

3 grands régimes :

- **Régime général** : salariés et travailleurs assimilés à des salariés soit environ 80 % de la population.
- **Régime des travailleurs non salariés non agricoles** : (appelé Régime social des indépendants ou RSI) : artisans, commerçants et professions libérales.
- **Régime agricole** : exploitants et salariés agricoles, ainsi que certains secteurs rattachés à l'agriculture (comme l'industrie agro alimentaire). Il est géré par la caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole, MSA.

Des **régimes spéciaux** (antérieurs au régime général et qui ont refusé de s'y fondre lors de sa création) :

- Caisse de prévoyance et de retraite SNCF (CPR SNCF),
- Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC),
- Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN),
- Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS),
- Caisse des français à l'étranger (CFE),
- Régime Alsace-Moselle,...

Aujourd'hui, les ressources de la Sécurité sociale se répartissent en trois catégories :

- **Les cotisations sociales (env. 60% des recettes)** : Assises sur le travail salarié (part salarial, part employeur) et sur les revenus de toute nature (CSG depuis 1991). Ce sont des ressources en diminution ces dernières années mais elles restent la première source de financement.
- **La CSG (env. 20%)** : Prélèvement opéré sur l'ensemble des revenus.
- **Autres impôts et taxes (env. 13 % des recettes)** : Ce sont les divers prélèvements de nature fiscale, contributions et taxes affectées au financement de la Sécurité Social (TVA sur les tabacs, taxes sur les salaires...).
- **Autres sources** : Transferts en provenance de l'Etat, autres organismes (fonds solidarité vieillesse), autres régimes.

La Sécurité Sociale est un **ensemble d'Institutions** qui ont pour fonction de **protéger les individus des conséquences** de divers événements ou situations, généralement qualifiés de **risques sociaux**. Elle est destinée à assister financièrement ses bénéficiaires qui rencontrent différents événements coûteux de la vie.

- Branche « **Maladie** » (maladie, maternité, paternité, invalidité, décès) ;
 - Branche « **Accidents du travail et Maladies professionnelles** » ;
 - Branche « **Vieillesse et veuvage** » (retraite) ;
 - Branche « **Famille** » (dont handicap, logement, RSA...) .
 - (branche autonomie)
-
- **Base de remboursement (BR)** : tarif servant de base à la Sécurité Sociale pour effectuer le remboursement des honoraires et soins dispensés par les praticiens ;
 - **Tarif de convention (TC)** : il correspond au tarif de responsabilité pour le secteur conventionné ;
 - **Tarif d'autorité (TA)** : il correspond au tarif de responsabilité pour le secteur non conventionné, mais pour une valeur nettement inférieure.

Valorisation des codes : à chaque **lettre clé est affectée une base de remboursement. L'assiette globale** du remboursement sera égale à la **valeur de la lettre clé multipliée par le coefficient de l'acte**.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux

Plus de 7 600 actes référencés. Chaque libellé décrit un acte complet et comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps d'intervention.

Valeur de l'acte =

Prix du travail médical + Coût de la pratique

Cas d'une radiographie du coude en urgence sur une personne de moins de 5 ans.

$$\text{BR} = 19,95 \text{ €} * (1+49\%) + 25,15 \text{ €} = 54,88 \text{ €}$$

$$\text{RSS} = 70\% * 54,88 \text{ €} = 38,41 \text{ €}$$

$$\text{RAC} = 54,88 \text{ €} - 38,41 \text{ €} = 16,46 \text{ €}$$

TAA = Tarification à l'activité

LPP = Liste des produits et prestations

NBAM = Nomenclature des actes de biologie médicale

Cas d'exonération du TM

En fonction de la **nature de l'assurance** :

- **Femmes enceintes** : examens obligatoires et, à partir du 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour après l'accouchement, l'ensemble des frais médicaux remboursables
- Les assurés relevant de l'assurance AT – MP

En fonction du **statut de l'assuré** :

- Titulaires d'une **pension d'invalidité** ou d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, sauf médicaments à vignette bleue (30%)
- Titulaires d'une **pension militaire**
- Enfants et adolescents **handicapés**
- **Titulaires d'une rente d'Accident du Travail ou Maladie Professionnelle** d'un taux > ou = 2/3, sauf médicaments à vignette bleue (30%), et leurs ayants droit

