

RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE ET PILOTAGE DES PORTEFEUILLES SANTÉ

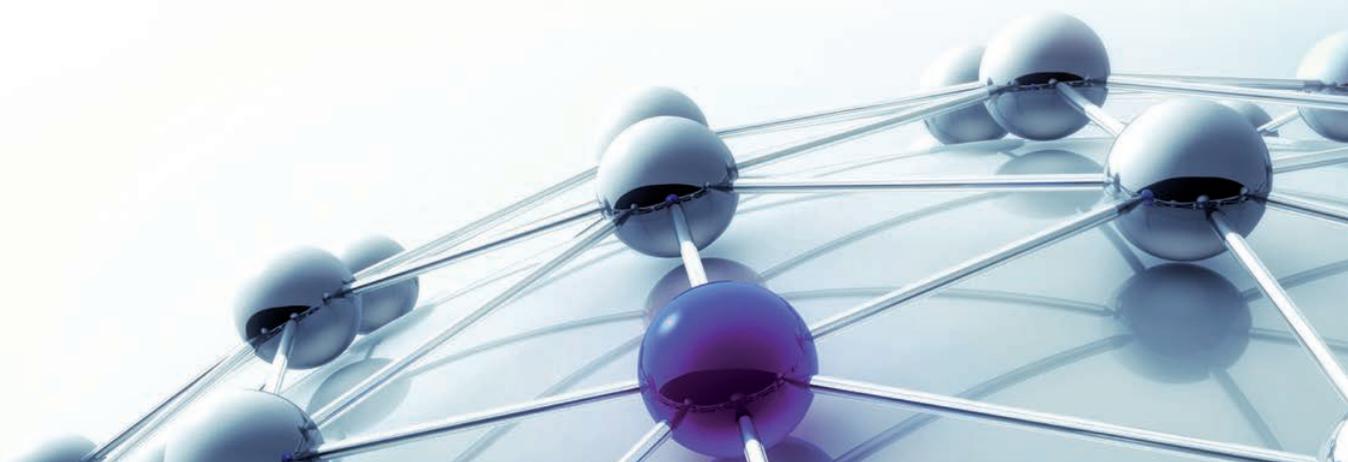
Le marché de l'assurance Santé a été profondément bouleversé par un continuum de réformes restructurant l'offre : la création du contrat solidaire et responsable, l'ANI (Accord National Interprofessionnel) de 2008 avec la portabilité, celui de 2013 avec la généralisation de la complémentaire pour tout salarié et la fin des clauses de désignation, et enfin, le dispositif 100% Santé, programmé entre 2019 et 2022.

Dans le même temps, les contrats d'assurance individuels ont fait l'objet de nombreux débats ces 15 dernières années concernant leur résiliation. À la suite de la Loi Châtel, renforcée par la Loi Hamon et l'amendement Bourquin, la Loi Le Gendre a été adoptée le 14 juillet 2019. Elle affecte les modalités de résiliations de tous les contrats individuels et collectifs en santé.

La Loi, votée dans un contexte social dégradé de crise des « Gilets jaunes » en faveur d'une augmentation de pouvoir d'achat des ménages, complète un dispositif plus général favorisant l'accès aux soins (lisibilité des garanties, dispositif 100% Santé). Son entrée en vigueur est prévue au plus tard le 1er Décembre 2020.

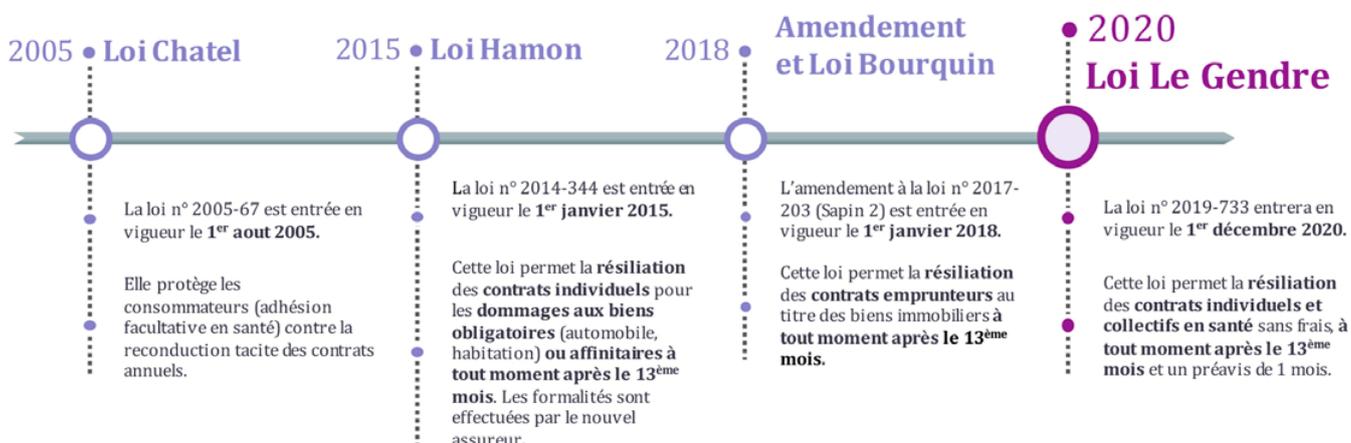
Après un focus sur le contenu du texte de la Loi Le Gendre, ce bulletin d'information vise à étudier les impacts sur les portefeuilles Santé et à proposer une démarche des travaux à mener à travers une étude de cas.

