

La complémentaire santé individuelle : toujours moteur malgré les reconfigurations du marché !

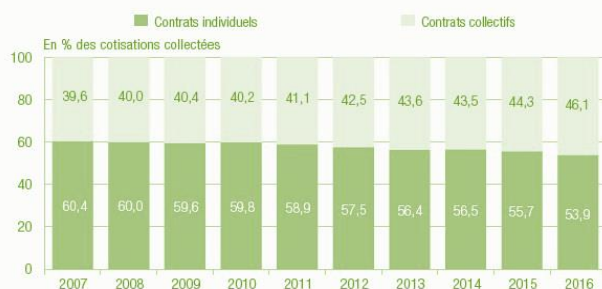
Janvier 2019

L'accord sur la généralisation de la complémentaire santé a été un bouleversement du marché de l'assurance santé ; un inversement des proportions individuel et collectif avait été prédit

L'Accord sur la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés du privé a rendu obligatoire au 1^{er} janvier 2016, la souscription par l'employeur, d'une couverture santé collective, financée à parts égales par l'employeur et le salarié. Les observateurs avaient prédit que cette réforme conduirait à un transfert massif des contrats collectifs vers les contrats individuels (35% environ selon les estimations¹).

Si fin 2017, on observait bien qu'un transfert du collectif vers l'individuel s'était produit, il est aujourd'hui confirmé que ce transfert a été surestimé. En effet, la part des contrats individuels représentait 53% en 2017 contre 56,4% en 2013 ; tandis que la part du collectif, elle, a progressé de +3,4 points² dans la même période.

Part des contrats collectifs et individuels dans l'activité santé entre 2007 et 2016



Lecture • En 2016, les contrats collectifs représentent 46,1 % des cotisations collectées en santé.
Champ • Organismes assujettis à la taxe dite « CMU » et contrôlés par l'ACPR au 31 décembre de chaque année.
Sources • ACPR, états comptables et prudentiels, calculs DREES.

Source : Etude DREES sur la généralisation de la complémentaire santé, mai 2018

¹ Estimation actuarielle – site Actuaris

² Etude DREES – la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a peu fait évoluer le marché en 2016, mai 2018

Aujourd'hui, les acteurs du marché pensent que les proportions collectif/individuel sont stabilisées. Certains indiquent que les taux de résiliation des contrats individuels élevés en 2016 à la suite de l'ANI sont revenus à des niveaux habituels et qu'ils enregistrent de nouveau une progression de leur portefeuille de santé individuelle. Néanmoins, cela ne s'est pas fait sans revoir leur stratégie, que ce soit en repensant leur offre de complémentaire santé individuelle ou en donnant de nouveaux moyens à leurs réseaux pour continuer à se développer sur ce marché fortement transformé.

L'augmentation des restes à charge a redynamisé le marché des options et des surcomplémentaires individuelles

La souscription par de nombreuses entreprises de contrats collectifs au panier de soins minimum (2/3 des entreprises selon l'IRDES), le plafonnement du remboursement des prestations principales par la réforme des contrats responsables, entrée en vigueur fin 2017, la standardisation des offres due aux nombreuses réglementations et l'augmentation des tarifs des consultations, poussent les assurés à se tourner davantage vers des garanties supplémentaires ou à conserver leur assurance individuelle. De fait, on a vu émerger un dispositif de remboursement à trois niveaux : Sécurité Sociale, couverture principale (individuelle ou collective), couverture complémentaire individuelle.

En effet, l'assuré a plusieurs possibilités pour compléter son contrat principal à titre personnel, qu'il soit collectif ou individuel : souscrire à des options, souscrire à une offre allégée couvrant uniquement une prestation ciblée peu ou pas remboursée par la Sécurité Sociale (ex : offre Hospitalisation, Bien-être ...) ou encore souscrire à une surcomplémentaire, le plus souvent non responsable.

Les surcomplémentaires trouvent un écho de plus en plus important auprès des assurés. Avec des tarifs entre 10€ et 60€ par mois, les surcomplémentaires sont de plus en plus plébiscitées par les Français. Ils sont 28%³ à avoir souscrit (ou à envisager) une surcomplémentaire pour une prime mensuelle moyenne de 41€. Ils y voient un moyen de compléter leur couverture pour des dépenses peu ou pas remboursées : dépassements d'honoraires, hospitalisation, médecines douces, soins de confort, mais aussi optique et dentaire. On voit d'ailleurs de plus en plus d'organismes complémentaires proposer des surcomplémentaires, soit pour améliorer les remboursements des contrats de base sur les soins coûteux, soit pour rembourser des prestations exclues par la Sécurité Sociale.

Les différents « montages » disponibles donnent donc la possibilité à l'assuré de compléter le remboursement de ses frais de santé sur un ou plusieurs postes de dépenses et d'avoir ainsi une couverture santé « sur-mesure ».

³ Etude Opinion Way pour Deloitte – les Français et la santé, 2017

Cependant, un point d'attention est à porter sur le parcours de remboursement qui peut s'avérer complexe et sur le tarif global de cette multiplication de couvertures. En effet, le coût de la couverture complémentaire santé, devenu significatif dans le budget des Français, pousse les ménages à privilégier les contrats couvrant uniquement les garanties essentielles en période de tension budgétaire. Les organismes complémentaires doivent donc être en mesure de répondre à un besoin de modularité au meilleur prix. Les offres 100% modulables et les offres allégées proposées par certains acteurs semblent être une réponse intéressante.

