurant en 1994 les contrats Madelin. Pour ces travailleurs, les primes (ou cotisations) de la complémentaire santé sont alors déductibles du bénéfice imposable dans la limite d'un plafond⁴. Ces exonérations sociales et fiscales sont maintenant réservées aux contrats solidaires et responsables.

La fonction publique d'État

Dans la fonction publique d'État, une procédure de référencement a été mise en place permettant la sélection d'un ou plusieurs organismes parmi tous

les intervenants du secteur de l'assurance complémentaire santé. Une aide de l'État employeur peut être versée directement à l'opérateur référencé en fonction du nombre de souscripteurs et du montant des « transferts effectifs de solidarité » intergénérationnels et familiaux.

Les organismes complémentaires

Les organismes complémentaires sont soumis à la taxe de solidarité additionnelle (anciennement contribution CMU⁵) qui finance la CMU, la CMU-C et l'aide à la complémentaire santé (ACS) au travers du Fonds CMU. Les organismes complémentaires bénéficient d'une réduction de la taxe sur les conventions d'assurance⁶ (TCA) pour les contrats solidaires et responsables (cf. partie suivante). Le montant de cette réduction a varié au cours du temps (tableau). Au-delà, le caractère responsable permet également l'exclusion de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) des primes et cotisations de ces contrats⁷.

Tableau Les taxes sur les organismes complémentaires

	Taux de la contribution CMU puis taxe de solidarité additionnelle (2011)	Taux de la taxe sur les conventions d'assurance	
		Oui	Non
Contrat solidaire (2002) puis solidaire et responsable (2004)			
Depuis 1944		7 % uniquement pour les compagnies d'assurance	
1999			
2002	1,75 %		
2003			
2005			
2006	2,50 %	0 %	7 %
2009	5,90 %		
2010			
1 ^{er} janvier 2011		3,50 %	
1 ^{er} octobre 2011	6,27 %	7 %	9 %
2014		7 %	14 %

3. Il est de 5 % du PASS + 2 % de la rémunération annuelle brute du salarié dans la limite de 2 % de 8 fois le PASS.

4. Il est de 7 % du PASS + 3,75 % de la rémunération annuelle brute du salarié dans la limite de 3 % de 8 fois le PASS.

5. Depuis le 1^{er} janvier 2011, à la demande des organismes complémentaires, cette contribution est devenue la taxe de solidarité additionnelle. En effet, sous forme de contribution, cette taxe au taux de 5,9 % depuis le 1^{er} janvier 2009 entrait dans le chiffre d'affaires des organismes complémentaires, ce qui amplifiait leurs besoins de fonds propres. L'assiette de la taxe étant un peu différente de celle de la contribution, son taux a augmenté à 6,27 % pour rendre cette transformation neutre pour le Fonds CMU.

6. Lorsque la TCA est réduite parce que le contrat est solidaire et responsable, on parle de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA).

7. Cette contribution est acquittée par les sociétés dont le chiffre d'affaires annuel est supérieur à 760 000 euros. Le taux est de 0,16 % et l'assiette correspond au chiffre d'affaires.

Les contrats solidaires et responsables

Les contrats solidaires ont été introduits en 2002 dans le but de rendre la complémentaire santé accessible, quel que soit l'état de santé des personnes. Un contrat est dit « solidaire » lorsqu'il n'y a pas de

sélection médicale à la souscription et que le tarif des cotisations n'évolue pas en fonction de l'état de santé de la personne. L'introduction des contrats responsables en 2004 a accompagné la réforme du médecin traitant. Ces contrats introduisent des interdictions et

Encadré Les obligations des contrats responsables

Dans le cadre du parcours de soins, les garanties des contrats responsables couvrent la prise en charge d'au moins 30 % du tarif conventionnel des consultations chez le médecin traitant ou correspondant, l'assurance maladie en remboursant 70 %. Jusqu'en 2015, elles assurent également la prise en charge d'au moins 30 % de la base de remboursement des médicaments à vignettes blanches pris en charge à 65 % par l'assurance maladie. Elles garantissent aussi le remboursement d'au minimum 35 % de la base de remboursement des frais d'analyses médicales ou de laboratoire prescrites par le médecin traitant et prises en charge à 60 % par l'assurance maladie.

Depuis le 1^{er} juillet 2006, elles couvrent la prise en charge d'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique. La liste de ces prestations est fixée par arrêté du 8 juin 2006.

