

**UCAHSS**

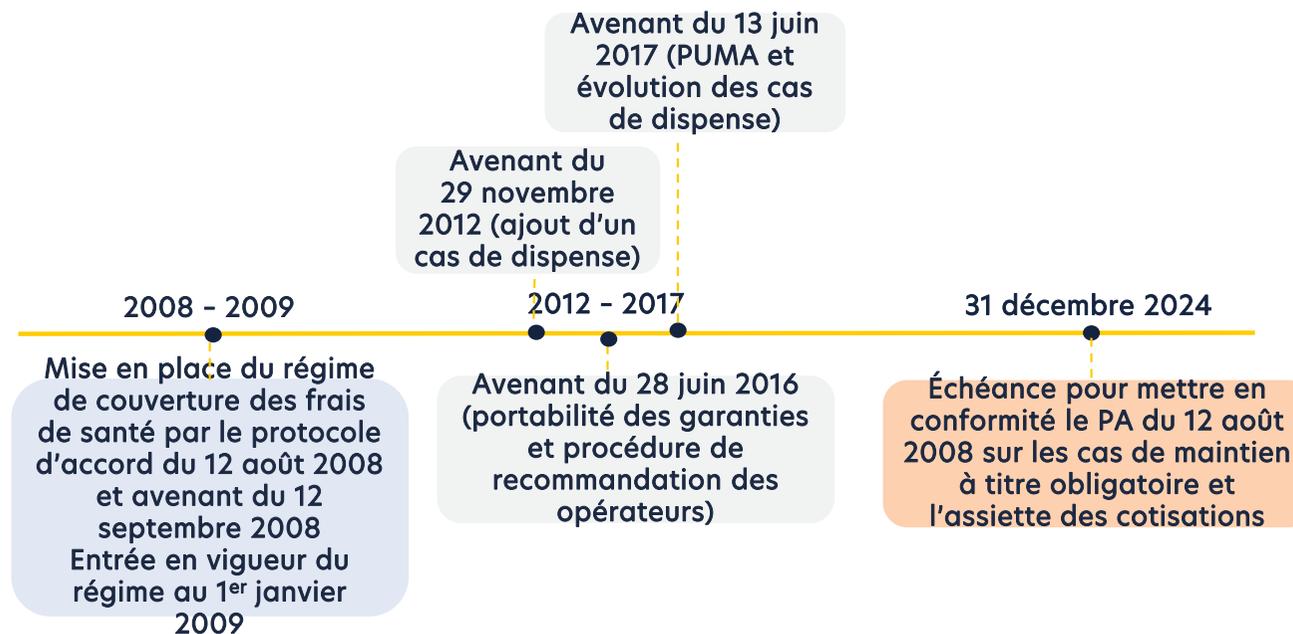
Au service des acteurs de la Sécurité sociale

# Négociation relative à l'évolution des paramètres du régime de couverture des frais de santé

RPN du 12 septembre 2023

# Rappel du cadre de la négociation - Textes conventionnels et trajectoire du régime de couverture des frais de santé

Le régime de couverture des frais de santé est prévu par le **Protocole d'accord du 12 août 2008**, conclu pour une **durée indéterminée**. En vertu de cet accord qui a fait l'objet de plusieurs avenants, les salariés bénéficient de garanties au titre de ce régime assurées par 3 opérateurs recommandés pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2026.



**La cotisation des actifs** est prise en charge à 50% par l'employeur. Elle est composée :

- d'une part forfaitaire exprimée en % du PMSS
- d'une part assise sur la rémunération

**La trajectoire financière du régime est déficitaire** (selon les comptes consolidés 2022, le ratio P/C est de 109,6% pour le régime des actifs et 106,5% pour le régime des anciens salariés).