LA RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE	2
Présentation générale Quels effets attendus ? Description des travaux à mener	
ÉTUDE DE CAS	5
CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE	7
Lisibilité des garanties 100% Santé Les contrats responsables	
CONCLUSION	10



LA RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE

Lois relatives aux résiliations des contrats individuels



PRÉSENTATION GÉNÉRALE

En Assurance santé, l'engagement est annuel sauf en cas de changement de situation. Le contrat est résiliable par lettre recommandée avec accusé de réception, 2 mois avant l'échéance.

Pour les contrats individuels, la Loi Châtel a obligé les assureurs, à partir de 2005, à rappeler aux assurés leur date d'échéance, au moins 15 jours avant la fin du délai de résiliation. Les assurés peuvent alors résilier sous 20 jours ou, à tout moment, s'ils ne reçoivent pas cet avis.

La Loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 qui devrait prendre effet au plus tard le 1er décembre 2020, permet la résiliation des contrats d'assurance santé à tout moment, sans frais ni pénalité, après 1 an de couverture.

La Loi modifie les articles L. 113-15-2 du Code des Assurances, L. 932-12-1 et L. 932-21-2 du Code de la Sécurité sociale et L. 221-10-2 du Code de la Mutualité.

Il est à noter que les contrats mixtes avec une complémentaire santé sont visés.

La résiliation est ouverte aux détenteurs de contrats individuels mais aussi aux adhérents de contrats collectifs à adhésion facultative. En revanche, seuls les souscripteurs, généralement les employeurs, peuvent résilier un contrat collectif obligatoire.

La faculté de résiliation doit être mentionnée dans chaque bulletin d'adhésion, contrat et notice d'information, et à chaque avis d'échéance de cotisation. En complément, à la souscription puis annuellement, l'assureur doit publier le taux de

redistribution pratiqué, c'est-à-dire le ratio « Sinistres sur Primes HT » brut de réassurance et la composition des frais de gestion en pourcentage de la prime. Le respect de cette obligation conditionne le droit aux exonérations fiscales et sociales associées aux contrats solidaires et responsables. Les modalités de communication sont précisées dans un arrêté paru au JO le 5 juin 2020, abrogeant celui du 17 avril 2012 et entrant en vigueur au 1er septembre 2020. Les définitions retenues des cotisations, prestations et frais font référence aux états prudentiels annuels (Etats FR1403-01, FR1403-03, FR1303, Etat FR1402, Etat ACPR FR13-03-01).

La résiliation prend effet 1 mois après que l'organisme assureur en ait reçu la notification par l'assuré. Les modalités sont simplifiées pour ce dernier : lettre simple, déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ou tout mode de communication prévu par le contrat. L'assureur a l'obligation de confirmer par écrit la réception de cette notification.

L'assuré n'est redevable que du prorata de la cotisation annuelle, au temps de couverture ; l'assureur dispose d'un mois à compter de la date d'effet de la résiliation pour procéder au remboursement d'un éventuel trop perçu.

Les modalités d'application (catégories de contrat notamment) et la date d'entrée en vigueur définitive de ces dispositions restent à paraître, étant précisé qu'elles seront applicables aux adhésions et contrats existants à cette date.



QUELS EFFETS ATTENDUS ?

ALÉA MORAL, ANTISÉLECTION ET POSSIBLE EFFET DE DÉMUTUALISATION DES PORTEFEUILLES

La possibilité donnée à un assuré d'adapter son contrat à ses besoins ponctuels est susceptible d'accroître l'antisélection liée à une stratégie d'utilisation d'une couverture perçue comme un produit de court terme. Avec le 100% Santé, il devient possible de prévoir une dépense importante, mieux remboursée, sur un panier libre et de réajuster ensuite ses garanties sur un produit avec un panier zéro reste à charge.

Un effet d'aubaine est ainsi principalement attendu sur le poste dentaire. Si l'on considère les doutes exprimés sur la qualité des dispositifs proposés en 100% Santé, un effet fréquence est anticipé. L'incertitude sur les comportements clients associés à ces doutes pourrait également introduire un effet coût haussier.