En revanche, ne sont pas pris en charge, la baisse du remboursement de l'assurance maladie obligatoire sur les consultations effectuées hors du parcours de soins, ainsi qu'un forfait plafonné à 8 euros sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques des spécialistes consultés hors parcours de soins. La participation forfaitaire de 1 euro, prélevée sur les consultations, les actes médicaux, les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale, n'est pas prise en charge non plus. Il en est de même des franchises médicales mises en place le 1^{er} janvier 2008 sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

À partir du 1^{er} avril 2015, les garanties couvrent à titre obligatoire l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie pour l'ensemble des dépenses de soins de ville remboursées par cette dernière. Une exception figure pour les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, pour l'homéopathie et les frais de cure thermique. Concernant les frais d'hospitalisation, l'intégralité du ticket modérateur, y compris la participation forfaitaire de 18 euros, est prise en charge. C'est également le cas du forfait journalier hospitalier pour les établissements de santé à l'exclusion des structures d'hébergement médico-sociales (maisons d'accueil spécialisées ou établissements d'hébergement pour personnes dépendantes).

Concernant les dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas aux contrats d'accès aux soins¹ (CAS), la prise en charge est limitée à 125 % du tarif de la Sécurité sociale en 2015 et 2016, puis à 100 % de ce tarif à compter de 2017. Pour le même contrat, elle devra, en outre, être inférieure d'au moins 20 % du tarif de la Sécurité sociale à celle des médecins qui adhèrent aux CAS.

La prise en charge de lunettes correctrices est encadrée par six planchers et plafonds en fonction du niveau de correction. Pour l'optique simple, le plancher vaut 50 euros et le plafond 470 euros dont 150 euros au maximum pour la monture. Pour l'optique complexe, le plancher vaut 200 euros et le plafond 750 euros dont 150 euros maximum pour la monture.

1. Le CAS a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012. Les médecins signataires d'un CAS s'engagent à maintenir leurs pratiques tarifaires de 2012, à stabiliser leurs taux moyens de dépassements d'honoraires, à réaliser une part d'actes au tarif opposable au moins égale à celle de 2012. En contrepartie, ils bénéficient d'un allègement d'une partie de leurs cotisations sociales sur les honoraires réalisés au tarif opposable, du forfait médecin traitant (5 euros par an par patient hors affection de longue durée), de majorations pour certaines consultations pédiatriques ou suivi d'hospitalisation, d'actes techniques revalorisés, en particulier les actes chirurgicaux.

des obligations⁸ dans la prise en charge des dépenses de soins (encadré). La réforme des contrats responsables, appliquée à partir du 1^{er} avril 2015, fait aussi des contrats responsables un outil pour éviter la solvabilisation trop importante de certaines dépenses qui peut entraîner une spirale inflationniste sur les prix (lunettes, dépassements d'honoraires).

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a été introduite par l'article 1 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013. La loi de sécurisation de l'emploi nécessaire à sa mise en œuvre a été promulguée le 14 juin 2013. La généralisation doit être effective au 1^{er} janvier 2016.

L'employeur est obligé de garantir un panier de soins minimal à ses salariés et de participer à son financement à hauteur d'au moins 50 % de la cotisation. Pour la plupart des soins, les garanties minimales introduites par l'ANI correspondent aux garanties minimales déjà imposées dans le cadre des contrats responsables en vigueur à la date de l'ANI (cf. première partie de cette annexe). Cependant, elles vont plus loin dans deux domaines. D'une part, en matière de soins dentaires prothétiques, une couverture minimale de 125 % du tarif de la Sécurité sociale est instaurée au lieu de 100 % pour les contrats responsables. D'autre part, en matière d'optique, le forfait minimal pour les lunettes à verres simples est de 100 euros et non de 50 euros comme pour les contrats responsables.

Les employeurs peuvent proposer des garanties plus couvrantes que les garanties minimales. À partir du 1^{er} avril 2013, la négociation s'est tenue prioritairement au niveau des branches professionnelles. Par la suite, les négociations se sont ouvertes dans les entreprises. À défaut d'un accord d'entreprise, les entreprises doivent faire bénéficier leurs salariés d'une couverture collective minimale au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

La liberté de choix de l'organisme assureur est complète. La loi prévoyait initialement des

clauses de désignation de l'assureur par la branche. Cependant, le Conseil constitutionnel a censuré cet aspect de la loi dans sa décision du 13 juin 2013, le jugeant contraire à la liberté contractuelle. Les clauses de désignation ont alors été modifiées en des clauses de recommandation qui n'ont plus valeur d'obligation.

Le principal enjeu de cette généralisation est la couverture collective de salariés qui en étaient dépourvus et, plus particulièrement, l'extension des accords aux salariés les plus précaires ou les plus modestes (CDI à temps partiel, CDD, intérimaires). Il est attendu qu'entre 400 000 et 600 000 salariés actuellement non couverts et entre 4,3 et 5,2 millions de salariés couverts en individuel⁹ soient concernés par la loi.