Ainsi, les réserves du régime des actifs diminuent fortement pour s'établir à 23,4 millions d'euros (contre près de 36 millions à fin 2021) et les projections actuarielles pour 2023, 2024 et 2025 font état d'une forte dégradation avec des réserves quasi nulles à fin 2024 voire négatives en 2025 (presque -16 millions d'euros)

# Rappel du cadre de la négociation - Calendrier prévisionnel



Réunion de négociation	25 avril 2023
Réunion de négociation	9 mai 2023
Réunion de négociation	20 juin 2023
Réunion de négociation	12 septembre 2023
Réunion de négociation	26 septembre 2023 (option)

# 02

## **ÉTUDE D'UN MÉCANISME FINANCIER CROISÉ ENTRE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET LA PRÉVOYANCE**

SUITE ÉCHANGES RPN DU 20 JUIN 2023

Etude réalisée par le Cabinet d'avocats AVANTY, spécialisé notamment dans l'accompagnement des entreprises, des organismes assureurs et des branches sur les sujets liés à la protection sociale complémentaire.

# Sommaire

---



## 1. Réassurance

Principes généraux

Fonctionnement

Faisabilité juridique

## 2. Mutualisation

Principes généraux

Fonctionnement

Incidences en cas de mise en œuvre

Synthèse

## 3. Comparaison entre réassurance et mutualisation

**Réassurance**



# Principes généraux et fonctionnement



# Principes généraux

## Définition



La réassurance est l'activité qui consiste à **accepter des risques cédés** par un organisme assureur. En la matière, il convient donc de bien distinguer la « cession » de « l'acceptation » en réassurance.

Alinéa 1<sup>er</sup> de l'article L. 310-1-1 du Code des assurances

Renvoie pour les mutuelles : L. 111-1-1 du Code de la mutualité

Renvoi pour les institutions de prévoyance : L. 931-1-1 du Code de la sécurité sociale

### Absence de relation avec l'assuré

L'assuré n'a pas deux débiteurs, encore moins de débiteurs solidaires.

L'assureur direct est le seul contractuellement engagé à l'égard de l'assuré, il est le seul responsable vis-à-vis de lui.

### Relation entre l'assureur direct et le réassureur

La relation entre cédante (l'assureur) et le cessionnaire (le réassureur) est un partenariat économique et financier.

La réassurance prend la forme d'un traité conclu entre l'assureur et le réassureur lequel détermine ce qui est réassuré, et les modalités d'une telle réassurance.



**Cession (dite verticale)** : opération par laquelle l'assureur cède ses risques au réassureur.

**Acceptation** : opération par laquelle le réassureur accepte le risque.

**Distinguer la réassurance de la « coassurance ».**

# Principes généraux

## Droit applicable



- Les traités de réassurance sont **soumis au droit commun des contrats**. Cependant, la réassurance est soumise à certaines dispositions spécifiques du livre III du code des assurances (les entreprises) (art. L. 111-1 du Code).
- La réassurance est également régie par la directive européenne n° 2009/138/CE dite « **Solvabilité 2** » qui instaure un cadre législatif et réglementaire.
- Ainsi, les IP qui ont rempli pendant 3 exercices consécutifs l'une des conditions visées par l'article L. 931-6 du CSS (dépassement d'un seuil d'encaissement de primes) sont soumises aux dispositions de Solvabilité II relatives au système de gouvernance et au régime prudentiel et financier. La prise en compte de la réassurance concerne l'exigence minimale de marge de solvabilité, le dispositif de contrôle interne, *etc.*

# Principes généraux

## Effets (et pratiques observées)



- **Alléger les besoins de trésorerie** de l'assureur grâce au **partage du poids des sinistres** avec le réassureur
- **Homogénéiser la communauté de risque** en prévoyant une couverture des écarts de sinistralité
- **Protéger les finances de l'assureur** face à certains risques de pointes, industriels, ou technologique (exemple du risque nucléaire)
- **Lisser les écarts de sinistralité** ou de statistiques d'un portefeuille déterminé en compensant les pertes exceptionnelles d'une année sur un type de produits déterminés, voire sur l'ensemble d'une branche
- **D'après les pratiques observées**, ce mécanisme est peu fréquent pour le risque frais de santé (dans la mesure où il fluctue peu et ne nécessite donc pas d'être réassuré en principe). Quand il existe, il tient la plupart du temps au fait que l'assureur prend en charge une nouvelle activité pour laquelle il n'a pas l'expérience suffisante pour « maîtriser » le risque ou dans les branches avec une sinistralité très variable mais à rétablissement rapide.