En fonction de la nature des soins :

- Actes médicaux d'un coeff. ≥ 60 ou **tarif > 120 €** (sauf franchise 24€)
- **Hospitalisations > à 30 jours** à partir du 31e jour, sauf médicaments à vignette bleue (30%)
- **Nouveau-nés hospitalisés** dans les 30 jours qui suivent la naissance, sauf médicaments à vignette bleue
- Enfants ou adolescents mineurs **victimes de violences sexuelles**
- Diagnostic et le **traitement de la stérilité**, sauf vignettes bleues
- **Affections de longue durée** (affection exonérante seule)
- **Médicaments irremplaçables** et particulièrement coûteux
- Dépistage du **VIH** et autres dépistages des programmes de **santé publique**
- **Transport à l'hôpital** pour une hospitalisation exonérée ou le transfert d'un établissement hospitalier à un autre en vue d'un traitement plus adapté

Certaines **affections de longue durée** (ALD) sont dites « **exonérantes** ». Il s'agit des affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse pour lesquelles il y a la suppression du ticket modérateur.

Il y a exonération du ticket modérateur pour les patients atteints :

- d'une **affection de la liste ALD 30**
- d'une **affection dite « hors liste »**
- d'une **polypathologie invalidante**, qui nécessite des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois

Le **1er janvier 2016**, la protection universelle maladie entre en application. Cette réforme **garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge de ses frais de santé** à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Objectifs :

- Simplifier la vie des assurés (plus besoin de justifier d'un nombre d'heures travaillées : seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte)
- Assurer la continuité des droits (en cas de changement de situation personnelle / professionnelle)
- Réduire les démarches administratives (seul titre de leur résidence stable => 3 mois et régulière en France)
- Garantir davantage d'autonomie et de confidentialité (disparition des ayants-droit)

Cotisation : Si pas d'activité professionnelle / retraite / chômage, cotisation si revenus du capital > 10 998 € (valeur 2023)

Organismes assureurs

Il existe trois familles d'organismes assureurs :

- Les Mutuelles
- Les Institutions de Prévoyance
- Les Sociétés d'assurance

Ces trois familles sont régies par des **réglementations différentes** et ont un mode de fonctionnement qui leur est propre.

Néanmoins elles respectent aujourd'hui une **réglementation commune** en matière « technique et financière ».

Elles ont chacune des **domaines d'intervention privilégiés**.

Organismes Assureurs : les Mutuelles

Elles sont régies par le **code de la Mutualité**.

Il s'agit de **groupements à but non lucratif** qui, essentiellement grâce aux cotisations

des membres, mènent une action de prévoyance.

Elles sont **contrôlées par les adhérents**, qui disposent chacun d'une voix dans le cadre

des élections en **Assemblée Générale**.

Historiquement leur activité réside dans la **couverture des Frais de Santé**. Elles ont développé plus récemment les garanties de Prévoyance lourde (décès et arrêt de travail) suite notamment à la généralisation de la complémentaire santé (2016).

Elles étaient plus de 5 000 il y a 10 ans et il en **reste moins de 450 aujourd'hui.**

Organismes Assureurs : les Institutions de Prévoyance

Elles sont régies par le Livre IX du **Code de la Sécurité Sociale**. Ce sont des personnes morales de droit privé à **but non lucratif**.

Elles sont **administrées paritairement** par des membres adhérents et des membres participants (CSS art. L931-1).

L'essentiel de leur activité relève de la **Prévoyance collective** (Prévoyance et Santé à 50/50).

Elles ont une forte implication dans le secteur de la **Prévoyance notamment grâce aux anciennes clauses de désignation présentes dans les Conventions Collectives**.

Organismes Assureurs : les Sociétés d'Assurances

Elles sont régies par le **Code des assurances**.

Elles peuvent prendre **deux formes** :

- Société anonyme
- Société d'assurance mutuelle gérée par leurs sociétaires par le biais d'élections, et qui revendiquent des valeurs mutualistes

Elles interviennent dans **tous les domaines de l'assurance** : Prévoyance, Santé, Assurance de biens ou encore Retraite.

