

IMPACT DE LA CONCURRENCE SUR LES COMPLEMENTAIRES SANTÉ :

5 MILLIARDS DE POUVOIR D'ACHAT RESTITUES AUX SALARIÉS



La présente étude analyse les effets de la mise en concurrence des organismes complémentaires en santé dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé décidée par le législateur en 2013.

On se souvient qu'un débat avait fait rage, à l'époque, entre les partisans et les adversaires des « désignations ». Finalement, le Conseil Constitutionnel, par sa décision du 13 juin 2013, avait censuré la désignation d'un assureur unique par branche professionnelle, et avait considéré que chaque entreprise devait conserver la liberté de contracter avec l'assureur de son choix pour la mise en œuvre de cette nouvelle obligation en matière de santé.

Depuis cette décision, les détracteurs de la libre concurrence ont beaucoup argué que la concurrence aurait un effet néfaste sur les prix, donc sur le pouvoir d'achat des salariés. Cette rumeur qu'aucune étude n'a jamais étayée rejoint la rumeur générale selon laquelle les organismes complémentaires en santé auraient des coûts de gestion et de commercialisation prohibitifs qui pèseraient sur les tarifs.

Pour en avoir le cœur net, la legaltech TRIPALIO et le courtier en assurance GEREP se sont alliés pour étudier l'évolution des tarifs de branche depuis la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé.

Les effets déflationnistes de la concurrence

Cette première étude sur le sujet permet de montrer, étape par étape, que **la mise en concurrence des organismes complémentaires a dégagé un important gain de pouvoir d'achat pour les salariés qui en ont bénéficié.**

Une extrapolation de ces gains montre qu'ils s'élèvent à moyenne à **1 milliard€ nets par année** de mise en place, soit un total, toutes choses égales par ailleurs, de 5 milliards€ depuis la généralisation effective de la concurrence.

Ce chiffre tranche avec l'augmentation régulière de la consommation de soins et de biens médicaux, transcrite dans l'objectif national de dépenses de l'assurance-maladie.

Contrairement à une opinion répandue, la mise en concurrence des organismes complémentaires a donc permis d'importantes économies pour les salariés, sans nuire aux prestations dont ils bénéficient.

La généralisation de la complémentaire santé à travers les branches professionnelles

Ce constat mérite toutefois d'être nuancé au vu de la réalité démographique des branches professionnelles.

La question des branches et de leur adéquation avec la réalité économique des entreprises est un vieux débat. Il se trouve que le législateur avait choisi d'ordonner la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé en utilisant le canal des branches professionnelles.

Cette stratégie emportait des conséquences inévitables en termes d'inégalité des salariés, qui explique que seulement 232 branches professionnelles, sur plus d'un millier, aient accepté de négocier un accord en matière de santé.

Ce chiffre de 232 branches n'a été atteint que progressivement sur la période écoulée depuis la promulgation de la loi, comme le montre le tableau ci-dessous :

Nombre de CCN observées x Information Effectifs

Nombre de CCN avec effectifs	80	112	117	119	119	119	139
dont information du taux	52	89	93	96	92	90	110
Nombre de CCN sans effectifs	20	60	61	69	70	71	65
dont information du taux	20	55	57	62	60	62	56
<i>Sous-total</i>	<i>100</i>	<i>172</i>	<i>178</i>	<i>188</i>	<i>189</i>	<i>190</i>	<i>204</i>
Nombre de CCN absentes	132	60	54	44	43	42	28
TOTAL	232	232	232	232	232	232	232

Comme on le voit, même en 2021, 28 nouvelles branches ont négocié un accord en matière de santé.

Toutefois, en 2016, c'est-à-dire selon le calendrier prévu par la loi, 172 branches avaient négocié un accord, représentant une part importante de salariés.

Il ne faut pas mésinterpréter les chiffres qui sont donnés ici.

Il existe, et il a toujours existé, même avant 2013, une réticence, voire une résistance, dans de nombreux secteurs économiques, face à l'obligation imposée par la loi : face à l'obligation en général, et face à l'obligation en complémentaire santé en particulier.