# Fonctionnement

## Modes de réassurance

---



**Réassurance facultative** : l'assureur décide ou non de céder une part de risque ; le réassureur accepte ou refuse.

**Réassurance facultative/obligatoire** : l'assureur décide ou non de céder une part de risque ; le réassureur est obligé d'accepter.

**Réassurance obligatoire** : l'assureur est obligé de céder une part de risque ; le réassureur est obligé de l'accepter.

### **Pour les prestations :**

Quelle que soit la forme de la réassurance, l'organisme assureur direct reste seul à assurer la liquidation des prestations, y compris pour la part réassurée du régime.

### **Sur les cotisations:**

Quelle que soit la forme de la réassurance, le réassureur perçoit une prime « cédée » en contrepartie des risques cédés.

# Fonctionnement

## Formes de réassurance

---

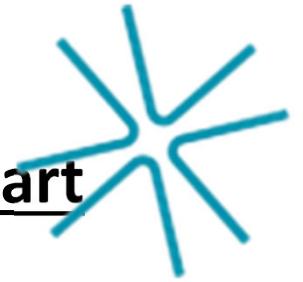


**Réassurance proportionnelle** : Le réassureur prend en charge une partie du risque moyennant une proportion identique de cotisations afférentes aux risques couverts.

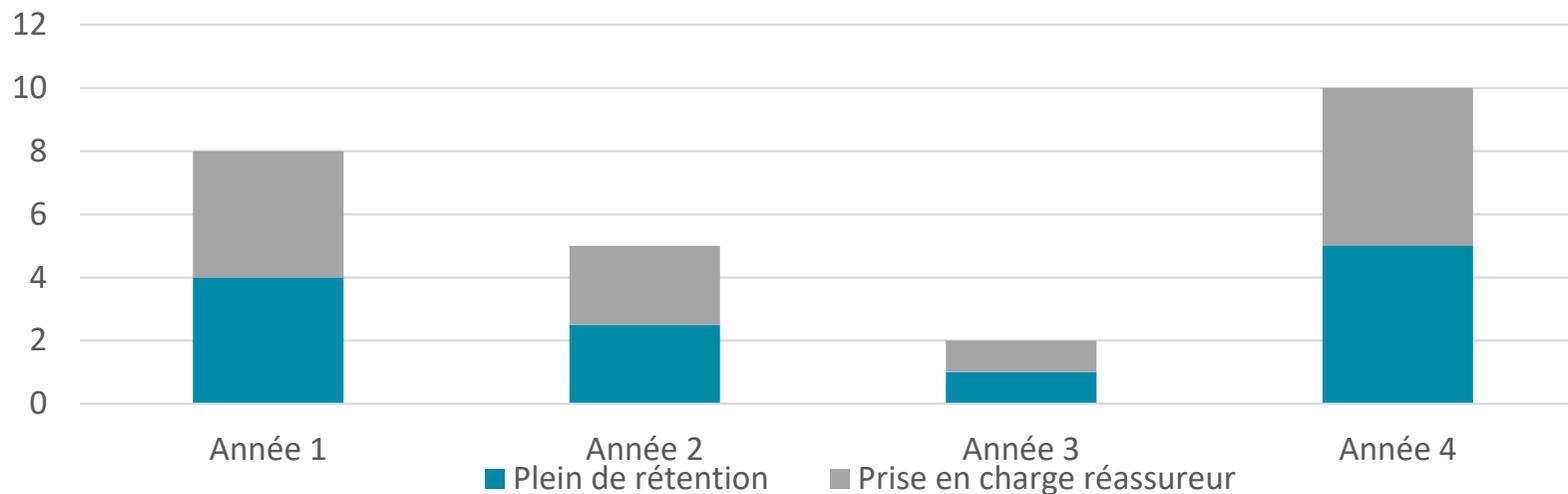
- **Réassurance en quote-part** : La cédante cède au réassureur un pourcentage des primes et des risques.
- **Réassurance en excédent de plein** : La cédante détermine la somme qu'elle veut conserver pour chaque risque et cède en réassurance l'excédent de plein (= différence entre la somme souscrite et la somme conservée).