Il n'est cependant pas certain que la généralisation augmente d'autant le nombre de salariés couverts par un contrat collectif d'entreprise. En effet, des exceptions à l'obligation demeurent. Par exemple, l'accord de mise en place du contrat collectif peut stipuler que les titulaires d'un contrat CMU-C ou ACS ne seront pas tenus d'adhérer à la complémentaire proposée par l'employeur. Les salariés couverts par le contrat du conjoint peuvent disposer d'une dispense d'adhésion¹⁰. C'est également le cas des salariés en CDD de moins de un an et des travailleurs à temps très partiel. En effet, en se liant à leurs employeurs pour leur couverture complémentaire santé, les travailleurs précaires risquent de devoir changer souvent d'organisme assureur. Cependant, en ne souscrivant pas à la complémentaire collective de leur employeur ils restent toutefois désavantagés par rapport aux autres salariés de leur entreprise puisqu'ils ne bénéficient pas de la contribution de l'employeur à la complémentaire santé. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 entend garantir l'accès des salariés précaires à une couverture santé à l'aide d'une aide individuelle qui pourrait leur être versée en lieu et place de leur affiliation au contrat collectif.

La généralisation pose également la question du développement des surcomplémentaires et de leur

8. Décret n° 2005-1126 du 29 septembre 2005 modifié par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

9. Les chiffres varient selon la source utilisée.

10. Article R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale.

articulation avec les obligations des contrats responsables¹¹. En effet, si les contrats des entreprises n'offrent que des garanties minimales, il est possible que les salariés souhaitent améliorer leur couverture en souscrivant une surcomplémentaire individuelle.

Par ailleurs, une interrogation demeure sur l'évolution du coût et de la qualité de la couverture individuelle. En effet, tous les salariés basculant vers un système de couverture collectif, la complémentaire individuelle risque de regrouper plus de « mauvais risques » qu'avant (retraités, chômeurs, inactifs, etc.), c'est-à-dire de personnes ayant un état de santé en moyenne moins bon que les salariés ; et les prix pourraient s'ajuster à la hausse pour eux.

Ce phénomène de concentration des mauvais risques pourrait être réduit par le maintien de la couverture collective aux anciens salariés, encore appelée portabilité des droits. Un premier dispositif en ce sens est régi par la loi du 31 décembre 1989, dite loi Évin. En effet, l'article 4 de la loi prévoit le maintien de la complémentaire santé aux salariés quittant leur entreprise pour incapacité de travail, invalidité, départ à la retraite ou licenciement¹². Les salariés doivent en faire la demande dans les 6 mois après la rupture du contrat de travail. Les tarifs proposés ne doivent pas dépasser 150 % des tarifs du contrat complémentaire que payait le salarié encore en emploi.

Pour autant, ce dispositif semble encore pouvoir être amélioré d'après Franc *et al.* (2007). D'une part, les garanties, figées au niveau de celles du salarié au moment du départ de l'entreprise, soulèvent la question de leur adéquation à des situations de santé qui se dégradent par exemple pour les retraités. D'autre part, la prime versée par l'assuré, même si son niveau est plafonné à 150 % de celle des actifs, progresse fortement en raison de la disparition de sa prise en charge par l'entreprise. De fait, toujours d'après Franc *et al.* (2007), au moment du départ à la retraite, 51 % des assurés souscrivant à des contrats

collectifs obligatoires, 29 % des titulaires d'un contrat collectif facultatif et 23 % des titulaires d'un contrat individuel changent de contrat.

Pour lisser cette hausse de tarifs dans les années suivant le départ de l'entreprise, un projet de décret d'évolution de l'article 4 de la loi Évin prévoit que l'évolution des tarifs pour les anciens salariés souhaitant continuer à adhérer à leur ancien contrat collectif sera mieux encadrée. La hausse de tarifs permise par la loi Évin sera ainsi lissée pour n'atteindre ce plafond de 150 % qu'au terme de trois ans après la sortie de l'entreprise. Ce dispositif bénéficiera également aux anciens salariés demandeurs d'emploi.

Concernant les retraités, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 prévoit aussi qu'ils pourront avoir accès à des offres de complémentaire santé individuelle labellisées pour les orienter dans leur choix et limiter la hausse des tarifs.

Pour les anciens salariés demandeurs d'emploi¹³, la loi de sécurisation de l'emploi modifie le dispositif de portabilité de la loi Évin. Les garanties des complémentaires en prévoyance¹⁴ et santé sont maintenues lors de la période de chômage dans la limite d'un an au lieu de 9 mois auparavant. L'entrée en vigueur de cette mesure s'est faite le 1^{er} juin 2014 pour la portabilité santé et le 1^{er} juin 2015 pour la portabilité prévoyance. Le financement de la complémentaire santé pour les demandeurs d'emploi s'organise par mutualisation, c'est-à-dire que les garanties sont financées par les salariés en activité et l'employeur. L'ancien salarié ne verse aucune cotisation après son départ de l'entreprise alors qu'auparavant il devait participer au financement de sa complémentaire s'il souhaitait la maintenir pendant sa période de chômage. S'ajoutant à la loi Évin, ce dispositif est plus large en ce qui concerne les garanties car il inclut la prévoyance mais ne concerne que les chômeurs. Dans les deux cas, les garanties sont identiques à celles que l'intéressé avait en tant que salarié. ■

11. Si le contrat socle proposé par l'entreprise respecte les obligations des contrats responsables, l'entreprise continuera de toucher les avantages fiscaux et sociaux, que le salarié souscrive ou non en plus une surcomplémentaire. Par contre, si l'entreprise propose un contrat à options qui ne respecte pas les obligations des contrats responsables, alors elle ne pourra pas bénéficier des aides.