Courtiers

Le courtier est un **travailleur indépendant**.

Contrairement à l'agent général, **il n'est pas lié à une compagnie d'assurances**.

Il est un **intermédiaire au contrat** : il se positionne entre l'entreprise et l'Organisme Assureur.

Traditionnellement, il est rémunéré par une **commission d'apport** (généralement 5% du montant des primes).

Gestionnaires

Il existe **deux sortes de gestionnaires** :

- Les gestionnaires rattachés de près ou de loin à un cabinet de courtage • Les gestionnaires indépendants

Ces entreprises sont « **dédiées** » à la **gestion administrative des contrats** de Prévoyance, Santé, Contrats Emprunteurs, etc ...

Le gestionnaire n'est pas un intermédiaire au contrat: c'est **une tierce-partie**.

Conseil

Les entreprises de conseil **portent assistance à l'entreprise**, elles **ne sont pas des intermédiaires au contrat**

Leurs **domaines de compétences et d'interventions sont souvent variés** (Retraite, Prévoyance, Santé, Evaluation d'engagements sociaux, etc.)

Leurs interlocuteurs privilégiés sont :

- Les DRH
- Les partenaires sociaux
- Les DG
- Les Directeurs des affaires sociales

Différents types de contrat

Unique / Options - Prévoyance

Il existe en matière de Prévoyance lourde, **deux familles de régimes** :

- Les régimes unique (même garanties pour tous)
- Les régimes à choix d'option

Un régime unique couvre les **assurés de façon identique** pour les assurés d'une même catégorie.

Dans le cas d'un régime à option, les **niveaux de garanties sont différents** ligne à ligne, mais **globalement « actuariellement » équivalents** entre eux. Par exemple :

- Option n°1 : Capital Décès
- Option n°2 : Capital Décès minoré et Rente de conjoint
- Option n°3 : Capital Décès fortement minoré, Rente de conjoint et Rente éducation

Les régimes à option laissent généralement à l'assuré le choix entre **2 voir 3 options**. Au-delà, la lisibilité devient difficile pour les assurés non avertis.

Unique / Options - Santé

Les régimes d'Entreprise sont des régimes collectifs à adhésion obligatoire.

L'Entreprise **peut toutefois prévoir des garanties optionnelles à adhésion facultative** pour les salariés qui souhaiteraient bénéficier de garanties améliorées.

Attention, l'Entreprise qui participerait au financement d'un tel régime, ne pourrait pas bénéficier des exonérations de charges sociales sur la cotisation Employeur. En Santé, **les Entreprises ne participent donc pas au financement des options, ces régimes étant à adhésion facultative**.

L'intérêt pour l'Entreprise de prévoir ce type de régime à option facultative, est de faire bénéficier ses salariés de **contrat groupe**, souscrit à priori dans des **conditions financièrement avantageuses**.

Loi EVIN

Son titre exact : « Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties aux personnes assurées contre certains risques » .

C'est la première loi spécifique Prévoyance.

Elle crée le premier ensemble de règles applicables à toutes les familles d'assureurs (Mutuelles, I.P., Compagnies).

Ses principales dispositions :

- Elle impose la prise en charge des suites de pathologies antérieures
- Elle oblige les assureurs à proposer la poursuite de la couverture santé aux anciens salariés
- Elle impose le maintien du paiement des rentes au niveau atteint en cas de résiliation

- Elle interdit à l'employeur d'imposer unilatéralement de cotiser à un régime de prévoyance
- Elle impose la remise d'une notice résumant les garanties
- Elle impose la consultation du Comité d'entreprise
- Elle impose la remise d'un rapport sur les résultats du contrat

[Loi du 8 aout 1994](#)

Ecrive pour transposer dans le droit français une directive européenne en matière d'assurance, cette loi crée le premier corps de règles relatives à la protection sociale des salariés.

Elle impose par ailleurs diverses règles de fonctionnement aux Institutions de Prévoyance (pour les Mutuelles il faudra attendre 2001 pour que ces règles leurs soient appliquées).

Ses principales dispositions:

- Elle pose les fondements juridiques de toute couverture collective,
- Elle impose une période de réexamen maximale de 5 ans pour les conventions collectives de branche ou d'entreprise qui désignent un organisme assureur,
- Elle « poursuit » l'œuvre de la Loi Evin en imposant l'obligation d'organiser la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service en cas de résiliation du contrat ainsi que le maintien de la garantie décès.