Cette résistance procède de plusieurs facteurs « culturels ».

D'une manière générale, les entreprises sont peu sensibles aux obligations imposées par des pouvoirs publics souvent eux-mêmes moins sourcilieux ou exigeants lorsqu'ils sont employeurs. La meilleure preuve est que l'obligation de financer une complémentaire santé pour les salariés est applicable au secteur privé, mais pas au secteur public jusqu'à l'accord interministériel du 26 janvier 2022.

Ce type d'inégalité de traitement ne va jamais sans soulever des oppositions.

Dans le domaine de la complémentaire santé, le choix d'élever la négociation et la passation d'un accord au niveau des branches, au lieu de laisser les entreprises choisir leur prestataire et les garanties qu'il offre a constitué une difficulté supplémentaire.

Enfin, dans certaines branches, notamment dans les branches aux effectifs inférieurs aux 5.000 salariés, la rareté du dialogue social, ou le faible nombre d'entreprises rend l'exercice relativement inutile. Dans certaines « petites » branches, les salariés se répartissent entre une poignée d'entreprises déjà toutes signataires d'un contrat d'assurance. Dans ce type de cas, la négociation d'un accord de branche devient superfétatoire.

Il faut signaler que certaines branches ont négocié des accords sans mentionner de tarif maximal applicable. On compte 38 branches dans ce cas.

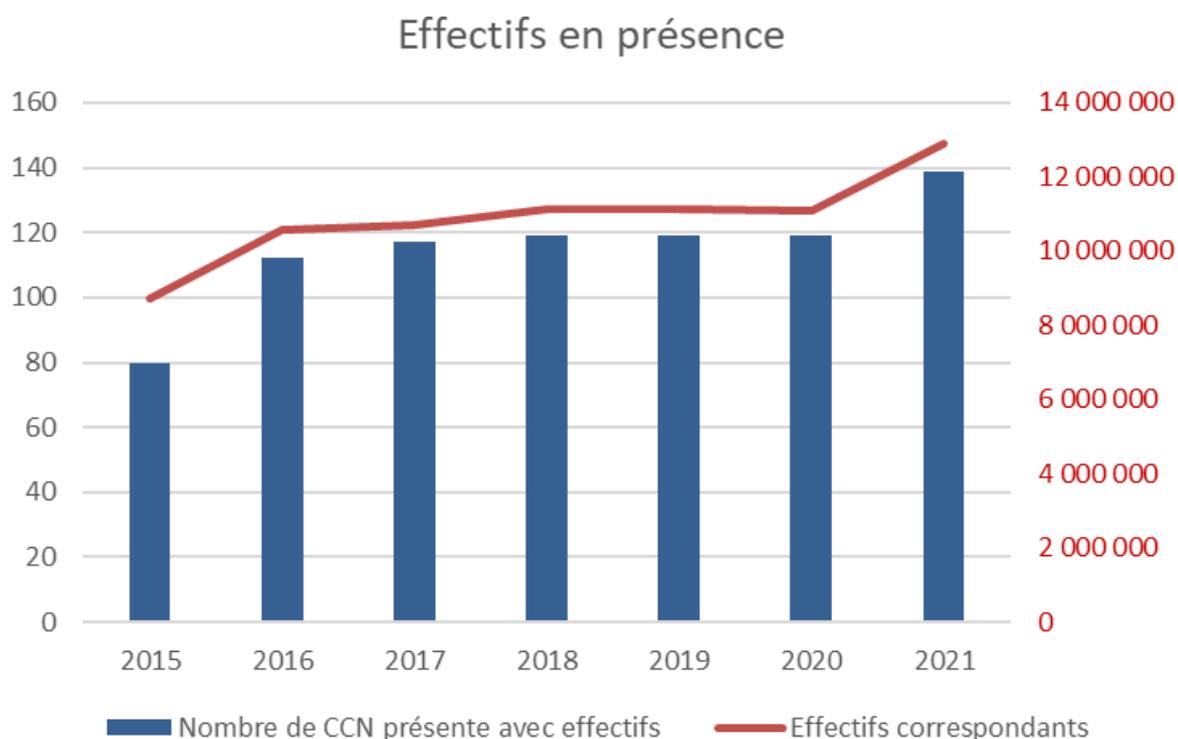
Cette précaution prise par les négociateurs de branche vise à garantir une liberté supplémentaire aux entreprises, qui peuvent parfois (et même souvent) choisir d'apporter à leurs salariés des garanties très supérieures à l'accord de branche sans être liées par un tarif. Dans ce cas, il est impossible de calculer le gain de pouvoir d'achat apporté par la mise en concurrence.

