

Mutualisation Industrie Pharmaceutique

Rapport d'étonnement / Pistes d'évolutions



Freins...

à l'attractivité pour un nouvel acteur

Une architecture complexe, étagée...

- Les régimes, qu'ils couvrent des risques santé ou prévoyance, présentent plusieurs « étages » :
 - ▷ Un régime professionnel conventionnel (RPC) obligatoire
 - ▷ Un régime supplémentaire, les entreprises n'étant pas toutes obligées de le mettre en place
 - ▷ Des éventuels régimes complémentaires, bâtis sur-mesure, sur demande, le cas échéant, des entreprises affiliées.
 - ▷ Des surcomplémentaires individuelles, en santé, sur demande, le cas échéant, des salariés.

Extrait Réponse Agpis pour la santé :

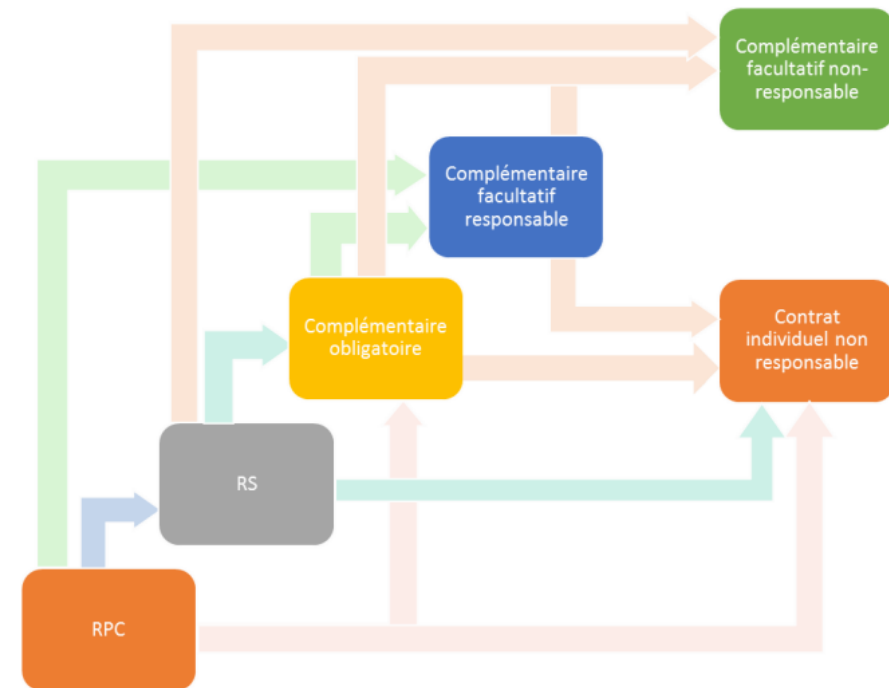


Illustration de la complexité des structures contractuelles possibles pour la branche

... impliquant des contraintes fortes pour un nouvel assureur

- Une offre commerciale à bâtir sur plusieurs niveaux, à titre obligatoire et facultatif
- Qui soit mise en place et gérée avec les exigences et précisions demandées dans le cahier des charges (guide de gestion)
- Avec un pilotage et une analyse au plus fin de chaque niveau,
 - dans le cadre du régime mutualisé, avec les restitutions souhaitées par le Comité Paritaire de Gestion,
 - mais aussi pour les régimes complémentaires et les surcomplémentaires, dont les résultats sont non mutualisés mais se doivent d'être équilibrés de façon pérenne.

NB : il n'est pas présenté dans le cahier des charges un état des lieux des contrats non mutualisés (volumes, résultats...) – les candidats ne peuvent savoir si les contrats sur-mesure sont nombreux, pour quantifier la charge.

Des exigences fortes autour de la délégation de gestion (1/2)

- La demande de délégation de gestion intervient à plusieurs niveaux :
 - Entre prévoyance et santé, il est précisé que le CPG peut demander à un des acteurs candidats de déléguer sa gestion au candidat sur l'autre risque.
 - Pour chaque entreprise affiliée, il est demandé aux acteurs de s'engager à accepter une mise en délégation de la gestion à des acteurs divers, non identifiés, dans le cahier des charges, que ce soit sur les adhésions en cours ou, a fortiori, pour les futures adhésions.

Des exigences fortes autour de la délégation de gestion (2/2)

- Depuis Solvabilité 2, et l'obligation portée sur les assureurs d'être responsables de l'ensemble des actions de leurs délégataires de gestion, la tendance du marché est à resserrer le nombre d'acteurs « homologués ». Certains assureurs, sur le marché, ne pourront s'engager sur une délégation « sans liste », puisqu'ils s'interdisent de travailler avec certains d'entre eux.
- De plus, si plusieurs délégataires de gestion sont intégrés dans le dispositif, les travaux de suivi et d'analyse seront multipliés par le nombre de délégataires, même si les volumes concernés sont faibles (information non communiquée dans le cahier des charges de la mise en concurrence).

