

Avec les bonnes données, les branches peuvent négocier "d'égal à égal" leur risque santé avec l'assureur (Actense)

Par Grégoire Faney

"Celui qui maîtrise le risque, c'est celui qui est assis sur les données", analyse François Lusson, actuaire et directeur général du cabinet de conseil Actense, à l'occasion d'une matinée d'analyse sur le pilotage des régimes de santé. Plaidant pour une amélioration de ce pilotage, les experts d'Actense s'emploient à démontrer l'avantage pour les branches et entreprises de se faire accompagner pour récupérer puis analyser les données transmises par le gestionnaire de régime. En plus de leur offrir la capacité à anticiper les évolutions de leur propre régime santé, notamment lors de choix d'évolutions de garanties, cette connaissance ouvre la voie à une négociation "d'égal à égal" avec l'assureur.

En interprétant finalement les données transmises par le gestionnaire du régime couverture complémentaire santé, les CPS (commissions paritaires de suivi) peuvent améliorer le pilotage de ce régime, anticiper les éventuels dérapages, et négocier "d'égal à égal", et en connaissance de cause, avec l'assureur, quand un rééquilibrage du régime s'avère nécessaire. C'est le point principal de la démonstration opérée ce jeudi 10 mars par François Lusson, actuaire associé et directeur général d'Actense, et Guy Le Goff, consultant pour ce cabinet, qui accompagne et conseille une dizaine de branches professionnelles et une cinquantaine d'entreprises.

MAÎTRISER ET PRÉVOIR SON PROPRE RISQUE SANTÉ

"Celui qui maîtrise le risque, c'est celui qui est assis sur les données de santé", affirme François Lusson, qui estime qu'avec l'analyse fine -"ligne par ligne"- des données transmises par le gestionnaire de régime, "le régime santé est complètement pilotable et même infiniment prédictible". Si les partenaires sociaux s'investissent même suffisamment, avec les bons conseils, "le souscripteur connaît même mieux son risque que le preneur de risque", à savoir l'assureur du régime.

Les trois piliers "ACP" d'analyse

Pour comprendre les évolutions d'un régime, trois types de fichiers de données doivent être transmis de manière normée par le gestionnaire du régime : les fichiers d'affiliations/radiations, les fichiers de cotisations et ceux de prestations. Le croisement de ces fichiers permet de construire des tableaux de bord de suivi du régime à partir d'indicateurs clés, tels que le ratio sinistre sur prime (S/P).

Les spécialistes du cabinet Actense affirment en effet qu'avec la connaissance fine des données de certains fichiers (voir ci-contre), croisés sous forme de tableau de bord, les CPS - accompagnées dans cette tâche par "un conseil entendu et crédible" - peuvent anticiper l'évolution de la consommation de soins de santé, pour peu que la taille de la branche/entreprise soit suffisamment significative pour permettre d'appliquer la loi des grands nombres.

Selon François Lusson et Guy Le Goff, une fois les données analysées, les CPS peuvent notamment expliquer les "interférences des paramètres et caractéristiques d'un régime", telles que l'introduction d'une surcomplémentaire santé par exemple, et son impact sur l'équilibre du régime. Il est ainsi possible théoriquement d'analyser, dans le cas de surcomplémentaire, le ratio sinistre sur prime de chaque tranche, et voir ainsi quel public contribue éventuellement plus, par ses cotisations, à l'équilibre général du régime - une analyse que tous les assureurs/gestionnaires ne seraient pas capables de faire, selon le cabinet Actense.

Ces données permettent aussi de "justifier les prévisionnels et leur déformation", et de "caractériser le régime par des lois de consommation". Il est ainsi possible pour les partenaires sociaux d'anticiper l'effet qu'aura, sur l'équilibre du régime, une baisse ou une hausse d'une garantie - permettant ainsi un dialogue social plus objectif. Les partenaires sociaux pourraient ainsi répondre à la plupart des questions qu'ils se posent (voir encadré en fin de dépêche) sans s'en remettre de manière absolue aux affirmations de l'assureur pour comprendre l'évolution de leur propre régime. S'ouvre ainsi la possibilité de "négocier d'égal à égal" avec l'assureur, selon le cabinet Actense, et de poser avec lui, à partir de faits objectifs, un même diagnostic quand des mesures doivent être prises pour équilibrer un régime.

