

PANORAMAS DE LA

DREES
SANTÉ

La complémentaire santé

Acteurs, bénéficiaires, garanties

ÉDITION 2019



Direction
de la recherche,
des études,
de l'évaluation
et des statistiques

PANORAMAS
W
RA
O
A
A

La complémentaire santé

Acteurs, bénéficiaires, garanties

ÉDITION 2019

PARANCOBRAVAS

La complémentaire santé

Acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2019

Sous la direction de **Muriel Barlet, Mathilde Gaini, Lucie Gonzalez et Renaud Legal**

Coordination

Aude Lapinte, Catherine Pollak

Rédaction

Raphaële Adjerad, Kristel Jacquier, Aude Lapinte, Emmanuel L'Hour, Romain Loiseau, Alexis Montaut, Marc Perronnin, Catherine Pollak, Xavier Reif, la Direction de la Sécurité sociale

Directeur de la publication

Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Suivi éditorial

Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction

Fabienne Brifault

Maquette

Bureau des publications et de la communication

Création graphique

Philippe Brulin

Remerciements

La DREES remercie l'ensemble de ses correspondants, et notamment, pour leur expertise, le Fonds CMU, la Caisse nationale d'assurance maladie, l'Institut national de la statistique et des études économiques et, pour les données fournies, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Elle tient à remercier particulièrement l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé qui a réalisé avec elle l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) et ses premières exploitations dont les résultats sont présentés dans cet ouvrage. La Fédération nationale de la mutualité française, le Centre technique des institutions de prévoyance, et la Fédération française de l'assurance ont participé au financement de l'enquête PSCE ainsi qu'au suivi de l'enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes de complémentaire santé, qu'ils en soient ici remerciés. La DREES tient également à remercier particulièrement la Direction de la Sécurité sociale (3C/5B/5D/2A/6B) pour son expertise et pour la rédaction de l'annexe législative.

Avant-propos

Cette deuxième édition de *La complémentaire santé* actualise les résultats de l'édition 2016 et décrit le champ d'intervention de la complémentaire santé, ses acteurs, et la couverture de la population française.

Les effets de récentes réformes visant à améliorer l'accès à la complémentaire et à encadrer les garanties sont mis en lumière. Cette nouvelle édition s'enrichit notamment d'un bilan de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à tous les salariés du secteur privé à partir du 1^{er} janvier 2016. Celui-ci est établi à partir de données inédites recueillies par l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), réalisée par la DREES et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) en 2017, et des données administratives collectées auprès des organismes complémentaires par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) .

Cette édition apporte également de nouveaux éclairages sur le développement des réseaux de soins et des surcomplémentaires et utilise une nouvelle méthode de classement des contrats s'appuyant sur les montants de remboursement d'un panier de soins pour un bénéficiaire moyen.

De nombreuses données administratives ou d'enquêtes sont mobilisées. Elles sont collectées auprès des organismes complémentaires, des ménages ou encore des entreprises et de leurs salariés ; celles sur les consommations de soins proviennent du Système national des données de santé (SNDS).

Sommaire

La complémentaire santé

Acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2019

Vue d'ensemble	7
Fiches thématiques	15
Éléments de cadrage	17
Fiche 01 • Le champ d'intervention de la complémentaire santé	18
Fiche 02 • La complémentaire santé dans le financement des dépenses de santé	23
Fiche 03 • La place du risque santé dans l'activité des organismes d'assurances	27
Fiche 04 • L'assurance santé privée en Europe	30
Fiche 05 • Les effets redistributifs de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire	37
Les organismes de complémentaire santé	41
Fiche 06 • L'activité des différents types d'organismes de complémentaire santé	42
Fiche 07 • Un marché de plus en plus concentré et structuré par des groupes	46
Fiche 08 • Ressources, charges et rentabilité de l'activité des organismes de complémentaire santé	50
Fiche 09 • Les réseaux de soins	54
Fiche 10 • Les différents modes de tarification des organismes de complémentaire santé	57
La couverture santé complémentaire de la population	63
Fiche 11 • Les niveaux de garantie des couvertures individuelles et collectives	64
Fiche 12 • Les inégalités sociales de couverture complémentaire	69
Fiche 13 • La couverture santé d'entreprise dans le secteur privé	75
Fiche 14 • Le poids des dépenses de santé dans le revenu des ménages	79
Fiche 15 • La souscription de renforts : surcomplémentaires et options	83
Fiche 16 • La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)	87
Fiche 17 • L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)	91

La complémentaire santé par postes de soins	95
Fiche 18 • Les prestations des organismes complémentaires par postes de soins.....	96
Fiche 19 • La prise en charge des consultations de spécialistes.....	100
Fiche 20 • La prise en charge en optique	105
Fiche 21 • Évolution des prix et du nombre d'achats en optique après la réforme des contrats responsables.....	110
Fiche 22 • La prise en charge des soins dentaires et des audioprothèses	115
Fiche 23 • La prise en charge des chambres particulières et des dépassements d'honoraires à l'hôpital.....	121
La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise	125
Fiche 24 • Les changements opérés par les entreprises sur leur offre de complémentaire santé	126
Fiche 25 • Modalités de mise en place de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise	130
Fiche 26 • Satisfaction des salariés à la suite de la généralisation de la complémentaire santé	135

Annexes

141

Annexe 1 • Dispositifs publics et évolutions réglementaires dans le champ de la complémentaire santé.....	142
Annexe 2 • Le régime prudentiel Solvabilité II	148
Annexe 3 • Les sources de données sur la couverture complémentaire.....	151
Annexe 4 • Glossaire	157



Vue d'ensemble <

Fiches thématiques

Annexes

L'assurance maladie complémentaire (AMC), qui constitue un deuxième étage de couverture après l'assurance maladie obligatoire (AMO), couvre plus de 95 % de la population. Si elle est essentiellement gérée par des acteurs privés, elle n'en est pas moins très régulée. Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics ont mis en place un encadrement croissant des niveaux de prise en charge avec un objectif triple : responsabiliser financièrement les patients, assurer un socle de prise en charge minimal et contenir les prix pratiqués par les professionnels de santé. Une des dernières mesures en date visant à renforcer l'accès à la complémentaire santé a été la généralisation de la complémentaire d'entreprise, entrée en application le 1^{er} janvier 2016. À sa suite, près de neuf salariés sur dix sont couverts par un contrat collectif en 2017, contre sept sur dix en 2014. Il s'agit surtout d'un transfert de couverture de l'individuel vers le collectif plus que d'un élargissement du champ des personnes couvertes. Dans l'ensemble, les niveaux de couverture ont continué à progresser, mais des inégalités demeurent, et les dispositifs pour les plus modestes restent indispensables.

L'assurance complémentaire joue un rôle important dans le système d'assurance maladie français

Avec une dépense de santé de près de 3 000 euros par habitant en 2017, la France est l'un des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui consacre la part la plus élevée de sa richesse à la santé. Pour autant, la part de la dépense directement à la charge des ménages y est la plus faible (7,5 %). Ceci s'explique par un système d'assurance mixte (voir fiche 04). L'assurance maladie de base, obligatoire, publique et universelle, prend en charge 77,8 % de la dépense (voir fiche 02). Elle intervient sur un panier de soins large à l'hôpital comme en ville, et laisse des copaiements aux assurés de droit commun. Certains soins, en particulier ceux dispensés au titre des maladies chroniques *via* le système des affections de longue durée (ALD), sont pris en charge à 100 %. L'assurance maladie obligatoire (AMO) est complétée par un système d'assurance complémentaire, qui intervient sur le même panier de soins, et prend en charge une partie des copaiements ainsi que des dépenses qui découlent de la liberté tarifaire (dépassements d'honoraires et tarifs libres sur certains actes et produits) [voir fiche 01]. L'assurance complémentaire santé (AMC), qui couvre plus de 95 %

de la population, est principalement assumée par des organismes privés et représente près de 36 milliards d'euros de chiffre d'affaires (en cotisations collectées en 2016) [voir fiche 03]. Une particularité française de l'AMC est qu'elle est très régulée, sur un marché comportant un grand nombre d'acteurs (474 en 2017), même si celui-ci est de plus en plus concentré (voir fiche 07). Malgré les dispositifs d'exonération, notamment pour les soins au titre des maladies chroniques (ALD), les dépenses de santé après remboursements par l'AMO peuvent atteindre des niveaux très élevés. Ainsi, chaque année, 10 % des assurés sont exposés à des restes à charge supérieurs à 2 000 euros et 1 % à des restes à charge supérieurs à 5 000 euros. Ce risque potentiellement très élevé a conduit les pouvoirs publics à promouvoir l'accès à l'assurance complémentaire.

96 % des salariés ont accès à une complémentaire santé d'entreprise à la suite de sa généralisation

L'assurance complémentaire forme un deuxième étage de prise en charge, dont l'universalisation progressive a été appuyée par les pouvoirs publics par différents dispositifs (voir annexe 1). La dernière réforme majeure en date a été la généralisation de



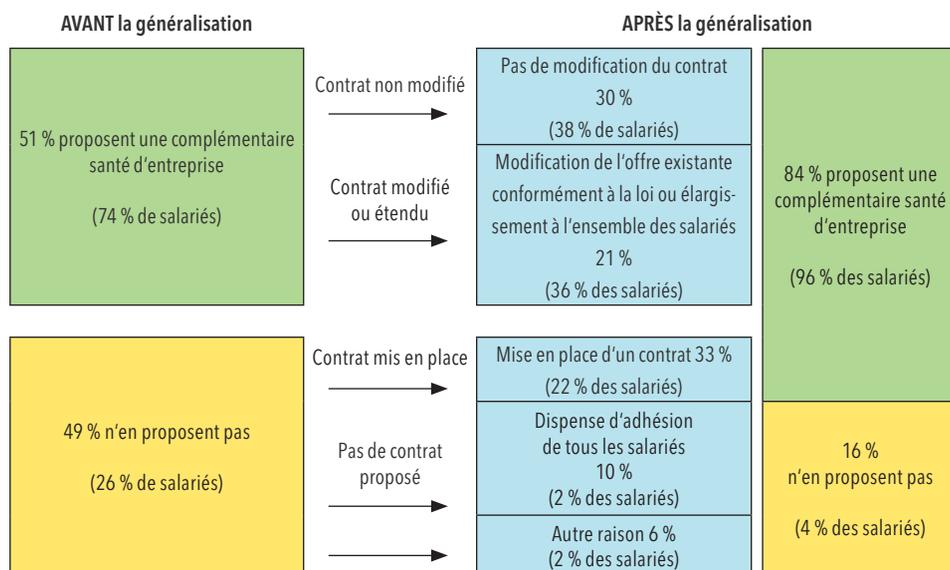
la complémentaire d'entreprise, inscrite dans la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013, à la suite de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 (ANI). Cette loi a rendu obligatoires à partir du 1^{er} janvier 2016 la souscription d'une offre de complémentaire santé par les entreprises du secteur privé à destination de tous leurs salariés, ainsi que l'adhésion des salariés à la complémentaire santé d'entreprise. En 2017, 84 % des établissements, employant 96 % des salariés, proposent désormais un contrat de complémentaire santé à leurs salariés, contre 51 % des établissements, employant 74 % des salariés, auparavant (schéma 1). Les établissements nouvellement couverts dépendent en premier lieu d'entreprises de petite taille, dans les secteurs de l'enseignement, de la santé et de l'action sociale, et des autres activités de services (voir fiche 13). À la suite de la généralisation, 14 % des salariés ont fait valoir une dispense d'adhésion (voir fiche 26). Dans certaines entreprises, en particulier de petites tailles,

cette dispense concerne l'ensemble des salariés, et constitue ainsi le principal motif de non-couverture des établissements (voir fiche 24).

Un basculement modéré de la couverture individuelle vers la couverture collective

La quasi-totalité des salariés (97 %) bénéficiaient d'une complémentaire santé, individuelle ou collective, avant 2016. La réforme a donc conduit à accroître la part de salariés couverts par une complémentaire collective, en partie du fait de salariés nouvellement couverts, mais principalement via un transfert de salariés couverts par une couverture complémentaire individuelle vers une complémentaire collective. Ainsi, si 71 % des salariés hors ceux du particulier employeur étaient déjà couverts en 2014 par une complémentaire santé collective, soit en tant qu'ouvriers droit, soit en tant qu'ayants droit, on estime qu'ils sont entre 87 % et 89 % après la généralisation, dont 4 % à 6 % en tant qu'ayants

Schéma 1 Part des établissements proposant une complémentaire santé avant et après la généralisation



Lecture > 21 % des établissements avec au moins un salarié au 31 décembre 2015 proposaient une complémentaire santé avant que la loi ne les y oblige et ont modifié l'offre existante ou l'ont élargie à l'ensemble des salariés, conformément à la loi généralisant la complémentaire santé en entreprise. Ces établissements regroupent 36 % des salariés.

Champ > Ensemble des établissements du secteur privé avec au moins un salarié au 31 décembre 2015.

Source > DREES, Irdes, enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSC) 2017.

droit (voir fiche 12). Au niveau macro-économique, la perte de marché des contrats individuels reste contenue : le montant des cotisations des contrats collectifs a augmenté de 11 % entre 2015 et 2017, et celui des contrats individuels a baissé de 0,7 % (voir fiche 06).

Les mutuelles perdent du terrain au profit des sociétés d'assurances

Cette évolution globale masque cependant des différences selon les trois types d'organismes qui se partagent le marché de la complémentaire santé : les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance (voir fiche 07). Le transfert de contrats individuels vers des contrats collectifs, à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, a davantage bénéficié aux sociétés d'assurances : entre 2015 et 2017, le chiffre d'affaires des contrats collectifs des sociétés d'assurances a augmenté de 22,3 %, alors que, dans le même temps, la hausse était de 9,0 % pour les institutions de prévoyance et de 3,1 % pour les mutuelles. Durant la même période, le chiffre d'affaires des contrats individuels des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance a diminué respectivement de 1,2 % et de 2,2 %, tandis que celui des mutuelles est resté relativement stable (-0,3 %).

Les mutuelles, premier acteur du marché de la complémentaire santé regroupant 73 % des organismes et 51 % du chiffre d'affaires total, sont en effet surtout actives sur le marché de l'assurance individuelle (70 % de leurs bénéficiaires et de leur chiffre d'affaires). Elles s'adressent souvent à des populations ciblées (fonctionnaires d'une administration, salariés ou retraités d'une branche professionnelle, etc.) et détiennent la part la plus élevée de souscripteurs de 60 ans ou plus. Compte tenu de leur positionnement majoritaire sur le marché de l'individuel, on pouvait s'attendre, avec l'extension de la complémentaire collective à l'ensemble des entreprises du secteur privé, à une perte de part de marché pour les mutuelles. Or, celle-ci a certes reculé, passant de 54 % en 2013 à 51 % en 2017, mais cela prolonge une tendance à la baisse depuis plusieurs années (voir fiche 07).

D'après l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCÉ), les entreprises ayant mis

en place ou modifié leur offre à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise se sont davantage tournées vers les sociétés d'assurances et moins souvent vers des mutuelles que les entreprises qui étaient déjà couvertes et n'ont pas modifié leur contrat (voir fiche 25), même si les mutuelles restent l'interlocuteur privilégié. Lors de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les branches d'activité avaient la possibilité de recommander un organisme complémentaire. Néanmoins, à peine un quart des établissements ayant mis en place une complémentaire santé ou revu leur offre ont reçu une recommandation de leur branche. Parmi eux, un peu plus de la moitié l'ont suivie (voir fiche 25).

Une amélioration des niveaux de couverture des salariés

La généralisation de la complémentaire santé collective a été globalement favorable aux salariés. Les deux tiers de ceux ayant connu des évolutions du coût ou des remboursements de leur complémentaire santé se déclarent satisfaits (voir fiche 26). En effet, les entreprises doivent désormais financer la complémentaire d'entreprise au minimum à hauteur de 50 %. Même si les entreprises nouvellement couvertes se contentent majoritairement d'une participation au niveau du minimum légal (voir fiche 24), le cofinancement des contrats par les employeurs n'a pas baissé et atteint en moyenne 58 % (voir fiche 13). Par ailleurs, les garanties des contrats collectifs sont, le plus souvent, plus élevées que celles des contrats individuels (voir fiche 10) et dépassent souvent le panier minimal défini pour les contrats collectifs (panier ANI). Les garanties sont toutefois moins généreuses pour les entreprises nouvellement couvertes (voir fiche 24). Enfin, les contrats collectifs appliquent des modes de tarification plus solidaires et favorables aux familles que les contrats individuels qui fixent les primes principalement à l'âge (voir fiche 11). Leur retour sur cotisations est également plus élevé (voir fiche 08).

Des dispositifs encore indispensables pour les plus modestes

Les personnes les plus précaires et, en particulier, celles exclues du marché du travail, ne bénéficient



pas, pour la plupart, de la complémentaire collective et de sa généralisation.

Plusieurs dispositifs existent afin de permettre aux ménages modestes de bénéficier néanmoins d'une prise en charge complémentaire à l'AMO, tels que la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). La CMU-C, proposée aux ménages dont les revenus sont les plus modestes, compte 5,5 millions de bénéficiaires en 2017 (voir fiche 16). En 2018, 1,2 million de personnes bénéficient d'un contrat ACS, soit +25 % depuis la réforme du dispositif en 2015 (voir fiche 17). Néanmoins, le taux de recours au dispositif demeure inférieur à celui de la CMU-C, et le reste à charge de ses bénéficiaires reste élevé sur certains postes de soins, notamment pour les prothèses dentaires, l'optique et les audioprothèses. L'ACS sera remplacée par une CMU-C soumise à participation financière en 2019.

Des inégalités de couverture subsistent

Malgré ces dispositifs, les personnes non couvertes par une complémentaire santé (moins de 5 % de la population) sont principalement des personnes à faible revenu : travailleurs précaires, chômeurs ou inactifs. Le potentiel de diffusion de la généralisation de la complémentaire d'entreprise à ces personnes est relativement limité. L'extension de la portabilité des contrats pour les chômeurs jusqu'à un an après la perte d'emploi, prévue dans la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013, est un droit que font valoir la moitié d'entre eux (voir fiche 26). Pour les autres, seulement une partie peut bénéficier indirectement des effets de la généralisation en tant qu'ayant droit d'un salarié. Si les effets sur les ayants droits ne pourront être pleinement mesurés qu'à partir de la prochaine enquête en population générale, les premières estimations indiquent que le taux de non-couverts ne baisserait que d'un point de pourcentage du fait de la généralisation (voir fiche 12). Il subsiste donc des inégalités de couverture, particulièrement pour les personnes n'ayant pas accès à des complémentaires collectives.