Dans toutes les hypothèses, il faut retenir que la généralisation de la complémentaire santé est un processus qui couvre 95% des salariés (parfois sans accord de branche) et que des résistances persistent quant à sa mise en place effective. Ces résistances sont historiques, culturelles, et interrogent sur la pertinence de la généralisation elle-même.

13 millions de salariés clairement identifiés

Faute de données publiques exhaustives, le monde des branches professionnelles étant l'un des grands oubliés de l'INSEE (qui étudie beaucoup mieux le chômage que le travail...), les données démographiques sur la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé sont imprécises et fragmentaires.

Par souci de rigueur, le retraitement des données concernant les seules branches dont l'INSEE publie les effectifs (avec une précision variable) donne les indications suivantes :



Comme on le voit, le nombre de branches dont les effectifs sont détaillés par l'INSEE est parcellaire. Il faut préciser ici que l'INSEE n'indique les effectifs d'une branche que lorsqu'ils sont supérieurs à 5.000 salariés.

En 2021, 140 branches de plus de 5.000 salariés répondaient à l'obligation de négociation en matière de complémentaire santé.

Il en reste 125 de plus de 5.000 salariés qui n'ont pas négocié d'accord spécifique, mais ce chiffre est en réalité trompeur, car il fait fi des branches régionales, comme la métallurgie du Jura, de l'Indre ou des Côtes d'Armor, dont les entreprises peuvent tout à fait se rattacher à l'accord négocié par la « branche mère ».

Au total, ce sont 12 millions de salariés qui appartiennent à de « Grandes branches » que l'on peut identifier clairement pour cette étude.

Il faut toutefois garder à l'esprit que 65 branches de moins de 5.000 salariés ont négocié un accord santé. Si l'on admet l'hypothèse que ces branches comportent une moyenne plausible de 3.000 salariés, ces 65 branches ajoutent donc près de 2 millions de salariés aux 12 millions précédents.

Une donnée réaliste consiste donc à soutenir que 14 millions de salariés en France sont couverts par un accord de branche en santé, sur un total de près de 20 millions.

Autrement dit, la généralisation de la complémentaire santé bénéficie aujourd'hui aux 2/3 des salariés par l'intermédiaire d'un accord de branche (les autres étant couverts sans accord de branche).

Une baisse tendancielle des coûts grâce à la concurrence

La donnée cruciale sur la généralisation de la complémentaire santé est évidemment celle du tarif.

Nous avons commencé à expliquer en quoi la notion de tarif doit être maniée avec des pincettes, et nous tenons à réexpliquer clairement quelles précautions il faut prendre pour décrypter les évolutions tarifaires depuis 2015.

