

Cette publication est éditée par la société Optimind, 2 rue du Faubourg Poissonnière, 75010 Paris.

Également disponible sur :
www.optimind.fr

La santé

De l'organisation du système à la pratique des acteurs de la complémentaire santé.

Une succession de réformes depuis quelques années témoigne des enjeux majeurs qui dominent le système de santé en France.

En étant au cœur du système, les dépenses de santé et leur prise en charge établissent les principes structurants d'un modèle à plusieurs acteurs. Le bon équilibre doit se trouver entre l'État, les organismes sociaux, le monde médical, les acteurs de l'assurance santé complémentaire et les consommateurs. Ce dossier s'attache à en décrire les principales bases en se focalisant plus particulièrement sur le domaine de l'assurance santé complémentaire en France. Les intervenants de ce secteur jouent un rôle prépondérant. Le périmètre de plus en plus élargi de leur intervention, réclame une excellente connaissance des rouages du monde de la santé ainsi qu'une approche technique rigoureuse au service des exigences commerciales de ce marché fortement concurrentiel.

Marc Dupuis, Directeur associé.

Dossier réalisé par Frédérique Schmidt, Frédérique Henge et Emmanuelle Huquet actuaire consultants, Aline Bouché et Frédéric Genet consultants.

Sommaire

L'assurance santé en France	2
Environnement législatif	3
Les mécanismes de remboursement de frais de santé	5
Tarification en santé	5
Provisionnement des risques en santé	7
Audit d'un régime de frais de santé d'une entreprise	11
Conclusion	12

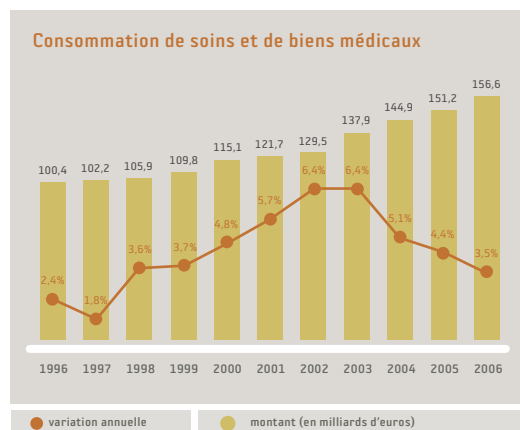


santé

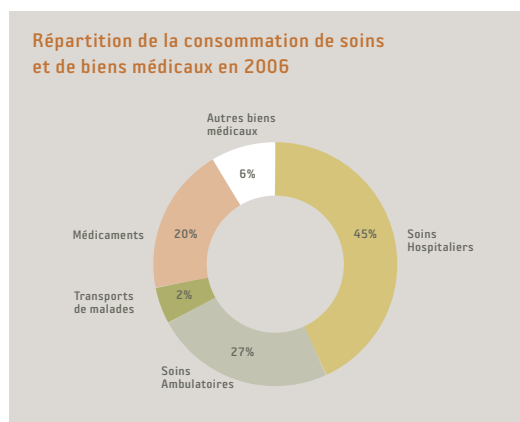
L'assurance santé en France

❖ L'assurance maladie de la Sécurité sociale

L'assurance maladie en France est une des quatre branches de la Sécurité sociale, qui a pour objectif de garantir l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. Elle couvre 99,9% de la population française. En déficit depuis plus de 20 ans, la situation de l'assurance maladie est aujourd'hui préoccupante. L'augmentation des dépenses de santé liée essentiellement à l'allongement de la durée de vie et aux progrès médicaux vient engorger l'endettement de la Sécurité sociale et se reporte sur les générations futures. Les dernières réformes, qui ont cherché à sensibiliser et responsabiliser les différents acteurs du système de santé, ont permis une décélération entre 2004 et 2006 des dépenses de santé. Néanmoins depuis 2007, un inversement de la tendance est constaté, causé par un dérapage des soins en ville et des dépenses pharmaceutiques.



En 2006, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 156,6 milliards d'euros, soit 2 477€ par habitant, représentant 8,7% du PIB.



❖ Les faits marquants de 2006 sur la CSBM

- L'enregistrement du taux de croissance le plus faible de la CSBM depuis 1997 (+3,5%).
- Le ralentissement de la croissance de la CSBM résulte d'un effet prix, expliqué essentiellement par la baisse des prix des médicaments (-3,7%) et d'un effet volume, dû notamment au fléchissement des soins hospitaliers (hausse de 1,4% en 2006 contre 2,1% en 2005).
- L'enregistrement d'un taux de croissance de la CSBM inférieur à celui du PIB (+3,5% contre +4,3%).

❖ Structure de financement de la CSBM

Structure de financement de la CSBM	2005	2006	variation
Sécurité sociale de base	77,2 %	77,0 %	-0,2%
Etat, Collectivités locales et CMU complémentaire	1,3 %	1,4 %	+0,1%
Mutuelles	7,4 %	7,4 %	0 %
Sociétés d'assurance	3,1 %	3,2 %	+0,1%
Institutions de prévoyance	2,5 %	2,4 %	-0,1%
Ménages	8,5 %	8,6 %	+0,1%

❖ L'offre d'assurance santé complémentaire en France

L'assurance santé complémentaire complète, par des prestations en nature, les remboursements de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réellement engagées par l'assuré. Les prestations concernant l'optique, le dentaire, la pharmacie et les honoraires des professionnels de santé constituent les principaux postes de dépenses pour l'assurance santé complémentaire.