Contrairement à l'AMO, l'assurance complémentaire crée peu de redistribution entre les personnes les plus modestes et les plus aisées (voir fiche 05).

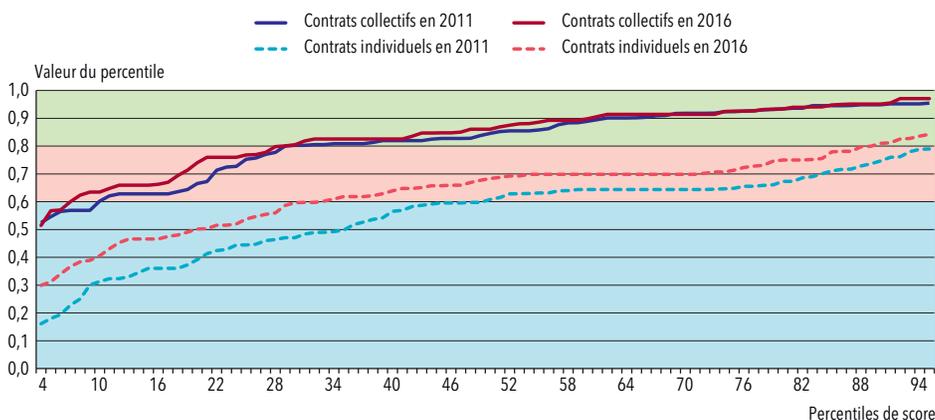
Elle mutualise donc le risque entre les personnes en bonne santé et les malades, mais pas ou peu entre classes d'âge sur le marché individuel pour lequel la tarification à l'âge est la norme. Ainsi, les retraités sont exposés aux primes et aux restes à charge les plus élevés. Ces dépenses pèsent particulièrement sur les revenus des plus modestes d'entre eux (voir fiche 14).

Des niveaux de prise en charge de plus en plus encadrés

En parallèle de cette tendance à l'universalisation de la complémentaire santé, les pouvoirs publics se sont attachés à un encadrement croissant des niveaux de prise en charge. Plusieurs objectifs sont poursuivis : responsabiliser financièrement les patients, *via* la création de participations financières ne devant pas être couvertes par les complémentaires santé, et la modulation de la prise en charge selon le respect du parcours de soins (voir fiche 01) ; assurer un socle de prise en charge minimale, *via* des planchers de prise en charge ; contenir les prix pratiqués par les professionnels de santé, *via* la fixation de plafonds de prise en charge, de tarifs opposables, et prochainement de prix de vente plafonnés sur le panier 100 % santé. Une partie importante de la prise en charge des dépenses de santé est donc homogène entre les différents contrats et, de façon générale, le niveau de prise en charge des contrats a augmenté ces dernières années sur le marché individuel (*graphique 1*) [voir fiche 11].

Les évolutions des garanties diffèrent cependant selon les postes de soins. Pour les dépassements d'honoraires, le respect d'un écart de garanties minimal entre les consultations auprès de spécialistes ayant adhéré à un contrat d'honoraires maîtrisés (contrat d'accès aux soins [CAS], puis option de pratique tarifaire maîtrisée [Optam]) et les spécialistes appliquant des honoraires libres, a conduit à une amélioration, pour les contrats les moins couvrants, des garanties dans le CAS plutôt qu'à une baisse des garanties hors CAS. Les montants versés par les complémentaires aux bénéficiaires des contrats les plus couvrants sont, eux, plus faibles en 2016 qu'en 2011, en raison du plafonnement des garanties hors CAS et d'une hausse des remboursements de la Sécurité sociale dans le CAS (voir fiche 19). La prise en charge illimitée du forfait hospitalier par les contrats

Graphique 1 Distribution des bénéficiaires selon le score de prise en charge de leur contrat



Note > Les contrats de classe 1 sont définis comme ceux pour lesquels le score est inférieur à 0,6. Les contrats de classe 2 sont ceux pour lesquels le score est compris entre 0,6 et 0,8. Les contrats de classe 3 sont ceux pour lesquels le score est supérieur à 0,8.

Lecture > En 2016, 29 % des bénéficiaires de contrats collectifs ont un contrat dont le score de prise en charge est inférieur à 0,8.

Champ > Bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016, extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats ; SNDS-DCIR 2016.

responsables depuis 2015 a réduit le risque de restes à charge élevés en cas d'hospitalisation pour de nombreux assurés (voir fiche 23). En optique, si le plafonnement a eu un effet sur les garanties les plus élevées, la tendance globale à la hausse des garanties souscrites se poursuit (voir fiche 20). Pour les prothèses dentaires et auditives, au cours des dernières années, les garanties ont surtout augmenté sur le marché individuel, mais les contrats collectifs continuent d'offrir en moyenne de meilleures prises en charge. Pour la majorité des assurés, les garanties restent nettement en deçà des prix pratiqués (voir fiche 22). Les prises en charge en optique, dentaire et audioprothèses seront substantiellement modifiées dans les années à venir par la mise en œuvre de la réforme « 100 % santé », qui vise à assurer une prise en charge complète de ces soins dans le cadre d'un panier de soins défini (voir annexe 1).

Réactions du marché et développement de nouveaux acteurs

Face à cette régulation du marché de la complémentaire santé par les pouvoirs publics, il est aujourd'hui plus que jamais nécessaire de s'intéresser aux comportements de ses acteurs. Grâce à l'enrichissement

des données d'enquête et l'exploitation des données fines et exhaustives du système national des données de santé (SNDS) [voir annexe 3], cet ouvrage apporte trois nouveaux éclairages en ce domaine. Le premier permet d'illustrer les effets de la régulation des prix et des volumes par la fixation de planchers et de plafonds de prise en charge à partir de l'exemple du marché de l'optique, à la suite de la réforme des contrats responsables de 2015 (voir fiche 21). Le second s'intéresse au développement des réseaux de soins auxquels sont liés désormais, en optique, la moitié des organismes complémentaires – couvrant huit bénéficiaires sur dix – et, en dentaire, un tiers des organismes – couvrant six bénéficiaires sur dix (voir fiche 09). Enfin, l'encadrement de l'AMC est propice au développement d'un troisième étage de couverture, et plusieurs acteurs, en premier lieu les mutuelles, se sont positionnés en développant de nouveaux produits, les surcomplémentaires santé. Ces contrats couvrent 2,4 millions de personnes. Ils sont principalement commercialisés en collectif (dans sept cas sur dix), et plus fréquemment non responsables lorsqu'ils sont uniquement commercialisés sur le marché individuel (voir fiche 15). ■



Vue d'ensemble
Fiches thématiques ◀
Annexes

Éléments de cadrage

En France, l'assurance santé privée est dite complémentaire, car elle intervient sur le même panier de soins, prodigués par les mêmes professionnels de santé, que l'assurance maladie obligatoire, en finançant une partie des sommes restant à charge des patients après intervention de l'assurance maladie obligatoire. La complémentaire santé intervient d'une part sur les participations financières instaurées par la Sécurité sociale, et d'autre part sur la liberté tarifaire résultant des dépassements d'honoraires et des tarifs libres sur certains produits ou actes, notamment en optique, pour les audioprothèses et les soins prothétiques dentaires. En complément, elle peut aussi prendre en charge des soins non remboursés par la Sécurité sociale (ostéopathie par exemple).

Les dépenses de santé prises en charge par l'assurance complémentaire

Pour la plupart des soins remboursés par l'assurance maladie, des participations financières des patients sont prévues : ticket modérateur, forfaits et franchises. Ces copaiements composent le reste à charge dit opposable. Il s'agit de la différence entre le tarif de convention (ou base de remboursement de la Sécurité sociale) et le remboursement de la Sécurité sociale. Par ailleurs, la dépense de santé peut comporter un reste à charge lié à la liberté tarifaire (dépassements d'honoraires ou tarifs libres sur certains actes ou produits), qui peut être partiellement ou totalement couvert par la complémentaire santé. Ces restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) composent le champ d'intervention de la complémentaire santé. Selon son niveau de prise en charge, il peut subsister pour le patient un reste à charge après assurance maladie complémentaire (RAC AMC) [schéma 1].

Les participations financières en ville

Avec le ticket modérateur, la Sécurité sociale a instauré dès sa création, en 1945, une participation financière des assurés pour l'ensemble des soins, à l'époque à un taux unique de 20 %. Aujourd'hui, le niveau du ticket modérateur varie (de 30 % à 85 %) selon les catégories de soins et l'intérêt thérapeutique des produits. Depuis 2009, son niveau dépend

également du respect du parcours de soins. Par exemple, sur une consultation d'un médecin spécialiste de secteur 1, le ticket modérateur est de 30 % du tarif de convention fixé à 25 euros si le patient a consulté dans le cadre du parcours de soins, et de 70 % si cette consultation est hors parcours de soins coordonnés¹. Certains assurés bénéficient de taux réduits : c'est le cas notamment des assurés du régime d'Alsace-Moselle, ainsi que des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Au ticket modérateur s'ajoute, depuis 2005, une participation forfaitaire (PF) de 1 euro pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin (généraliste ou spécialiste), pour les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale. Elle est plafonnée à 4 euros par jour pour un même professionnel de santé et à 50 euros par an par assuré. Il existe également depuis 2008 des franchises médicales de 0,50 euro par boîte de médicaments, 0,50 euro par acte paramédical, 2 euros par transport sanitaire. Elles sont plafonnées à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux, 4 euros par jour pour les transports sanitaires, et 50 euros par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

Par exemple, pour une consultation dans le cadre du parcours de soins coordonnés facturée 45 euros par un spécialiste adhérent à l'option de pratique

1. Le TM est de 70 % pour les assurés qui consultent hors parcours de soins, c'est-à-dire lorsque l'assuré n'a pas désigné son médecin traitant ou consulte un autre praticien sans orientation préalable de son médecin traitant ; mais le montant de la majoration est plafonné à 10 euros (en application de l'article R. 160-6 du Code de la sécurité sociale).

tarifaire maîtrisée (Optam) [honoraires avec dépassements maîtrisés], la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) est de 30 euros et le taux de remboursement de la Sécurité sociale de 70 % (schéma 2)² [voir fiche 19]. Le remboursement de la Sécurité sociale (RSS) est de 20 euros, soit 70 %*30 euros -1 euro de participation forfaitaire (PF). Le ticket modérateur (TM) à 30 % correspond à 9 euros, et est obligatoirement pris en charge si le patient est couvert par un contrat responsable (voir annexe I). La complémentaire santé peut, selon le contrat souscrit, prendre en charge tout ou partie des dépassements d'honoraires (D) qui représentent 15 euros.

Une participation sur les actes coûteux, de 24 euros en 2019 (auparavant de 18 euros en 2018) [PF 24] s'applique en ville et dans les établissements de santé aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros (ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60). Elle se substitue alors au ticket modérateur.

Les participations financières à l'hôpital

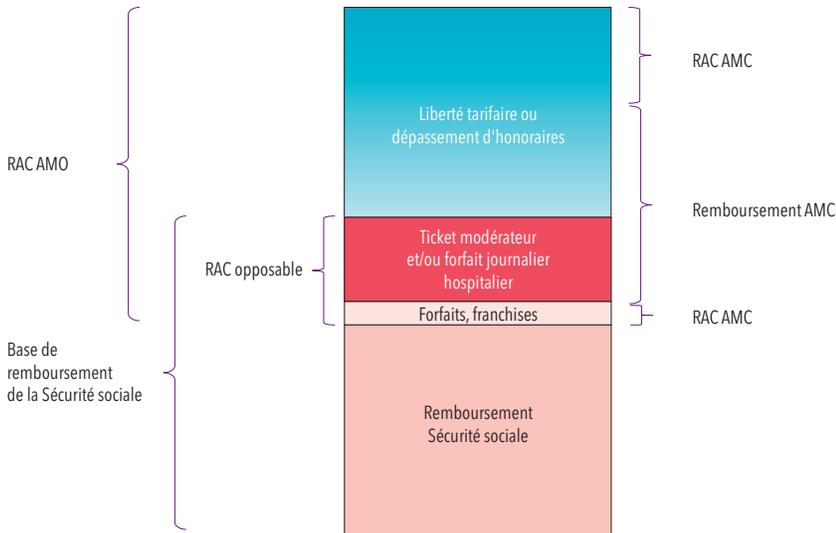
Dans les établissements de santé, le reste à charge d'un assuré de droit commun est égal au montant

le plus élevé entre le forfait journalier et le ticket modérateur.

Dans les établissements de santé, le TM est fixé à 20 %, mais son assiette diffère selon le statut de l'établissement. Pour les établissements à but lucratif, l'assiette repose sur le groupe homogène de séjour « privé » (GHS), c'est-à-dire hors honoraires de professionnels de santé, les patients payant en plus un TM sur les actes des professionnels libéraux. Pour les établissements publics et à but non lucratif (ex-dotation globale), l'assiette repose sur le tarif journalier de prestation (TJP) propre à chaque établissement multiplié par la durée de séjour (cette durée ne pouvant dépasser 30 jours). Comme en ville, la participation forfaitaire (de 24 euros en 2019) pour les actes coûteux se substitue au TM.

Par ailleurs, les patients participent au financement des frais d'hébergement en établissements de santé par le forfait journalier hospitalier (FJH) fixé, depuis le 1^{er} janvier 2018, à 20 euros par jour en hôpital ou en clinique et à 15 euros par jour pour les séjours en psychiatrie. Il est facturé pour chaque jour d'hospitalisation, y compris le jour de sortie, sauf en cas de décès ou transfert.

Schéma 1 Le reste à charge sur une dépense du panier de soins remboursable



Note > RAC : reste à charge ; AMO : assurance maladie obligatoire ; AMC : assurance maladie complémentaire.

2. La base de remboursement est de 25 euros, si le spécialiste n'était pas adhérent Optam, et le taux de remboursement de la Sécurité sociale de 30 % si la consultation est hors parcours de soins coordonné.

Exceptionnellement, le forfait journalier peut se cumuler avec le TM³.

Les exonérations aux participations financières

Ces différentes participations financières font l'objet de nombreuses exonérations. Les principales sont liées au coût des prestations : ainsi, sont exonérés du TM et de la PF 24 les assurés en affection de longue durée (ALD) pour les actes en lien avec celle-ci, les hospitalisations longues à compter du 31^e jour d'hospitalisation, les médicaments coûteux⁴.

D'autres cas d'exonérations sont liés à la situation des bénéficiaires : les personnes en invalidité, les pensionnés militaires d'invalidité, les victimes d'actes terroristes, les femmes au titre de l'assurance maternité, les nouveau-nés pour les hospitalisations pendant les 30 jours suivant leur naissance bénéficient d'une exonération complète. Sont exonérés des seuls TM, PF 24 et FJH, les victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP), les

interruptions volontaires de grossesse, les donneurs d'organes et de produits issus du corps humain.

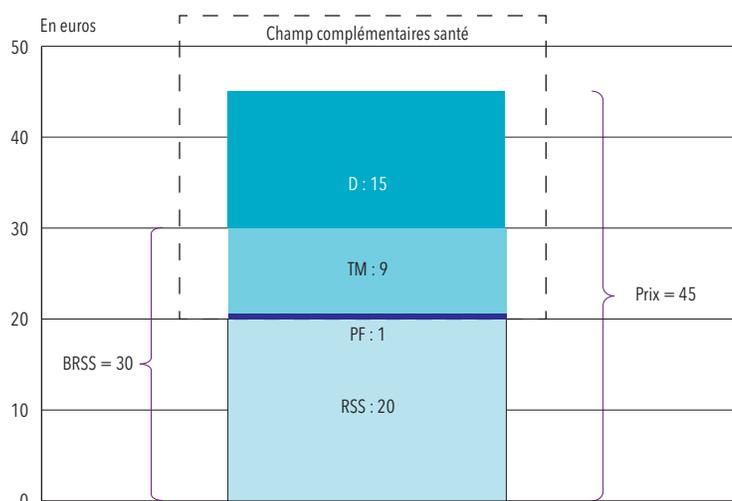
Il existe des exonérations liées à des considérations de santé publique, qui concernent par exemple les frais de dépistage des infections par le VIH et le virus de l'hépatite C, les programmes de dépistage organisé, les consultations de prévention destinées aux mineurs, les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire.

Enfin, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont exonérés des franchises et PF 1 euro.

La liberté tarifaire

Les complémentaires santé interviennent également dans la prise en charge des dépassements d'honoraires, lesquels ne sont jamais pris en charge par l'assurance maladie. Il peut s'agir des dépassements exceptionnels des médecins conventionnés de secteur 1 (en cas de demande particulière du patient,

Schéma 2 Prise en charge pour une consultation de spécialiste en secteur 2 adhérent à l'Optam dans le cadre du parcours de soins



Note > BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale ; D : dépassement d'honoraires ; PF : participation forfaitaire ; TM : ticket modérateur ; RSS : remboursement de la Sécurité sociale.

3. Si, exceptionnellement, le FJ est supérieur au TM et que le patient ne doit que le TM forfaitaire (PF 24), alors le forfait journalier est facturable en sus du TM forfaitaire.

4. Les médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus dans les établissements et les médicaments rétrocédables sont en général intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

par exemple de visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet). Il peut s'agir plus généralement des honoraires libres pratiqués par les médecins conventionnés de secteur 2. Ces dépassements sont encadrés pour les médecins adhérent à l'Optam, qui s'engagent à modérer et stabiliser leurs honoraires, et pour lesquels l'assurance maladie rembourse sur une base plus élevée (celle du secteur 1) que pour les non-adhérents à l'Optam, ce qui diminue d'autant le dépassement d'honoraires (voir fiche 19).