# Fonctionnement

## Formes de réassurance: exemple réassurance en quote-part



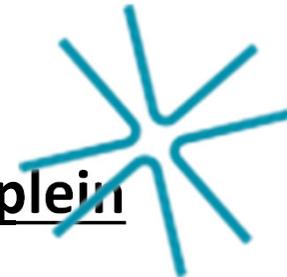
Exemple d'un traité sur plusieurs années prévoyant la prise en charge de 50% des risques par le réassureur d'un portefeuille ayant un plein de souscription de 10 millions



- La capacité maximale du traité proportionnel quote-part est de 5 millions, le plein de rétention à charge de l'assureur de 5 millions
- Les primes sont prélevées en proportion des risques couverts par le réassureur
- Pour l'année 4, si l'ensemble du risque est assuré contre une prime de 100 000, 50 000 sont reversés au réassureur

# Fonctionnement

## Formes de réassurance: exemple réassurance en excédent de plein



Exemple d'un excédent de plein à 10 millions d'euros pris en charge à 50% les deux premières années puis à 30% les deux dernières années

**La première année** : le montant total des sinistres des risques réassurés est de 14 millions.

- L'assureur couvre les 10 millions formant le plein de rétention, le réassureur couvre 50% du risque dépassant ce montant soit 2 millions
- Une partie des primes couvrant le risque est versée au réassureur

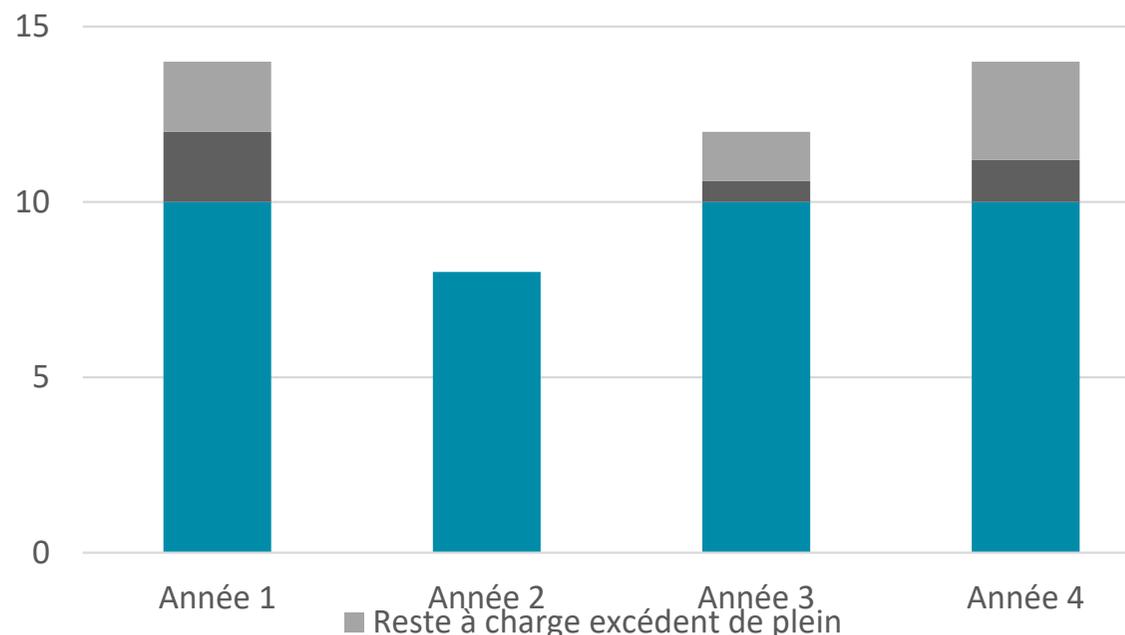
**La deuxième année** : l'excédent de plein n'est pas atteint le réassureur ne doit pas sa garantie.