Les mutuelles (essentiellement présentes sur l'assurance santé individuelle), les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance (concentrées sur l'assurance santé collective) sont les trois principaux protagonistes de l'assurance santé complémentaire. Néanmoins, de nouveaux acteurs, comme les bancassureurs et les courtiers grossistes (qui conçoivent leurs propres produits dont ils gèrent les garanties et négocient en direct avec des assureurs pour leur distribution), font leur apparition.

Plus de 90% des Français sont couverts par une assurance maladie complémentaire. Les organismes de couverture complémentaire couvrent globalement 13% de la dépense totale de soins et de biens médicaux, part qui est restée relativement stable ces 10 dernières années. Si le marché de l'assurance maladie est encore largement dominé par les mutuelles (environ 60% des prestations), les sociétés d'assurances acquièrent des parts de marché au détriment des institutions de prévoyance.

Les organismes d'assurance santé proposent généralement à leurs assurés ou adhérents, trois niveaux de couverture qui peuvent être répertoriés de la manière suivante :

- **Contrats « entrée de gamme »** : contrats avec des remboursements limités au ticket modérateur de la Sécurité sociale. Ces contrats ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires des professionnels conventionnés.
- **Contrats « milieu de gamme »** : ils couvrent la plupart des dépenses peu remboursées par la Sécurité sociale telles que l'optique et le dentaire et prennent en charge une partie des dépassements d'honoraires.
- **Contrat « haut de gamme »** : ils prennent en charge la quasi-totalité des dépassements d'honoraires et les prestations peu remboursées par la Sécurité sociale. Ils remboursent également des soins qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale : ostéopathes, diététiciens, ...

Néanmoins, afin de répondre au mieux aux attentes et aux besoins des assurés, les complémentaires santé se dirigent vers une segmentation plus fine de leur offre.

Ainsi, les offres « Cycle de vie » proposent des prestations adaptées aux besoins de l'assuré en fonction de son âge ou de sa situation familiale. De la même manière, les offres « éco » ou « low-cost », qui ont pour

cible principale les jeunes et les faibles consommateurs, offrent des remboursements limités au ticket modérateur. Elles sont assorties parfois d'une franchise annuelle : les remboursements de la complémentaire ne sont alors versés qu'au-delà d'une franchise annuelle à la charge de l'assuré. De nouvelles garanties et de nouveaux services apparaissent dans les offres : livraison de médicaments à domicile, garde d'enfant en cas d'hospitalisation, mise en place de « récompenses » à la fidélité, création de plates-formes téléphoniques...

Par ailleurs, des solutions innovantes, au niveau de la structure de financement des complémentaires santé, commencent à émerger : remboursement partiel de la cotisation si l'assuré a peu ou pas consommé ou constitution d'une réserve d'argent par l'assuré qui viendra financer directement une éventuelle dépense de santé ultérieure. Ces nouveaux moyens de financement sont par exemple :

- **La franchise cautionnée** : une partie de la cotisation, que verse l'assuré pour se couvrir, est considérée comme une caution. Ainsi, lorsque l'assuré a peu consommé, la partie de la cotisation versée en tant que caution lui est tout ou en partie remboursée.
- **Crédit santé à 0€ d'intérêt** : en cas de dépenses de santé exceptionnelles, l'assuré peut faire un crédit du montant total ou partiel de ses dépenses.
- **Réserve d'argent** : l'organisme crédite un compte d'une somme d'argent et l'augmente chaque année jusqu'à un certain montant. En cas d'hospitalisation (égale ou supérieure à 10 jours), l'assuré peut utiliser cette réserve. Dès que cette réserve est utilisée, elle est réinitialisée.

“

Une segmentation de plus en plus fine de l'offre répond aux besoins des assurés

”

Environnement législatif

•❖ **La Sécurité sociale**, initialement financée en totalité par des cotisations sociales proportionnelles aux revenus (modèle bismarckien) a eu le monopole de l'assurance maladie de 1945 à 2000. Depuis 1967, avec l'apparition du ticket modérateur, des exceptions ont été faites à ce principe de solidarité et de nouveaux forfaits sont apparus. Notre système de sécurité sociale apparaît aujourd'hui en pleine mutation, un tiers de son financement provenant d'impôts collectés par l'Etat.

1989 : Loi Evin

En application de la loi Evin du 31 décembre 1989, dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le contrat doit prévoir avec un tarif encadré le

maintien à titre individuel de la couverture des frais médicaux pour les salariés quittant l'entreprise. Par ailleurs, pour les contrats facultatifs et individuels, l'assureur ne peut résilier la couverture des frais de soins et la hausse du tarif doit être uniforme pour tous les assurés.

1999 : Loi Aubry

La loi Aubry, en date du 27 juillet 1999 a mis en place la Couverture Maladie Universelle (CMU). Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2000, cette couverture est destinée aux plus démunis et leur assure une affiliation au régime de base de la Sécurité sociale ainsi qu'une couverture complémentaire gratuite.