Les consultations et soins chez les chirurgiens-dentistes et médecins stomatologues (soins conservateurs de type détartrage, traitement de carie, dévitalisation et soins chirurgicaux, de type extraction par exemple) sont tenus d'être facturés au tarif fixé par l'assurance maladie, sauf dans certaines situations (exigence particulière du patient, chirurgien-dentiste disposant d'un droit permanent à dépassement ou médecin stomatologiste exerçant en secteur 2, dit à honoraires libres) [voir fiche 22].

En revanche, contrairement aux consultations et aux soins dentaires conservateurs, les soins dentaires prothétiques ont des tarifs de responsabilité (ou tarifs conventionnels) souvent très inférieurs à leur tarif réel. Les complémentaires santé peuvent donc jouer un rôle important dans la prise en charge des restes à charge sur les dépenses de soins prothétiques.

Cette liberté tarifaire s'applique également à d'autres actes sur la liste des produits et prestations, et, en particulier, les équipements d'optique et les audioprothèses.

La liberté tarifaire est encadrée pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS qui bénéficient de tarifs plafonds opposables aux professionnels de santé (voir fiches 16 et 17). Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme « 100 % santé », elle le sera également pour l'ensemble des assurés pour une partie des lunettes, des audioprothèses et des prothèses dentaires. Les tarifs des équipements du panier « 100 % santé » seront plafonnés, avec une montée en charge

progressive jusqu'en 2021, à compter de 2019 en audiologie et en dentaire, et à compter du 1^{er} janvier 2020 en optique.

L'encadrement des remboursements des complémentaires

Le champ d'intervention de l'assurance complémentaire porte principalement sur le ticket modérateur, les forfaits journaliers à l'hôpital, les dépassements d'honoraires et sur le panier de soins remboursables par la Sécurité sociale. Les complémentaires santé peuvent en outre prendre en charge des soins non remboursés par la Sécurité sociale, comme par exemple des consultations d'ostéopathie ou de psychologue. Les contrats de complémentaire santé se distinguent selon les soins considérés, et leur prise en charge est régulée via le cahier des charges des contrats dits responsables, qui bénéficient d'aides fiscales (voir annexe 1). Les contrats responsables ne peuvent pas prendre en charge les participations forfaitaires (de 0,50 euro à 4 euros) ni les franchises médicales. Le dernier cahier des charges, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2015 pour les contrats individuels et qui s'applique à l'ensemble des contrats collectifs à compter du 1^{er} janvier 2018, prévoit par ailleurs que les contrats responsables des complémentaires santé remboursent au minimum l'ensemble du ticket modérateur (à l'exception des frais de cure thermale, de l'homéopathie, et des médicaments pris en charge à 15 % ou 30 % par l'assurance maladie) y compris sur les frais d'hospitalisation, la participation forfaitaire sur les actes lourds, et l'intégralité du FJH facturé par les établissements de santé. Les contrats offrant des garanties supérieures au ticket modérateur doivent également plafonner leurs garanties pour les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'Optam⁵ qui doivent être inférieures au remboursement proposé par le même contrat pour les dépassements de médecins adhérents⁶. Des plafonds de prise en charge sont également prévus en optique (voir fiche 21).

5. Auparavant aux non-adhérents aux contrats d'accès aux soins (CAS).

6. Les garanties pour les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'Optam ne peuvent pas excéder un montant égal à 100 % du tarif opposable. Elles doivent être inférieures à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements de médecins adhérents, en respectant une différence au moins égale à 20 % du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge.

Les obligations des contrats responsables seront révisées dans le cadre de la réforme « 100 % santé », et les contrats d'assurances complémentaires devront proposer une prise en charge du panier

« 100 % santé » en optique, dentaire et audiology, et limiter le remboursement des soins en dehors du panier (montures et prothèses auditives hors panier « 100 % santé » notamment). ■

Pour en savoir plus

- > Site de l'assurance maladie, rubrique assuré, sous-rubrique remboursements.
- > **Paris, V., Polton, D.** (2016). L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? *Regards, protection sociale*, 49(1), 69-79.
- > Sur les contrats responsables, voir article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Les organismes de Sécurité sociale sont les premiers financeurs des dépenses de santé, puisqu'ils ont pris en charge 77,8 % de la consommation de soins et biens médicaux en 2017. Arrivent en deuxième position les organismes complémentaires (13,2 %). Leur part dans le financement a légèrement diminué depuis 2013 en raison notamment de la réforme des contrats responsables ainsi que des mesures prises par les organismes pour limiter leurs dépenses. En 2017, l'État finance aussi 1,5 % des dépenses de santé, via différents dispositifs. En définitive, 7,5 % des dépenses de santé restent à la charge des ménages.

Trois types d'organismes de complémentaire santé

En France, une complémentaire santé est un contrat privé d'assurance dont l'objet principal est le remboursement de tout ou partie des frais médicaux des ménages non pris en charge par les organismes de Sécurité sociale et par l'État. Trois catégories d'organismes complémentaires peuvent gérer de tels contrats : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances. En parallèle, les pouvoirs publics ont mis en place deux dispositifs permettant aux plus modestes d'accéder à une complémentaire santé : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000 et l'aide à la complémentaire santé (ACS) en 2005.

Les organismes de Sécurité sociale, acteurs majeurs du financement des dépenses de santé

Les organismes de Sécurité sociale sont les acteurs majeurs du financement des dépenses de santé. Ils ont en effet versé 155,1 milliards d'euros de prestations en 2017, soit 77,8 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Jusqu'en 2011, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM s'est régulièrement érodée à la marge (*graphique 1*) en raison de mesures d'économies mises en place par l'Assurance maladie. Depuis 2011, elle augmente sous les effets du dynamisme des dépenses les mieux prises en charge par les organismes de Sécurité sociale (soins hospitaliers, médicaments coûteux, etc.), du vieillissement de la population et de la progression du nombre de personnes en affection de longue durée (ALD).

Les organismes complémentaires financent 13,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux

Les organismes complémentaires interviennent sur l'ensemble du panier de soins remboursables. Ils prennent notamment en charge les tickets modérateurs et certains dépassements de tarifs de référence. Leur part dans le financement de l'optique, du dentaire et des audioprothèses (voir fiches 20 et 22) est particulièrement élevée.

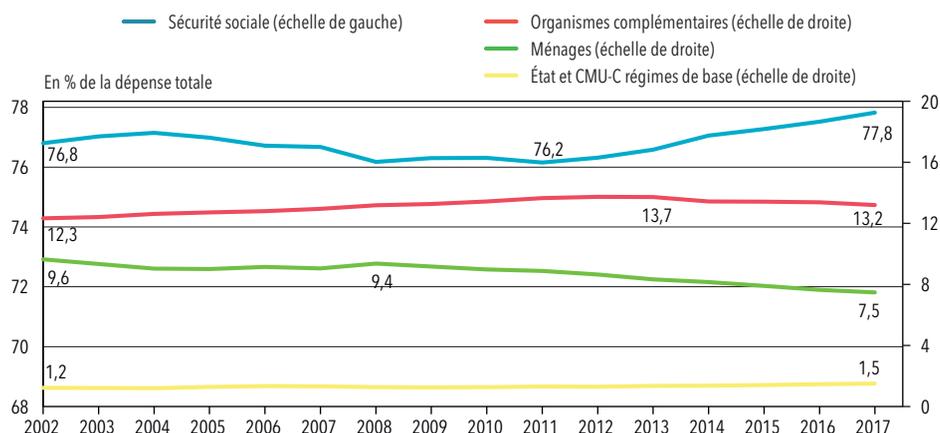
En 2017, les organismes complémentaires ont pris en charge 26,3 milliards d'euros de la CSBM, soit 13,2 % de cette dépense. Ils ont financé une part croissante de la CSBM jusqu'en 2013 où leur part culminait à 13,7 %. Les prestations qu'ils versent sont stables entre 2016 et 2017. De 2014 à 2016, elles avaient augmenté, mais moins vite que l'ensemble des dépenses (*graphique 2*). Aussi leur part dans le financement de la CSBM recule-t-elle légèrement depuis cette date (*encadré 1*). Deux facteurs peuvent expliquer ce recul. Outre le dynamisme des dépenses les mieux prises en charge par la Sécurité sociale, les organismes complémentaires ont mis en place des actions afin de modérer leurs dépenses (réseaux de soins aux tarifs négociés (fiche 09), « bonus » pour inciter les assurés à modérer leur consommation, etc.). La réforme des contrats responsables en 2015 a globalement accentué ce mouvement (prise en charge de l'optique pour les adultes une année sur deux, etc.). Hors du champ de la CSBM, les organismes ont aussi versé, en 2017, 1,7 milliard d'euros pour des prestations à la périphérie du système de soins (chambre particulière à l'hôpital, médecines alternatives, etc.).

En 2017, les mutuelles restent l'acteur principal du marché de la complémentaire santé, avec, à elles seules, 51 % des prestations des organismes complémentaires sur le champ de la CSBM (graphique 3). Elles perdent toutefois des parts de marché depuis de nombreuses années (-9 points depuis 2002), au profit quasi exclusif des sociétés d'assurances.

Deux dispositifs d'aide à la complémentaire santé

La CMU-C est une complémentaire santé gratuite attribuée sous condition de ressources (voir fiche 16). En 2017, 90 % des bénéficiaires de la CMU-C en ont confié la gestion à leur régime de base et 10 % à un organisme complémentaire. L'ACS (voir fiche 17) est

Graphique 1 Part des différents financeurs de la consommation de soins et de biens médicaux de 2002 à 2017



Note > Lorsque le bénéficiaire a choisi un régime de base pour gérer sa CMU-C, ses dépenses liées à la CMU-C sont comptabilisées dans « État et CMU-C régimes de base ». Lorsqu'il a choisi un organisme complémentaire, elles sont incluses dans « organismes complémentaires ».

Lecture > En 2017, les organismes complémentaires prennent en charge 13,2 % de la CSBM (échelle de droite), tandis que la Sécurité sociale prend en charge 77,8 % de la CSBM (échelle de gauche).

Champ > Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Croissance annuelle de l'ensemble de la CSBM et des prestations santé versées par les organismes complémentaires



Lecture > En 2017, le niveau des prestations versées par les organismes complémentaires est stable, alors que les prestations de l'ensemble de la CSBM augmentent de 1,3 %.

Champ > Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Source > DREES, Comptes de la santé.

une aide financière au paiement des cotisations d'un contrat de complémentaire santé privé. Elle s'adresse aux personnes dont les revenus sont modestes mais supérieurs jusqu'à 35 % au seuil d'éligibilité à la CMU-C. Depuis le 1^{er} juillet 2015, les contrats éligibles à l'ACS doivent faire partie de la liste des contrats homologués par les pouvoirs publics après un appel d'offres.

Ces deux dispositifs sont financés par le Fonds CMU, à l'aide du produit de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, collectée par les organismes complémentaires à son profit (2,6 milliards d'euros en 2017). Cette taxe devient l'unique source de financement du Fonds CMU en 2017, ce dernier ne recevant plus de fraction du produit de la

taxe sur le tabac. En 2017, le Fonds CMU a reversé 2,5 milliards d'euros aux régimes de base et aux organismes complémentaires au titre de leur gestion de la CMU-C et de l'ACS.

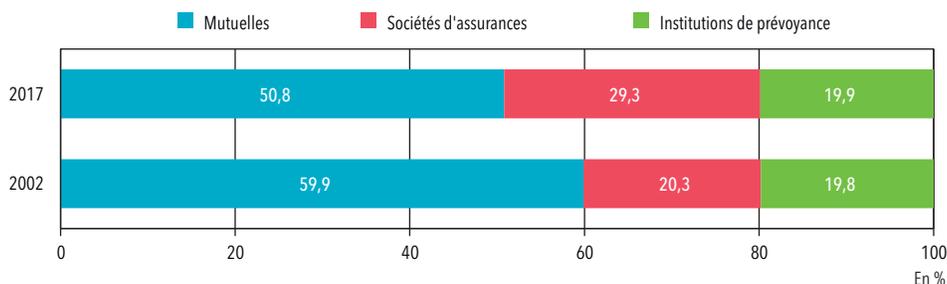
Par ailleurs, l'État intervient également dans la prise en charge des soins de santé à travers différents dispositifs (aide médicale d'État pour les personnes en situation irrégulière, par exemple). Au total, en 2017, l'État (y compris la CMU-C prise en charge par les régimes de base) a financé 1,5 % de la CSBM.

Après remboursement de ces différents acteurs du système de santé, 7,5 % de la CSBM reste donc à la charge des ménages. Ce reste à charge diminue depuis 2008, date à laquelle il s'élevait à 9,4 % de la CSBM. ■

Encadré 1 La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La CSBM représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Il s'agit des soins hospitaliers, des soins de ville, c'est-à-dire en cabinets libéraux ou en dispensaires (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, laboratoires, etc.), le transport de malades, les médicaments en ambulatoire et les autres biens médicaux (y compris l'optique). Contrairement à d'autres mesures de la dépense de santé, la CSBM n'inclut pas certains soins, considérés périphériques du système de santé (recours à un ostéopathe, à un psychologue, etc.) ou relevant davantage du confort que du soin (chambre particulière à l'hôpital, par exemple). Les organismes complémentaires les prennent parfois en charge. Enfin, la CSBM n'intègre pas les dépenses relatives aux soins de longue durée, ni les coûts de gestion et de fonctionnement du système de santé.

Graphique 3 Répartition des prestations santé versées par les trois catégories d'organismes complémentaires en 2002 et 2017, sur le champ de la CSBM



Lecture > En 2017, 50,8 % des prestations santé des organismes complémentaires ont été versées par des mutuelles.

Champ > Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Source > DREES, Comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Fonds CMU** (2017). Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, *Rapport d'activité 2017*.
- > **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J.-C., Mikou, M. et Ferretti, C.** (2018). *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DRESS-santé.
- > **Grangier, J., Mikou, M., Roussel, R., Solard, J.** (2017, septembre). Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1025.

En 2016, les organismes d'assurances ont collecté 70,3 milliards d'euros au titre de la couverture des risques sociaux, ce qui représente près d'un tiers de leur activité. La santé (35,9 milliards d'euros de cotisations collectées) et la retraite supplémentaire (14,0 milliards) sont les principales activités des organismes dans le champ des risques sociaux, devant les assurances décès, l'incapacité, l'invalidité et la dépendance. En assurances santé et retraite supplémentaire, les cotisations collectées le sont pour moitié *via* des contrats individuels et pour moitié *via* des contrats collectifs. Les mutuelles et institutions de prévoyance sont spécialisées sur les risques sociaux, tandis que les sociétés d'assurances ont une activité plus diversifiée (assurances automobile, habitation, épargne, etc.).

29 % des cotisations des organismes d'assurances collectées pour les risques sociaux

L'aide apportée aux ménages au titre de la protection sociale couvre les risques sociaux, c'est-à-dire maladie, invalidité, accidents du travail, maladies professionnelles, vieillesse, survie, famille, maternité, éducation, emploi, chômage, logement et pauvreté. Ces risques sont pris en charge en premier lieu par les pouvoirs publics. Les organismes d'assurances peuvent aussi intervenir en proposant une couverture assurantielle de second niveau. En 2016, ces organismes ont collecté 239,4 milliards d'euros de cotisations au titre de leur activité d'assurances (*tableau 1*). Parmi ceux-ci, 70,3 milliards, soit 29 %, ont été collectés au titre de la couverture des risques sociaux. Symétriquement, sur les 187,1 milliards de prestations servies par les organismes en 2016, 27 % correspondent à des risques sociaux.

La complémentaire santé représente la moitié des cotisations collectées au titre des risques sociaux

Sur le champ des risques sociaux, les garanties « santé » (ou « frais de soins » en termes assurantiels) représentent le premier risque, avec 35,9 milliards d'euros de cotisations collectées et 28,3 milliards de prestations versées en 2016. L'assurance santé représente donc au total la moitié des cotisations collectées par les organismes d'assurances dans le champ des risques sociaux. Les organismes ont également

collecté 14,0 milliards d'euros de cotisations et versé 9,3 milliards de prestations au titre des garanties de retraite, c'est-à-dire les dispositifs de retraite supplémentaire, les préretraites et les indemnités de fin de carrière (IFC). Le risque retraite constitue ainsi leur deuxième poste d'intervention, devant les garanties décès (versement d'un capital ou d'une rente au conjoint survivant ou pour l'éducation des enfants, en cas de décès de l'assuré, à l'exclusion des assurances souscrites dans le cadre de contrats emprunteurs) [*encadré 1*]. Viennent ensuite les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité définitive, dépendance ou accidents (hors contrats emprunteurs). Enfin, les risques perte d'emploi (hors contrats emprunteurs) ou famille (prime à la naissance d'un enfant) font l'objet de quelques garanties des organismes d'assurances, mais les montants en jeu sont résiduels.

Les mutuelles et les institutions de prévoyance n'interviennent quasiment que dans le champ des risques sociaux. Les activités qu'elles ont le droit d'exercer en dehors de ce champ (caution, assistance et protection juridique pour les mutuelles, et épargne financière pour les mutuelles et les institutions de prévoyance) sont marginales. En revanche, l'activité des sociétés d'assurances dépasse largement le cadre de la santé et des risques sociaux : épargne, assurances automobile ou habitation, assurances pour les professionnels, protection juridique, crédit, caution, etc. La couverture des risques sociaux ne représente ainsi que 17 % des cotisations

collectées par les sociétés d'assurances en 2016, contre 100 % pour les mutuelles et institutions de prévoyance.

L'assurance santé, principale activité des mutuelles

85 % des cotisations collectées en 2016 par les mutuelles dans le champ des risques sociaux l'ont été au titre de l'assurance santé (*graphique 1*). Les mutuelles sont donc spécialisées sur ce risque. La complémentaire santé constitue également l'activité principale des institutions de prévoyance (50 % des cotisations collectées en 2016 dans le champ des risques sociaux), même si ces dernières ont une activité plus diversifiée que les mutuelles notamment, comme on peut s'y attendre, en matière de prévoyance (incapacité, invalidité et décès). Enfin, avec 31 % des cotisations collectées, la santé est le deuxième risque social pour les sociétés d'assurances, derrière la retraite (33 %).