La loi précise les 3 seules modalités envisageables pour la mise en place de garanties collectives :

- Conventions ou accords collectifs
- Référendum
- Décision unilatérale du chef d'entreprise

La clause de réexamen :

- Lorsqu'une convention de branche ou d'entreprise désigne un ou plusieurs organismes pour la mutualisation ou la couverture des risques prévoyance, elle doit également prévoir un réexamen périodique de cette désignation
- Le délai maximal est fixé à 5 ans

[ANI du 11 janvier 2008 - Portabilité des droits](#)

Droits octroyés :

- La portabilité des droits permet de **conserver le bénéfice des garanties prévues au contrat collectif** en vigueur dans l'ancienne entreprise en matière de Frais de Santé et de Prévoyance ;
- **Par exception**, il est prévu que « Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ».
- Ces droits sont applicables « **dans les mêmes conditions aux ayants droit** du salarié qui bénéficient effectivement des garanties... ».

Evènements mettant un terme au maintien des garanties :

- **Faculté de renonciation :** L'ancien salarié a la possibilité de renoncer au maintien des garanties.

- **Fin de maintien des droits :** Le maintien de la couverture cesse : ➤ A l'issue de la période de maintien des droits
 - Lors de la reprise d'un nouvel emploi par le salarié
- « L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ».

Financement de la portabilité :

- « Les salariés (...) bénéficiant du maintien à **titre gratuit** de cette couverture »
- Le financement du maintien des garanties doit donc être **mutualisé entre l'ensemble des salariés de l'entreprise** (préfinancement des cotisations du salarié bénéficiant de la portabilité des droits).

→ A noter : « Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise »

[Loi Fillon de 2003 – Exonération de charges sociales](#)

Cotisations versées à la Sécurité Sociale

Afin d'encourager les employeurs à développer au profit de leurs salariés des garanties de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a modifié, en son article 113, le traitement social des contributions des employeurs à ces régimes.

Elle prévoit, conformément aux articles L242-1 et D242-1 du Code de la Sécurité Sociale (CSS), des **conditions d'exonération de cotisations sociales sur les contributions patronales sous certaines conditions et sous certaines limites**.

L'excédent éventuel de cotisation Employeur doit être réintégré dans l'assiette des cotisations de Sécurité Sociale, de l'AGIRC-ARRCO et des autres cotisations ayant la même assiette (FNAL, versement transport, etc...).

[Loi Fillon de 2003 – Caractère obligatoire du régime](#)

Trois éléments doivent être pris en compte:

1. Des garanties identiques

- Les garanties doivent être identiques à l'intérieur de chaque catégorie.
- Dans le cas de garanties supplémentaires au régime de base, la cotisation patronale des garanties supplémentaires optionnelles ne bénéficie pas de l'exclusion de l'assiette des cotisations sociales.

2. Participation de l'employeur

- La contribution de l'employeur doit se faire à un taux ou montant uniforme pour l'ensemble des salariés, excepté dans les cas suivants :
- Prise en charge de l'intégralité de la cotisation des apprentis ou salariés en temps partiel si leur contribution est supérieure ou égale à 10% de leur rémunération brute ;
- Prise en charge en fonction de la composition de la famille ;
- Mise en place de taux croissants, si ces taux s'appliquent également au salarié, pour la retraite supplémentaire, l'incapacité, l'invalidité ou l'inaptitude.

3. Catégorie objective du régime

- Le caractère collectif d'un régime est respecté si tous les salariés sont couverts par les garanties. Cependant le caractère collectif peut aussi être respecté si seulement une partie des salariés sont couverts, à condition qu'ils appartiennent à une même catégorie objective.
- Cinq critères permettent de déterminer les **catégories objectives** de salariés :

➤ **Catégories cadres/non cadres** : Selon les définitions de la convention nationale AGIRC.

➤ **Par tranches de rémunération** : Pour les salariés dont la rémunération est inférieure à 1, 2 (par tolérance), 3, 4 ou 8 PASS, ou supérieure à 1, 2 (par tolérance), 3 ou 4 PASS. Il s'agit de la rémunération brute annuelle.