Il faut tout d'abord marteler le fait que la notion de tarif de branche n'a pas grand sens pour une série de raisons bien connues des assureurs, mais mal connues des assurés :

1. Les assureurs ont coutume d'adapter leur tarif à la sinistralité de chaque entreprise, dès que le seuil de 50 salariés est franchi. Les tarifs affichés par les branches professionnelles sont donc indicatifs, y compris pour les organismes recommandés qui disposent de la faculté de consentir à des « réductions » pour les bons élèves, c'est-à-dire pour les entreprises où le coût de la santé est inférieur aux autres
2. Dans un univers de libre concurrence, certains assureurs santé proposent des offres dont le tarif est, par principe, inférieur au maximum affiché par la branche
3. Le tarif affiché est souvent celui du salarié seul. Des jeux concurrentiels peuvent intervenir sur les ayants-droits : un assureur peut choisir de séduire une entreprise en proposant des avantages pour les familles, de telle sorte que le prix final payé par le salarié diffère substantiellement du tarif affiché pour le salarié seul.
4. Dans certaines entreprises, le tarif de branche est « contourné » parce que l'entreprise a souscrit à des garanties supérieures au minimum de branche, ce qui la délivre de l'obligation de respecter le tarif de branche
5. Dans certaines branches, l'absence de tarif de référence laisse l'entreprise libre de choisir son assureur au tarif qu'elle souhaite. Il est donc difficile d'inférer la moindre règle dans ces cas-là.

Ces rappels soulignent que les données qui vont suivre doivent être traitées avec précaution, et qu'elles ne peuvent être comprises de façon « brute ».

En l'état, l'évolution des tarifs depuis 2015 donne les éléments suivants :

Moyenne calculée sur 11 Millions de salariés (indépendamment du nombre de CCN)
Moyenne calculée sur 65 CCN (indépendamment du nombre de salariés)
Moyenne calculée sur toutes les CCN (indépendamment du nombre de salariés)



CCN avec information de l'effectif	39 €	39 €	40 €	44 €	41 €	39 €	38 €
CCN sans information de l'effectif	62 €	52 €	53 €	54 €	55 €	55 €	56 €
Global	54 €	48 €	49 €	50 €	50 €	50 €	49 €

Comme on le voit, quelle que soit la méthode de calcul retenue, le tarif moyen de branche a connu une forte baisse dès l'ouverture effective à la concurrence en 2016, pour entamer une baisse tendancielle à partir de cette période.

In fine, le tarif moyen global, c'est-à-dire le tarif calculé sur l'ensemble des branches sans tenir compte des effectifs pondérés de ces branches, indique une baisse de 5€ par mois et par salarié, depuis 2015, passant de 54€ à 49€.

En extrapolant que ce chiffre s'applique à 14 millions de salariés, de façon identique chaque année, on obtient donc :

- Un gain de 60 € nets par an par salarié
- Soit un gain approximatif de 840 millions € par an sur les 14 millions de salariés concernés
- Soit un gain de 4.7 milliards € cumulés depuis 2015

Ce calcul souligne donc le gain majeur de pouvoir d'achat dont les salariés ont pu bénéficier grâce à la mise en concurrence des assureurs santé complémentaires.

Il faut toutefois bien préciser les incertitudes de ce calcul, qui résulte d'une moyenne sans pondération sur l'ensemble des branches professionnelles.

Or, s'agissant des branches regroupant les entreprises avec les plus forts effectifs, les évolutions tarifaires ont été plus nuancées, avec une augmentation relative des tarifs d'environ 10% en 2018, avant un retour à la situation antérieure dans les années qui ont suivi.

Pour les 11 millions de salariés concernés, l'évolution est donc moins nette. On doit toutefois souligner que, pour ces salariés, le tarif moyen de branche en 2021 est de 38€, alors qu'il était de 39€ en 2015.

Un calcul mutatis mutandis montre donc un gain de 1€ net par mois et par salarié, soit de 12€ par an. Cette baisse s'entend hors inflation et hors relèvement de l'ONDAM. Autrement dit, le gain réel de pouvoir d'achat pour ces salariés est nettement supérieur à 12€ par an si l'on ajoute l'inflation et la hausse normale des dépenses de santé.

Rappelons ici que l'ONDAM a progressé de 14% entre 2015 et 2021, et la consommation de soins et de biens médicaux de près de 10% sur la même période. La baisse des tarifs évoqués ci-dessus **grâce à la mise en concurrence des assureurs santé a donc permis une restitution indirecte supplémentaire de pouvoir d'achat, à travers des coûts évités évalués à 470 millions € sur la période.**

L'introduction de l'indice des prix à la consommation et de l'ONDAM a donc un impact majeur sur le calcul des gains de pouvoir d'achat pour les salariés.