2003 : Loi Fillon

La loi Fillon du 21 août 2003, portant sur la réforme des retraites, a considérablement modifié les règles d'exonération sociale et de déductibilité fiscale des cotisations pour les régimes de santé et de prévoyance. Elle vise à favoriser les contrats collectifs à adhésion obligatoire dans les sociétés. Son application, initialement planifiée au 1^{er} juillet 2008, est reportée au 1^{er} janvier 2009. Les règles applicables aux cotisations des régimes complémentaires de Santé à caractère collectif et obligatoire sont les suivantes :

**Nouvelles règles sociales**

applicables aux cotisations patronales au 01/01/2009

- Exclusion de l'assiette de cotisations de Sécurité sociale à hauteur de : 6% du PASS (1 996 € en 2008) + 1,5% de la rémunération soumise à cotisations sociales (cette somme ne pouvant dépasser 12% du plafond de la Sécurité sociale (3 993 € en 2008)).
- Assujettissement à la CSG/CRDS dès le 1^{er} euro (après abattement de 3%).

Nouvelles règles fiscales

applicables aux cotisations salariales et patronales au 01/01/2009

- Déductibles dans la limite de : 7% du PASS (2 329 € en 2008) + 3% de la rémunération annuelle brute soumise à cotisations sociales (la somme des deux ne pouvant dépasser 3% de 8 PASS = 7 986 € en 2008).

2004 : Loi Douste Blazy

L'esprit de la réforme Douste-Blazy est de responsabiliser les patients dans leurs dépenses en limitant les remboursements des organismes complémentaires au travers d'un contrat dit contrat responsable, qui bénéficie d'une fiscalité avantageuse :

- Exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance.
- Déductibilité du revenu fiscal imposable des cotisations versées, dans le cadre de l'impôt sur le revenu, dans la limite de 7% du PASS + 3% de la rémunération annuelle brute.
- Bénéfice du régime de crédit d'impôt pour les contrats individuels.
- Déductions fiscales dans le cadre de la loi « Madelin » pour le professionnel indépendant.
- Exonération des charges sociales patronales et salariales sur les cotisations versées liées au régime de prévoyance complémentaire.

2006 : Participation forfaitaire

Depuis le 1^{er} septembre 2006, une participation forfaitaire de 18 euros, à la charge du patient, s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50. Il existe cependant des exceptions : certains actes sont exonérés de cette participation forfaitaire, et les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % en raison de leur situation ou de leur état de santé ne sont pas concernées.

2008 : Franchise médicale

Depuis le 1^{er} janvier 2008, la franchise médicale s'applique sur :

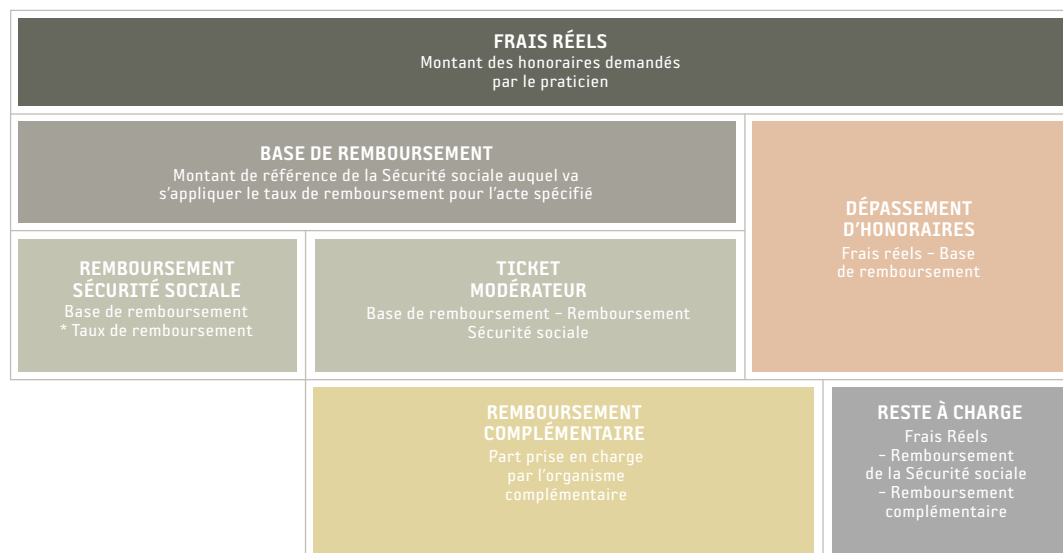
- les boîtes de médicaments : montant de 0,50 €
- les actes des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...) : montant de 0,50 €
- les transports sanitaires : montant de 2 €

La franchise médicale est déduite des remboursements de la Sécurité sociale à l'exception des personnes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la CMU et des femmes enceintes (à partir du premier jour du 6^{ème} mois de grossesse jusque 12 jours après l'accouchement). Elle est plafonnée à 50 € par an (2 ou 4 € par jour, suivant les actes), et vient s'ajouter à la participation forfaitaire.



Le mécanisme de remboursement des frais de santé

Principes



Facteurs influant le remboursement de la Sécurité sociale

Le niveau de remboursement de la Sécurité sociale va dépendre du régime d'affiliation, de la catégorie à laquelle appartient le médecin, du parcours suivi pour consulter et de l'acte pratiqué.