Les contrats santé, tout comme les autres contrats dans le domaine des risques sociaux, peuvent être souscrits directement par des particuliers (contrats individuels) ou par des entreprises, pour couvrir des groupes de salariés (contrats collectifs) [voir fiche 14]. Pour l'incapacité, l'invalidité et le décès, les contrats collectifs sont majoritaires (*graphique 2*). Ces risques sont en effet souvent liés à l'activité professionnelle. Cela peut inciter les entreprises et leurs salariés à souscrire une protection complémentaire collective. Quant à la dépendance, elle concerne peu les entreprises et est donc principalement souscrite à titre individuel. Enfin, dans le domaine de la santé, comme en matière de retraite, la répartition des cotisations entre contrats individuels et collectifs est assez équilibrée. Sous l'effet de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise depuis 2016, la part des contrats collectifs pourrait continuer à augmenter dans les années à venir dans le champ de la santé, mais aussi peut-être dans celui de la prévoyance. ■

Tableau 1 Cotisations collectées et prestations versées selon le risque par les organismes d'assurances en 2016

	En milliards d'euros	
	Cotisations collectées	Prestations versées
Santé (frais de soins)	35,9	28,3
Retraite, préretraite et indemnités de fin de carrière	14,0	9,3
Décès	8,1	4,9
Incapacité-Indemnités journalières	6,3	5,1
Invalidité	3,4	2,6
Dépendance	1,1	0,4
Autres dommages corporels (accidents, assurance sportive, etc.)	1,4	0,5
Perte d'emploi	0,1	0,1
Famille	0,0	0,0
Ensemble des risques sociaux	70,3	51,2
Épargne	119,4	108,9
Habitation, automobile, assistance, assurances professionnelles, etc.	49,7	27,0
Ensemble de l'activité assurantielle	239,4	187,1

Note > Les cotisations collectées au titre des assurances emprunteurs sont classées en « Épargne » ou « Habitation, automobile, etc. ».

Lecture > En 2016, les organismes ont collecté 35,9 milliards d'euros au titre des garanties santé (frais de soins).

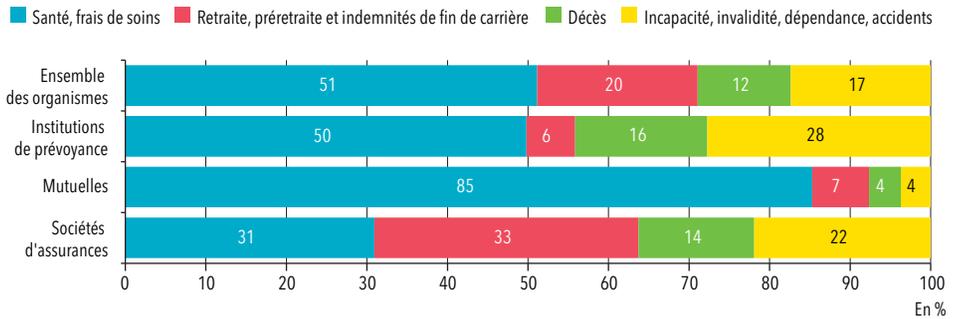
Champ > Organismes contrôlés par l'ACPR au 31 décembre 2016, affaires directes en France.

Sources > ACPR (états FR13 et FR14), DREES (enquête retraite supplémentaire), FFA (contrats emprunteurs), calculs DREES.

Encadré 1 Les contrats emprunteurs, hors du champ des risques sociaux

Les garanties décès, incapacité, invalidité et perte d'emploi souscrites dans le cadre d'emprunts immobiliers (dits « contrats emprunteurs ») sont par convention exclues du champ des risques sociaux. Elles sont en effet ici considérées comme assurant un risque financier et non un risque social. En 2016, 8,3 milliards d'euros de cotisations ont été collectés au titre de ces garanties emprunteurs (5,9 milliards en décès, 2,2 milliards en incapacité et invalidité et 0,2 milliard en perte d'emploi) [source FFA].

Graphique 1 Répartition des cotisations collectées par les organismes d'assurances sur le champ des risques sociaux, en 2016

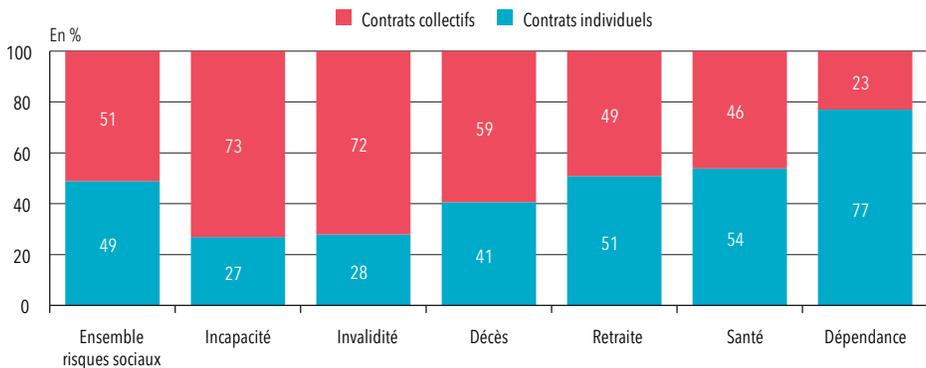


Lecture > En 2016, la santé représente 31 % des cotisations collectées par les sociétés d'assurances sur le champ des risques sociaux.

Champ > Organismes contrôlés par l'ACPR au 31 décembre 2016, affaires directes en France.

Sources > ACPR (états FR13 et FR14), DREES (enquête retraite supplémentaire), FFA (contrats emprunteurs), calculs DREES.

Graphique 2 Répartition des contrats individuels et collectifs dans les cotisations en 2016, pour les principaux risques sociaux



Lecture > En 2016, 54 % des cotisations collectées en santé l'ont été au titre de contrats individuels.

Champ > Organismes contrôlés par l'ACPR au 31 décembre 2016, affaires directes en France.

Sources > ACPR (états FR13 et FR14), DREES (enquête retraite supplémentaire), FFA (contrats emprunteurs), calculs DREES.

Pour en savoir plus

> ACPR (2016). Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2016.

> Montaut, A. (2018, mai). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2017, DREES.

> Montaut, A. (2018, mai). La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a peu fait évoluer le marché en 2016. DREES, *Études et Résultats*, 1064.

Dans l'ensemble des pays européens étudiés (France, Allemagne, Pays-Bas, Suisse, Espagne et Royaume-Uni), une couverture maladie de base obligatoire a été instaurée par les pouvoirs publics. En France et en Allemagne, cette couverture repose sur un système d'assurance maladie gérée par des caisses de Sécurité sociale. Aux Pays-Bas ou en Suisse, cette gestion a été confiée à des assureurs privés mis en concurrence réglementée, tandis que le Royaume-Uni et l'Espagne se caractérisent par des systèmes nationaux de santé. Dans ces six pays, les assureurs privés proposent aussi des assurances facultatives, qui se structurent en fonction des couvertures de base et les complètent.

Des systèmes d'assurance privée variés en Europe

Dans tous les pays d'Europe, les assureurs privés participent au financement des dépenses de santé. Leur place dépend non seulement du niveau de la prise en charge publique mais également de l'organisation du système. Les résultats présentés ici portent sur six pays européens : la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Suisse, l'Espagne et le Royaume-Uni (Lafon et Montaut, 2017). Ils permettent d'appréhender la variété des systèmes existant en Europe. Dans ces pays, les organismes privés proposent une offre d'assurance maladie facultative qui vient améliorer la couverture de base instaurée par les pouvoirs publics. En Suisse, aux Pays-Bas et, dans une moindre mesure, en Allemagne, les assureurs privés, mis en concurrence, peuvent aussi gérer cette couverture de base.

Trois types de couverture de base en Europe

En Espagne et au Royaume-Uni (mais aussi en Italie, au Danemark, en Irlande, en Norvège et au Portugal notamment), l'État assure un service national de santé. Dans ces systèmes, tous les résidents peuvent recevoir des soins gratuitement à condition de respecter un parcours encadré, souvent lié à leur lieu de résidence. Une offre de soins privée peut se développer en marge de l'offre publique, mais les patients qui souhaitent y avoir recours doivent en prendre entièrement les coûts à leur charge.

En France et en Allemagne (et aussi en Grèce, au Luxembourg, en Pologne, en Autriche et en Belgique), l'assurance maladie obligatoire est

publique. Les prestations maladie de base sont versées par des caisses de Sécurité sociale aux assurés et à leurs ayants droit en contrepartie de cotisations sociales assises sur les revenus. Les dépenses de santé sont remboursées dans la limite d'un montant de base défini par les pouvoirs publics, dit tarif de référence. Concernant l'offre de soins, la médecine y est majoritairement libérale même si ce mode d'exercice cohabite avec des hôpitaux publics. Les assurés ont la liberté de choix de leur praticien et de leur établissement de santé. En outre, l'État finance directement *via* des dispositifs *ad hoc* les dépenses de santé pour les personnes les plus modestes, de manière à garantir l'universalité de la couverture.

Enfin, certains pays, comme la Suisse et les Pays-Bas, ont mis en place un système d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents mais en ont confié la gestion aux assureurs privés mis en concurrence. L'État intervient toutefois fortement pour pallier les défaillances du marché et garantir un haut niveau de solidarité. Il définit le panier de soins de base minimal. Il oblige tous les résidents à contracter une assurance santé et met en place des dispositifs d'aide à l'acquisition et au paiement de cette assurance pour les personnes aux revenus modestes. Il impose également des limites à la sélection des risques afin que les assureurs ne puissent ni refuser un souscripteur en raison de son état de santé ou de son âge, ni moduler les tarifs en cours de contrat en fonction des dépenses de santé observées. De plus, un fonds de péréquation des risques prélève une partie des primes d'assurances et les redistribue aux assureurs

en fonction du nombre de « mauvais risques » qu'ils ont dans leur portefeuille, c'est-à-dire du nombre d'assurés présentant un risque d'avoir des dépenses de santé plus élevées. Enfin, l'État impose des contraintes dans la fixation des primes. Aux Pays-Bas, une partie de la prime est payée par l'employeur et est liée au revenu du salarié. En Suisse, les primes ne sont pas liées au revenu mais peuvent dépendre de l'âge. Toutefois, il n'est permis de distinguer que trois classes d'âges (moins de 18 ans, 18-24 ans et 25 ans ou plus) afin de mutualiser les risques entre assurés d'âges différents.

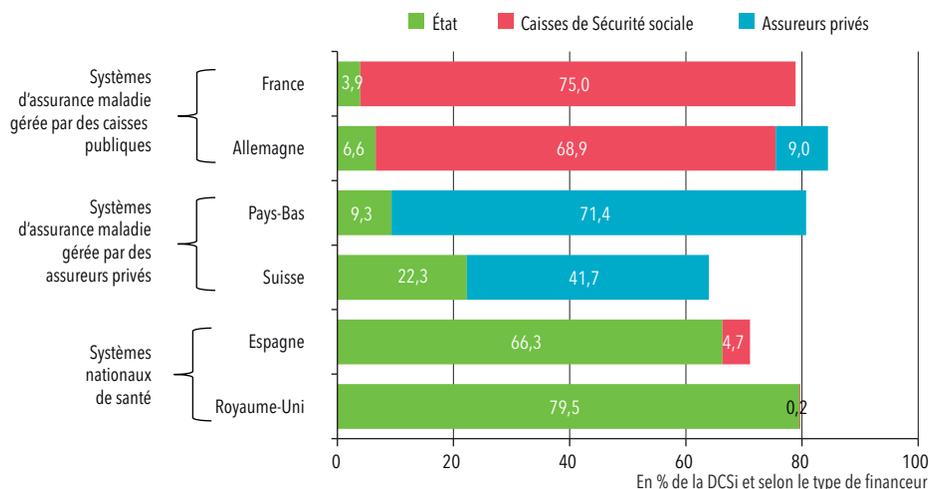
Cette typologie des systèmes de couverture santé de base reste toutefois assez théorique. Dans la pratique, la plupart des pays se caractérisent par un brassage des systèmes de base. En Allemagne par exemple, les caisses d'assurance maladie se font concurrence et un fonds de péréquation des risques a été instauré. De plus, les travailleurs indépendants, les fonctionnaires et les salariés les plus aisés peuvent sortir de l'assurance maladie publique et s'assurer auprès d'un organisme privé. En 2015, 11 % des Allemands ont choisi cette couverture de base privée, qui prend en charge au total 9 % des

dépenses de santé allemandes (graphique 1). Cette couverture est proche conceptuellement de celles qui prévalent en Suisse et aux Pays-Bas. Aux Pays-Bas, en 2006, une réforme a mis fin à la coexistence des régimes public et privé pour l'assurance maladie de base. Les caisses de Sécurité sociale ont basculé sous droit privé, avec les assureurs, et la gestion de l'assurance maladie a été confiée à l'ensemble de ces acteurs, mis en concurrence. Seul le Royaume-Uni semble correspondre au modèle « type » de système national de santé.

Une assurance santé privée facultative qui se structure en marge de la couverture de base

Dans ces six pays, les assureurs privés proposent aussi une assurance facultative. Elle se structure et se positionne en fonction des contours de la couverture santé de base. Dans les pays où la couverture de base est assurantielle, des copaiements sont en effet laissés à la charge des assurés, afin de les faire participer au coût des soins. Dans les systèmes nationaux de santé, les assurés peuvent ne pas être satisfaits des restrictions géographiques qui leur sont imposées pour le choix du professionnel de santé et donc opter pour

Graphique 1 Part de la dépense de soins prise en charge par la couverture obligatoire de base en 2015 dans six pays européens



Note > En Allemagne, l'assurance de base peut être souscrite auprès des caisses publiques mais aussi, pour certaines populations particulières (fonctionnaires, indépendants, personnes aux revenus élevés), auprès d'assureurs privés. La part de la couverture de base obligatoire financée par des assureurs privés doit ici être considérée comme une approximation, réalisée en se fondant sur une clé de répartition issue d'une autre publication (Busse et Blüme, 2014).

Lecture > En Espagne, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2015 est financée à 66 % par l'État.

Source > System of Health Accounts (SHA), OCDE-Eurostat-OMS, calculs DREES.

une offre de soins privée. Enfin, dans tous les pays, certains soins, considérés comme moins prioritaires ou à la périphérie du système de soins, peuvent ne pas être pris en charge par la couverture de base. D'après la terminologie de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), une assurance facultative privée est qualifiée de « complémentaire » lorsqu'elle est souscrite pour couvrir les copaiements laissés à la charge des assurés. Elle est dite « supplémentaire » lorsqu'elle rembourse des prestations non incluses dans le panier de soins de base (souvent l'optique et le dentaire) [tableau 1]. Enfin, elle est dénommée assurance « duplicative » lorsqu'elle prend en charge des soins reçus dans le privé, qui correspondent au souhait de l'assuré d'avoir le choix de son professionnel de santé, d'éviter les files d'attente ou d'obtenir une meilleure qualité de soins.

En France, l'assurance maladie privée facultative est principalement complémentaire. Elle intervient sur l'ensemble du panier de base, puisque pour chaque soin un copaiement est laissé à la charge de l'assuré. Toutefois, elle peut aussi intervenir de manière marginale à titre supplémentaire, pour les prestations de confort à l'hôpital (chambres particulières, location de télévision, etc.) ou des prestations à la périphérie du système de soins (ostéopathe, vaccins internationaux, etc.). En Allemagne également, les assurances facultatives interviennent d'abord à titre complémentaire en raison des tickets modérateurs sur les soins dentaires et hospitaliers, mais aussi à titre supplémentaire pour prendre en charge l'optique et certaines prestations de médecine alternative. Aux Pays-Bas et en Suisse, les assurances privées facultatives ont interdiction de prendre en

Tableau 1 Fonctions de l'assurance privée facultative selon les pays

	Fonction principale		Fonctions secondaires			
	France	Allemagne	Suisse	Pays-Bas	Espagne	Royaume-Uni
L'assurance complémentaire	Tickets modérateurs et dépassements d'honoraires	Tickets modérateurs pour les prothèses dentaires et soins hospitaliers notamment				Participation aux frais de soins dentaires
L'assurance supplémentaire	Suppléments pour confort à l'hôpital et médecines alternatives	Optique et médecines alternatives	Suppléments pour confort à l'hôpital, soins et prothèses dentaires, optique et certains médicaments	Soins dentaires, prothèses dentaires et optique pour les adultes, certains soins de kinésithérapie	Optique et dentaire	
L'assurance duplicative			Prise en charge hors de son canton de résidence		Prise en charge plus rapide, meilleur confort, choix du médecin opérant	Prise en charge plus rapide, meilleur confort

Note > Le confort à l'hôpital consiste par exemple en une chambre particulière, un lit pour un accompagnant, etc. Les soins d'ostéopathie, du psychologue, etc., relèvent des médecines alternatives.

Lecture > Pour la France, l'assurance privée facultative a une fonction complémentaire et une fonction supplémentaire. La fonction d'assurance complémentaire prend en charge les dépassements d'honoraires et les tickets modérateurs. La fonction d'assurance supplémentaire prend en charge les suppléments pour confort à l'hôpital et les médecines alternatives.

Champ > OCDE, enquête 2016 sur les caractéristiques des systèmes de santé, Health in Transition, CLEISS.

Source > Enquête 2016 sur les caractéristiques des systèmes de santé (OCDE), Health System Review (OMS).

charge les franchises et autres copaiements imposés par la couverture de base, qui ont été instaurés par les pouvoirs publics pour responsabiliser les assurés quant à leur consommation de soins. Les assurances facultatives privées interviennent donc à titre supplémentaire, c'est-à-dire pour couvrir les soins hors du panier de base. Enfin, en Espagne et au Royaume-Uni, l'assurance privée est à dominante « duplicative » c'est-à-dire qu'elle permet principalement de couvrir les dépenses de santé engagées auprès des fournisseurs de soins privés. Elle peut aussi intervenir de façon plus marginale à titre supplémentaire pour l'optique et certains soins dentaires notamment.