12. La portabilité concerne également les ayants droit d'un salarié décédé pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

13. Sauf licenciement pour faute lourde.

14. La prévoyance regroupe les risques « lourds » : invalidité, dépendance, décès, etc.

Pour en savoir plus

- > **Franc C., Perronin M., Pierre A.**, 2007, « Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite. Un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise », *Question d'économie de la santé*, IRDES, n° 126, octobre.

Le nombre et la complexité des questions soulevées par le thème de la couverture complémentaire santé conduisent à disposer d'informations collectées auprès de trois catégories d'acteurs : les organismes complémentaires (1 et 2), les ménages (3) et les entreprises (4 et 5). C'est donc sur ce triptyque que repose le dispositif d'observation de la complémentaire santé.

1 > L'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits

(Fiches 7, 8, 14, 15, 16 et 17)

Afin de mieux connaître les contrats commercialisés par les organismes complémentaires, la DREES a mis en place en 2000 une enquête auprès des mutuelles et qui s'est ensuite étendue aux institutions de prévoyance puis aux sociétés d'assurance.

L'enquête est menée conjointement auprès des trois types d'organismes depuis 2002. Initialement, les questions portaient sur trois points de référence dans le marché des contrats individuels et collectifs : le contrat « minimum » (ou contrat d'entrée, offrant la plus faible couverture en soins dentaires et en optique), le contrat « maximum » (offrant la plus forte couverture en soins dentaires et en optique) et entre ces deux extrêmes le contrat « modal » le plus souvent souscrit.

Au cours de l'année 2005, l'enquête a fait l'objet d'une refonte complète et le questionnaire a été profondément remanié, significativement allégé et recentré sur l'offre de soins proposée par les contrats les plus souscrits. Dans l'enquête rénovée, les organismes complémentaires sont interrogés sur un champ plus vaste de leur activité ; ils décrivent les caractéristiques et les niveaux de garanties de leurs trois contrats individuels et, initialement, leurs deux contrats collectifs les plus souscrits, appelés

« contrats modaux ». Depuis l'enquête 2011, les organismes complémentaires sont interrogés sur les trois contrats collectifs les plus souscrits.

Les questions portent sur le nombre d'assurés, de bénéficiaires et sur les cotisations collectées pour chacun des contrats. Des précisions sont apportées sur la formation du montant des cotisations puis sur les clauses particulières des contrats. Les organismes détaillent ensuite les niveaux de remboursement des garanties, regroupées en sept grands thèmes : honoraires et soins ambulatoires, pharmacie, appareillage, optique, dentaire, hospitalisation et prévention.

Les modes d'expression des garanties varient entre contrats¹. Pour une garantie donnée, certains contrats expriment le niveau de leurs remboursements en euros, d'autres en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, certains en pourcentage des frais réels... Il est toutefois possible de comparer entre eux des contrats aux modes d'expressions différents, il suffit pour cela de traduire leur prise en charge dans une seule et même unité en considérant un bien de référence d'un tarif donné et en regardant pour ce bien « type » quel montant en euros est remboursé à l'assuré. Ce procédé est mis en œuvre pour décrire les niveaux de prise en charge sur un poste donné (fiches 14 à 15) mais aussi pour classer les contrats dans la typologie de la DREES (fiche 7).

Les contrats couvrant les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont hors champ de l'enquête. Cette dernière porte sur les organismes exerçant leur activité en France métropolitaine et dans les DOM. Cette enquête détient depuis 2005 le label d'intérêt général et de qualité statistique avec obligation de réponse délivrée par le Conseil national de l'information statistique (CNIS).

1. Ils varient même entre garanties d'un même contrat. Par exemple, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes est souvent exprimée en pourcentage du tarif de convention, au contraire de la prise en charge des prothèses dentaires qui prend souvent la forme d'un forfait en euros.

En 2013, la représentativité des contrats modaux (entendue comme la part des personnes couvertes par les contrats modaux parmi l'ensemble des personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé) est de 57 % sur le champ des contrats individuels et de 27 % environ sur le champ des contrats collectifs. La représentativité des contrats modaux collectifs est plus faible que celle des contrats modaux individuels car l'offre de contrats est beaucoup plus hétérogène sur le champ de la couverture collective, de nombreux contrats d'entreprise étant des contrats sur mesure. Depuis 2006, la représentativité des contrats modaux est relativement stable : en 2006, elle était de 62 % en individuel et de 22 % en collectif.

Toutefois, les contrats modaux ne sauraient représenter l'ensemble du marché (en particulier, les contrats de niches souscrits par un petit nombre de souscripteurs ne sont pas dans le champ de l'enquête). Aussi, il convient d'être prudent avant d'extrapoler les résultats de l'enquête à l'ensemble du marché.