Les différents régimes d'affiliation sont :

- le régime général qui couvre les salariés de l'industrie, du commerce, des services et certaines catégories assimilées à des salariés. Le régime local n'est qu'un régime particulier qui s'applique en substitution au régime général en Alsace-Moselle
- le régime agricole qui couvre les exploitants et les salariés agricoles
- le régime social des indépendants qui couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales
- les régimes spéciaux : SNCF, RATP...

Le médecin peut appartenir aux médecins conventionnés du secteur 1 qui s'engagent à appliquer les tarifs conventionnels, aux médecins conventionnés du secteur 2 qui sont libres de fixer leurs honoraires avec tact et mesure (le dépassement n'est cependant

pas pris en charge) ou aux médecins non conventionnés qui fixent librement leurs honoraires mais dont la prise en charge par la Sécurité sociale s'effectue sur la base des tarifs d'autorité très faibles.

La Sécurité sociale a également mis en place le médecin traitant et le parcours de soins. Le taux de remboursement des actes pratiqués hors parcours de soins est diminué de 20% depuis septembre 2007 et la différence n'est pas prise en charge par les régimes complémentaires.

Le remboursement complémentaire

Le remboursement du régime complémentaire peut s'exprimer en pourcentage de frais réels, de la base de remboursement, du remboursement de la Sécurité sociale, du ticket modérateur, du plafond mensuel de la Sécurité sociale ou bien en euros.

Les garanties peuvent également comprendre des plafonds annuels (en euros ou par poste).

Tarifification en Santé

La tarification individuelle

Le risque maladie est la somme de plusieurs risques (visites, consultations, prothèses dentaires, optique...) et la prime pure globale est la somme des primes pures de ces différents risques, sous l'hypo-

thèse d'indépendance entre les risques. Pour chaque risque, la prime pure est calculée d'après le modèle multiplicatif « fréquence * coût moyen ».

Pour un risque donné k , une année de soins donnée et une catégorie d'individus donnée, nous avons un nombre total N de sinistres et un montant S_i du $i^{\text{ème}}$ sinistre.

$$S_k = \sum_{i=1}^N S_i = \text{charge totale des sinistres du risque } k$$

où : S_1, S_2, \dots, S_n sont des variables indépendantes, identiquement distribuées et ne dépendent pas de N

$$E(S_k) = E(S_i) * E(N)$$

où : $E(S_i)$ est le coût moyen
 $E(N)$ est la fréquence

$$E(S_i) = \frac{S_k}{N}$$

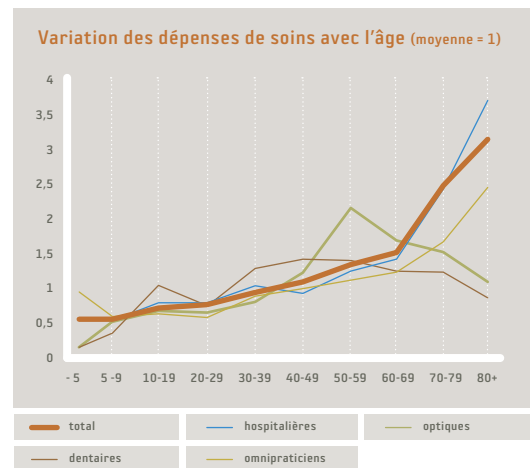
$$E(N) = \frac{1}{A} \sum_{k=1}^A N_k$$

où : A est l'effectif exposé au risque
 N_k est le nombre de sinistres de l'individu k

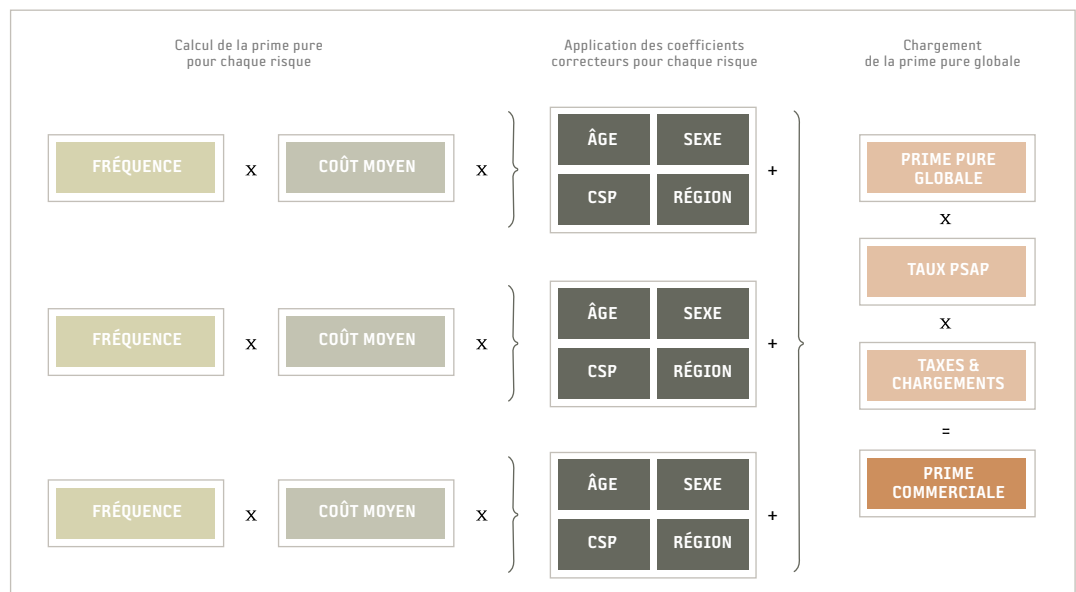
Pour valider l'indépendance entre N et S_i une segmentation de la population étudiée doit être réalisée de la manière suivante : individus ayant eu 1 seul sinistre, individus ayant eu 2 sinistres, etc.