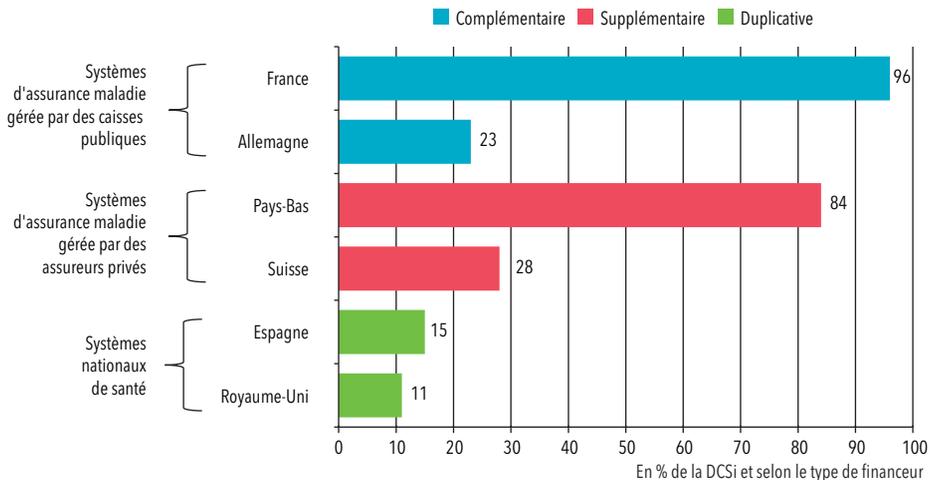
Des assurances facultatives très répandues en France et aux Pays-Bas

Les assurances privées à dominante complémentaire peuvent être très répandues, comme en France (96 % de la population française couverte) [graphique 2],

ou bien moins, comme en Allemagne (23 %). De même, les assurances facultatives à dominante supplémentaire sont très répandues aux Pays-Bas, alors qu'elles sont peu fréquentes en Suisse (84 % contre 28 %). En revanche, les assurances duplicatives semblent de fait réservées à une plus petite fraction de la population, puisqu'elles couvrent 15 % des Espagnols et 11 % des Britanniques. En effet, dans ces deux pays, les assurances duplicatives coûtent cher, car les assurés doivent en acquitter les cotisations tout en finançant par leurs impôts le système public, même s'ils ne l'utilisent pas.

Parmi les six pays considérés, c'est en France que l'assurance privée occupe la place la plus importante. Elle prend en charge 14,3 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) [graphique 3 et encadré 1]. Cette assurance est très répandue et prend en charge des montants assez élevés (environ 460 euros en moyenne en 2015 par personne couverte) puisqu'elle intervient

Graphique 2 Part de la population couverte par une assurance santé privée facultative en 2015, selon la fonction principale de cette assurance dans six pays européens



Note > Les types d'assurance considérés ici pour les classifications par couleur sont les types dominants de chacun des pays. Par exemple, la France est caractérisée par sa couverture à dominante complémentaire, la fonction supplémentaire n'y étant que marginale. En outre, pour la Suisse, le chiffre de 28 % de personnes couvertes ne se rapporte qu'aux personnes couvertes par une couverture supplémentaire hospitalière (prise en charge des suppléments pour chambres particulières et de frais pour soins effectués par le chef de service). D'autres sources de données plus anciennes (antérieures à 2012) évaluaient la proportion de personnes couvertes à 80 % ou 90 % dans ce pays. Toutefois, une réforme intervenue en 2012 (possibilité pour l'assuré de se faire hospitaliser partout en Suisse) a diminué le champ d'intervention des assurances facultatives privées.

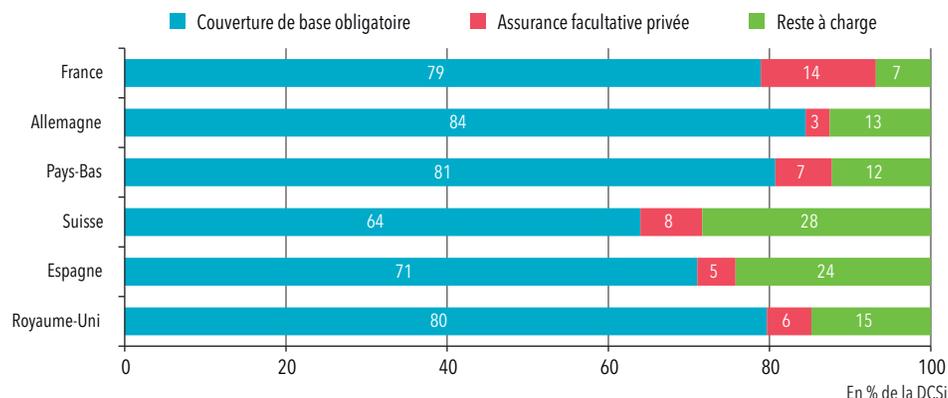
Lecture > En France, 96 % de la population est couverte par une assurance santé privée, dont la fonction dominante est de type complémentaire.

Source > OCDE, Panorama de la santé 2017, calculs DREES.

sur l'ensemble du panier de soins. En Allemagne, l'assurance facultative privée complémentaire ne prend en charge que 3 % de la dépense totale de santé puisqu'elle ne couvre qu'un quart de la population et pour des montants de prestations avoisinant 250 euros par an et par personne couverte. Aux Pays-Bas et en Suisse, les assurances facultatives privées prennent en charge respectivement 7 % et 7,7 % de la DCSi. Aux Pays-Bas, elles sont très répandues et versent environ 300 euros de prestations par an et par personne couverte, principalement en dentaire et en optique (*graphique 4*). En Suisse, les assurances « supplémentaires » sont plus rares,

mais prennent en charge environ 1 360 euros par an et par personne couverte. Deux raisons principales expliquent ce constat : d'une part, les soins médicaux y sont chers et, d'autre part, elles ont souvent été souscrites pour des soins coûteux, à l'hôpital notamment (chirurgie réalisée par le chef de service, etc.). Enfin, en Espagne et au Royaume-Uni, les assurances de type « duplicatif » ne sont contractées que par une petite part de la population mais prennent en charge des montants plutôt élevés (respectivement 620 euros et 760 euros par an et par personne couverte), car elles interviennent sur tous les soins, notamment les plus coûteux et les

Graphique 3 Répartition de la dépense courante de santé entre financeurs en 2015 dans six pays européens



Lecture > Pour la France, 79 % de la dépense courante de santé est prise en charge par la couverture de base obligatoire, en 2015, 14 % par les assurances facultatives privées et 7 % de la dépense restent à la charge des ménages.

Source > System of Health Accounts (SHA) ; OCDE-Eurostat-OMS, calculs DREES.

Encadré 1 La dépense courante de santé au sens international (DCSi)

Pour permettre une comparaison internationale des dépenses de santé, le *System of Health Accounts* (SHA) propose un agrégat nommé dépense courante de santé au sens international (DCSi) [Beffy *et al.*, 2017], renseigné selon des critères homogénéisés entre pays. La DCSi se définit par l'ensemble des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé, ainsi que par les prestations délivrées en établissements médico-sociaux (soins de longue durée), les coûts de gestion du système de santé, la prévention et enfin les autres dépenses et subventions. La définition internationale de la dépense courante de santé (DCSi) regroupe la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) ainsi que les soins de longue durée (soins aux personnes âgées en établissements (y compris USLD), soins aux personnes handicapées en établissements, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les autres dépenses en faveur des malades, les subventions au système de soins, nettes des remises conventionnelles, la prévention individuelle et collective, hors prévention environnementale et alimentaire et les coûts de gestion du système de santé (hors frais de gestion des indemnités journalières)

plus courants (hôpitaux, médecins, etc.). Ainsi, elles financent respectivement 4,7 % et 5,5 % de la DCSi.

Un reste à charge des ménages plus faible en France

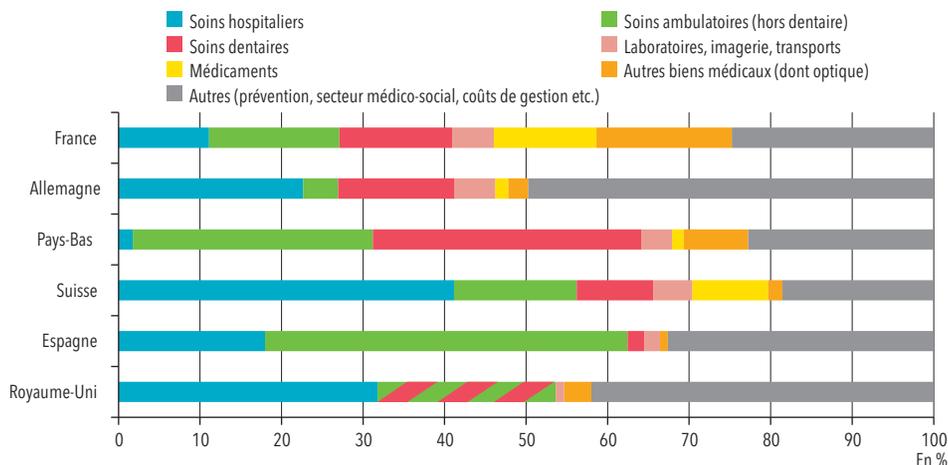
Le reste à charge représente les paiements directs que les ménages doivent acquitter après intervention de la couverture de base et d'une éventuelle assurance santé privée facultative. Parmi les six pays considérés ici, la France est le pays dont le reste à charge est le plus faible puisqu'il s'élève à 6,8 % de la DCSi. En effet, la France bénéficie d'une couverture de base étendue à laquelle vient s'ajouter un deuxième niveau de mutualisation élevé *via* les assurances privées facultatives. Le reste à charge est plus élevé aux Pays-Bas (12,3 %). L'assurance facultative privée y est certes très répandue, mais il existe aux Pays-Bas une franchise globale obligatoire de 385 euros minimum par adulte. Les assurés paient eux-mêmes leurs dépenses de santé en dessous de ce montant de franchise et l'assurance intervient lorsque celle-ci est dépassée. Le reste à charge atteint 12,5 % en Allemagne et 14,8 % au Royaume-Uni. Ces pays se caractérisent par une couverture de base étendue (prenant en charge au

moins 85 % des dépenses de santé) et par une place plus marginale de l'assurance facultative privée. Les restes à charge sont nettement plus élevés en Espagne et en Suisse : respectivement 24,2 % et 28,3 % de la DCSi. Ces pays se caractérisent tout d'abord par des paniers de soins plus restreints, ne prenant en charge ni l'optique ni les soins dentaires notamment. En Suisse, la franchise de 280 euros ainsi que le copaiement de 10 % applicable à l'ensemble des soins et biens médicaux se traduisent directement par un reste à charge pour les assurés, puisque les assurances privées facultatives ont l'interdiction de les couvrir. En Espagne, le reste à charge a augmenté depuis la crise financière de 2009 du fait de mesures de restriction budgétaire, alors qu'il avait plutôt eu tendance à diminuer au cours de la décennie précédente.

En France, un marché de l'assurance santé privée comportant de nombreux acteurs et fortement réglementé

En France, environ 500 organismes exercent sur le marché de la complémentaire santé en 2016 (Fonds CMU) [fiches 06 et 07]. Les 10 plus grands organismes d'assurances ne représentent que 35 % du marché

Graphique 4 Répartition de la dépense courante de santé prise en charge par les assurances privées facultatives par type de soins en 2015



Note > Pour le Royaume-Uni, soins dentaires et ambulatoires ne peuvent être distingués. Autres : prévention, médico-social, coûts de gestion, etc.

Lecture > En France, les soins hospitaliers représentent 11 % des prestations versées par les assurances facultatives privées en 2015.

Source > System of Health Accounts (SHA), OCDE-Eurostat-OMS, calculs DREES.

français en matière de cotisations collectées. Dans les autres pays, le marché de l'assurance santé est bien plus concentré, avec 30 organismes environ qui exercent aux Pays-Bas ainsi qu'au Royaume Uni et jusqu'à 120 organismes en Suisse. De plus, les « top 10 » concentrent de 65 % des parts de marché en Suisse à près de 100 % aux Pays-Bas.

Les contrats collectifs sont obligatoires dans les entreprises françaises depuis le 1^{er} janvier 2016. Ils représentent 46 % des cotisations collectées en France en 2016. Dans les autres pays, les contrats collectifs peuvent aussi être des outils de rémunération et de motivation des salariés, mais ils ne sont pas obligatoires dans les entreprises. Ils sont toutefois très répandus aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

La France se distingue enfin par la réglementation à laquelle sont soumis les assureurs privés. Lorsque les assureurs gèrent l'assurance maladie de base, aux Pays-Bas et en Suisse, cette activité est très fortement réglementée par les pouvoirs publics (souscription obligatoire, sélection des risques interdite, fonds de péréquation, panier de soins minimal imposé, contraintes dans la fixation des primes). En revanche, dans tous les pays à l'exception de la France, l'activité d'assurance facultative privée est très peu contrainte. La souscription est facultative. Les assureurs peuvent

refuser de couvrir quelqu'un pour raison de santé et définissent librement le panier de soins et les montants des primes d'assurance.

Du point de vue de la réglementation, la complémentaire santé en France est dans une situation intermédiaire. En effet, elle est obligatoire dans les entreprises depuis le 1^{er} janvier 2016, même si cette obligation ne s'applique pas à l'ensemble de la population française. De plus, l'État encourage fiscalement cette couverture, qui permet de limiter le renoncement aux soins, et gère des dispositifs d'aide à l'acquisition pour les plus modestes (CMU-C et ACS, voir fiches 16 et 17), ces dispositifs étant financés à l'aide d'une taxe prélevée sur les complémentaires santé privées. L'État impose un panier de soins minimal, encadre le recours à un questionnaire médical à la souscription et la modulation des tarifs en fonction des dépenses de santé observées. Ces contraintes dans la réglementation française (contrats « solidaires et responsables ») [voir annexe 1] sont en partie communes à l'assurance de base aux Pays-Bas et en Suisse. Toutefois, les assureurs peuvent librement établir leurs tarifs en fonction de l'âge des assurés (voir fiche 10). Cela segmente le marché et peut finalement induire une importante autosélection par les assurés, comme dans les assurances facultatives privées des autres pays. ■

Pour en savoir plus

- > **Beffy, M., Roussel, R., Héam, J-C., Mikou, M. et Ferreti, C.** (2017, septembre). *Les dépenses de santé en 2016. Résultats des comptes de la santé (édition 2017)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- > **Busse, R., Blüme, I M.** (2014). Germany, Health system review, Health systems in transition (16)2. World Health Organization (OMS), European Observatory of Health Systems and Policies.
- > **Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S. et al.** (2010). France, Health system review. Health systems in transition (12)6. World Health Organization (OMS), European Observatory of Health Systems and Policies.
- > **Cylus, J., Richardson, E., Findley, L. et al.** (2015). United Kingdom, Health system review, Health systems in transition (17)5. World Health Organization (OMS) European Observatory of Health Systems and Policies.
- > **De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I. et al.** (2015). Switzerland, Health system review, Health systems in transition (17)4. World Health Organization (OMS), European Observatory of Health Systems and Policies.
- > **Garcia-Armesto, S., Abadia-Taira, MB., Duran, A. et al.** (2010). Spain, Health system review, Health systems in transition (12)4. World Health Organization (OMS), European Observatory of Health Systems and Policies.
- > **Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M. et al.** (2016). Netherlands, Health system review, Health systems in transition (18)2. World Health Organization (OMS), European Observatory of Health Systems and Policies.
- > **Lafon, A., Montaut, A.** (2017, juin). La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 19.
- > **OCDE** (2017). *Panorama de la santé 2017. Les indicateurs de la santé*. Paris, France : éditions OCDE.

Le système d'assurance maladie opère des transferts importants entre les personnes selon leurs niveaux de revenus. Cette solidarité dépend des structures de consommations de soins et des cotisations à l'assurance maladie par niveau de vie. En France, elle relève essentiellement du financement progressif de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Mais, en dépit de fortes inégalités sociales de santé, qui impliquent des besoins de soins plus importants chez les plus pauvres, les montants des prestations sont relativement homogènes selon les niveaux de revenus. Au contraire de l'AMO, l'assurance maladie complémentaire (AMC) induit très peu de transferts entre classes de revenus.

L'AMO opère d'importants transferts entre hauts et bas revenus

L'assurance maladie de base, c'est-à-dire l'assurance maladie obligatoire (AMO) est un dispositif obligatoire de prélèvements et de prestations qui influe sur le niveau de vie des ménages par rapport à une situation où ceux-ci devraient assumer intégralement leurs frais de santé. Étudier ses propriétés redistributives est donc pertinent. Le traitement de l'assurance maladie complémentaire (AMC) est moins évident, dans la mesure où l'adhésion à ces dispositifs résulte en partie des décisions volontaires des individus. Elle peut être considérée comme offrant des prestations contributives (c'est-à-dire dont le niveau dépend de celui des contributions). Elle n'a donc en principe pas à être analysée sous l'angle des transferts entre classes de revenus. Cependant, eu égard à la forte diffusion de la couverture complémentaire maladie en France (plus de neuf Français sur dix disposent d'une telle couverture) [fiche 12], aux dispositifs favorisant l'accès à la couverture complémentaire pour les ménages les plus modestes (CMU-C et ACS) [fiches 16 et 17], à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise [fiche 24], et à l'importance de la part des contrats qui n'opèrent pas de différenciations tarifaires majeures entre les assurés [fiche 10], on peut considérer que son intervention doit être également prise en considération dans un bilan redistributif de l'assurance maladie dans sa globalité.

Un financement progressif de l'AMO et dégressif de l'AMC

Le modèle de microsimulation INES-OMAR développé par la DREES permet d'observer la distribution des prélèvements acquittés par les assurés au titre de leurs couvertures de base et complémentaire maladie. Les résultats présentés dans cette fiche s'appuient sur la dernière actualisation du modèle avec les données de 2012.

Les contributions aux régimes de l'AMO considérées ici couvrent environ 80 % des recettes de la branche maladie. Elles comprennent la CSG et les cotisations sociales allouées au financement de l'AMO, qui sont seules attribuables à des individus. Ces contributions sont progressives selon le niveau de vie (*graphique 1*), en raison de taux différenciés de CSG selon la nature des revenus (revenus d'activité, de patrimoine, et de remplacement). De plus, certains ménages modestes, comme les bénéficiaires de minima sociaux et les retraités modestes, sont exonérés de la CSG. Enfin, les allègements de cotisations patronales pour les bas salaires diminuent les cotisations assises sur les ménages ayant des revenus faibles.