2 > Les données collectées auprès des organismes complémentaires par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et le Fonds CMU

(Fiches 1, 2, 5, 6 et 7)

Les organismes qui pratiquent une activité de complémentaire santé en France sont assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, dite « taxe CMU », collectée au profit du Fonds CMU (elle permet au Fonds CMU de financer la couverture maladie universelle complémentaire, CMU-C, et l'aide à la complémentaire santé, ACS). Elle porte sur l'ensemble des cotisations que les organismes collectent dans l'année au titre de leur activité de complémentaire santé souscrite par des personnes physiques ou morales résidant en France.

Afin d'assurer sa mission de contrôle prudentiel, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) collecte aussi chaque année, auprès des organismes complémentaires, divers éléments comptables et financiers, appelés « états comptables et prudentiels ». L'ACPR collecte également, pour le compte de la DREES, cinq états supplémentaires, appelés « états statistiques », qui permettent d'alimenter le

rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé ainsi que les comptes de la santé et ceux de la protection sociale, dont la DREES a la charge. Ces états comptables, prudentiels et statistiques permettent notamment de connaître, outre les cotisations collectées en santé, le montant des prestations versées, les frais de fonctionnement des organismes et la rentabilité de leur activité santé (excédents ou déficits).

Toutefois, les données de l'ACPR couvrent un champ plus large que celui de la stricte complémentaire santé, nommé « risque santé ». En effet, le risque santé inclut également les contrats qui couvrent des personnes qui ne sont pas à la charge du régime obligatoire d'assurance maladie français (par exemple des travailleurs frontaliers) et nommés « contrats au 1^{er} euro ». Le risque santé inclut également les contrats de surcomplémentaire santé, qui sont souscrits par des personnes souhaitant améliorer leur complémentaire santé lorsque celle-ci leur est imposée (dans le cas des contrats collectifs notamment) et jugée insuffisante. Le risque santé inclut enfin des garanties santé accessoires, c'est-à-dire adossées à d'autres contrats d'assurance (par exemple une assurance accident ou invalidité contenant une garantie accessoire santé couvrant les frais de transport en cas d'hospitalisation). Les écarts entre les montants de cotisations selon les deux sources de données (ACPR et Fonds CMU) s'expliquent aussi par des décalages comptables d'enregistrement (la taxe CMU est liquidée chaque trimestre et, au plus tard, un mois après la fin de celui-ci tandis que les comptes pour l'ACPR sont établis au 31 décembre de l'année considérée) et par la présence de sociétés d'assurance étrangères, qui peuvent proposer des contrats de complémentaire santé en France, et donc être assujetties à la taxe CMU, mais qui ne fournissent pas leurs comptes à l'ACPR, étant contrôlées par l'autorité prudentielle de leur pays.

Des écarts existent aussi entre l'ACPR et le Fonds CMU en ce qui concerne le dénombrement des organismes exerçant une activité de complémentaire santé. Outre les raisons évoquées précédemment (sociétés d'assurance étrangères...), dans certains groupes de protection sociale, une ou plusieurs sociétés peuvent s'acquitter de la taxe CMU au titre

d'autres organismes du groupe, alors que chaque organisme est supposé fournir ses comptes à l'ACPR. Enfin, les organismes ayant cessé leur activité en cours d'année (suite à une absorption ou une liquidation par exemple) peuvent être dénombrés par le fonds CMU mais pas par l'ACPR.

Les données de l'ACPR et du Fonds CMU alimentent le rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (rapport 2015, DREES). Elles alimentent aussi les comptes de la santé qui recensent l'ensemble des dépenses de santé et ses agrégats phares, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et le reste à charge des ménages, ainsi que l'ensemble des financeurs de ces dépenses (*Les dépenses de santé en 2014*, DREES, 2015). Ils alimentent enfin les comptes de la protection sociale (*La protection sociale en France et en Europe en 2013, 2015*) en éclairant l'intervention des organismes d'assurance sur le champ des risques sociaux (santé, mais aussi invalidité, dépendance, retraite...).

3 > Les données d'enquêtes auprès des ménages

(Fiche 10)

Jusqu'alors, l'enquête ménage qui permettait d'éclairer les questions ayant trait à la couverture complémentaire était l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES).

Cette enquête était menée tous les deux ans auprès de 8 000 ménages, soit environ 20 000 individus. Elle permettait d'étudier les modes d'accès à la complémentaire (par l'employeur ou de la propre initiative des assurés) et surtout de décrire finement les populations qui étaient couvertes et celles qui ne l'étaient pas, selon leurs caractéristiques sociodémographiques, de niveau de vie, d'état de santé...

