

L'OEIL DE L'ACTUAIRE SUR :

Panier de soins minimal ANI et Contrat Responsable

Ce premier numéro de l'œil de l'actuaire vous propose un focus sur deux décrets parus récemment impactant significativement la complémentaire santé : le panier de soins minimal ANI et la réforme du contrat responsable.

Le premier vise à s'assurer que tout salarié dispose de garanties santé minimales à horizon du 1^{er} janvier 2016. Le second encadre les prestations des contrats de complémentaire santé responsables à travers la définition de planchers et plafonds.

Ils engendrent en conséquence une revue et une redéfinition de l'ensemble des produits d'assurance santé individuelle et collective. Afin de s'adapter à ces évolutions réglementaires, les différents organismes d'assurance sont amenés à se positionner sur la tarification de nouvelles grilles de garanties.

L'article premier de la loi de sécurisation de l'emploi impose au 1^{er} janvier 2016 à toute entreprise de mettre en place un régime de complémentaire santé collectif pour l'ensemble de ses salariés avec une participation minimale de l'employeur de 50%. Afin d'éviter tout abus et la souscription de contrats collectifs n'offrant pas suffisamment de protection aux salariés, le décret du 8 septembre 2014 précise un niveau minimal de prise en charge :

- Ticket modérateur (hors homéopathie, cure thermale et médicaments « dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré »).
- Forfait journalier hospitalier (y compris psychiatrie) illimité
- Optique : entre 100 € et 200 € suivant la correction tous les deux ans (exceptions pour les enfants et en cas d'évolution de la vue)
- Frais de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dentofaciale à hauteur de 125% des tarifs de responsabilité.

Les contrats de complémentaire santé qualifiés de « responsables » permettent de bénéficier d'un taux réduit de taxe (TSCA) de 7% au lieu de 14%. Dans le cadre de régimes collectifs, la souscription de tels contrats est une condition d'exonération de charges patronales et fiscales sur la part de cotisation payée par l'employeur.

Le décret du 18 novembre 2014 modifie les critères d'exigibilité en définissant un nouveau « cahier des charges ». Il précise le panier minimum de garanties ainsi que certains plafonds :

- Ticket modérateur (idem 08/09/2014).
- Forfait journalier hospitalier (y compris psychiatrie – hors MAS et EHPAD) illimité
- Dépassement d'honoraires des médecins hors Contrat d'Accès aux Soins (CAS) limité à 125% dès 2015 puis à 100% à partir de 2017 avec une prise en charge au moins inférieure de 20% (du tarif de responsabilité) à celle des dépassements des médecins ayant adhéré au CAS.
- En cas de couverture des équipements d'optique médicale en sus des tarifs de responsabilité, prise en charge comprise entre 50 € (minimum en présence de 2 verres « simples ») et 850 € (maximum avec 2 verres « très complexes ») suivant la correction (6 possibilités) tous les deux ans (exceptions pour les enfants et en cas d'évolution de la vue) avec une prestation maximale de 150 € au titre de la monture.

Suivant les diverses situations, l'entrée en vigueur du décret est :

- Au 1^{er} avril 2015 pour tous les contrats de complémentaire santé conclus, souscrits ou renouvelés après le 31 mars 2015.
- A la prochaine échéance principale (tacite reconduction).

- Concernant les contrats collectifs obligatoires :
 - Si l'acte de mise en place du régime frais de santé est antérieur au 9 août 2014 sans modification après le 19 novembre 2014, une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2017 est prévue.
 - Sinon la mise en conformité devra être réalisée au moment du renouvellement du contrat.
 - En cas de modification de l'acte de mise en place (sous réserve qu'elle engendre une modification du contrat d'assurance) après le 31 mars 2015, le décret s'appliquera immédiatement.

D'après la circulaire du 30 janvier 2015, une sur-complémentaire santé facultative non responsable intervenant en complément d'un régime collectif obligatoire responsable n'engendre à priori pas une requalification du contrat de base en non responsable (source de perte d'exonérations fiscales et sociales). En effet, selon ce texte « le respect des critères de responsabilité [...] s'apprécie pour chaque contrat ou règlement d'assurance complémentaire de santé souscrit par une personne ».

Finalement, l'Article 48 de la Directive Solvabilité 2 impose aux organismes de mettre en place une fonction actuarielle ayant la charge d'émettre un avis sur la politique globale de souscription. Dans ce nouveau cadre réglementaire, l'Article 272 des Actes Délégués précise que l'avis de la fonction Actuarielle doit porter sur l'évolution de la composition du portefeuille et son impact en matière de tarification.

Ces changements que représentent le panier de soins minimal ANI, le contrat responsable et Solvabilité 2 conduisent les organismes à porter une attention particulière sur la construction de leurs produits et les impacts sur leurs équilibres techniques et financiers.