En cela, la résiliation infra-annuelle pourrait générer des effets contraires à son objectif de maîtrise des prix et du pouvoir d'achat : une pression pourrait s'exercer à la hausse sur les prix, pour compenser d'éventuels effets de démutualisation. Qui plus est, des questions comportementales sont ouvertes concernant l'influence d'une couverture « gratuite » sur l'aversion au risque santé et sa gestion par les assurés. Comment dès lors, observer, mesurer et répercuter les effets de l'antisélection et de l'aléa moral ?

Un suivi régulier des comportements clients au sein des régimes santé doit être réalisé pour piloter des portefeuilles beaucoup moins inertes que par le passé.

En termes d'offres, la normalisation des produits contraints par le 100% Santé, dans la limite des contrats responsables, incitent les porteurs de risque à déployer des solutions innovantes pour mieux connaître leurs clients et améliorer les services rendus (prévention, communication, couplage d'offres en multi-équipement...).

GESTION OPÉRATIONNELLE ET COÛT ENGENDRÉS

Une autre problématique de la Loi Le Gendre concerne la gestion, en particulier la transition entre assureurs, notamment pour le repreneur en charge des formalités administratives de la résiliation, prévue dans un délai de 30 jours, jugé insuffisant.

Une complexification est à prévoir dans l'affiliation et la désaffiliation des assurés et de ses bénéficiaires. La confirmation écrite aux assurés de la réception de leurs résiliations, l'édition des cartes de tiers payant, le calcul de cotisations au prorata de la durée réelle de couverture et la gestion maîtrisée des prestations pour des sorties en cours d'année sont autant de contraintes pour les assureurs.

De plus, la question du respect de la protection des données personnelles est à soulever. En effet, qu'en est-il par exemple des transmissions d'informations sensibles d'un assureur à un autre sur les fréquences à surveiller dans le cadre du contrat responsable (équipement optique tous les 2 ans) ou du 100% Santé (prothèse auditive tous les 4 ans) ?

L'UNOCAM doit assurer le suivi du déploiement de « services numériques permettant à leurs adhérents, assurés et participants d'avoir connaissance de leurs droits et garanties en temps réel et rendant possible la mise à disposition » aux professionnels, établissements et centres de santé, de ces informations, notamment aux fins de mise en œuvre du tiers payant sur les prestations qu'ils délivrent.

L'ensemble de ces considérations laissent entrevoir, au-delà de l'investissement pour la mise en conformité, une hausse des coûts de gestion, contraire à l'objectif initial. De fait, un suivi détaillé est à mettre en place au sein des entités de gestion des risques afin d'anticiper et de mesurer ces impacts dans les portefeuilles de santé.



DESCRIPTION DES TRAVAUX À MENER

Les impacts de la nouvelle Loi de résiliation infra-annuelle combinés à ceux de la réforme 100% Santé sont importants en termes financier, technique ou de mise en conformité. A minima deux grands chantiers sont à mener :

MISE EN CONFORMITÉ DES GAMMES

L'étude juridique des textes de la Loi et du décret d'application à venir constitue la première étape de mise en conformité. Il s'agira de traduire opérationnellement le texte de Loi en tenant compte des caractéristiques des portefeuilles étudiés et des spécificités internes. La définition du périmètre à retenir étant un point de départ essentiel et structurant pour la suite des travaux.

En deuxième étape, les écarts identifiés entre la Loi et les processus internes actuels feront l'objet d'analyses spécifiques quant à la définition des délais de mise en œuvre ainsi que des moyens et travaux à effectuer. A minima, un certain nombre de documents contractuels devra être revu afin de faire référence à la faculté de résiliation notamment : le bulletin d'adhésion, la notice d'information, les avis d'échéance de cotisation ainsi que la communication auprès des clients. Les processus de gestion internes devront également prendre en considération ces nouveaux actes tant au niveau fonctionnel qu'opérationnel. Il sera alors pertinent d'inscrire ces travaux dans un projet de mise en conformité plus global qui peut être combinée à celle des gammes « 100% Santé. »