La dernière édition de l'enquête ESPS a eu lieu en 2014. Après cette date, les informations sur la couverture complémentaire santé seront obtenues grâce à l'enquête annuelle SRCV (Statistique sur les ressources et conditions de vie) de l'INSEE (des questions sur la couverture complémentaire seront posées tous les trois ans dans l'enquête; la première vague aura lieu en 2017) et l'enquête quinquennale santé EHIS (European Health Interview Survey) de la

France, réalisée par la DREES, dont la prochaine édition est prévue en 2019.

Dans les enquêtes auprès des ménages, les données recueillies sur le niveau de couverture sont sommaires car les ménages n'ont pas une bonne connaissance des contrats qui les couvrent. Les données sont appariées avec les données de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, et une expérimentation a été réalisée sur les données relatives à l'année 2012 pour un appariement avec celles des organismes complémentaires volontaires (Monaco). Cette expérimentation a permis de trouver des solutions techniques pour l'appariement des données d'assurance maladie obligatoire et d'assurance maladie complémentaire mais elle ne permet pas de disposer de données représentatives.

Les données d'enquête appariées aux données de gestion permettent donc de bien connaître au niveau individuel les prestations versées par l'assurance maladie obligatoire, mais pas encore par les organismes complémentaires. Faute de données individuelles exploitables sur les remboursements des organismes d'assurance complémentaires, la DREES a développé des travaux de simulations (modèle Omar : Outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge) pour étudier les restes à charge après remboursements des assurances obligatoires et complémentaires (voir point 6).

L'article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit la constitution d'un système national des données de santé (SNDS), comportant notamment un échantillon de données d'organismes complémentaires. La réalisation de cet échantillon nécessitera probablement plusieurs années.

4 > Les données de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise

(Fiche 11)

L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCCE) s'intéresse à la complémentaire santé et à la prévoyance d'entreprise. En interrogeant directement les établissements, cette enquête permet d'en décrire l'offre. Elle apporte des éléments d'analyse sur l'accès à la complémentaire santé d'entreprise, sur son mode de mise en place et son financement, sur les niveaux des garanties, sur la prise en

charge des arrêts maladie et l'existence d'un contrat prévoyance.

L'enquête a déjà connu deux éditions en 2003 et 2009 portées par l'IRDES. En 2009, elle a comporté également un questionnaire auprès des salariés, concernant notamment leurs opinions à l'égard de la complémentaire santé d'entreprise. Ce double volet sera également au cœur de l'édition 2017 de l'enquête, réalisée par la DREES et l'IRDES, dont l'objectif premier sera l'évaluation de la généralisation de la complémentaire collective mise en place par la loi de sécurisation de l'emploi de 2013. Le volet « salariés » permettra également de recueillir de l'information sur la demande de surcomplémentaires de la part des salariés.

L'édition 2009 de l'enquête PSCE interrogeait environ 1 700 établissements et 3 000 salariés en France métropolitaine. Le champ de l'enquête recouvrait les établissements employant au moins un salarié, hors administrations et exploitations agricoles. L'édition 2017 de l'enquête interrogera entre 5 000 et 8 000 établissements et autant de salariés en France entière. Le champ de l'enquête recouvrira les établissements employant au moins un salarié, hors administrations, mais y compris les exploitations agricoles.

5 > Les données de l'enquête ACEMO-PIPA de la DARES

(Fiche 11)

L'enquête sur la participation, l'intéressement, les plans d'épargne entreprise (PEE) et l'actionnariat des salariés (ACEMO-PIPA) est une enquête réalisée chaque année par la DARES auprès de 17 500 entreprises employant 10 salariés ou plus et représentatives de toutes les activités marchandes non agricoles. Elle renseigne pour chacun des dispositifs de participation, d'intéressement, de PEE et de plan d'épargne retraite collectif (Perco) sur l'existence d'un accord, le montant des primes versées et le nombre de bénéficiaires. L'enquête Très petites entreprises (TPE) complète l'enquête PIPA sur le champ des entreprises de 0 à 9 salariés mais ne comporte chaque année que des questions sur l'existence d'accords et non sur les montants.

L'enquête, dans sa version récemment rénovée, ajoute aux quatre thèmes (participation, intéressement, plans d'épargne entreprise, plans d'épargne

retraite collectifs) abordés chaque année (partie pérenne du questionnaire), trois modules (actionnariat salarié, assurance complémentaire santé, retraite supplémentaire facultative) tournant en alternance selon un rythme triennal. Le module tournant sur l'assurance complémentaire santé a figuré dans l'enquête 2014 (sur données 2013). Il comporte des informations sur les montants versés par l'employeur au titre de sa participation au financement de l'assurance complémentaire santé collective et interroge sur le niveau auquel le contrat a été négocié (branche ou entreprise).

6 > Les outils de microsimulation

(Fiches 4, 20)

Ines-Omar est un outil de microsimulation construit par la DREES à partir du rapprochement de deux outils de microsimulation : Omar et Ines. Il est mobilisé pour analyser la redistribution opérée par l'assurance maladie sous l'effet des cotisations et des prestations. Il permet aussi de disposer d'éléments sur la distribution des restes à charge en santé pour des sous-populations assez fines.