Une prédominance de contrats entre 40 et 50€

Au demeurant, il n'est sans intérêt de garder en tête la répartition des contrats selon leur cotisation mensuelle dont le maximum est fixé par la branche.

Très majoritairement, les branches professionnelles ont en effet fixé des tarifs relativement modérés, tournant autour des 500€ par an par salarié (rappelons que l'employeur prend à sa charge au moins 50% de ce coût).

Indéterminé			Salarié seul			Famille					
Classe de prix	Nombre de CCN	Fréquence	Fréquence cumulée	Classe de prix	Nombre de CCN	Fréquence	Fréquence cumulée	Classe de prix	Nombre de CCN	Fréquence	Fréquence cumulée
[20€ ; 25€]	0	0%	100%	[20€ ; 25€]	5	5%	100%	[20€ ; 25€]	0	0%	100%
[25€ ; 30€]	1	5%	100%	[25€ ; 30€]	11	10%	95%	[25€ ; 30€]	0	0%	100%
[30€ ; 35€]	3	15%	95%	[30€ ; 35€]	27	25%	85%	[30€ ; 35€]	0	0%	100%
[36€ ; 40€]	4	20%	80%	[36€ ; 40€]	25	23%	62%	[36€ ; 40€]	1	5%	100%
[40€ ; 45€]	4	20%	60%	[40€ ; 45€]	9	8%	38%	[40€ ; 45€]	0	0%	95%
[46€ ; 50€]	1	5%	40%	[46€ ; 50€]	12	11%	29%	[46€ ; 50€]	0	0%	86%
[51€ ; 55€]	1	5%	30%	[51€ ; 55€]	4	4%	18%	[51€ ; 55€]	1	5%	86%
[56€ ; 60€]	0	0%	25%	[56€ ; 60€]	6	6%	15%	[56€ ; 60€]	3	14%	81%
[61€ ; 65€]	0	0%	25%	[61€ ; 65€]	4	4%	9%	[61€ ; 65€]	2	10%	67%
[65€ ; 70€]	0	0%	25%	[65€ ; 70€]	2	2%	6%	[65€ ; 70€]	1	5%	57%
[71€ ; 75€]	0	0%	25%	[71€ ; 75€]	0	0%	4%	[71€ ; 75€]	0	0%	52%
[76€ ; 80€]	0	0%	25%	[76€ ; 80€]	1	1%	4%	[76€ ; 80€]	0	0%	47%
[81€ ; 85€]	0	0%	25%	[81€ ; 85€]	2	2%	3%	[81€ ; 85€]	1	5%	43%
[90€ ; 100€]	3	15%	15%	[90€ ; 100€]	0	0%	1%	[90€ ; 100€]	8	38%	38%
[100€ et plus]	0	0%	15%	[100€ et plus]	1	1%	1%	[100€ et plus]	0	0%	38%

Comme l'indique le tableau ci-dessus, la plupart des contrats est tarifée sous 50€ mensuels. Pour les salariés seuls, 52 contrats ont un tarif entre 30 et 40€ mensuels, soit 48% du total. 15% des contrats coûtent moins de 30€ par mois.

Autrement dit, près de 80% des contrats d'entreprise sont facturés à moins de 50€ par mois et par salarié seul, soit moins de 600€ annuels, dont 300€ au maximum à la charge des salariés (certaines branches prévoient un taux de participation de l'employeur supérieur à 50%).

Ces chiffres soulignent l'intérêt du dispositif pour les salariés en termes d'accessibilité financière des contrats.

Près de la moitié des branches a vu ses tarifs baisser depuis 2015

Un autre élément important pour comprendre l'avantage que la concurrence a offert à la tarification des contrats d'assurance santé en entreprise tient à la fréquence des baisses moyennes de tarifs depuis 2015.