PILOTAGE DES RÉGIMES

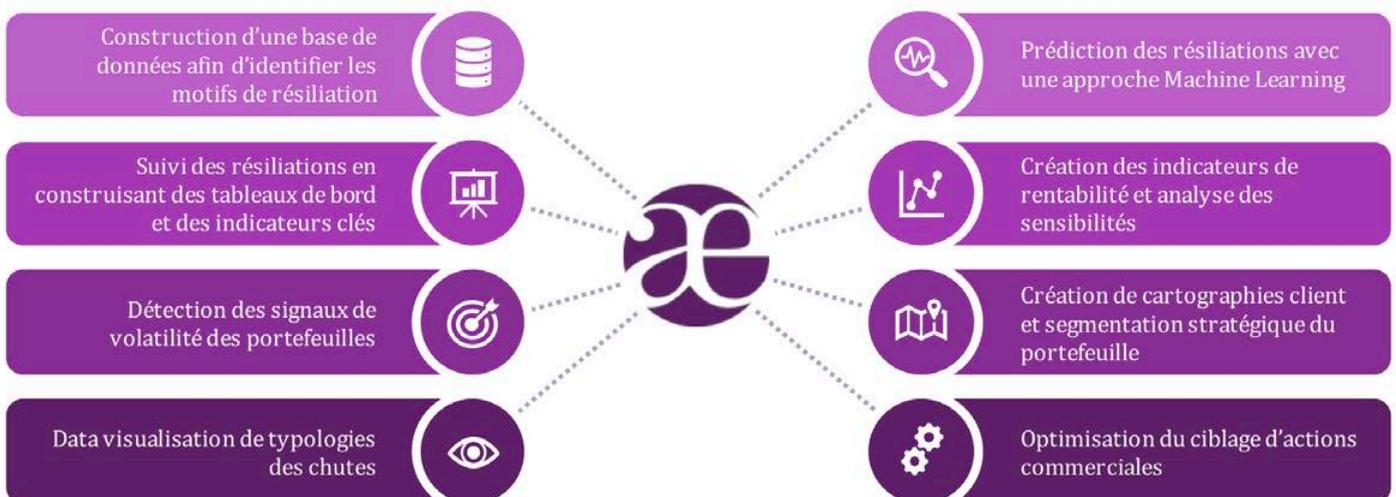
Les travaux techniques liés à la prise en compte de la résiliation infra-annuelle dans le pilotage des portefeuilles peuvent s'articuler autour de deux phases :

1. Evaluations *à priori*

La première phase de notre intervention consiste à concevoir et mettre en place le suivi périodique des portefeuilles pour comprendre leur érosion sur des marchés saturés :

2. Evaluations *à posteriori*

Notre deuxième phase s'attache au pilotage des portefeuilles au travers des démarches de rétention-résiliation et de fidélisation des clients :



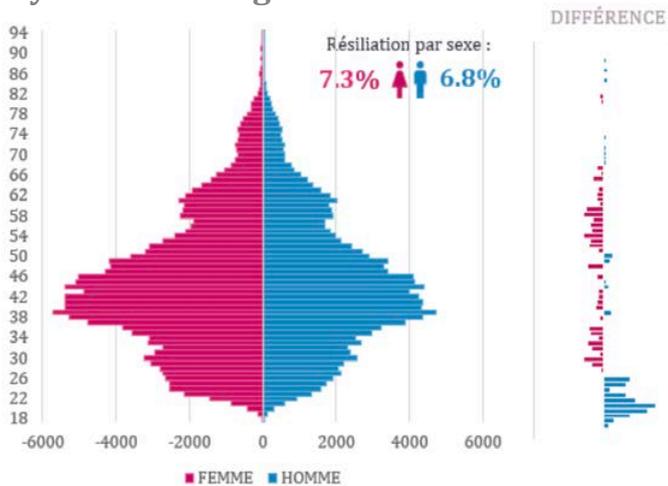
ÉTUDE DE CAS

En première étape, des synthèses descriptives et des analyses classiques sur la variable d'intérêt « résiliation » sont réalisées. De nouvelles variables et des indicateurs clés liés aux caractéristiques des contrats et des clients sont créés afin d'identifier les motifs de résiliation.

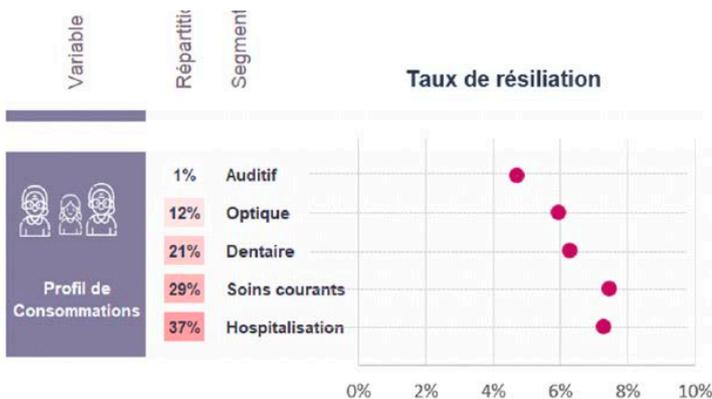
Le taux de résiliation global sur la période d'étude (2016 à 2019) est proche de 7%.

Le graphique suivant montre par sexe et âge la répartition de la population de notre exemple. Le portefeuille comprend davantage de femmes que d'hommes. Il est à noter que le taux de résiliation est de 7,3% pour les femmes et de 6,8% pour les hommes.

Pyramide des âges



Classiquement, les profils de consommation par grands postes ont été observés sur la période.