Le modèle Omar (Outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge), développé par la DREES, permet de simuler à un niveau individuel les prestations en nature d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, et donc les restes à charge, et à un niveau ménage les cotisations d'assurance complémentaire. Omar est lui-même le regroupement de plusieurs sources de données : l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée par l'IRDES, l'appariement de l'ESPS avec les données de l'assurance maladie disponibles dans les données de consommation interrégimes (DCIR) issues du Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram), enrichies des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et les informations récoltées dans l'enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires (cf. point 1) menée par la DREES.

Le modèle Ines, développé par la DREES et l'INSEE, permet de simuler, pour chaque ménage, les cotisations d'assurance maladie obligatoire. Les cotisations prises en compte sont : la part des cotisations sociales à la charge des employeurs affectées

tée au risque maladie (hors part correspondant au financement des indemnités journalières), les cotisations des indépendants et la contribution sociale généralisée (CSG) affectées au risque maladie. En revanche, les cotisations salariales affectées au risque maladie, mais qui sont plus spécifiquement affectées au financement des indemnités journalières ne sont pas prises en compte. Le principe du modèle de microsimulation Ines consiste à appliquer la législation sociofiscale à un échantillon représen-

tif de la population. Le modèle est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux de l'INSEE qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, les informations administratives de la Caisse nationale d'allocations familiales et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu. L'échantillon est représentatif de la population vivant en France métropolitaine dans un logement ordinaire (logement non collectif). ■

Nous remercions le service études de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour son expertise.

L'enjeu : la solvabilité des organismes d'assurance

La solvabilité est la capacité d'un assureur à respecter les engagements qu'il a pris auprès de ses assurés, c'est-à-dire à pouvoir verser, à tout moment, les indemnisations à ceux qui en ont acquis le droit (remboursements de frais de soins en assurance complémentaire santé, rentes promises en assurance retraite...). Les engagements des organismes d'assurance vis-à-vis de leurs assurés sont comptabilisés, au passif du bilan, par des « provisions techniques ». En regard de ces provisions techniques et pour les représenter, les cotisations (ou primes) collectées sont placées sous forme de différents types d'actifs (obligations, actions, biens immobiliers...), enregistrés à l'actif du bilan des assureurs et qu'ils peuvent liquider pour régler ces indemnisations. Les organismes possèdent également des fonds propres (notamment le capital de la société, apporté à sa création et alimenté par les éventuels bénéfices mis en réserve année après année) permettant de faire face aux chocs ou aux cas où les provisions techniques s'avèreraient insuffisantes (crise financière, nombre de sinistres à indemniser plus important que prévu, pertes de contrats...). Les fonds propres sont également représentés par divers actifs : actions, obligations...

Des organismes d'assurance exposés à de nombreux risques

Les organismes d'assurance sont exposés à de nombreux risques pouvant potentiellement mettre en péril leur solvabilité. Certains d'entre eux sont liés à leur activité d'assurance *stricto sensu*, comme le risque de mortalité et d'espérance de vie (sur- ou sous-mortalité liée à un choc externe imprévu), le risque de souscription (le profil des souscripteurs peut être différent de ce que l'assureur avait anticipé, les contrats pouvant alors se révéler déficitaires), le risque opérationnel (conséquences de défaillances ou de négligences au sein de l'organisme, de fraudes de la part des assurés)...

D'autres sont liés aux placements des cotisations comme le risque de défaut ou de contrepartie (faillite d'un État ou d'une entreprise dont l'assureur détient des actifs), le risque de marché (les actifs perdent de leur valeur), le risque de concentration (le portefeuille de l'assureur comporte trop d'actifs du même émetteur, entreprise ou pays, ce qui l'expose fortement à la faillite de cet émetteur), le risque de liquidité (pour certains actifs il est plus difficile de trouver des acheteurs rapidement)...

Un nouveau régime pour améliorer les exigences en matière de solvabilité, tout en limitant l'impact économique pour les assureurs européens

Bien que révisé partiellement en 2002, le cadre prudentiel datait des années 1970. Les évolutions économiques et politiques (intégration croissante des marchés financiers et assurantiels, volonté de créer un véritable marché unique européen), justifiaient donc une modification en profondeur de ce cadre.