**La troisième année** : l'excédent de plein est dépassé de 2 millions avec un traité prévoyant une cession de 30% du risque

Le réassureur couvre 600 000 euros sur les 2 millions de l'excédent de plein moyennant une proportion équivalente des primes prélevées par l'assureur

**La quatrième année** : l'excédent de plein est dépassé de 4 millions avec un traité prévoyant une cession de 30% du risque

Le réassureur couvre 1 200 000 sur les 4 millions de l'excédent de plein moyennant une proportion équivalente des primes prélevées par l'assureur



# Fonctionnement

## Formes de réassurance



**Réassurance non proportionnelle : Il n’y a pas de proportionnalité entre la part des cotisations cédée au réassureur et la part des sinistres à la charge du réassureur**

- **Réassurance en excédent de sinistres (« excess loss »)** : Le réassureur n’intervient que pour les sinistres qui dépassent un certain montant prévu au traité. La partie conservée par la cédante s’appelle la priorité. Le réassureur ne va prendre qu’une partie du sinistre au-delà de la priorité qu’il appelle la portée. Le réassureur ne prend à sa charge que les montants des sinistres supérieurs à la priorité, dans la limite de la portée. Il peut se rencontrer en décès ou invalidité.

**Visé à se protéger contre la survenue de sinistres importants.**

*Par exemple, un assureur automobile pourra décider de garder à sa charge la totalité des sinistres inférieurs ou égaux à 200 000 €, mais de réassurer en excédant de sinistre la part des sinistres individuels excédant 1 000 000 €.*

- **Réassurance en excédent de pertes (« stop loss »)** : La cédante se protège contre un risque excessif de sinistralité, mesurée par le rapport entre les primes et les sinistres (totalité des sinistres durant une période déterminée). La cédante cherche à se prémunir contre les mauvais résultats, en s’attaquant non plus aux montants des sinistres, mais aux résultats eux-mêmes.

**Visé à se protéger des résultats d’une mauvaise année.**

*Par exemple, il peut être convenu que moyennant une prime fixée dans le traité, le réassureur prend à sa charge 95 % de tous les sinistres qui seraient enregistrés par l’assureur en cas de dépassement du rapport S/P de 90 %.*

**Faisabilité juridique  
d'une réassurance par la CAPSSA**

**1.2**

# Faisabilité juridique

## Conditions ou exigences minimales



Une institution de prévoyance peut couvrir les risques liés à la maladie en tant qu'organisme assureur et/ou accepter ces mêmes risques en réassurance

### L'acceptation en réassurance par une IP

Il est permis à une institution de prévoyance comme la CAPSSA d'accepter en réassurance des régimes frais de santé et/ou de prévoyance (art. L. 931-1 et L. 931-1-1 du CSS).

### L'agrément doit permettre de couvrir les risques réassurés

L'opération en réassurance n'est pas soumise à un agrément particulier (sauf si la réassurance est une activité exclusive de l'IP). Mais l'IP doit être agréée pour les risques qu'elle entend porter en réassurance (CSS. art. L. 931-4). Pour être réassureur en frais de santé, il est nécessaire d'être agréé en branche 2 « maladie ». **Agrément détenu par la CAPSSA à vérifier.**

### Contraintes pour une IP vis-à-vis de Solvabilité II

Les IP qui ont rempli pendant 3 exercices consécutifs l'une des conditions visées par l'article L. 931-6 du CSS (dépassement d'un seuil d'encaissement de primes) sont soumises aux dispositions de Solvabilité II relatives au système de gouvernance et au régime prudentiel et financier. La prise en compte de la réassurance concerne l'exigence minimale de marge de solvabilité, le dispositif de contrôle interne, etc. **Impact potentiel sur la marge de solvabilité.**

# Faisabilité juridique

## Incidences en cas de mise en œuvre d'une réassurance



### Modification des statuts de la CAPSSA, ces derniers n'étant pas adaptés en l'état :

En effet, les statuts de la CAPSSA montrent que la Caisse est chargée du régime de prévoyance de la branche de la sécurité sociale, mais ils n'envisagent pas l'hypothèse d'une couverture en matière de frais de santé. Par ailleurs, s'agissant de la réassurance, ils n'envisagent pas l'acceptation.

Seule la cession en réassurance est envisagée par les statuts de la CAPSSA.

Il conviendrait donc de **modifier les statuts de la CAPSSA** de sorte que sa nature juridique (**art. 1**), son objet (**art. 4**) et ses ressources (**art. 19**) lui permettent d'accepter (et non pas céder) des risques frais de santé en réassurance. Comme le prévoient les statuts, cette modification devra être formalisée dans un avenant à l'accord qui a constitué la CAPSSA (**art. 24**).