➤ **Catégories des conventions collectives** : Selon le premier niveau de classification des salariés.

➤ **Sous-catégories des conventions collectives** : Ces catégories sont définies par les niveaux de classification immédiatement inférieurs à celui du critère 3. Elles doivent correspondre à une définition.

➤ **Catégories issues d'usages** : L'usage qui définirait une catégorie objective doit être à la fois **constant, général et fixe**.

Depuis le 01/01/2005, **une participation forfaitaire de 1 € (doublé à 2€ depuis le 15 mai 2024)** est laissée à la charge des assurés par le régime général :

- pour tout acte ou consultation/visite réalisé par un médecin
- pour tout examen de radiologie
- pour tout acte de biologie médicale

Plafonnement :

- Plafond annuel 50 participations (50 €) par année civile par bénéficiaire
- Plafond journalier de 4 € lorsque plusieurs actes sont réalisés par le même professionnel dans une même journée.

Depuis le 01/01/2008, **une participation forfaitaire** est laissée à la charge des assurés par le régime général :

- 0,50 € par boîte de médicaments
- 0,50 € par acte paramédical (actes effectués par les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)
- 2 € par transport sanitaire

Plafonnement :

- Plafond annuel 50 € par année civile par bénéficiaire
- Plafond journalier à une participation lorsque plusieurs actes sont réalisés par le même professionnel dans une journée : 2 € pour les actes paramédicaux et 4 € pour les transports sanitaires

A partir du 31 mars 2024, le montant des **franchises médicales**, évolue et passe à :

- //
- ..
- .
- 1 € par boîte de médicaments (*0,50cts auparavant*)
- 1 € par acte paramédical (actes effectués par les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues) (*0,50cts auparavant*)
- 4 € par transport sanitaire (*2 € auparavant*)

Parcours de soins :

- Le parcours de soins s'appuie sur la notion de **médecin traitant** : 85 % des Français

ont choisi un médecin traitant

Une personne est dite « **hors parcours de soins** » si :

- elle n'a pas de médecin traitant
- elle consulte un autre médecin sans passer par son médecin traitant, sauf si elle consulte des spécialistes en accès direct

Le contrat responsable

Niveaux de garanties : zoom sur le contrat responsable

Liste des 7 actes de prévention fixés par arrêté interministériel du 8 juin 2006 :

- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans
- Détartrage annuel
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans
- Dépistage de l'hépatite B
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées (Diphthérie, tétanos, etc.)

Le contrat responsable

Principales mesures

Optique : Planchers et plafonds de garanties fixés en fonction du type de verre, limitation à un équipement (2 Verres + 1 Monture) tous les 2 ans (sauf cas particuliers pour lesquels la limitation est ramenée à 1 équipement par an).

- Prise en charge minimale **de 100 € à 200 €** pour un équipement en fonction du type de verre, ce forfait inclut le remboursement de la Sécurité sociale.

Dentaire : La prise en charge des **dépassements d'honoraires** de soins dentaires prothétiques et des soins d'orthopédie dento faciale :

- à hauteur **de 125% BR** y compris Sécurité sociale.

100% Santé

Objectif annoncé : Atteindre un **reste à charge nul** d'ici 2023 en **Optique, Dentaire et Audioprothèses** sans pour autant « peser sur l'évolution des tarifs des assurances complémentaires au-delà de l'évolution tendancielle observée».

Puis précisé : **Pas de prise en charge intégrale sur tous les coûts** mais sur un « **panier de prestations nécessaires et de qualité** »

Dentaire : 3 paniers

Panier 100% Santé

Panier « reste à charge maîtrisé »

Panier tarifs libres

Avec toujours le **libre choix de l'assuré**

Parallèlement, **revalorisation de la BR des soins bucco-dentaires**

Audioprothèses : 2 paniers

Panier 100% Santé

Panier tarifs libres

Acte : Classe I et classe II

Avec toujours le **libre choix de l'assuré**

Devis : **obligation** pour l'audioprothésiste de proposer un **équipement Classe I**