Le régime Solvabilité II est ainsi entré en application le 1^{er} janvier 2016 et se substitue au régime Solvabilité I pour une majorité des organismes du secteur. Ce dernier imposait notamment des contraintes sur le placement des actifs en représentation des provisions techniques (pas plus de 65 % d'actions, pas plus de 40 % d'actifs immobiliers...) qui aiguillaient les investissements des assureurs vers certains types d'actifs. Le régime Solvabilité II affirme le principe de liberté d'investissement pour les assureurs européens afin qu'ils accomplissent leur rôle d'investisseurs et soient plus compétitifs face à leurs concurrents internationaux. En contrepartie, les règles de prudence doivent être mieux proportionnées aux risques réellement encourus par les organismes : ainsi, la détention d'actions d'entreprises nécessitera davantage de fonds propres que la détention d'actifs moins risqués comme les obligations d'État ou les biens immobiliers. En harmonisant les règles entre pays européens et en renforçant la transparence, Solvabilité II doit également

permettre de réduire les distorsions de concurrence et favoriser un marché européen unique de l'assurance. Les groupes d'assurance, notamment internationaux, sont également mieux suivis. Ces mesures visent à garantir une protection uniforme et améliorée des assurés dans toute l'Union européenne et à faire baisser les prix des contrats.

Le régime Solvabilité II repose sur trois exigences : quantitatives (mesures chiffrées des besoins en capitaux garantissant la solvabilité), qualitatives (règles régissant la gouvernance et la structure des organismes) et des exigences de transparence (communication de données au superviseur et d'information auprès du public). Le respect de ces règles, définies par une directive européenne, est assuré par l'autorité de contrôle nationale de chaque pays et coordonné par l'AEAPP (Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles) ou EIOPA en anglais. Ainsi, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), autorité administrative indépendante adossée à la Banque de France, veille au respect des exigences de solvabilité de l'ensemble des organismes d'assurance agréés en France, avec pour mission de protéger les intérêts des assurés et de veiller à la stabilité du système financier.

Des indicateurs quantitatifs pour mieux mesurer la solvabilité des organismes d'assurance

Deux nouveaux indicateurs quantitatifs seront particulièrement surveillés : le SCR et le MCR. Le capital de solvabilité requis (SCR) correspond au montant de fonds propres nécessaire pour limiter à 0,5 % la probabilité de ruine sur une année (soit en moyenne une faillite tous les deux cents ans). Il s'agit donc d'un montant cible permettant d'exercer une activité d'assurance dans la durée. Toutes les pertes potentielles doivent être évaluées pour les différents risques auxquels les assureurs sont exposés (risques de marché, de souscription, de concentration...). Une « formule standard » et harmonisée de calcul du SCR est proposée par la réglementation de Solvabilité II, mais les organismes peuvent aussi développer leurs propres modèles. Ces modèles « internes », qui peuvent concerner tout ou partie des modules de risques, doivent recevoir une approbation préalable de l'autorité de contrôle nationale.

Le SCR peut ainsi devenir un outil de pilotage pour les organismes. Pour les groupes d'assurance, un SCR au niveau du groupe est aussi calculé.

Le minimum de solvabilité requis (MCR) correspond au niveau de fonds propres en dessous duquel les intérêts des assurés sont considérés comme étant en danger. Il déclenche le retrait de l'agrément qui permet d'exercer l'activité d'assurance, s'il n'est pas rétabli dans les 3 mois.

Enfin, les organismes doivent classer leurs fonds propres en trois niveaux selon leur qualité, c'est-à-dire leur capacité à absorber les pertes, à être rapidement mobilisables, disponibles en permanence et sans charge financière. 50 % du SCR et 80 % du MCR doivent être couverts par des fonds propres de la meilleure qualité (niveau 1).

Des exigences sur la gouvernance des organismes

Les risques ne peuvent être correctement appréhendés et gérés qu'au moyen d'exigences concernant la gouvernance des organismes, et pas uniquement par la surveillance d'indicateurs quantitatifs. Ainsi, chaque organisme d'assurance doit désormais procéder à une évaluation interne de ses risques et de sa solvabilité (l'ORSA). Cette évaluation fait l'objet d'un rapport, transmis à l'autorité de contrôle. Il doit également désigner deux dirigeants effectifs faisant preuve d'un niveau suffisant de « compétence et d'honorabilité ». Sa structure organisationnelle doit être plus transparente et les responsabilités doivent être clairement définies entre les quatre fonctions clés que sont la gestion des risques, la vérification de la conformité, l'audit interne et la fonction actuarielle.

Des exigences de transparence pour favoriser le contrôle et la discipline de marché

Enfin, les organismes doivent fournir aux autorités de contrôle les données trimestrielles et annuelles, complémentaires aux SCR et MCR, dont elles ont besoin pour assurer leur mission. Afin de renforcer les mécanismes de concurrence et la discipline au sein du secteur, les organismes et groupes d'assurance doivent aussi fournir au public un rapport annuel présentant leur situation financière, leurs comptes et leur niveau de solvabilité. ■

Pour en savoir plus

- > **Dreyfuss M.-L.**, 2015, *Les grands principes de Solvabilité II*, 3^e édition, L'Argus de l'assurance, coll. « Les fondamentaux ».
- > <http://acpr.banque-france.fr/solvabilite2.html>
- > https://acpr.banque-france.fr/uploads/media/20151222_AS56-analyse-de-lexercice-2015-de-preparation-a-SolvabiliteII.pdf
- > <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:52007SC0870>