Pour tenir compte de la population à qui s'adressent les garanties tarifées, il est nécessaire ensuite d'appliquer des coefficients correcteurs en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie socioprofessionnelle, de la région...

Enfin, à cette prime pure globale s'appliquent divers taxes et chargements qui permettront de déterminer la prime commerciale payée par l'assuré. Il faudra également appliquer un taux de provision pour sinistres à payer en fonction de la période d'observation ayant servi de base à la tarification.



Lecture : les dépenses moyennes des personnes âgées de 80 ans et plus sont 3,2 fois plus élevées que les dépenses moyennes de l'ensemble de l'échantillon



À cette prime commerciale, il sera appliqué le coefficient familial du portefeuille afin d'obtenir le tarif Adulte Seul, le tarif Enfant et le tarif Famille par exemple.

❖ La tarification collective sur mesure

La tarification collective sur mesure concerne les contrats collectifs obligatoires des grandes entreprises. Elle est pratiquée lors de la reprise d'un contrat en cours auprès d'un autre organisme d'assurance ou lors de modifications du contrat existant.

Deux méthodes peuvent être employées :

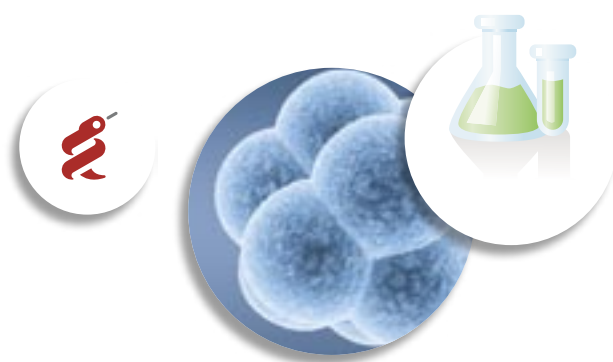
- La tarification à l'exposition qui repose sur les éléments démographiques : l'âge, le sexe, la catégorie de personnel...
- La tarification à l'historique qui repose sur l'analyse des résultats sur plusieurs années. L'effectif couvert doit être significatif et l'analyse doit porter sur plusieurs exercices.

La tarification à l'historique est une tarification en S/P avec :

- S = sinistres par exercice de survenance + provisions (provision pour prestations à payer et provision pour risques croissants)
- P = primes par exercice de survenance nettes de frais de gestion

Les sinistres ne sont pas forcément faciles à appréhender car les comptes de résultats sont généralement donnés par exercice comptable et non par exercice de survenance. Par ailleurs, les sinistres doivent être notamment corrigés des modifications intervenues dans la couverture des risques. De même, les comptes de résultats ne mesurent pas les distorsions intervenues pendant la période d'observation au niveau de l'entreprise (croissance, plan social, fusion...).

Pour cela, l'assureur doit posséder une base tarifaire fiable permettant de pondérer sa réponse en fonction de la qualité et de la fiabilité des renseignements transmis et peut aussi faire appel à un réassureur pour partager le risque.



Provisionnement des risques en Santé

❖ Provision pour sinistres à payer

Définition

En assurance santé, il est fréquent d'observer un étalement des règlements des sinistres au cours du temps : le montant finalement payé pour un sinistre réalisé une certaine année n'est donc pas connu d'avance. Or, tout organisme se doit de constituer des provisions suffisantes pour honorer le règlement de ses engagements. Il s'agit de la provision pour sinistres à payer (PSAP) dans le cas d'une entreprise d'assurance et de la provision pour prestations à payer dans le cas d'une mutuelle, qui se définissent comme « la valeur estimative des dépenses en principal et en frais, tant internes qu'externes, nécessaires au règlement de tous les sinistres survenus et non payés, y compris les capitaux constitutifs des rentes non encore mises à la charge de l'entreprise, de la mutuelle ou de l'union » (article R331-6 du code des assurances, R212-23 du code de la mutualité et R931-10-14 du code de la Sécurité sociale). Autrement dit, la PSAP est assimilée à une réserve susceptible de couvrir la différence entre les règlements déjà effectués aux bénéficiaires des contrats et l'estimation de la charge définitive du sinistre, dite charge ultime. Elle constitue un des postes les plus importants au passif du bilan.

Techniques de provisionnement

La plupart des techniques de provisionnement se fondent sur une analyse de liquidation qui consiste à observer l'évolution du coût passé des sinistres pour estimer son développement futur : les triangles de liquidation représentent le montant des sinistres incriminaux par année d'origine (année de souscription, de survenance ou de déclaration) et par année de développement.