ÉVITER LES PHÉNOMÈNES DE SUR-TARIFICATION

Les deux représentants du cabinet de conseil donnent également des éléments qui peuvent inciter à négocier "d'égal à égal" avec l'assureur. Guy Le Goff évoque tout d'abord le risque de sur-tarification de la part de l'assureur et prend pour exemple le phénomène en 2014 de sur-tarification du coût de la portabilité de la couverture santé de 9 à 12 mois lors des sorties d'entreprise (mesure prévue par l'ANI de janvier 2013). Alors que le coût réel s'échelonnait entre 2 et 3 % des cotisations, selon toujours les estimations d'Actense, ce coût a été tarifé en moyenne entre + 6 et + 7 %, engendrant une marge qui, faute d'accord de participation aux bénéficiaires, se transfère vers le résultat de l'assureur, et qui, dans tous les cas, entraîne des fluctuations fortes du régime. La connaissance des déterminants d'un régime permet aussi de négocier en cas de dérapage, Guy Le Goff remarquant au passage qu'il "est rare de rechercher les causes de la déformation", l'assureur se contentant souvent d'appliquer une hausse automatique de ses tarifs.

Dans le même ordre d'idée, Guy Le Goff prédit pour 2016 de "grandes surprises" lorsque seront connus les résultats techniques des régimes, du fait des changements induits par les contrats responsables sur le poste hospitalisation, avec les drastiques limitations de prise en charge de dépassement. Une partie des assureurs, selon Actense, n'ayant pas pleinement anticipé ce phénomène, les prestations remboursées sur ce poste pourraient s'effondrer -quand toutefois les contrats collectifs sur ce poste étaient auparavant suffisamment "généreux"- alors que les cotisations seraient égales, voire supérieures. Le résultat, un ratio sinistres sur primes qui se détériorerait, avec en outre un risque pour l'entreprise d'incompréhension de la part des salariés. Selon Actense, une analyse affinée des comportements et des changements induits par les nouvelles règles permettrait pourtant de lisser ce phénomène.

DES ASSUREURS MOINS COMPRÉHENSIFS SOUS SOLVABILITÉ 2 ?

François Lusson plaide également pour un pilotage affiné des régimes en brandissant le risque de résiliation brutale du contrat par l'assureur, en cas de dérapage significatif des équilibres. "Une LRAR de résiliation par l'organisme assureur n'arrive jamais au bon moment dans la vie sociale de l'entreprise [...]", met en garde l'actuaire. Ce danger serait renforcé par le nouveau cadre prudentiel Solvabilité 2 qui, selon François Lusson, amènerait aussi à un déplacement des

centres décisionnels au sein des organismes assureurs, au profit des directions financières, moins portées à transiger en cas de dérapage des comptes. Les représentants d'Actense estiment qu'il est d'ailleurs également dans l'intérêt des assureurs de voir arriver des cabinets conseils, qui aident les CPS à mieux piloter les régimes et à anticiper les dérapages qui sont sources de tensions à la fois dans les branches et dans les relations avec l'assureur. "Au début, quand nous intervenons dans un contrat en cours, nous sommes un peu vus comme des chiens dans un jeu de quille, reconnaît François Lusson. Il leur faut un peu de temps, mais au final, ils reconnaissent de bonne grâce que nous sommes des partenaires crédibles".

Les principales questions que se posent les partenaires sociaux sur les régimes santé

En amont de son exposé, le cabinet Actense a également recensé les principales questions des CPS accompagnées par ses experts, donnant un aperçu des nombreuses questions soulevées par les dernières réformes :

- En quoi ce sera « notre » régime ?
- Qu'est-ce qui détermine la consommation ?
- Le tarif est collectif, mais quelles disparités recouvre-t-il ?
- L'équilibre du socle est-il affecté par l'existence d'une option ou plusieurs options ?
- L'ANI a-t-il coûté les "x %" annoncés par l'organisme assureur ?
- Quel est/sera l'impact des CAS/Non CAS ? De la mise aux normes des Contrats Responsables ?
- Où sont les plus gros "RAC" ? Comment agir dessus ?
- Quelle est l'efficacité d'un réseau de soins ? Sur quels actes ?...