# Faisabilité juridique

## Incidences en cas de mise en œuvre d'une réassurance



### Encadrement de l'opération par un formalisme :

#### - Au niveau de la branche :

-> un accord collectif de travail de sorte à recueillir l'accord des salariés.

-> une révision du cahier des charges et de gestion qui est établi et validé par la Commission Paritaire de Pilotage (CPP) du régime frais de santé, pour permettre à la CAPSSA d'accepter la réassurance.

Le protocole d'accord du 12 août 2008 et ses avenants n'ont pas besoin d'être modifiés, puisque le cadre de la réassurance est fixé par le cahier des charges et de gestion du régime.

#### - Au niveau des opérateurs recommandés :

Résiliation et conclusion de nouveaux traités de réassurance et de rétrocession en respectant la procédure adéquate. Ces traités résultent en grande partie de la négociation contractuelle.

### Evolution des marges de solvabilité sous l'effet des normes prudentielles et financières (Solvabilité II)

# Faisabilité juridique

## Synthèse

---



Une institution de prévoyance agréée pour couvrir des risques liés à la « maladie » peut juridiquement accepter ces mêmes risques en réassurance, sous réserve de la double question des branches d'agrément et de la capacité statutaire.

Une telle opération de réassurance est donc envisageable juridiquement pour la CAPSSA, mais elle doit être encadrée par un certain formalisme et, notamment, une modification de ses statuts afin de prévoir que la Caisse puisse explicitement accepter en réassurance les risques présentés par les organismes recommandés du régime conventionnel frais de santé. Elle peut aussi présenter des contraintes vis-à-vis de la réglementation Solvabilité II.

**Mutualisation**



# Principes généraux



- \* La mutualisation désigne tout **mécanisme permettant d'utiliser les cotisations au titre d'un contrat d'assurance pour financer les prestations dues au titre d'un autre**. Elle n'a pas d'encadrement légal (→ elle n'est donc pas interdite) et relève entièrement de la liberté contractuelle des organismes assureurs concernés.
- \* Cette opération peut concerner **indistinctement des contrats de frais de santé ou de prévoyance** (→ sous réserve des conséquences fiscales) et les parties peuvent choisir les contrats concernés (→ par exemple, un transfert à destination des contrats des **seuls salariés actifs**).



- \* La mutualisation peut porter sur des excédents constatés à la clôture de l'exercice ou sur les excédents déjà « mis en réserve ».
- \* Ainsi, elle peut consister (→ méthodes non exclusives pouvant être combinées) :
  - À utiliser le **solde créditeur** d'un contrat d'assurance pour compenser en tout ou partie le solde débiteur d'un autre contrat.

Les parties établissent une forme de « compte de résultats unique » commun à tous les contrats concernés. Cette mutualisation entraîne chaque année une compensation automatique (totale ou partielle) des déficits constatés au titre d'un ou plusieurs contrats par les excédents générés par l'un ou plusieurs des autres contrats.

L'**avantage** de cette méthode est de pouvoir conserver une réserve préconstituée (lesquelles sont fondamentales en prévoyance pour pouvoir faire face aux fluctuations de sinistralité).

Son **inconvénient** est que les excédents annuels ne sont par définition jamais certains et que leur montant est par hypothèse plus faible que celui d'une réserve alimentée par les excédents de plusieurs années antérieures.



- Et/ou à utiliser des **excédents** d'années antérieures déjà contractuellement mis en réserve au titre d'un contrat d'assurance (→ dans le cadre d'un « compte de résultats », d'un « protocole technique et financier », d'une « convention financière », *etc.*) afin de compenser les déficits éventuellement constatés à la clôture de l'exercice par un ou plusieurs autres contrats d'assurance.

L'**avantage** de cette méthode est que les réserves sont le plus souvent d'un montant supérieur aux excédents constatés chaque année et que la compensation peut donc être plus importante.

L'**inconvenient** est que l'utilisation trop importante des réserves peut remettre en cause l'équilibre financier à long terme du contrat (en particulier en matière de prévoyance).