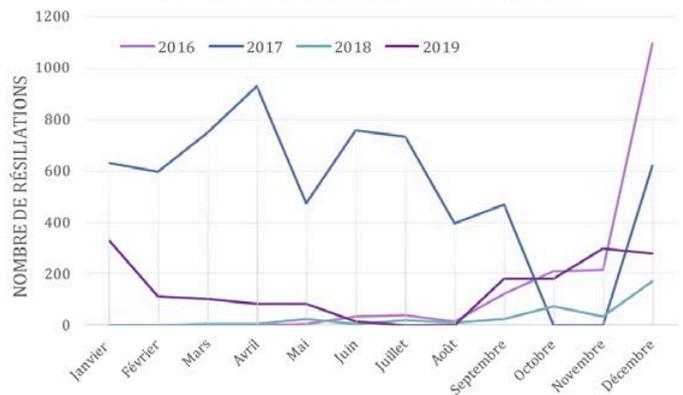


Dans le graphique précédent, les consommations sont concentrées sur les soins courants et l'hospitalisation. Ce profil est plutôt typique d'un portefeuille bas de gamme, avec toutefois un poste dentaire conséquent.

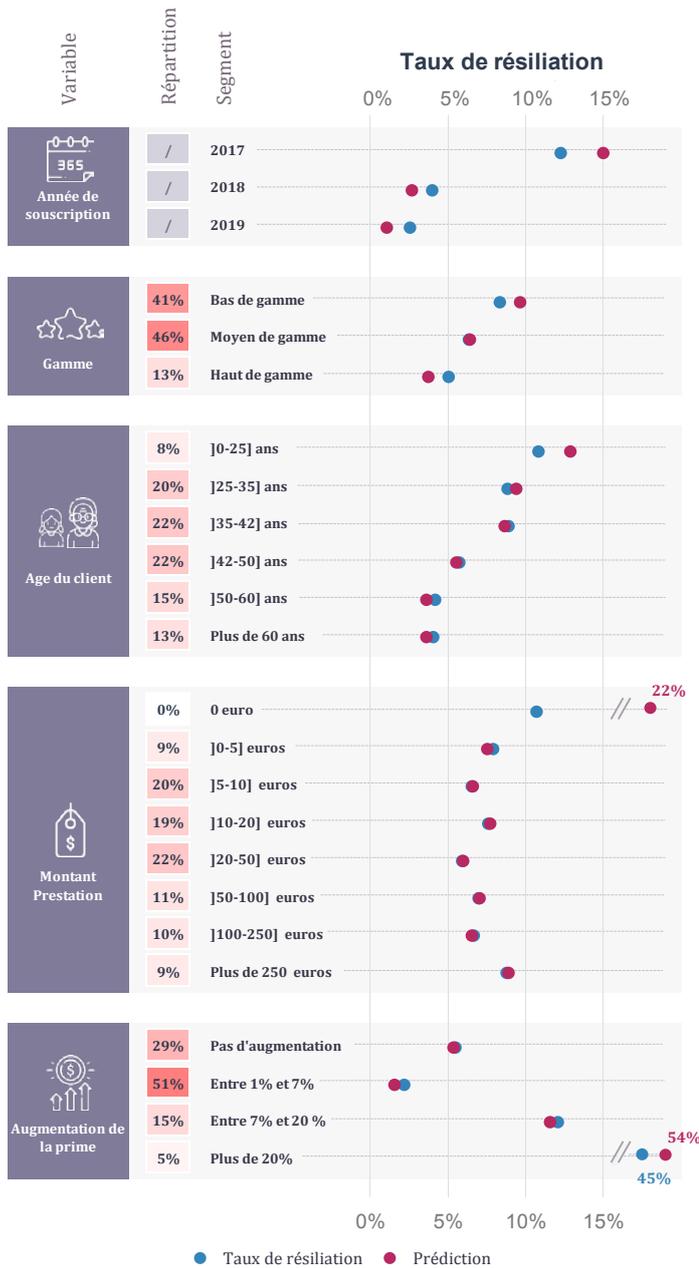
En première analyse, la consommation en optique ou dentaire sur la période observée n'accélère pas les chutes. Ce point est approfondi dans la phase de modélisation.

En ce qui concerne le rythme des chutes, le volume de résiliations mensuelles entre 2016 et 2019 montrent une année atypique et la présence d'une saisonnalité.