Le plus souvent, la provision Best Estimate est calculée suivant la méthode déterministe de Chain Ladder qui constitue le Benchmark en matière de provisionnement. Toutefois, afin d'améliorer l'appréhension du risque, d'autres approches ont été envisagées comme les modèles à variables explicatives ou la technique du Bootstrap. Ces modélisations de type stochastique permettent en effet d'accroître le niveau d'informations via l'estimation de la loi de probabilité de la provision et l'analyse de ses caractéristiques. Les mesures de tendance centrale indiquent alors les valeurs Best Estimate et la variance nous renseigne sur la volatilité.

“
Les triangles de liquidation sont une des bases pour les techniques de provisionnement

”



• Méthode de Chain Ladder

Cette méthode repose sur deux hypothèses, à savoir l'indépendance des années d'origine et l'existence de facteurs de développement permettant d'estimer la charge ultime à partir de l'historique de la sinistralité. La réserve est estimée de la manière suivante :

Soit $X_{i,j}$ le montant des sinistres cumulés pour l'année d'origine i et l'année de développement j , et n la taille du triangle,

$$\text{alors } \hat{R} = \sum_{i=1}^n \hat{R}_i$$

$$\text{avec } \hat{R}_i = \left(\prod_{k=n+1-i}^{n-i} \hat{C}_k - 1 \right) \cdot X_{i,n+1-i}$$

$$\text{où : } \hat{C}_k = \frac{\sum_{i=1}^{n-k} X_{i,k+1}}{\sum_{i=1}^{n-k} X_{i,k}} \text{ représentent les facteurs de développement.}$$

• Modèles à variables explicatives

Ce modèle analytique suppose que les variables aléatoires représentant les charges de sinistres sont indépendantes et munies d'une loi de probabilité, telle que :

- La loi de Poisson Surdispersée ou la loi de Gamma dans le modèle linéaire généralisé (GLM), aussi connu sous le nom de famille exponentielle
- La loi Log Normale dans le modèle Log Normal.

Les variables explicatives intervenant dans la modélisation d'un triangle de liquidation correspondent aux trois directions « naturelles » : année d'origine, année de développement et année calendaire.

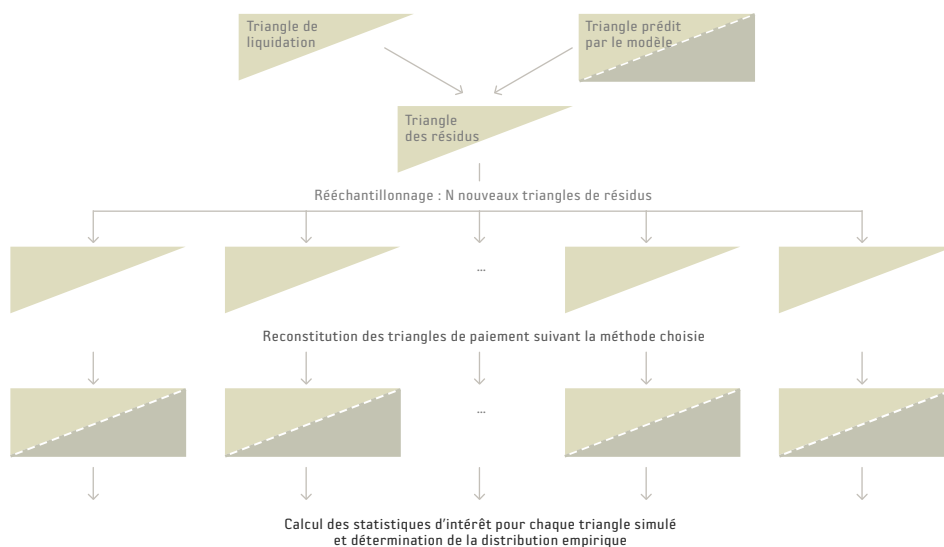
• Technique du Bootstrap

La méthode du Bootstrap est une technique de rééchantillonnage qui permet de remplacer des déductions théoriques en analyse statistique par des simulations de type Monte Carlo. Il s'agit de créer de nouveaux échantillons à l'aide de permutations aléatoires avec remise de données issues d'un échantillon initial unique. Les « pseudo-données » ainsi obtenues sont alors cohérentes avec la distribution sous-jacente des observations originelles, ce qui permet d'approcher la distribution de la provision et d'en calculer les différentes statistiques mais aussi d'estimer la précision ou l'incertitude liée au modèle appliqué. Différentes approches et lois sous-jacentes peuvent être envisagées.

La méthode du Bootstrap se décompose en plusieurs étapes :

- Estimation des valeurs prédites par le modèle
- Calcul des résidus (en général résidus de Pearson)
- Rééchantillonnage des résidus par permutations aléatoires avec remise (possibilité de travailler sur des sous-groupes de résidus en fonction du type de données disponibles)
- Reconstitution des triangles supérieurs simulés
- Estimation des paramètres du modèle pour chaque triangle
- Détermination des valeurs manquantes et des montants des réserves pour chaque triangle suivant la méthode « classique » considérée.

Technique du Bootstrap



“ Ces différentes techniques requièrent des simulations complexes. ”

Cette approche permet d'obtenir la distribution empirique de la loi de probabilité de la provision. Elle peut de plus être complétée par une simulation pour aboutir à la distribution empirique de prédiction de la provision. Dans ce cas, une fois que le triangle simulé est reconstitué, une étape supplémentaire consiste à simuler la réalisation d'un montant de sinistre à partir des valeurs estimées par le modèle.