# Incidence en cas de mise en œuvre Contractualisation

---



- \* Ce mécanisme repose sur l'accord des organismes assureurs concernés et doit être **organisé contractuellement**. Les parties disposent d'une grande liberté pour organiser ces transferts financiers sur la forme comme sur le fond.
- \* La rédaction concernant notamment la durée de la mutualisation, les montants concernés, les modalités d'échange d'information et de transferts financiers est essentielle pour éviter les divergences d'interprétation et assurer le bon fonctionnement du schéma retenu.

# Incidence en cas de mise en œuvre

## Place des salariés

---



- \* Les excédents constituent initialement un avantage attribué aux salariés. Leur utilisation doit donc **être approuvée** par ces derniers.
- \* Dans le cadre de régimes de protection sociale complémentaire de branche, cet accord est généralement matérialisé par la **signature des organisations syndicales représentatives des salariés au niveau de la branche** (national).

# Incidence en cas de mise en œuvre

## Aspects fiscaux

---



- \* Le financement des contrats d'assurance collective de prévoyance est, sous certaines conditions généralement remplies par les contrats souscrits par des employeurs au profit de leurs salariés, **exonéré de TSCA**.
- \* Celui des contrats d'assurance de frais de santé est également exonéré de TSCA, mais il est **soumis à la TSA et à la « contribution patientèle »**, recouvrées par l'URSSAF ÎLE-DE-FRANCE, au taux global de droit commun de 14,07 %.
- \* C'est pourquoi, lorsque des sommes issues du financement d'un contrat de prévoyance sont utilisées pour financer des prestations de frais de santé, **les sommes nettes transférées sont diminuées de 14,07 %**, correspondant au différentiel de taux global des contributions dues sur le financement des contrats de frais de santé. Ces taxes sont déclarées et réglées par les organismes assureurs concernés.
- \* Les organismes assureurs doivent également prendre en compte les sommes transférées au titre du calcul de leur résultat imposable à l'impôt sur les sociétés.



- \* La mutualisation est la seule façon de transférer directement des sommes entre organismes assureurs pour les besoins de financement de contrats d'assurance.
- \* En l'espèce, les réserves ou excédents générés par le contrat d'assurance de prévoyance souscrit auprès de la CAPSSA peuvent être transférés vers les organismes assureurs auprès desquels sont souscrits les contrats d'assurance de frais de santé d'un commun accord des parties.
- \* Les sommes nettes transférées seront diminuées de 14,07 %, correspondant au différentiel de taux global des contributions dues sur le financement des contrats de frais de santé.
- \* Les excédents constituent initialement un avantage attribué aux salariés. Leur utilisation doit donc être approuvée par ces derniers via les organisations syndicales représentatives au niveau de la branche.

# **Comparaison entre réassurance et mutualisation**



# Comparaison avec la réassurance



- \* Ce mécanisme n'implique pas qu'un des organismes assureurs agisse en tant que réassureur : la mutualisation et la réassurance sont deux **mécanismes autonomes et distincts**.
- \* Contrairement à la réassurance, la mutualisation ne nécessite **pas d'agrément ou d'autorisation particulière ni de modification statutaire**.
- \* Elle est, à l'inverse, purement contractuelle : les parties décident de son niveau, de sa durée, *etc.* (→ elle peut donc en théorie être **interrompue à tout moment** si les parties le prévoient). Elle peut donc apparaître comme plus souple et moins contraignante.
- \* Plus globalement, la mutualisation est surtout la seule façon de **transférer directement** des sommes entre organismes assureurs pour les besoins de financement de contrats d'assurance (→ les effets de la réassurance sur le financement sont indirects).

# Comparaison avec la réassurance



- \* En revanche, contrairement à la réassurance, la mutualisation suppose :
  - L'**accord des salariés** ayant contribué aux excédents ayant vocation à être transférés (→ cf. slide 26).
  - Une **diminution des sommes transférées** au vu de la fiscalité applicable (→ en effet, l'affectation de réserves ou d'excédents d'un contrat de prévoyance à des contrats de frais de santé suppose un prélèvement global au taux de 14,07 % sur les sommes affectées, cf. slide 27).