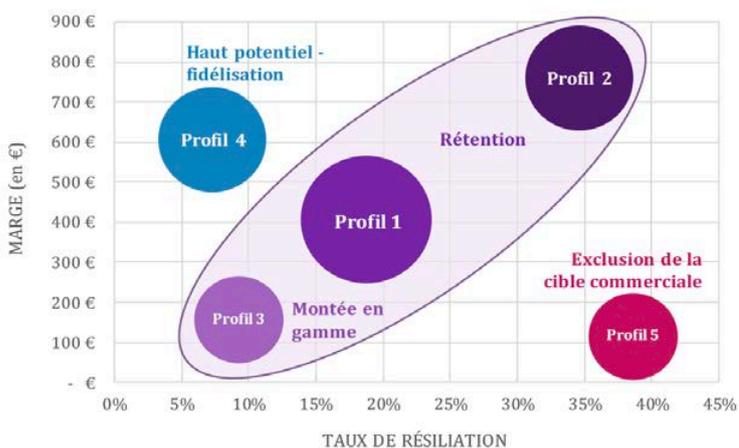
Volume des résiliations mensuelles



En deuxième étape, l'utilisation des techniques d'apprentissage supervisé permet de mieux comprendre le phénomène de résiliation. Ces techniques sont complétées par des méthodes de décorrélation. Plusieurs essais sont effectués afin de choisir un modèle performant en fonction de notre objectif : comme présenté dans l'infographie ci-après en sélectionnant certaines variables, le taux prédit (en rouge) est très proche du taux observé (en bleu).



Cartographie clients



Conformément à l'analyse du portefeuille, le taux de résiliation est très marqué pour les souscriptions 2017.

Un découpage des produits en 3 niveaux de gamme indique que le portefeuille est principalement concentré sur le bas et le moyen de gamme. L'analyse montre que le taux de résiliation décroît avec le niveau de gamme.

Concernant la répartition du portefeuille par âge, le portefeuille est plutôt jeune avec un âge moyen observé autour de 40 ans. Les résultats de l'analyse montrent une décroissance forte du taux de résiliation avec l'âge et une inertie à partir de 50 ans.

Le lien avec les dépenses de consommation est plus complexe, non linéaire, dans un portefeuille qui comprend très peu de non consommant.

Dans l'étude effectuée, l'une des causes de résiliation est l'augmentation des primes. Le taux de résiliation croît fortement lorsque l'augmentation de la prime dépasse 7%.

Dans la dernière étape, de nouveaux indicateurs sont créés et la cartographie du portefeuille est effectuée. La combinaison de modèles de résiliation avec des indicateurs de rentabilité permet d'optimiser le ciblage d'actions marketing et commerciales.

Dans cet exemple, une cartographie du portefeuille est réalisée selon le niveau de rentabilité (montant de marge) et le risque de résiliation. La segmentation obtenue permet notamment d'identifier :

- Les clients à « Haut Potentiel » (Profil 4) caractérisés par un faible taux de résiliation et une rentabilité élevée ;
- Les clients à retenir (Profil 2) caractérisés par une forte rentabilité mais un taux de résiliation très élevé.

Cette approche intégrée à une analyse de l'offre permet d'aboutir à des propositions d'actions marketing et commerciales ciblées et différenciantes. L'objectif est double : améliorer le couple Risque/Rentabilité du portefeuille et optimiser les ressources commerciales.



CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

LISIBILITÉ DES GARANTIES

Le 14 février 2019, le Ministère des Solidarités et de la Santé, les fédérations d'organismes complémentaires (CTIP, FFA et FNMF) et l'UNOCAM ont signé un engagement pour la **lisibilité des garanties de complémentaire santé à compter de 2020**.

Pour faciliter la comparaison entre différents contrats, cet engagement porte sur deux axes :

- **Proposer des intitulés harmonisés pour au moins 5 des principaux postes de garantie de chaque contrat** (hospitalisation, dentaire, optique, aides auditives et soins courants) et 5 autres grands postes de remboursements au choix ;
- **Proposer des exemples harmonisés de remboursements exprimés en euros** pour des actes courants ou ceux avec un reste à charge important.

CTIP • Centre Technique des Institutions de Prévoyance

FFA • Fédération Française de l'Assurance

FNMF • Fédération Nationale de la Mutualité Française

UNOCAM • Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire

Schéma des principaux postes de garanties



100% SANTÉ

La réforme 100% Santé, programmée entre 2019 et 2022, permet aux assurés d'accéder à des paniers de soins remboursés à 100% (Assurance Maladie + Organisme Complémentaire) pour 3 postes dont le niveau de reste à charge reste élevé : dentaire, optique et audiologie. Des actions de prévention sont prévues et un Comité de Suivi a été créé pour surveiller le bon déroulé de la réforme, les pratiques de prix notamment.

100% SANTE EN OPTIQUE

Deux paniers de soins seront proposés :

- Un panier 100% santé (classe A) avec une monture plafonnée à 30 €. Les verres compris dans ce panier répondent à des critères de qualité : amincissement, traitement anti-rayures et anti-reflet.
- Un panier avec des tarifs libres (classe B) où la base de remboursement des verres est réduite et le remboursement des montures par les contrats responsables est plafonné à 100 €.