Une action commerciale illusoire ?

avec un objectif de deux organismes recommandés

- Les organismes tenants actuels (un par risque) sont bien implantés dans la Branche, les entreprises ayant majoritairement rejoint la mutualisation.

- Une mise en concurrence présentant la possibilité de **recommander deux organismes par régime (santé / prévoyance)** laisse penser que :
 - Les tenants pourront être plus facilement conservés,
 - Les nouveaux venus ne pourront pas aller « chasser » sur le portefeuille constitué par les tenants, pourtant déjà important.

Une action commerciale nécessaire ?

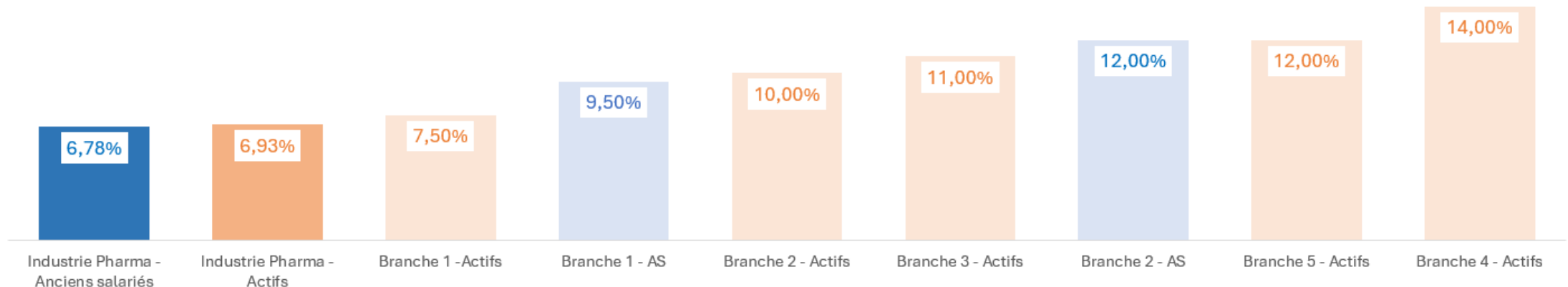
avec l'objectif d'un seul organisme recommandé

- Une mise en concurrence présentant la possibilité de **recommander un seul organisme par régime** permettrait aux assureurs candidats d'avoir en objectif un portefeuille assez conséquent.
 - La capacité de la Branche à faire rejoindre les nouveaux assureurs devra cependant être mise en avant.
 - Il ne faut pas, également, minimiser la volonté des actuels tenants à tout faire pour conserver leur portefeuille.

Les candidats s'attendent, dans ce cas, à devoir déployer des efforts commerciaux importants, avec, par conséquent, un besoin de frais importants.

Un niveau de chargements actuels très bas...

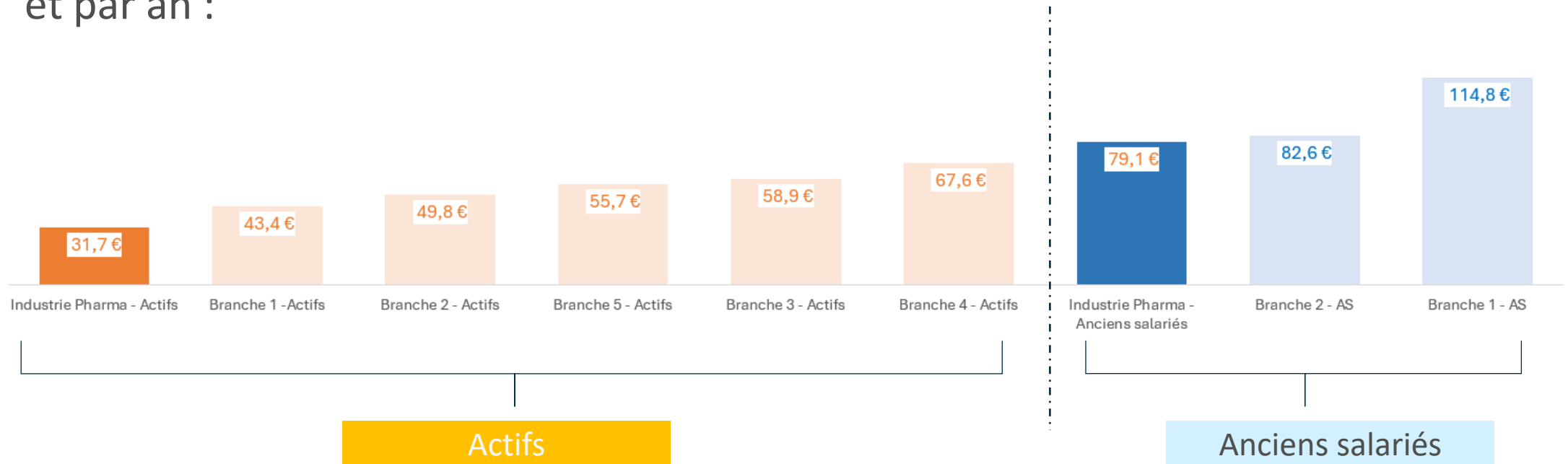
- Les niveaux actuels des chargements de gestion et d'assurance sont très faibles, et ce, même en comparaison de régimes à moindre déploiement commercial, de gestion ou technique.
- Que la comparaison se fasse sur les taux de frais moyens appliqués aux cotisations (benchmark pour la santé) :