Les versements aux dispositifs de couverture complémentaire maladie (y compris la participation de l'employeur pour les contrats collectifs), dont les montants sont beaucoup plus faibles, sont légèrement plus élevés parmi les ménages plus aisés (*graphique 2*). Ils sont plus faibles dans le premier décile, qui compte une proportion plus importante de bénéficiaires de la couverture maladie universelle

complémentaire (CMU-C), de personnes non couvertes par une complémentaire santé et de bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)¹. Les primes versées au titre de l'AMC représentent néanmoins une part plus élevée dans les revenus des ménages modestes.

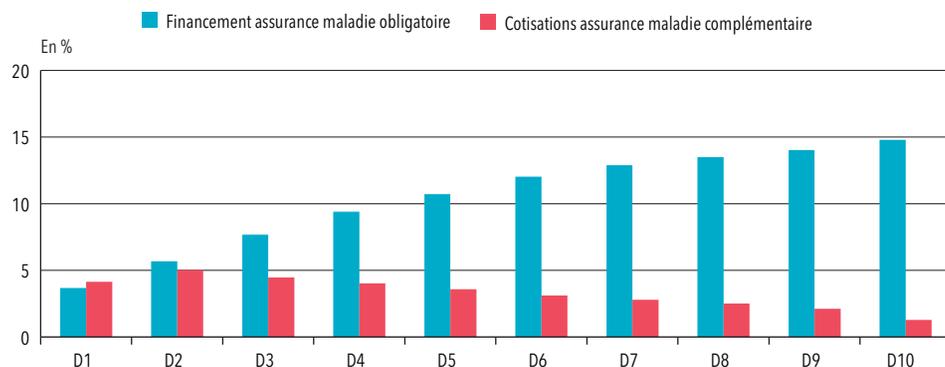
Des remboursements de l'assurance maladie obligatoire plus élevés parmi les ménages à faible niveau de vie

Les remboursements des régimes obligatoires d'assurance maladie pour les dépenses en ambulatoire et pour les séjours hospitaliers en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), CMU-C comprise, contribuent eux aussi à la redistribution des revenus. Les remboursements sont légèrement plus élevés pour la partie inférieure de la distribution des revenus (*graphique 3*). Les six premiers déciles de revenus sont confrontés en moyenne à une dépense de santé de 4 450 euros par an, donnant droit à des remboursements des régimes obligatoires d'assurance maladie de 3 490 euros. Ces montants s'élèvent,

respectivement, à 4 330 et 3 040 euros pour les personnes appartenant aux quatre déciles supérieurs. Ces disparités s'expliquent par l'état de santé moins bon des personnes à revenus modestes, et parce que les dépenses de santé des plus modestes donnent relativement plus de poids aux prises en charge les mieux remboursées, notamment les soins hospitaliers. En revanche, les prestations versées par les assurances maladie complémentaires sont légèrement croissantes en fonction du revenu des assurés, en raison notamment de la qualité croissante de la couverture des personnes aux revenus les plus élevés.

La contribution de l'assurance maladie à la redistribution des revenus ne se limite pas à l'incidence des transferts monétaires qu'elle organise sur la distribution des revenus disponibles. En effet, un système de santé accessible et de qualité permet également à des personnes de se soigner et, par suite, d'améliorer leur productivité et leurs opportunités de participation à l'activité économique. De la sorte, l'assurance maladie réduit aussi les écarts de revenus au stade de leur distribution primaire. ■

Graphique 1 Part du financement des assurances obligatoire et complémentaire dans le revenu disponible des ménages, par décile de niveau de vie, en 2012



Note > Les contributions à l'assurance maladie obligatoire (AMO) comprennent la CSG et les cotisations sociales affectées au financement de l'AMO. Les primes payées aux organismes complémentaires sont nettes du chèque ACS et, pour les contrats collectifs, comprennent la part payée par l'employeur.

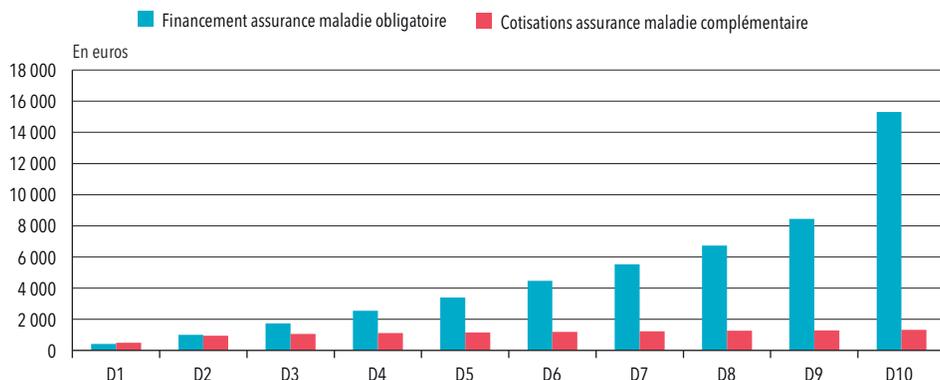
Lecture > En 2012, les 10 % des ménages les plus modestes (D1 : premier décile) contribuent au financement de l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 3,7 % de leur revenu disponible en moyenne ; leurs cotisations payées aux organismes complémentaires représentent 4,1 % de leur revenu disponible en moyenne.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

1. Les primes considérées ici sont nettes du chèque ACS.

Graphique 2 Contributions moyennes des ménages au financement des assurances obligatoire et complémentaire, par décile de niveau de vie, en 2012

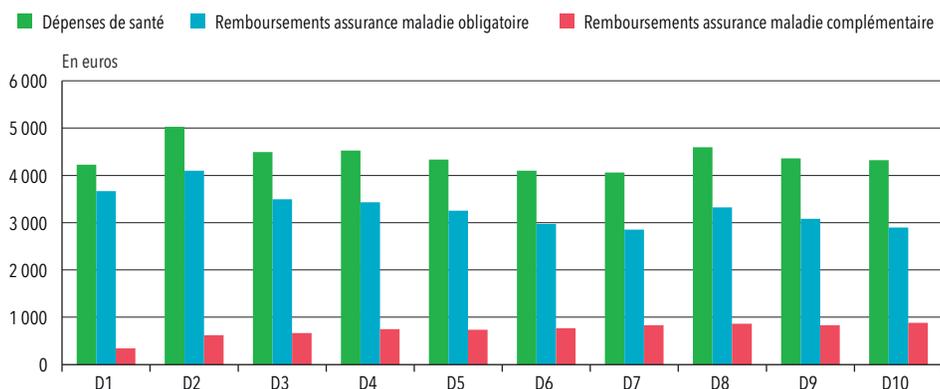


Lecture > En 2012, les 10 % des ménages les plus modestes (D1 : premier décile) participent au financement de l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 400 euros en moyenne et dépensent en moyenne annuelle près de 500 euros pour leur couverture maladie complémentaire.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

Graphique 3 Remboursements moyens des assurances obligatoire et complémentaire, par décile de niveau de vie, en 2012



Lecture > En 2012, les 10 % des ménages les plus modestes (D1 : premier décile) ont des dépenses de santé qui s'élèvent en moyenne à 4 230 euros dont près de 350 euros leur sont remboursés par leur assurance maladie complémentaire et 3 670 euros par la Sécurité sociale.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine ; dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie (soins de ville et séjours hospitaliers en MCO).

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

Pour en savoir plus

> Jusot, F., Louvel, A., Legal, R., Pollak, C., Shmueli, A. (2017, mars). Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ? DREES, *Études et Résultats* 1005.

> Jusot, F., Louvel, A., Legal, R., Pollak, C., Shmueli, A. (2017). À quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? *Revue française d'économie* (23)4.

Les organismes de complémentaire santé

Les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance se partagent le marché de la complémentaire santé. Le chiffre d'affaires des mutuelles — qui représentent 51 % du marché — provient majoritairement des contrats individuels, souscrits notamment par des fonctionnaires et des personnes retraitées. Les institutions de prévoyance (18 % du marché) sont, elles, spécialisées dans les contrats collectifs, et ont par conséquent un portefeuille composé très largement de personnes en âge d'être actives. Enfin, les sociétés d'assurances (31 % du marché) ont une activité assez semblable entre contrats individuels et contrats collectifs, mais leur chiffre d'affaires dans le domaine de la santé reste très minoritaire.

Trois types d'acteurs se partagent le marché de la complémentaire santé

Trois types d'organismes pratiquent une activité de complémentaire santé : les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance. Les contrats souscrits auprès de ces organismes sont soit des contrats collectifs, c'est-à-dire conclus par une personne morale, généralement un employeur pour ses salariés, soit des contrats individuels. Depuis le 1^{er} janvier 2016, avec la mise en application de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 (loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013), les entreprises du secteur privé ont l'obligation de proposer une complémentaire santé à leurs salariés et d'en financer au moins la moitié. Par ailleurs, l'adhésion des salariés est obligatoire, sauf en cas de dispense d'adhésion (voir fiche 14). À la suite de la généralisation de la complémentaire d'entreprise, le montant total des cotisations des contrats collectifs a augmenté de 11 % entre 2015 et 2017, et celui des contrats individuels a baissé de 0,7 %. Les contrats collectifs représentent 47 % des cotisations collectées en 2017.

Les mutuelles au premier rang des contrats individuels

Les mutuelles, régies par le Code de la mutualité, sont des sociétés de personnes à but non lucratif appartenant à leurs assurés. En 2017, on compte 346 mutuelles exerçant dans le domaine de la santé : elles constituent ainsi le principal acteur du marché de la complémentaire santé avec 73 % des organismes et 51 % du chiffre d'affaires total

(tableau 1). Elles sont surtout actives sur le marché de l'assurance individuelle, qui représente environ 70 % de leurs bénéficiaires et de leur chiffre d'affaires (graphique 1).

Parmi les trois types d'acteurs, les mutuelles détiennent la part la plus élevée de souscripteurs de 60 ans ou plus (43 %), contre 34 % pour les sociétés d'assurances et 16 % pour les institutions de prévoyance (graphique 2). De nombreuses mutuelles sont spécialisées et ont été créées pour des populations ciblées (fonctionnaires d'une administration, salariés ou retraités d'une branche professionnelle...) [Leduc, Montaut, 2017]. Ainsi, en 2016, d'après l'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits, près de la moitié des assurés en contrat individuel auprès d'une mutuelle sont couverts par des contrats réservés à des fonctionnaires.

Les institutions de prévoyance surtout présentes sur le marché des contrats collectifs

Les institutions de prévoyance, à but non lucratif, sont soumises au Code de la sécurité sociale, qui leur permet d'exercer des activités sur le seul champ des risques sociaux. Elles sont spécialisées dans la couverture des salariés des entreprises ou des branches professionnelles et sont des organismes dits paritaires : leurs conseils d'administration comportent, à égalité, des représentants des salariés et des employeurs des entreprises ou branches souscriptrices.

En 2017, 25 institutions de prévoyance pratiquent une activité de complémentaire santé. En 2016,

88 % de leurs bénéficiaires sont couverts par un contrat collectif, contre 12 % par un contrat individuel. En raison de leur spécialisation dans les contrats collectifs, elles couvrent surtout des bénéficiaires en âge d'être actifs. Ainsi, 75 % de leurs souscripteurs sont âgés de 25 à 59 ans (*graphique 2*). En comparaison, cette tranche d'âge représente 59 % des souscripteurs des sociétés d'assurances et 52 % pour les mutuelles. Leur activité sur le champ des contrats individuels concerne principalement d'anciens salariés des entreprises couvertes en collectif. En 2016, les contrats réservés aux retraités représentent ainsi

85 % des bénéficiaires de contrats individuels des institutions de prévoyance.

L'activité des sociétés d'assurances est équilibrée entre collectif et individuel

Les sociétés d'assurances sont régies par le Code des assurances. Ce sont des sociétés anonymes à but lucratif, à l'exception des sociétés d'assurances mutuelles à but non lucratif, et dont les actionnaires sont les assurés.

En 2017, 103 sociétés d'assurances ont une activité de complémentaire santé. Contrairement aux autres types d'organismes, l'activité en santé est très

Tableau 1 Caractéristiques des différents types d'organismes de complémentaire santé en 2017

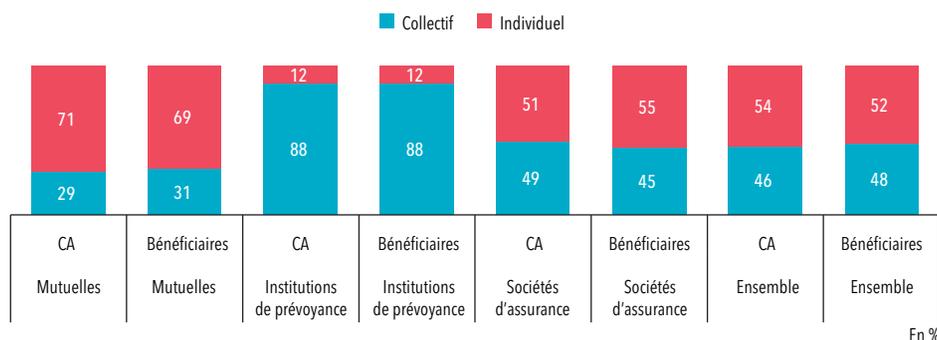
	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurances
Nombre d'organismes	346	25	103
Part de marché (CA) (en %)	51	18	31
Part de l'activité santé dans le chiffre d'affaires total en 2016 (en %)	85	50	5
Code législatif de référence	Code de la mutualité	Code de la sécurité sociale	Code des assurances
Gouvernance	Assurés sociétaires	Gestion paritaire par les partenaires sociaux (salariés/patronat)	Actionnariat

Lecture > En 2017, 346 mutuelles proposent des contrats de complémentaire santé. Elles couvrent 51 % du chiffre d'affaires du marché de la complémentaire santé.

Champ > Organismes complémentaires offrant une couverture santé.

Sources > Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), Fonds CMU.

Graphique 1 Répartition entre contrats individuels et collectifs du chiffre d'affaires et du nombre de personnes couvertes, selon le type d'organismes en 2016



Lecture > En 2016, les contrats collectifs représentent 49 % du chiffre d'affaires des sociétés d'assurances.

Champ > Organismes complémentaires offrant une couverture santé.

Sources > Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) pour le chiffre d'affaires ; DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2016 pour le nombre de bénéficiaires.

minoritaire dans leur chiffre d'affaires (5 %), contre 50 % pour les institutions de prévoyance et 85 % pour les mutuelles. Cependant, elles concentrent tout de même 31 % des parts de marché de la complémentaire santé. L'activité des sociétés d'assurances est relativement équilibrée entre type de contrats (collectif et individuel), les contrats collectifs représentant environ la moitié de leur chiffre d'affaires en santé (graphique 1).

La répartition par âge de leurs souscripteurs est semblable à celle des souscripteurs de l'ensemble des organismes.

Certains organismes complémentaires peuvent gérer aussi les remboursements de certains groupes d'assurés au titre de l'assurance maladie obligatoire (AMO). On parle alors de « délégation de gestion du régime obligatoire ». Les organismes délégataires sont principalement des mutuelles étudiantes¹ et des mutuelles de fonctionnaires, ainsi que quelques assureurs. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et le régime social des indépendants (RSI) leur accordent des « remises de gestion » en compensation de cette gestion déléguée de l'AMO.

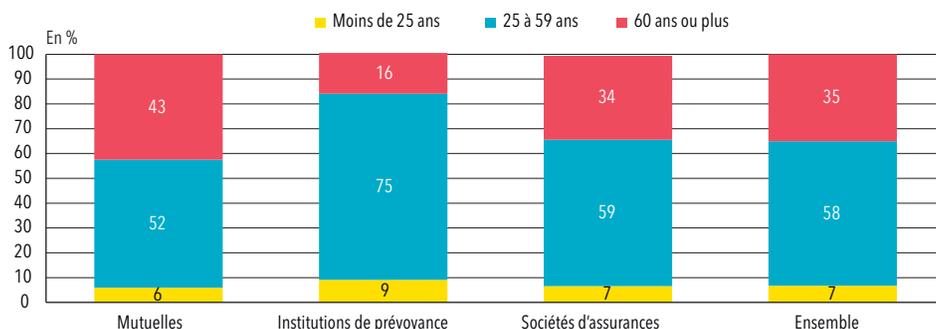
Depuis 2014, la Mutualité sociale agricole (MSA) ne délègue plus la gestion de la partie obligatoire à des organismes complémentaires.

Les sociétés d'assurances gagnent le plus de terrain en collectif

Entre 2015 et 2017, le chiffre d'affaires des contrats collectifs des sociétés d'assurances a augmenté de 22,3 %, alors que dans le même temps la hausse était de 9,0 % pour les institutions de prévoyance et de 3,1 % pour les mutuelles. Le chiffre d'affaires des contrats individuels des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance a, lui, diminué, respectivement, de 1,2 % et de 2,2 %, tandis que celui des mutuelles est resté relativement stable (-0,3 %).

Compte tenu de leur positionnement majoritaire sur le marché de l'individuel, on pouvait s'attendre à une perte de part de marché des mutuelles avec l'extension de la complémentaire collective à l'ensemble des entreprises du secteur privé. Or, si leur part de marché a reculé, ce n'est que de trois points par rapport à 2013 ; celle des sociétés d'assurances a augmenté de trois points. ■

Graphique 2 Répartition par âge des souscripteurs, selon le type d'organismes



Note > Les données portent sur les souscripteurs et non sur les bénéficiaires : les organismes complémentaires connaissent en effet de façon imprécise l'âge des bénéficiaires ayants droit.

Lecture > En 2016, 6 % des souscripteurs des mutuelles ont moins de 25 ans.

Champ > Souscripteurs d'un contrat de complémentaire santé hors CMU-C et ACS. Les souscripteurs d'un contrat représentent 60 % des bénéficiaires de contrats de complémentaire santé (souscripteurs et ayants droit).

Sources > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2016.

1. À partir du 31 août 2019, le régime étudiant de sécurité sociale disparaîtra, il n'y aura donc plus de délégation.