Il est possible de composer un panier mixte entre les classes A et B.



2018-2019

- Nouvelle nomenclature d'actes
- Fixation d'un PLV pour les montures à 30€
- Mise en place d'un PLV à 10€ pour un examen de vue par l'opticien
- Baisse de 150€ à 100€ du plafond de remboursement de la monture (Contrat Responsable)

2020

- **Remboursement intégral du panier 100 % santé (AM+OC)**
- Revalorisation de la BR de la monture et des verres (panier 100% santé)
- Réduction de la BR à 0,05€ pour les montures et par verre (panier libre)

100% SANTE EN DENTAIRE

Trois paniers de soins sont proposés :

- Un panier sans reste à charge qui concerne les couronnes céramo-métalliques et bridge pour les dents du sourire notamment ;
- Un panier avec des tarifs maîtrisés (plafonnés) ;
- Un panier avec des tarifs libres



2019

- Création d'une BR à 10€ pour les couronnes transitoires
- Application d'un PLV sur certaines prothèses du panier 100% santé et du panier maîtrisé

2020

- **Remboursement intégral des couronnes et bridges du panier 100 % santé (AM+OC)**
- Revalorisation de la BR à 120€ pour les couronnes métalliques et céramo-métalliques du panier 100% santé et du panier maîtrisé
- Application d'un PLV sur les prothèses du panier 100% santé et du panier maîtrisé

2021

- Diminution du PLV de certaines prothèses
- **Ajout de prothèses dans le panier 100 % santé (AM+OC)**
- Ajout de bridges et inlay-onlay dans le panier maîtrisé

2022

- Diminution du PLV de certaines prothèses
- Ajout de prothèses dans le panier maîtrisé
- Revalorisation de la BR des couronnes du panier libre à 120€

100% SANTE EN AUDIOLOGIE

Deux paniers d'audioprothèses sont créés :

- Un panier sans reste à charge, avec plusieurs types d'appareils proposés (contour d'oreille, intra-auriculaire, écouteurs), une période d'essai de 30 jours incluse, ainsi que le suivi du patient et une garantie de 4 ans ;
- Un panier avec des tarifs libres, avec une prise en charge totale (AM + OC) plafonnée à 1 700 € par oreille.



2019

- Revalorisation de la BR de 200€ à 300€
- Application d'un PLV à 1 300€ (panier 100% santé)

2020

- Revalorisation de la BR de 300€ à 350€
- Application d'un PLV à 1 100€ (panier 100% santé)

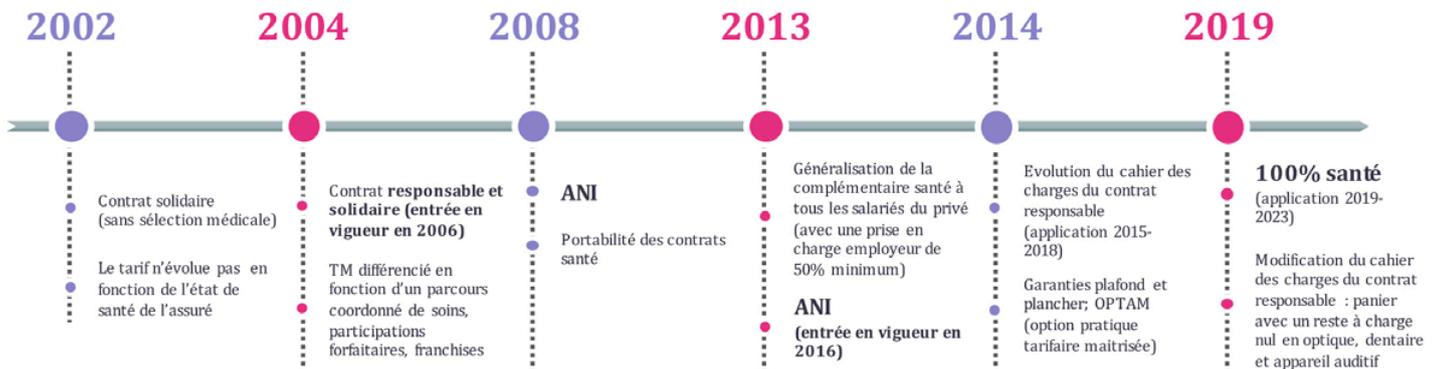
2021

- **Remboursement intégral du panier 100 % santé (AM+OC)**
- Revalorisation de la base de remboursement de 350€ à 400€
- Application d'un PLV à 950€ (panier 100% santé)
- **Limitation des remboursements AM+OC à 1700€ par oreille (panier libre)**

LES CONTRATS RESPONSABLES

Face au déficit chronique de la branche maladie, les réformes successives ont engagé depuis presque 20 ans un mouvement de responsabilisation des assurés et de transfert de dépenses vers les complémentaires. La responsabilisation s'opère aussi à travers la taxation différenciée des contrats (13.27% de taxe sur les conventions d'assurance versus 20.27% pour les contrats non responsables en 2019).