AS = « anciens salariés »

...probablement insuffisants pour tout nouvel acteur

- Ou que la comparaison soit effectuée sur des montants en euros par bénéficiaire et par an :



- La marche est donc haute pour tout nouvel entrant, qui devra faire des investissements informatiques pour répondre aux exigences spécifiques et qui devra déployer des forces commerciales pour faire adhérer les entreprises.



Pistes...

pour une meilleure attractivité dans 5 ans ?

Rassurer les acteurs du marché sur la volonté de « mouvement »

- **Eviter de prévoir deux recommandés ou plus ?** => Avec deux recommandés ou plus, un nouvel acteur envisagera un développement réduit ou nul (aucun intérêt pour une entreprise déjà dans la mutualisation de changer d'assureur, d'autant plus vrai si le gestionnaire est identique quel que soit l'assureur).
- **Chercher un seul recommandé par régime ?** => Tout en rassurant les acteurs du marché sur la capacité de la Branche à « flécher » les adhérents vers le nouvel organisme.

Simplifier l'architecture

■ Pourquoi plusieurs régimes au-delà du régime conventionnel, si les garanties permettent d'apporter un taux de couverture satisfaisant ?

- Evaluer la pertinence de conserver un régime supplémentaire en deuxième strate :
 - le supprimer
 - l'intégrer dans le régime conventionnel
- Evaluer l'obligation de proposer des régimes complémentaires collectifs ou individuels, en complément des niveaux mutualisés :
 - Le niveau des régimes mutualisé n'est-il pas déjà suffisant ?
 - A défaut, y a-t-il quelques garanties à améliorer dès le régime conventionnel ?

NB : Cette réflexion a plus de sens pour le régime Frais de Santé que le régime Prévoyance (moins de complexité à compléter des garanties décès).

Simplifier l'architecture ?

■ A titre d'exemples, quelles garanties Santé pourraient intégrer le régime conventionnel ou être améliorées :

- ▷ **Implants dentaires** : présents dans le RS depuis début 2024. Ils sont souvent demandés par les assurés (pour un remboursement au moins partiel de la dépense) et peuvent justifier que des garanties aient été prises par ailleurs en complémentaires, antérieurement.
- ▷ **Médecine douce** : déjà présente, avec le même niveau en RPC et RS (30 € par séance, max 3 par an), elle pourrait être améliorée sur la valeur en séance pour limiter le reste à charge
- ▷ **Chambre particulière** : la garantie, tant dans le RPC que dans le RS, est faible mais force est de constater que la plupart des établissements hospitaliers savent faire des efforts pour adapter le tarif à la garantie. S'il s'avère qu'en pratique de nombreux bénéficiaires supportent un reste à charge, la garantie pourrait être améliorée pour approcher les 50 à 55 euros, sans nécessiter l'ajout d'une garantie par un régime complémentaire sur ce poste.

Il faut cependant veiller à ne pas, pour certains actes « inflationnistes », proposer un niveau de garantie trop élevé, qui n'aura aucun effet sur le reste à charge (exemple : optique) => quels actes sont aujourd'hui principalement renforcés dans les contrats complémentaires ?

Quelles autres pistes pour la simplification ?

■ Trouver des pistes de simplification dans la gestion

- △ L'existence d'un guide de gestion est un point positif pour le pilotage d'un régime et garantir l'égalité de traitement entre adhérents, notamment dans le cas d'un montage avec plusieurs gestionnaires.
- △ Cependant, l'attractivité pourrait être réduite si les conditions de gestion ou de paramétrage décrites imposent des développements spécifiques :
 - Prévoyance : y aura-t-il une évolution nécessaire des outils de gestion ou des procédures internes pour s'adapter aux conditions décrites (calcul de la prestation arrêt de travail, détermination des franchises)
 - Santé :
 - Solidarité intra-générationnelle : cotisation fonction du revenu de remplacement et de la cohorte
 - Solidarité inter-générationnelle : abondement fonction du revenu de remplacement

NB : ce point n'a cependant pas été mis en avant par les OA non-candidats.

Quelles autres pistes pour la simplification ?

■ Restreindre les contraintes sur la délégation ?

- Evaluer la pertinence (et l'efficacité) dans la conservation des délégations de gestion en cas de demande de certaines entreprises (= quel risque / quels enjeux à ne plus les avoir dans la mutualisation ?)