Le tableau ci-dessous les retrace de façon synoptique :

Indéterminé			Salarié seul			Famille					
Tranche de croissance du coût	Nombre de CCN	Fréquence	Fréquence cumulée	Tranche de croissance du coût	Nombre de CCN	Fréquence	Fréquence cumulée	Tranche de croissance du coût	Nombre de CCN	Fréquence	Fréquence cumulée
Supérieur à 4%	1	5%	100%	Supérieur à 4%	12	11%	100%	Supérieur à 4%	3	14%	100%
]2% ; 4%]	0	0%	95%	]2% ; 4%]	6	5%	89%	]2% ; 4%]	2	10%	89%
[0 ; 2%]	11	55%	95%	[0 ; 2%]	39	38%	85%	[0 ; 2%]	6	19%	78%
[-2% ; 0% [	0	0%	40%	[-2% ; 0% [	11	10%	7%	[-2% ; 0% [	4	19%	57%
[-4% ; -2% [	1	5%	40%	[-4% ; -2% [	14	13%	7%	[-4% ; -2% [	2	10%	38%
[-8% ; -4% [	5	25%	35%	[-8% ; -4% [	7	18%	25%	[-8% ; -4% [	2	10%	29%
[-20% ; -8% [	0	0%	10%	[-20% ; -8% [	4	4%	6%	[-20% ; -8% [	1	5%	19%
Inférieur à -20%	2	10%	10%	Inférieur à -20%	3	3%	3%	Inférieur à -20%	3	14%	14%

Comme on le voit, pour les salariés seuls, 11% seulement des branches (soit 12 branches fixant un tarif spécifique pour le salarié sans retenir les ayant-droit) connu une hausse de tarif entre 2015 et 2021 de plus de 4%.

42% des branches ont subi une hausse de tarifs entre 0 et 4%.

10% des branches ont bénéficié d'une baisse de tarifs de 0 à 2%.

31% des branches (soit près du 1/3) ont bénéficié d'une baisse tarifaire de 2 à 8%.

7% des branches ont bénéficié d'une baisse de plus de 8%...

Il est très probable que, sans la mise en concurrence des prestataires, de tels gains de pouvoir d'achat aient été impossibles.

Conclusion : les bienfaits de la concurrence sont démontrés

In fine, cette étude tarifaire démontre donc plusieurs points essentiels, à rebours des opinions répandues sur le sujet de la complémentaire santé :

1. La généralisation de la complémentaire santé par le libre choix de l'assureur a permis des baisses de tarifs réelles, au-delà de l'inflation et de l'ONDAM, qui peuvent, toutes choses égales par ailleurs, être évaluées à **un gain de pouvoir d'achat d'1 milliard annuel**
2. **La moitié des branches professionnelles a bénéficié d'une baisse des tarifs de référence entre 2015 et 2021**
3. Les tarifs globaux pratiqués dans les branches se situent majoritairement entre 360 et 600 € annuels, dont 50% seulement à la charge des salariés.

Ajoutons que, dans le domaine de la prévoyance, les mêmes causes produisent les mêmes effets, quoique le manque de données effectives dans cette branche d'assurance ne permette pas de documenter le sujet de façon aussi précise qu'en santé.

Le HCAAM a proposé, dans le domaine de la prévoyance et de la santé, des mesures de réduction importante de la concurrence. Cette idée paraît contre-intuitive au regard des bienfaits de la concurrence en santé pour les salariés. Le HCAAM n'a d'ailleurs pas démontré le gain de pouvoir d'achat que ce retour au monopole de fait en prévoyance procurerait.

Il nous semble urgent de poser les questions d'articulation entre régime général et organismes complémentaires non en termes de gain pour les finances publiques, mais de gain pour le pouvoir d'achat de l'assuré.

Le développement de la libre concurrence dans le domaine de la complémentaire santé a bien des conséquences positives pour le pouvoir d'achat des assurés.