Evolution du contrat responsable et solidaire



CONCLUSION

La Loi Le Gendre qui permet la résiliation infra-annuelle des contrats d'assurance santé, risque d'augmenter la pression sur les prix et d'accélérer la volatilité des portefeuilles dans un marché déjà très concurrentiel.

Cette Loi peut perturber encore les équilibres techniques établis sur des portefeuilles récemment restructurés après l'ANI, qui a forcé la migration du risque santé des « actifs » en contrats individuels facultatifs, plutôt détenus par les mutuelles, vers les contrats collectifs obligatoires, aux mains des Institutions de Prévoyance.

La faculté de résilier à tout moment sans frais incite à l'utilisation opportuniste des garanties et à la recherche du meilleur prix, réduit la temporalité des contrats et complexifie les possibilités de mutualisation intergénérationnelle.

La Loi générera inévitablement des coûts de mise en conformité des gammes et des surcoûts opérationnels liés à la prise en compte dans le pilotage du risque : opérations de gestion pour les multiples nouveaux mouvements, opérations marketing et commerciales pour la captation et la rétention des clients.

Ainsi, l'effet prix espéré à la baisse ne sera peut-être pas au rendez-vous. D'autant que les impacts de cette Loi se combinent avec les effets attendus de la réforme 100% Santé, qui standardise l'offre d'assurance santé et génère des incertitudes sur les mouvements et les recompositions des portefeuilles, avec des résiliations possibles à la clé. L'effet volume est donc plus aléatoire.

Des interrogations fortes sur les comportements clients existent actuellement.

Comment va peser la faculté de résilier dans les négociations des contrats collectifs ? Les détenteurs de contrats individuels vont-ils changer de gamme chez le même assureur ? ou bien vont-ils comparer les prix et se repositionner sur le marché ? Cette option est d'ailleurs facilitée par les engagements récents de l'ensemble de la profession sur la lisibilité des garanties.

Un suivi très fin des écarts entre les modélisations et les réalisations est nécessaire dès à présent pour confirmer les impacts progressifs du 100% Santé mais aussi la vitesse des chutes.

Pression sur les prix et coûts accrus, mouvements intra-portefeuille et chutes incertaines : les porteurs de risque sont amenés à suivre de près leur rentabilité.

Faudra-t-il développer encore l'offre des surcomplémentaires, faudra-t-il ouvrir des niches haut de gamme non responsables ?

Des travaux complémentaires se profilent pour adapter l'offre complémentaire santé à la nouvelle demande qui se dessine aujourd'hui.

Ce besoin de suivi et d'adaptation se confirme d'autant plus dans la conjoncture de la crise sanitaire de 2020, avec potentiellement, des chutes liées aux faillites des entreprises et des prestations versées sans contrepartie en cotisations, même si globalement le marché attend une baisse de sinistralité avec un effet report mesuré au vu des contraintes de reprise d'activité des professionnels de santé, en optique et dentaire notamment.



FRÆRIS : VOTRE PARTENAIRE EN ACTUARIAT CONSEIL

Les équipes de FRÆRIS vous accompagnent pour tout ou partie des travaux nécessaires à la mise en place de la résiliation infra-annuelle au sein de vos portefeuilles Santé :

- **Accompagnement actuariel :**
 - Analyse des dérives des portefeuilles : sinistralité et marge
 - Mise en place de suivi du risque : infographies périodiques
 - Modélisations prospectives de la valeur client (connaissance client, segmentation, marché et offre produit)
 - Définition et mise en place des processus de pilotage
- **Pilotage de votre projet :** organisation, conduite et suivi du projet, animation des ateliers et management des équipes, mise en place d'un plan de surveillance ;
- **Assistance réglementaire :** analyse des textes de la Loi, mise en conformité des gammes, revue et mise à jour des documents contractuels.

QUI SOMMES NOUS ?

Fondée en 2013, le **Groupe FRÆRIS** est une société de conseil spécialisée en assurances structurée en **3 activités** associant leurs expertises métiers pour répondre à l'ensemble de vos besoins d'assistance et de conseil :



Actuarial & Expert : Inventaire multi-normes, Produits, Travaux prudentiels, DataScience



Projet & Transformation : Pilotage de projets stratégiques, Mise en place de la réglementation, Refonte et évolution des SI Métiers



Réglementaire & Conformité : Accompagnement des équipes, Mise en conformité des gammes de produits, Assistance dans le cadre de contentieux

Nous contacter :

+33 1 84 17 19 74
contact@fraeris.fr

Siège social :

32, rue de Caumartin
75009 PARIS