• Application sur un triangle de 7 années de profondeur

Année	Années de développement						
	1	2	3	4	5	6	7
1	357 848	766 940	610 542	482 940	527 326	574 398	146 342
2	352 118	884 021	933 894	1 183 289	445 745	320 996	
3	310 608	1 108 250	776 189	1 562 400	272 482		
4	443 160	693 190	991 983	769 488			
5	396 132	937 085	847 498				
6	440 832	847 631					
7	373 686						

Source : Taylor et Ashe (1983), Second moments of estimates of outstanding claims, Journal of Econometrics 23 ; 37-61

La méthode du Bootstrap a été réalisée pour 10000 simulations, en supposant que les sinistres incrémentaux suivent une loi de Poisson surdispersée.

Année	Best Estimate			
	Chain Ladder	Modèles à variables explicatives	Bootstrap simple	Bootstrap + simulations
1	-	-	-	-
2	181 608	181 608	185 052	186 963
3	753 284	753 284	761 101	767 066
4	1 000 886	1 000 886	1 010 430	1 018 414
5	2 178 712	2 178 712	2 196 004	2 206 753
6	3 001 915	3 001 915	3 043 064	3 060 594
7	3 732 814	3 732 814	3 815 216	3 870 390
Total	10 849 219	10 849 219	11 010 866	11 110 181



Année	Risque d'estimation en % du Best Estimate			
	Modèles à variables explicatives	Bootstrap simple	Modèles à variables explicatives	Bootstrap + simulations
1	-	-	-	-
2	66	68	87	90
3	30	31	41	42
4	24	26	34	35
5	22	23	27	28
6	25	26	29	30
7	43	45	45	47
Total	20	21	22	23

❖ La provision pour risques croissants

Définition

La provision pour risques croissants est une provision pouvant être exigée pour les opérations d'assurance contre les risques de maladie et d'invalidité et est égale à la différence des valeurs actuelles des engagements respectivement pris par l'assureur et les assurés. Les références réglementaires liées à cette provision sont les suivantes :

- R331-6 Code des assurances
- R931-10-14 Code de la Sécurité sociale
- R212-23-6 Code de la Mutualité

Dans le cadre de la loi Evin, il est interdit aux organismes d'assurance de résilier les contrats couvrant le risque santé dans le cadre d'opérations individuelles sous prétexte d'une aggravation du risque. Ils ont donc un engagement viager. Or le risque pour l'assuré d'être malade croît fortement avec l'âge de l'assuré.

Dans les garanties des complémentaires santé, les cotisations couvrant le risque santé font généralement l'objet d'une solidarité intergénérationnelle : les assurés plus âgés paient une cotisation inférieure au montant des risques garantis, cette différence étant compensée par les assurés plus jeunes qui pour leur part, paient une cotisation supérieure aux risques garantis.

L'équilibre du risque est alors assuré par le renouvellement du portefeuille par la souscription d'une population jeune.

Cependant les organismes d'assurance qui sont autorisés par leur règlement à revoir les tarifs et les garanties annuellement estiment généralement que leur engagement est réduit à un an et non sur la durée de vie de l'assuré. Un vieillissement de la population pourrait cependant amener l'assureur à demander à son Assemblée Générale de voter pour une augmen-

tation importante des cotisations, ce qui ne serait d'ailleurs pas forcément accepté. Par ailleurs, en cas de hausse tarifaire, l'assureur prend également le risque de voir partir les assurés jeunes pour lesquels le risque est meilleur et voir ainsi son portefeuille se dégrader encore.

Calcul de la provision pour risques croissants

Les différents codes ne précisent pas les principes de calcul et les hypothèses à prendre en compte pour le calcul de la provision pour risques croissants. Il existe cependant 2 méthodes :

- La méthode viagère : le calcul se fait sur un groupe fermé jusqu'à son extinction, sans indexation des cotisations et des prestations.
- La méthode temporaire : le calcul se fait en tenant compte de l'inflation des prestations, de l'augmentation annuelle des cotisations et de l'entrée de nouveaux assurés, l'ensemble sur un horizon limité.

Les paramètres communs sont le taux technique et les lois de sortie. Pour la méthode temporaire, il faut également déterminer les lois d'entrée, la dérive du coût moyen et l'augmentation des cotisations.

Les paramètres techniques sont

- table de mortalité : table TPG
- taux technique : 60% TME avec un maximum de 3,5%

Calcul de la provision en méthode viagère

$$V_x = \sum_{k=1}^{+\infty} v^k (m_{x+k} - n_{x+k}) {}_k p_x$$

où : m_{x+k} est le coût moyen à l'âge $x+k$

n_{x+k} est la cotisation à l'âge $x+k$

${}_k p_x$ inclut toutes les causes de sortie (décès, démission...)