Dans un contexte de restes à charges accrus, la réforme 100% Santé (RAC 0) apparaît comme une aubaine pour les Français moins satisfaits de l'accès aux soins. Mais quels en seront les impacts ?

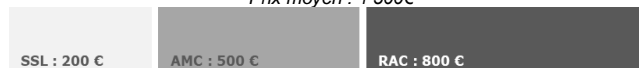
Pendant la campagne présidentielle de 2017, Emmanuel Macron, alors candidat, promet que certaines lunettes, prothèses dentaires et auditives seront remboursées à 100% par la Sécurité Sociale et les organismes de complémentaire santé. En janvier 2018, la ministre de la santé Agnès Buzyn a donc lancé les pourparlers avec les différentes parties prenantes pour mettre en place la réforme qui permettra une suppression du reste à charge sur l'optique, le dentaire et l'audioprothèse. Ces trois postes de dépenses représentent près de la moitié des cotisations des complémentaires santé.

Cette réforme devrait être progressive, pour une entrée en application complète à partir de 2021. Elle devrait permettre aux plus modestes d'accéder aux soins et de limiter le renoncement à ceux-ci. Trois paniers de soins seront mis en place : un panier de soins « reste à charge zéro » ou également appelé « 100% santé », un panier de soins à tarif maîtrisé et un panier de soins à tarif libre.

On observe aujourd'hui, qu'à travers bon nombre de réseaux de soins, l'accès à un équipement optique sans reste à charge est déjà possible. En revanche, pour les prothèses dentaires et surtout pour les prothèses auditives, le reste à charge est souvent conséquent pour l'assuré : en moyenne, 91€ pour les prothèses dentaires, et entre 500€ et 900€ par oreille pour les prothèses auditives.

Audioprothèse

Prix moyen : 1 500€



Dentaire

Prix moyen : 750 €



SSL : Sécurité Sociale
AMC : Assurance Maladie Complémentaire
RAC : Reste à charge

C'est donc sur le poste Audioprothèse que le changement sera le plus notable. C'est tout particulièrement sur ce poste que la réforme du 100% Santé cherche à faire baisser le **taux de non-équipement, estimé aujourd'hui à 65%**. Les impacts de la réforme sur le RAC zéro seront évalués progressivement en suivant le calendrier des évolutions des prises en charge jusqu'en 2023.

Néanmoins, un point d'attention a déjà été identifié : si la réforme contribuera à faciliter l'accès des assurés à des soins historiquement coûteux, elle entraînera aussi vraisemblablement une hausse des cotisations santé pour maintenir l'équilibre des contrats. En effet, le coût de la réforme sera surtout porté par les organismes de complémentaire santé, et malgré les messages du ministère de la santé sur une stabilité des tarifs, les chiffreages en cours par les complémentaires santé ne vont pas dans le sens d'une neutralité tarifaire. D'après une récente étude du courtier en ligne Santiane.fr (sur un échantillon de 100 000 assurés), la réforme du 100% Santé pourrait ainsi entraîner une augmentation de 7% des cotisations santé, et jusqu'à 10% pour les Seniors (plus de 60 ans) !

Les contrats collectifs d'entrée de gamme pourraient aussi être impactés par cette augmentation tarifaire, celle-ci étant plus limitée pour les contrats haut de gamme.

Cette augmentation des tarifs risquerait d'ouvrir une nouvelle guerre des prix, où, l'enjeu principal sera de réussir à se différencier par d'autres leviers, tels que la proposition de soins et d'équipements de qualité via les réseaux de soins.

Pour se différencier, les acteurs devront parvenir à aller au-delà du simple rôle de « prestataire payeur » pour échapper au risque de « banalisation » des prestations induit par les nombreuses réformes

On observe déjà de nombreux services se développer : services e-santé, accompagnement dans le choix de l'établissement de santé, télémedecine, prévention, services d'assistance (garde d'enfants, aide au maintien ou au retour au domicile, ...). Mais si les initiatives se multiplient, il semble encore difficile aujourd'hui de trouver la combinaison gagnante pour fournir aux assurés des services qu'ils consomment réellement, et trouver un modèle économique efficient.

En synthèse, nombreux sont les défis auxquels les organismes complémentaires doivent faire face

Ces dernières années, une concurrence accrue et les nombreuses réformes ont reconfiguré le marché de la complémentaire santé. Aujourd'hui, les organismes complémentaires doivent se préparer aux impacts de la réforme sur le reste à charge zéro et poursuivre leur transformation pour se réinventer sur un marché concentré et de plus en plus standardisé. Elles doivent tenir compte du contexte économique et démographique pour continuer à proposer des offres en adéquation avec les besoins et les moyens de leurs assurés. A terme, elles devront évoluer pour se renforcer sur la proposition d'une offre globale de services d'accompagnement.

Manuella NANGA, Senior Manager
Sarah SALIM, Consultante Senior

Ailancy, cabinet de conseil indépendant spécialisé dans les métiers de la banque, de la finance et de l'assurance, vous accompagne dans vos réflexions, pour relever vos enjeux métiers et mener à bien vos projets de transformation.