Optique : 2 paniers

Panier 100% Santé

Panier tarifs libres

Acte : Classe A et classe B

Devis : obligation pour l'opticien de proposer un équipement **Classe A**

Libre choix de l'assuré : « **panachage** » possible verres / Monture entre Classe A et Classe B

Lisibilité

Objectif annoncé : **Faciliter la compréhension** et la comparaison des garanties complémentaire santé

Fin du remboursement de l'homéopathie

Depuis le 1^{er} janvier 2021, l'**homéopathie n'est plus remboursée par la Sécurité sociale.**

La résiliation infra-annuelle

Depuis le 1^{er} janvier 2020, **un contrats collectif santé peut être résilié à tout moment dès lors que celui-ci à au moins un an.**

Le dispositif concerne les contrats collectifs y compris les surcomplémentaires et les options facultatives souscrites par les salariés.

La résiliation est effective sous 30 jours.

Décomposition de la prime d'assurance

Le coût du risque (ou la « prime pure ») :

- Coût des garanties
- Fréquence de survenance
- Caractéristiques de la population assurée (âge, sexe, CSP, région/ville, ...)

La gestion administrative :

- Frais de gestion

Le coût d'acquisition :

- La rémunération de l'apporteur (courtier, agent général, etc.)
- Les coûts internes de création de gammes de produits ou de produits sur-mesure (conception, adaptation des systèmes informatiques, ...)

Le coût d'immobilisation des fonds :

- Les contraintes européennes d'exigence de marge de solvabilité
- La volonté de rémunérer les fonds immobilisés. Par exemple, rémunération minimale « certaine » attendue des contrats Santé (comprise entre 2% et 4% des primes suivant les intervenants et leurs objectifs de retour sur fonds propres)

Principe général

La tarification d'un contrat collectif Santé ne repose pas, au contraire de la Prévoyance « Lourde » (Décès – Arrêt de Travail), sur des tables réglementaires mais uniquement sur une démarche statistique de consommation médicale :

Méthode « classique » du Coût x Fréquence

La prime pure

Tarif pur de référence = Fréquence x Coût moyen unitaire

Le tarif pur est calculé pour chaque acte (ou famille d'actes homogènes). Le tarif pur global correspond ensuite à la sommation sur les actes.

Pour simplifier le calcul, il est souvent supposé que le coût moyen ne dépend pas des caractéristiques des assurés, mais exclusivement de l'offre de soins.

La fréquence en revanche est conditionnée par les principales caractéristiques de l'assuré :

- L'âge
- Le sexe
- CSP

L'âge

Entre 300 et 400€ de 0 à 6 ans décroissant

Entre 100 et 200€ de 7 à 15 ans croissant

Entre 300 et 400€ de 15 à 22 ans décroissant

Vers 200€ de 22 à 33 ans croissant

Stagnation vers 380€ entre 33 et 41

Puis augmentation plutôt linéaire jusqu'à 800€ vers 70 ans

Structures de cotisation

Uniforme : structure la plus mutualisée, chaque assuré paie la même cotisation, peu importe nombre d'ayants-droits qu'il souhaite couvrir.

Adulte / enfant : l'assuré paie la cotisation exacte selon le nombre d'ayants-droits qu'il souhaite couvrir

Isolé / Famille : une cotisation distincte pour un assuré seul et une cotisation unique pour tous les assurés souhaitant assurer plus d'une personne

Autres modes de tarification : Isolé/Duo/Famille, Gratuité à partir du 3^e enfant, etc.

Pour passer d'un mode à l'autre, on ajuste le taux de référence en fonction d'un coefficient familial qui tient compte du nombre de personnes à couvrir et de leur niveau de consommation

Obligations légales

Le rapport Loi EVIN

L'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce rapport présente en termes clairs et précis la **méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées par l'organisme assureur et comporte la justification de leur caractère prudent.** »

Les organismes assureur doivent être en mesure à toute époque de **justifier la couverture de leurs engagements**.

Ces engagements sont garantis par la constitution à due concurrence de **provisions techniques**.