Pour en savoir plus

- > **Adjerad, R., Montaut, A.** (2019, janvier). Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social. DREES, *Études et Résultats*, 1101.
- > **Adjerad, R.** (2019). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2018. DREES.
- > **Jacod, O., Montaut, A.** (2015, juin). Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013. DREES, *Études et Résultats*, 919.
- > **Leduc, A., Montaut, A.** (2017, janvier). Complémentaire santé : les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés. DREES, *Études et Résultats*, 992.
- > **Montaut, A.** (2018, mai). La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a peu fait évoluer le marché en 2016. DREES, *Études et Résultats*, 1064.

En 2017, 474 organismes exercent en assurance santé. Le nombre d'organismes recule depuis de nombreuses années, en particulier dans la catégorie des mutuelles. La concurrence et les exigences réglementaires incitent en effet les organismes à fusionner ou les conduisent à se faire absorber. Les mutuelles restent toutefois l'acteur principal de la complémentaire santé avec 51 % de parts de marché, mais les sociétés d'assurances gagnent du terrain. Les organismes peuvent aussi s'associer par le biais de groupes assurantiels, mutualistes ou de protection sociale. En 2017, 50 groupes sont présents sur le marché de l'assurance santé. En tenant compte des groupes, la part de marché des mutualistes (groupes mutualistes et mutuelles indépendantes) est de 39 %.

Le nombre d'acteurs recule chaque année

En 2017, 35,7 milliards d'euros de cotisations ont été collectés sur le marché de l'assurance complémentaire santé d'après le Fonds CMU.

474 organismes pratiquent une activité d'assurance santé : 346 mutuelles, 103 sociétés d'assurances et 25 institutions de prévoyance (*graphique 1*). Le nombre d'organismes a fortement reculé depuis au moins quinze ans puisqu'ils étaient 1 702 en 2001 (première année pour laquelle les données sont disponibles). En particulier, le nombre de mutuelles a été divisé par quatre durant cette période et le nombre d'institutions de prévoyance par deux. Le nombre de sociétés d'assurances exerçant une activité de complémentaire santé a reculé également pendant cette période, mais dans des proportions moindres. Les exigences réglementaires, notamment en matière de solvabilité, et la concurrence ont contraint les organismes à se restructurer pour atteindre une taille critique. Fusions et absorptions ont donc entraîné un vaste mouvement de concentration, toujours à l'œuvre. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016¹ ne semble pas avoir eu d'effet important en matière de restructuration du marché de l'assurance santé.

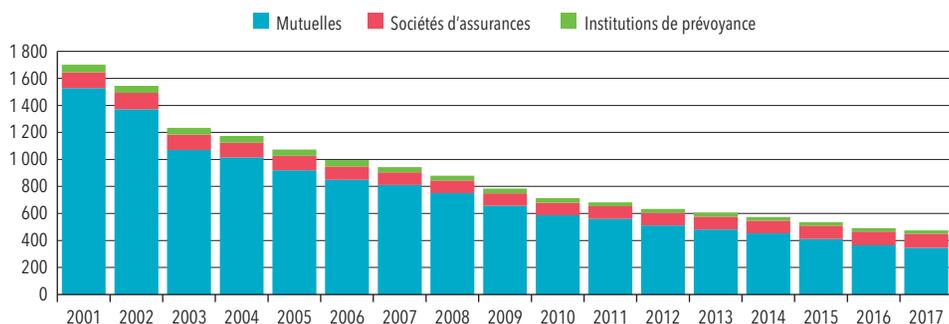
En 2017, les 20 plus grands organismes ont collecté à eux seuls 52 % des cotisations (*graphique 2*). En

2006, les 20 organismes qui dominaient le marché de la complémentaire santé n'en représentaient que 35 %. Ce marché est donc de plus en plus concentré. En 2017, les 20 plus grands acteurs de l'assurance santé rassemblent 8 mutuelles, 8 sociétés d'assurances et 4 institutions de prévoyance (*tableau 1*).

Un marché toujours dominé par les mutuelles

Les mutuelles restent les principaux acteurs du marché de la complémentaire santé en 2017. Elles ont à elles seules collecté 18,3 milliards d'euros de cotisations, soit 51 % du marché (*graphique 3*). Depuis 2001 au moins, les mutuelles et, dans une moindre mesure, les institutions de prévoyance perdent des parts de marché au profit des sociétés d'assurances, lesquelles détiennent 31 % du marché en 2017 (soit 11 milliards d'euros collectés) contre 19 % en 2001. De nombreuses mutuelles sont de petite taille. 346 mutuelles se partagent les 18,3 milliards d'euros de cotisations dans le domaine de la santé en 2017 d'après le Fonds CMU, soit une moyenne de 53 millions d'euros de cotisations santé par mutuelle. En comparaison, une société d'assurances qui a une activité santé gère en moyenne 107 millions d'euros de cotisations santé et une institution de prévoyance, 259 millions d'euros.

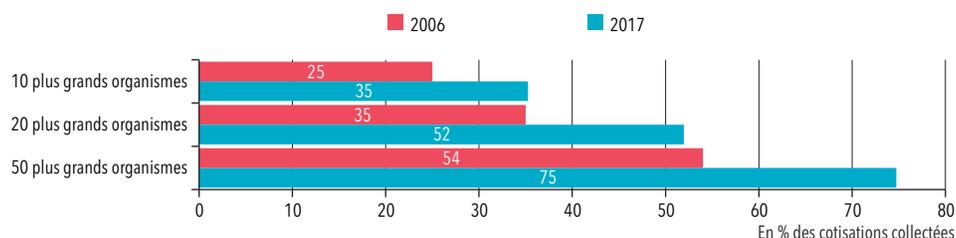
1. La loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi qui fait suite à l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 a généralisé la couverture complémentaire d'entreprise à l'ensemble des établissements employeurs de droit privé. Les établissements devaient s'y conformer à compter du 1^{er} janvier 2016.

Graphique 1 Nombre d'organismes exerçant une activité d'assurance santé de 2001 à 2017


Lecture > En 2017, 474 organismes d'assurances exercent sur le marché de l'assurance santé contre 1 702 organismes en 2001.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle en 2017.

Source > Fonds CMU, calculs DREES.

Graphique 2 Concentration du marché de la complémentaire santé en 2006 et 2017


Note > 2006 est la première année pour laquelle la part de marché de chaque organisme est disponible.

Lecture > En 2006, les dix plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé avaient collecté 25 % de l'ensemble des cotisations du marché de la complémentaire santé. En 2017, les dix plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé ont collecté 35 % de l'ensemble des cotisations de ce marché.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle en 2006 et 2017.

Source > Fonds CMU, calculs DREES.

Tableau 1 Catégorisation des plus grands organismes en santé en 2017

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance
10 plus grands organismes	3	3	4
20 plus grands organismes	8	8	4
50 plus grands organismes	26	15	9

Lecture > Les 10 plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé sont 3 mutuelles, 3 sociétés d'assurances et 4 institutions de prévoyance.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle en 2017.

Source > Fonds CMU, calculs DREES.

Un marché dominé par des groupes

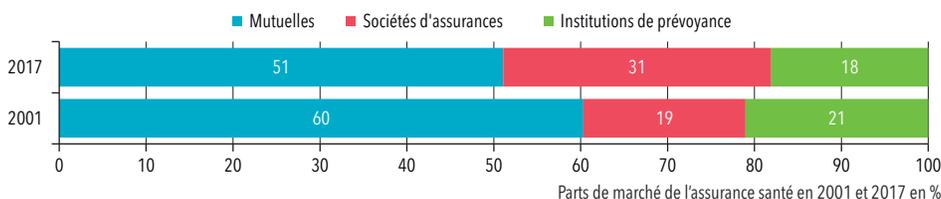
Outre les fusions et absorptions, les organismes se rapprochent aussi par le biais de groupes qui permettent à leurs membres de nouer des solidarités financières et de coordonner leurs stratégies. Pour les organismes à but non lucratif, des formes juridiques adaptées (union mutualiste de groupe, société de groupe assurantiel de protection sociale, société de groupe d'assurance mutuelle) permettent aux membres de construire des liens qui ne reposent pas sur des participations financières d'un organisme dans le capital d'un autre, comme parmi les organismes à but lucratif. Au sein d'un groupe, un organisme, considéré comme la tête de groupe, exerce une influence dominante sur les autres, pouvant être considérés comme des filiales. D'autres formes de groupements existent également, permettant aux membres de mettre en commun des moyens ou d'établir des partenariats. Mais, dans ces groupements, les membres gardent toute leur autonomie de décision et peuvent donc se faire concurrence : c'est pourquoi l'analyse porte ici sur les seuls groupes.

On dénombre au total, en 2017, 50 groupes présents sur le marché de l'assurance santé (tableau 2), dont 8 groupes mutualistes, 12 groupes de protection sociale et 30 groupes

d'assurances. Cette classification s'appuie sur l'organisme qui exerce une influence dominante sur le groupe, à savoir respectivement une mutuelle, une institution de prévoyance et une société d'assurances. Les groupes peuvent englober des organismes régis par les trois codes : certaines mutuelles sont, par exemple, des filiales de groupes de protection sociale ou de groupes d'assurances, dont elles portent tout ou partie des garanties santé ou prévoyance. De même, certaines sociétés d'assurances font partie de groupes mutualistes ou de protection sociale. En 2017, 84 % des cotisations ont été collectées par des organismes appartenant à des groupes, et seulement 16 % par des organismes indépendants.

Le marché de l'assurance santé peut alors être analysé en se référant à la catégorie juridique de la tête de groupe et non à celle de chaque membre. Le secteur dit des « mutualistes » (groupes mutualistes et mutuelles indépendantes) reste le principal acteur du marché de l'assurance santé, mais sa part de marché apparaît alors réduite de 12 points, à 39 % (graphique 4). Le constat est inverse pour les secteurs des « assureurs » (groupes d'assurances et sociétés d'assurances indépendantes, 34 %) et des « paritaires » (groupes de protection sociale et institutions de prévoyance indépendantes, 26 %). ■

Graphique 3 Parts de marché de l'assurance santé en 2001 et 2017



Note > Ces données sont brutes ; elles ne tiennent pas compte de la création en 2011 de la taxe CMU-C en substitution de la contribution CMU-C. En 2017, il s'agit de l'assiette de la TSA incluant les contrats au premier euro pour les personnes résidant en France.

Lecture > En 2017, les mutuelles ont collecté 51 % des cotisations en santé contre 60 % en 2001.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle en 2017.

Source > Fonds CMU, calculs DREES.

Tableau 2 Nombre d'organismes et de groupes présents sur le marché de l'assurance santé en 2017

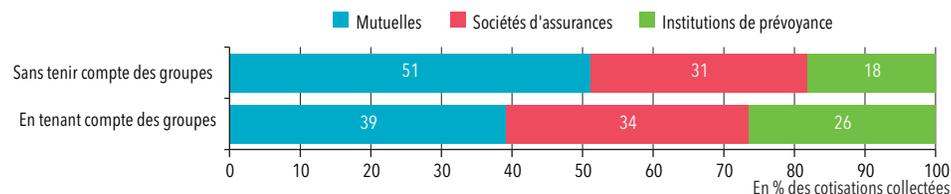
Catégorie	Groupes						Organismes indépendants	
	Catégorie	Nombre de groupes	Nombre d'organismes	dont			Catégorie	Nombre d'organismes
				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance		
Ensemble	Ensemble	50	162	62	81	19	Ensemble	236
Mutualistes	Groupes mutualistes	8	29	27	2	0	Mutuelles	214
Assureurs	Groupes d'assurances	30	83	11	71	1	Sociétés d'assurances	16
Paritaires	Groupes de protection sociale	12	50	24	8	18	Institutions de prévoyance	6

Note > Pour des raisons de champ légèrement différent, le nombre total d'organismes est ici inférieur à celui présenté dans d'autres tableaux ou graphiques du présent ouvrage.

Lecture > En 2017, le secteur dit des « paritaires » comprend les 12 groupes de protection sociale (groupes dont la tête est une institution de prévoyance) ainsi que les 6 institutions de prévoyance indépendantes. Les 12 groupes de protection sociale comprennent au total 50 organismes, dont 24 sont des mutuelles, 8 des sociétés d'assurances et 18 des institutions de prévoyance.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle en 2017, contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2017 et hors mutuelles substituées.

Source > ACPR, Fonds CMU, calculs DREES.

Graphique 4 Parts de marché 2017 de la complémentaire santé par catégorie d'organisme, en intégrant ou non l'existence de groupes

Note > Les mutualistes correspondent ici aux groupes mutualistes (groupes dont la tête est une mutuelle) et aux mutuelles indépendantes. Les assureurs désignent ici les groupes d'assurances (groupes dont la tête est une société d'assurances) et les sociétés d'assurances indépendantes. Enfin, les paritaires correspondent ici aux groupes de protection sociale (groupes dont la tête est une institution de prévoyance) et aux institutions de prévoyance indépendantes.

Lecture > En 2017, les mutuelles détiennent 51 % des parts de marché (en matière de cotisations collectées). En tenant compte du fait que certaines mutuelles sont des filiales de groupes d'assurances ou de groupes de protection sociale, les mutualistes ne détiennent plus que 39 % des parts de marché.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle en 2017, contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2017 et hors mutuelles substituées.

Source > ACPR, Fonds CMU, calculs DREES.

Pour en savoir plus

> ACPR (2016). Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2016.

> Adjerd, R. (2019). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2018. DREES.

> Montaut, A. (2018, mai). La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a peu fait évoluer le marché en 2016. DREES, *Études et Résultats*, 1064.

Les cotisations constituent la principale ressource des organismes assurant une couverture santé. En 2017, en moyenne, 21 % des cotisations hors taxes sont consacrées aux charges de fonctionnement de ces organismes et 79 % sont reversées aux assurés sous forme de prestations. Les écarts sont toutefois assez notables entre familles d'organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances). Les contrats collectifs offrent un meilleur retour sur cotisations pour les assurés (85 % contre 73 % pour les contrats individuels) en raison de frais de fonctionnement moindres. Proche de l'équilibre depuis plusieurs années, le marché de l'assurance santé a dégagé des excédents en 2017, représentant 1,3 % des cotisations collectées hors taxe. Les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires, tandis que les contrats individuels sont excédentaires.

Les cotisations collectées : principales ressources de l'assurance santé

Dans le domaine de l'assurance santé, les organismes disposent de deux types de ressources (*schéma 1*) : les cotisations collectées hors taxes (principale ressource) et les autres produits, qui correspondent surtout à des produits financiers (ressource plus secondaire). Ces ressources sont utilisées pour reverser des prestations aux assurés. Elles permettent aussi aux organismes de s'acquitter de leurs différentes charges de fonctionnement : les frais de gestion des sinistres (traitement des feuilles de soins), les frais d'acquisition (liés à la publicité, au marketing et à la rémunération des intermédiaires), les frais d'administration et autres charges techniques (liés à la gestion courante des dossiers et des systèmes d'informations) et, enfin, les autres charges (participation aux excédents, réassurance).

79 % des cotisations en santé reversées aux assurés sous forme de prestations

En 2017, les assurés récupèrent en moyenne 79 % de leurs cotisations hors taxe (*encadré 1*) sous forme de prestations. Les contrats collectifs reversent une plus grande part des cotisations sous forme de prestations que les contrats individuels (85 % contre 73 %) [*tableau 1*]. Les entreprises qui souscrivent ces contrats au profit de leurs salariés sont, en effet, davantage en position de négociateur des garanties au meilleur prix que les particuliers souscrivant des

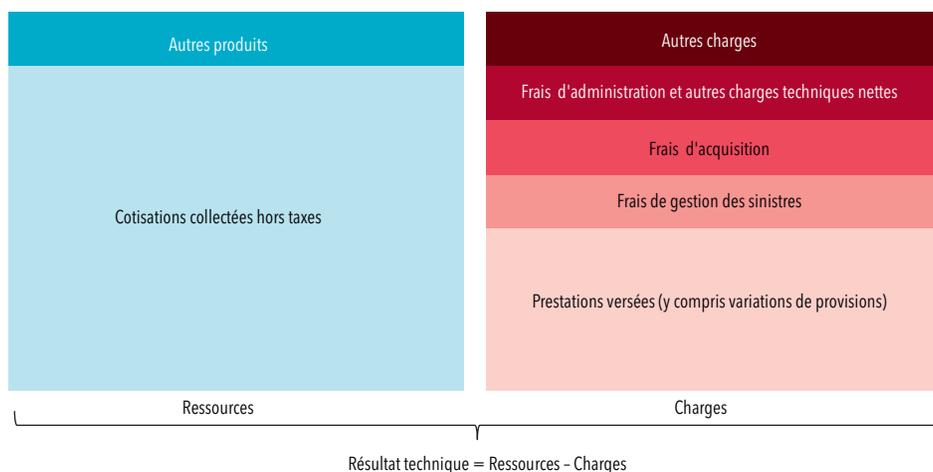
contrats individuels. En outre, les contrats collectifs bénéficient de frais de fonctionnement plus faibles que les contrats individuels. Ce sont les institutions de prévoyance qui reversent en moyenne la plus grande part des cotisations sous forme de prestations (85 %), devant les mutuelles (78 %) et les sociétés d'assurances (75 %). Cette hiérarchie entre les trois familles d'organismes s'explique avant tout par la disparité des proportions de contrats collectifs dans leur activité. Les institutions de prévoyance sont en effet spécialisées dans ce type de contrats, dont le rapport prestations sur cotisations est plus élevé.