Calcul de la provision en méthode temporaire

$$V_x = \sum_{i=n}^{n+h} \frac{P_i - C_i}{(1+t)^{i-n}}$$

où : **h** : horizon de projection

P_i : somme des prestations de l'année *i*

C_i : somme des cotisations de l'année *i*



Audit d'un régime de frais de santé d'une entreprise

❖ L'audit d'un régime de frais de santé d'une entreprise est nécessaire si elle souhaite analyser les contrats existants (étude de l'adéquation des garanties avec les attentes de l'entreprise et des salariés, étude des pratiques du marché, vérification de leur conformité par rapport aux règles d'exonération fis-

cales et sociales...), analyser les comptes de résultats du régime (vérification de la pérennité du régime, faisabilité des ajustements de garanties ou/et de cotisations souhaités...) ou harmoniser plusieurs régimes existants en cas de rapprochement d'entreprises.

Étapes	Objectifs
Analyse des contrats	Connaître les caractéristiques des contrats : facultatifs/obligatoires, gestion et partage du risque, tarification sur mesure ou standard, solidarité entre les actifs et les retraités...
Analyse de la population assurée	Connaître la structure de la population (âge, structure familiale, situation géographique...) et expliquer leur influence sur les résultats et les besoins des assurés
Analyse des prestations garanties	Connaître l'expression des prestations : % du TM, % frais réels, forfaits, limitations annuelles...
Analyse des cotisations	Connaître la structure du financement : % PMSS, % des salaires, en euros
Analyse de la sinistralité	Étudier les statistiques par poste et par assuré, ainsi que les comptes de résultat sur plusieurs années : évolution de la sinistralité, analyse des provisions...
Analyse du financement	Valider la conformité du régime existant par rapport aux règles d'exonération. Vérifier que l'entreprise n'a pas d'engagement implicite à comptabiliser notamment au regard des normes IFRS



A l'issue de l'audit, l'entreprise qui souhaite modifier ses garanties en fonction de ses contraintes financières et des attentes de ses salariés, doit alors élaborer et suivre un appel d'offres permettant de choisir un assureur en fonction de sa qualité, de sa stabilité financière, de l'adéquation de son offre, des cotisations demandées et des prestations annexes fournies.

Engagement et norme IFRS

La norme IAS19 traite de la comptabilisation et de la présentation des avantages du personnel dans les états financiers et elle est obligatoire depuis 2005 pour les comptes consolidés des entreprises cotées.

En règles françaises, toutes les entreprises doivent évaluer leur passif social et la comptabilisation des engagements est une méthode préférentielle. Les avantages concernés sont non seulement les engagements de type Indemnités de Fin de Carrière ou Médailles du Travail mais également la couverture médicale postérieure à l'emploi. Pour la couverture médicale postérieure à l'emploi, un engagement devant être provisionné par l'entreprise est établi quand par exemple, l'employeur ou le Comité d'entreprise verse une

participation financière à la couverture médicale de ses retraités. L'engagement peut être aussi implicite si l'employeur ne participe qu'à la cotisation des actifs mais que le régime des retraités est supposé équilibré grâce à l'excédent observé sur le régime des actifs (mutualisation des régimes).

La Cour de cassation par son arrêt du 7 février 2008, a, par ailleurs, précisé l'interprétation de l'article 4 de la loi Evin relatif aux conditions dans lesquelles un employeur souscripteur d'un contrat collectif en santé devait offrir un régime d'accueil à ses anciens salariés. La Cour a estimé qu'un ancien salarié devait bénéficier d'un contrat couvrant des garanties identiques et non similaires à celles dont il bénéficiait jusqu'alors. Si cet arrêt débouche sur une interprétation stricte de l'article 4, les assureurs seront amenés à demander une provision pour risques croissants aux employeurs.

Conclusion

Les opérateurs de l'assurance santé complémentaire sont très attentifs à chaque nouvelle réforme ou projet et en particulier aux derniers opus qui impliquent des transferts importants de charge de remboursement vers les produits d'assurance qu'ils proposent. Ils entendent bien maîtriser l'équili-

bre de leurs engagements actuels ainsi que leur politique tarifaire, mais également pouvoir proposer des produits innovants dans un secteur fortement concurrentiel. En somme, les acteurs du marché de l'assurance santé souhaitent être associés aux débats en étant force de proposition afin de garantir leurs propres intérêts et ceux de leurs assurés. De leur côté, les pouvoirs publics ont tout intérêt à mener un dialogue constructif avec les organismes auxquels ils transfèrent une partie de la charge, afin d'améliorer la régulation des dépenses et de recomposer efficacement le paysage du système de santé en France.

optimind ::

Qui sommes-nous ?

Société d'actuariat conseil, OPTIMIND est un interlocuteur de référence pour les assureurs, mutuelles, banques et grandes entreprises qui souhaitent un partenaire métier les accompagnant dans leurs projets.

Ethique, déontologie, expertise, méthode et pragmatisme sont les valeurs clefs qui animent la quarantaine d'actuaire, consultants et ingénieurs d'OPTIMIND.

Nos clients bénéficient ainsi d'une prestation de qualité associée à la signature d'une société de conseil reconnue.

OPTIMIND s'organise autour de quatre métiers :

- > L'actuariat conseil
- > L'assistance à maîtrise d'ouvrage
- > Le décisionnel
- > L'IT

Concepteur de valeur ajoutée
Actuariat, systèmes d'information
& employee benefits

Optimind
2 rue du Fbg Poissonnière
75010 Paris
T / 01.48.01.91.66
F / 01.48.01.08.82

www.optimind.fr