Les différentes provisions techniques

Les provisions techniques correspondant aux opérations relatives aux branches ou sous-branches mentionnées aux 1, 2 et 16 a de l'article R. 931-2-1 sont les suivantes :

- **Provision mathématique des rentes** : valeur actuelle des engagements de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institution de prévoyance relatifs aux rentes et accessoires de rentes mis à sa charge
- **Provision pour sinistres à payer** : valeur estimative des dépenses en principal et en frais, tant internes qu'externes, nécessaires au règlement de tous les sinistres survenus et non payés, y compris les capitaux constitutifs des rentes non encore mises à la charge de l'institution ou de l'union

Le provisionnement

Les différentes provisions techniques

Les provisions à constituer pour les **garanties frais de santé** :

- provisions pour sinistres à payer ;
- provisions pour primes non acquises ;
- provisions pour risques croissants.

Les provisions à constituer pour les garanties Décès :

- provisions mathématiques ;
- provisions pour sinistres à payer ;
- provisions pour maintien des garanties décès aux personnes en arrêt de travail.

Les provisions à constituer pour les garanties Arrêt de Travail :

- provisions pour rentes d'incapacité de travail ;
- provisions pour rentes d'invalidité en attente ;
- provisions pour rentes d'invalidité en service ;
- provisions pour sinistres à payer.

Méthodes de calcul : Il existe de nombreuses méthodes plus ou moins complexes.

Les plus utilisées sont au nombre de trois :

- La méthode basée sur la (ou les) dernière(s) année(s) ;
- La méthode du coût moyen ;
- La méthode de Chain-Ladder (cadences de règlement).

Provisions pour Sinistres à Payer - Méthode de la dernière année

Méthode fréquemment utilisée en Prévoyance collective : la provision pour sinistres tardifs est exprimée sous forme d'un pourcentage des cotisations de l'année.

Provisions pour tardifs = $x\% C(i) - Charge(i,i)$

- x dépend des ratios S/P des exercices précédents,
- $C(i)$ est le montant global des cotisations relatives à l'année i ,
- **Charge(i)** est la charge de sinistre (règlements + provisions) constatée en i au titre de sinistres survenus l'année i .

Provisions pour Sinistres à Payer - Méthode du coût moyen

On détermine en premier lieu la Provision pour sinistres à payer (PSAP). La provision pour sinistres tardifs est égale à la PSAP diminuée de la charge de sinistres connue en fin d'exercice.

$$\text{PSAP} = \text{cout moyen (estimé)} * \text{nb de sinistres survenus (estimé)} - \text{règlements effectués (déterminés)}$$

Provisions pour Sinistres à Payer - Méthode de Chain Ladder

L'idée de base repose sur l'usage des facteurs de développement déjà définis et ce, dans le but de prédire les données futures manquantes rien qu'en se référant à celles déjà observées.

Hypothèses

- Stabilité au cours du temps du déroulement des règlements des prestations ;
- Au bout de n années après l'exercice de survenance, tous les règlements ont été effectués.

Calcul de la provision pour tardifs

= Charge finale estimée - Charge connue au moment du calcul

Outils de base d'analyse des comptes

Le ratio Sinistres à Primes (S/P) ou Prestations à Cotisations (P/C)

Le ratio P/C pour un exercice comptable ou un exercice de survenance peut être exprimé :

- en brut ou net de frais de gestion;
- avec ou sans prise en compte des produits financiers.

P/C net =

Prestations payées + Delta de provisions

/

Cotisations brutes – Frais + Produits financiers

Ratios P/C Prévoyance

Suivi des ratios P/C par exercice de survenance: nets et bruts de charges de gestion, nets et bruts des excédents de produits financiers.

Permet la vérification **de l'équilibre technique du contrat**.

Boni/Mali de liquidation

Suivi des cadences de règlement et de l'évolution des charges finales (prestations + provisions)

Permet:

- La vérification du **niveau de provisionnement** (absence de boni/mali importants); • La **justification du provisionnement des IBNR** (sinistres tardifs).

La participation aux excédents

Généralités

Le compte de résultat peut être complété par un **compte de participation aux bénéfices (PB) ou participation aux excédents**.

Ce **compte est défini contractuellement** et prévoit le mécanisme par lequel les excédents du régime sont restitués, pour tout ou partie, au souscripteur.

Il permet, lorsque le compte est bénéficiaire, de constituer des réserves qui pourraient intervenir en cas de déficit lors des prochains exercices.

Deductible fiscalement