**Compte tenu des contraintes inhérentes à la réassurance et de la finalité recherchée, à savoir un mécanisme pertinent de financement croisé « prévoyance / frais de santé », nous recommandons plutôt de privilégier la voie de la mutualisation.**



**03**

# **ORIENTATIONS**

SUITE ECHANGES RPN DES 25 AVRIL, 9 MAI, 20 JUIN 2023

# **Orientations (1/3) - Rééquilibrage du régime frais de santé des actifs**

<b>Proposition d'évolution de l'employeur</b>	<b>Modalité envisagée</b>
<b>Hausse des cotisations pour les actifs de 2% au 1<sup>er</sup> décembre 2023</b>	<b>Introduction d'une disposition dans le Chapitre III relatif à l'évolution du régime des salariés du PA du 12 août 2008</b>
<b>Faculté pour la CPP d'aller au-delà d'une évolution annuelle de +/- 2% des cotisations et +/- 10% des prestations (famille d'actes) en cas de déséquilibre constaté du régime nécessitant de dépasser ces limites fixées par l'article 9 du protocole d'accord</b>	<b>Modification de l'article 9 du PA du 12 août 2008 relatif à l'évolution du régime des salariés</b>

## **Orientations (2/3) - Mise en conformité de certaines dispositions du PA du 12 août 2008**

<b>Proposition d'évolution de l'employeur</b>	<b>Modalité envisagée</b>
<p><b>Extension des cas de suspension du contrat de travail pour lesquels l'adhésion doit être maintenue et évolution de l'assiette des cotisations conformément à l'instruction interministérielle du 17 juin 2021 (dispositions reprises dans le BOSS) :</b> conditionne le maintien du traitement social du financement patronal à l'ajout exprès dans les accords, <u>avant le 31 décembre 2024</u>, des nouveaux cas de suspension du contrat de travail pour lesquels l'adhésion doit être maintenue et assiette à préciser selon les cas.</p>	<p><b>Modification de l'article 3.11</b> relatif à la suspension du contrat de travail <b>et de l'article 5.1</b> relatif à l'assiette des cotisations</p>
<p><b>Assouplissement des modalités d'appréciation de la dispense d'adhésion pour les salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayant droit, d'une autre couverture complémentaire santé collective sous l'effet de l'arrêt de la Cour de cassation du 7 juin 2023 :</b> disparition de l'exigence de justification pour ces salariés d'être affiliés à titre obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, à un autre régime collectif et obligatoire frais de santé.</p>	<p><b>Modification de l'article 3.12</b> relatif à la dispense d'adhésion</p>

# Orientations (3/3) - Mise en conformité de certaines dispositions du PA du 12 août 2008

Proposition d'évolution de l'employeur	Modalité envisagée
<p><b>Actualisations terminologiques liées à des évolutions légales</b></p>	<p><b>Modification de l'article 3.12</b> relatif à la dispense d'adhésion et de l'article 3.2 concernant l'ayant droit à titre obligatoire pour remplacer les références à l' « ACS » et à la « couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) » par une référence à la « complémentaire santé solidaire (CSS) ».</p> <p><b>Modification de l'article 4</b> relatif aux garanties pour préciser que le régime est conforme au cahier des charges des contrats solidaires et responsables tel que prévu par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application (notamment articles R. 871-1 et -2 du même code).</p> <p><b>Modification des articles 10, 16.3, 18 et 19</b> relatifs au degré de solidarité du régime pour remplacer les termes « Haut degré de solidarité » par « degré élevé de solidarité » en cohérence avec les termes du Code de la sécurité sociale.</p>
<p><b>Révision de certains termes en opportunité et modification de certaines formulations pour une meilleure lisibilité et clarté</b></p>	<p><b>Modification de l'article 3.1</b> relatif aux salariés bénéficiaires : Substituer une référence au champ d'application visé par l'article 1 au lieu d'une référence « à l'ensemble des salariés des organismes du régime général de Sécurité sociale et de leurs établissements ».</p> <p><b>Modification de l'article 11.2</b> relatif au régime des anciens salariés : supprimer la référence à l'allocation de l'Agepret dans la mesure où elle a disparu et qu'il n'existe plus de salariés bénéficiaires.</p>