En 2017, les frais d'acquisition, correspondant aux frais engagés pour attirer de nouveaux clients, représentent 8 % des cotisations hors taxe. En collectif, les frais d'acquisition sont plus faibles qu'en individuel (7 % contre 9 %) car faire de la publicité et vendre des contrats auprès des entreprises est moins coûteux qu'auprès du grand public (nombre d'interlocuteurs réduit). Les sociétés d'assurances se distinguent par des frais d'acquisition plus élevés (12 % des cotisations, contre 6 % pour les mutuelles et 5 % pour les institutions de prévoyance). Ces écarts s'expliquent là aussi d'abord par la part des contrats collectifs dans leur activité. Toutefois, les frais plus élevés des sociétés d'assurances sont aussi dus au recours plus fréquent à des intermédiaires, agents généraux d'assurance ou courtiers, rémunérés à la commission. Ils s'expliquent enfin par le fait que de nombreuses mutuelles et institutions de prévoyance sont

spécialisées par entreprises, professions ou branches d'activité. Elles bénéficient de ce fait de clientèles bien identifiées et plus ou moins captives, tandis que les sociétés d'assurances s'adressent davantage au grand public et à des entreprises de tous secteurs. Les frais d'administration et autres charges techniques, liés à la gestion courante des contrats et des systèmes d'informations, représentent 8 % des cotisations hors taxe en 2017. De nouveau, ces frais sont plus faibles en collectif qu'en individuel (7 % contre 9 %), car les entreprises participent au prélèvement

des cotisations et à la gestion des dossiers. C'est pour les mutuelles que ces frais d'administration sont les plus élevés (9 %, contre 6 % pour les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance). La plus forte restructuration du secteur mutualiste au cours des dernières années (fusions, absorptions, qui engendrent des coûts sur les systèmes d'informations) contribue à expliquer cet écart. Cette différence pourrait aussi être due à la gestion par ces mutuelles de la part de l'assurance maladie de base (dans le cas des mutuelles de fonctionnaires

Schéma 1 Représentation simplifiée des produits et des charges techniques



Note > Les proportions de cette représentation schématique ne sont pas proportionnelles aux produits et charges constatés dans la pratique. Autres produits : produits financiers nets, subventions d'exploitation et variations de provisions pour cotisations non acquises. Autres charges : participation aux excédents et réassurance.

Encadré 1 La taxe de solidarité additionnelle

Les assurés couverts par un contrat santé paient, en plus des cotisations du contrat, une taxe dite « de solidarité additionnelle » (TSA) qui s'élève à 13,27 % des cotisations collectées dans le cas général (contrats solidaires et responsables). Le produit de cette taxe finance notamment l'aide à la complémentaire santé (ACS) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Cette taxe est prélevée par les organismes d'assurances, mais directement reversée à l'Urssaf. Les cotisations hors taxes reflètent donc, du point de vue des organismes d'assurances, les montants de cotisations sur lesquels ils reversent des prestations, engagent des frais, réalisent d'éventuels profits et exercent donc leur métier d'assureur.

Les assurés, quant à eux, paient la TSA. De leur point de vue, le rapport prestations sur cotisations TTC est donc différent de celui des organismes. Les assurés qui ont les moyens de payer eux-mêmes leur contrat santé (sans bénéficier d'aides) ont un rapport prestations sur cotisations TTC proche de 70 % (79 euros reversés en moyenne sur 100 euros de cotisations hors taxes, soit 113,27 euros de cotisations TTC). Enfin, les bénéficiaires de la CMU-C perçoivent des prestations sans devoir régler de cotisations en contrepartie.

notamment). Enfin, les frais de gestion des sinistres représentent 4 % à 5 % des cotisations en 2017, quelles que soient les catégories de contrats et d'organismes. Cette activité est en effet peu différente dans les contrats individuels et collectifs, ainsi qu'entre les familles d'organismes assureurs.

Les autres charges (réassurance, participation aux excédents) représentent environ 0,8 % des cotisations en santé en 2017.

Les autres produits ne représentent qu'environ 0,5 % des cotisations collectées en 2017. Ce sont principalement des produits financiers, issus du placement des cotisations sur les marchés. En assurance santé, les cotisations sont très rapidement reversées aux assurés sous forme de prestations, et ne permettent donc pas aux organismes de réaliser d'importants produits financiers.

Les excédents en santé représentent 1,3 % des cotisations en 2017

Le résultat technique est la différence entre l'ensemble des ressources et des charges. Un résultat technique positif est synonyme d'excédent, un

résultat technique négatif de déficit. En 2017, le marché de l'assurance santé a dégagé des excédents puisque son résultat technique s'élève à 482 millions d'euros, soit 1,3 % des cotisations hors taxe (graphique 1). De 2011 à 2016, ce marché a dégagé au total de légers excédents chaque année, compris entre 0,2 % et 0,8 % des cotisations. Les résultats sont en revanche assez contrastés par type de contrat et par famille d'organismes.

En 2017, les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires, de l'ordre de 3 % des cotisations, tandis qu'à l'inverse, les contrats individuels sont en moyenne excédentaires, de l'ordre de 5 % des cotisations. Depuis 2011, les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires et les contrats individuels en moyenne excédentaires chaque année. En 2017, les contrats collectifs représentent 47 % des cotisations collectées en santé. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016¹ aurait contribué à une hausse relativement modérée du marché en collectif en 2016 et 2017. En effet, les contrats collectifs gagnaient du terrain sur les contrats individuels depuis plusieurs années déjà : en 2011, les

Tableau 1 Part des différentes charges dans les cotisations de l'assurance santé, par type d'organismes et type de contrats, en 2017

	En % des cotisations collectées hors taxes					
	Prestations versées	Frais de gestion des sinistres	Frais d'acquisition	Frais d'administration et autres charges techniques nettes	Autres charges	Autres produits
Ensemble	79	4	8	8	0,8	0,5
Mutuelles	78	4	6	9	0,2	0,4
Sociétés d'assurances	75	4	12	6	0,7	0,6
Institutions de prévoyance	85	4	5	6	2,6	0,5
Contrats individuels	73	4	9	9	0,8	0,5
Contrats collectifs	85	5	7	7	0,8	0,5

Lecture > En 2017, les mutuelles reversent à leurs assurés 78 % des cotisations sous forme de prestations et consacrent 4 % des cotisations aux frais de gestion des sinistres. L'addition des chiffres sur une ligne ne fait pas 100 % car : Cotisations - prestations - frais de gestion sinistres - frais acquisition - frais administration et autres charges nettes = résultat technique. Si l'on additionne les cinq premières colonnes et que l'on retire la sixième, on obtient 100 % moins le résultat technique en pourcentage des cotisations collectées hors taxe.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle en 2017, contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2017 et hors mutuelles substituées.

Source > ACPR, calculs DREES.

1. La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi qui fait suite à l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 a généralisé la couverture complémentaire d'entreprise à l'ensemble des établissements employeurs de droit privé. Les établissements devaient s'y conformer à compter du 1^{er} janvier 2016.

contrats collectifs représentaient 41 % des cotisations collectées.

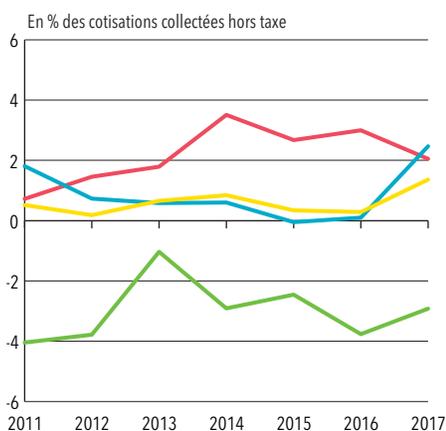
En 2017, les institutions de prévoyance, en raison de leur spécialisation dans les contrats collectifs, sont déficitaires sur leur activité santé (195 millions d'euros de pertes, soit l'équivalent de 2,9 % des cotisations collectées hors taxe). Elles le sont dans

le domaine de la santé depuis au moins 2011. Les mutuelles sont en excédent en 2017 (439 millions d'euros, soit 2,4 % des cotisations). Elles étaient proches de l'équilibre en 2015 et 2016. Enfin, les sociétés d'assurances sont excédentaires en 2017 (238 millions d'euros, soit 2 % des cotisations), et cela depuis plusieurs années également. ■

Graphique 1 Évolutions du résultat technique en santé, par type d'organismes et de contrats, entre 2011 et 2017

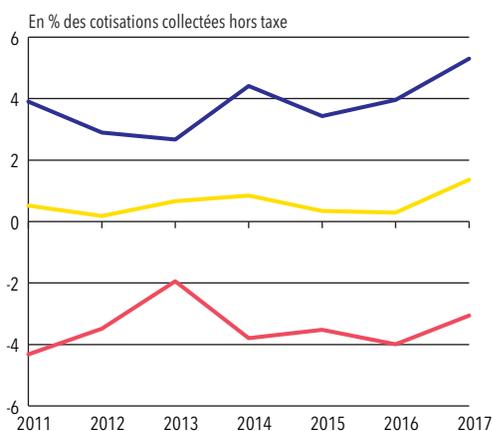
1a. par type d'organismes

— Sociétés d'assurances — Institutions de prévoyance
— Mutuelles — Ensemble



1b. par type de contrats

— Ensemble — Contrats individuels — Contrats collectifs



Lecture > En 2017, le résultat technique des sociétés d'assurances en santé représente 2,0 % des cotisations.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle en 2017, contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2017 et hors mutuelles substituées.

Source > ACPR, calculs DREES.

Pour en savoir plus

> **Adjerad, R.** (2019). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2018. DREES.

> **Leduc, A., Montaut, A.** (2017, janvier). Les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés. DREES, *Études et Résultats*, 992.

> **Montaut, A.** (2018, mai). La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a peu fait évoluer le marché en 2016. DREES, *Études et Résultats*, 1064.

> **Montaut, A.** (2018, janvier). Tarifs et prestations : que révèle le nom des organismes de complémentaire santé ? DREES, *Études et Résultats*, 1047.

Les réseaux de soins reposent sur des conventions établies entre un ou plusieurs organismes d'assurance maladie complémentaire, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, et des établissements ou professionnels dispensant des soins. Ces conventions comportent des engagements relatifs au niveau ou à la nature des garanties pour l'organisme assureur et aux prestations et tarifs pour le professionnel de santé. Les réseaux de soins se développent rapidement au milieu des années 2000 grâce à la création des plateformes de gestion. En 2016, la moitié des organismes complémentaires, couvrant 79 % des bénéficiaires, sont liés à un réseau d'opticiens ; un tiers, couvrant 58 % des bénéficiaires, sont associés à un réseau de dentistes. Une part significative des 45 millions d'assurés ayant accès à ces réseaux bénéficient de garanties plus élevées pour leurs soins réalisés dans le réseau.

Les réseaux de soins se développent sur des marchés dont les prix sont peu régulés

Les réseaux de soins se sont développés sur des marchés pratiquant des prix élevés et peu régulés par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Il s'agit principalement des secteurs de l'optique (voir fiche 20), des prothèses dentaires et des aides auditives (voir fiche 22). La loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014, dite loi Le Roux (article L. 112-1 du Code de la mutualité et article L. 863-8 du Code de la sécurité sociale), encadre l'action des réseaux de soins. Elle étend aux mutuelles la possibilité de moduler les taux de remboursements selon que l'assuré a recours (ou non) au réseau¹. Par ailleurs, l'Autorité de la concurrence a rendu plusieurs décisions depuis 2009 sur les réseaux optiques, dentaires et auditifs, mettant en avant leurs effets vertueux à la fois pour les consommateurs (prix avantageux) et les professionnels de santé (visibilité).

En pratique, les réseaux de soins reposent sur des conventions établies entre des organismes d'assurance maladie complémentaire (AMC) et des

professionnels ou des établissements de santé. Les assureurs négocient des tarifs pour une liste de produits/prestations donnée, avec des garanties de qualité ou de service associées. Les professionnels de santé s'engagent contractuellement à respecter ces conventions en contrepartie d'un apport de clientèle. Les assurés ayant recours à des professionnels de santé dans le réseau peuvent, eux, bénéficier d'un remboursement plus élevé de la part de leur complémentaire et du tiers payant.

Il existe deux types de réseaux. Dans un réseau ouvert, l'organisme complémentaire établit un cahier des charges à respecter. Tous les professionnels de santé voulant intégrer le réseau et acceptant les conditions du cahier des charges sont alors conventionnés. Dans un réseau fermé, l'organisme complémentaire définit un nombre de professionnels dont il veut disposer dans son réseau et établit les conditions sur lesquelles les dossiers des professionnels souhaitant être conventionnés seront évalués. Les critères définis doivent être objectifs et transparents.

¹. Alors que les mutuelles avaient créé des réseaux de soins depuis des années, elles se sont vues interdire par plusieurs décisions judiciaires, confirmées par un arrêt de la cour de cassation de 2010, la différenciation des taux de remboursement selon que l'assuré recourait ou non à un réseau. Aucune interdiction de cette nature n'existait pour les institutions de prévoyance ni pour les sociétés d'assurances. Plusieurs propositions de loi ont été déposées pour autoriser cette différenciation, sans succès jusqu'à l'adoption de la loi « Le Roux » qui encadre l'activité des réseaux de soins (Rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales de 2017 sur les réseaux de soins).

Près de huit bénéficiaires de contrats de complémentaire santé sur dix sont liés à un réseau d'opticiens et six sur dix à un réseau de dentistes

Apparus dans les années 1990, les réseaux de soins ont pris leur essor au milieu des années 2000 avec la création de plateformes qui gèrent ces réseaux pour le compte d'organismes complémentaires. En 2016, 45 millions d'assurés avaient accès à ces réseaux, qui comptent chacun plusieurs milliers de professionnels de santé (Durand et Emmanuelli, 2017). Les réseaux d'opticiens sont plus répandus que les réseaux de soins dentaires (*tableau 1*). Ainsi, en 2016, la moitié des organismes complémentaires sont liés à au moins un réseau d'opticiens et un tiers à au moins un réseau de soins dentaires. Cette part a augmenté de 11 points en optique et de 7 points en dentaire par rapport à 2014.

Les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance sont plus souvent liées à des réseaux que les mutuelles, que ce soit pour les opticiens ou les dentistes. Plus des trois quarts des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance sont liées à un réseau d'opticiens (77 % et 78 % respectivement), contre moins de la moitié des mutuelles (43 %) ; deux tiers des sociétés d'assurances (64 %) et la moitié des institutions de prévoyance (50 %) le sont à un réseau de soins dentaires, contre un quart des mutuelles (26 %) (*tableau 1*). Cependant, la différence entre types d'organismes est beaucoup moins marquée si l'on considère la part de bénéficiaires ayant accès à un réseau : 73 % des bénéficiaires de mutuelles sont couverts par un organisme lié à un réseau d'opticiens (contre 77 % pour les institutions de prévoyance et 90 % pour les sociétés d'assurances) et 52 % à un réseau de dentistes (contre 70 % pour les institutions de prévoyance et 58 % pour les sociétés d'assurances). Ainsi, les organismes complémentaires liés à un réseau sont de grande taille. En effet, ceux qui le sont à un réseau de dentistes représentent un tiers des organismes et couvrent 58 % des bénéficiaires, ceux liés à un réseau d'opticiens représentent la moitié des organismes et couvrent 79 % des bénéficiaires (*tableau 2*).

Enfin, la part des personnes ayant accès aux réseaux de dentistes et d'opticiens est la même que la couverture soit individuelle ou collective.

Des remboursements plus élevés pour un nombre significatif de contrats

Lorsque le bénéficiaire passe par un réseau de soins, le reste à charge après remboursement de la complémentaire santé est plus faible pour un produit ou une prestation donnée (par exemple une paire de lunettes ou une consultation), pour un nombre significatif de contrats. En effet, certains contrats offrent un meilleur remboursement pour les soins exécutés dans le réseau par rapport à ceux exécutés hors réseau. Ainsi, en 2016, 43 % des bénéficiaires d'un contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire lié à un réseau d'opticiens et 35 % de ceux liés à un réseau de dentistes disposent de garanties différenciées. L'écart entre les garanties maximales est en moyenne de 200 euros pour les prothèses dentaires, de 65 euros en optique simple et de 110 euros en optique complexe². Néanmoins, le fait de passer ou non par un réseau peut conduire l'assuré à modifier son comportement de consommation. Un remboursement plus élevé peut notamment encourager à choisir un produit ou une prestation de meilleure qualité. C'est pourquoi ces différences de garantie ne se traduisent pas nécessairement par une baisse équivalente du reste à charge.

Un effet incertain des tarifs négociés sur les prix

Les bénéficiaires de contrats liés à un réseau de soins ont accès à des tarifs négociés par les organismes complémentaires avec les professionnels de santé du réseau. Les premières études tendent à montrer que les prix sont plus faibles au sein des réseaux. Ainsi, d'après l'Inspection générale des Affaires sociales (Igas), l'écart de prix pour les soins ou les produits consommés *via* un réseau est d'environ 20 % pour des verres adultes, 10 % pour des montures, et jusqu'à 37 % pour certaines références de verres. Dans le secteur des aides auditives, l'écart se situe autour de 10 %. En dentaire, les différences de

2. Les garanties maximales des organismes complémentaires sont calculées à l'aide de biens de référence. Voir fiches 20 et 22 pour le détail du calcul.

prix sont plus incertaines car elles varient fortement selon les réseaux. L'Igas fait état d'une pression tarifaire forte en optique mais modérée dans les secteurs dentaires et auditifs, ce qui est cohérent avec les écarts de prix présentés. Néanmoins, les prix plus faibles pratiqués dans les réseaux pourraient s'expliquer à la fois par leur capacité à peser sur les prix *via* les tarifs négociés, mais aussi par des

effets de sélection, soit parce que les réseaux sélectionnent des professionnels de santé moins chers, soit parce que les professionnels de santé plus compétitifs demandent à y adhérer. Ainsi, les données disponibles n'ont pas permis à ce jour d'établir que l'adhésion à un réseau conduit les dentistes ou les opticiens à baisser leurs prix et donc d'estimer un « effet réseau » sur les prix. ■

Tableau 1 Part des organismes complémentaires liés à un réseau en 2016

		En %
Réseaux de soins	Type d'organismes	Part liée à un réseau de soins
Dentistes	Mutuelles	26
	Institutions de prévoyance	50
	Sociétés d'assurances	64
	Ensemble	34
Opticiens	Mutuelles	43
	Institutions de prévoyance	78
	Sociétés d'assurance	77
	Ensemble	51

Note > Les données sont issues des réponses aux questions : « Votre organisme est-il lié à un réseau d'opticiens ? » et « Votre organisme est-il lié à un réseau de dentistes ? »

Lecture > En 2016, 78 % des institutions de prévoyance étaient liées à un réseau d'opticiens, contre 43 % des mutuelles.

Champ > Organismes complémentaires offrant une couverture santé.

Source > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits, 2016.

Tableau 2 Part des bénéficiaires couverts par un organisme lié à un réseau en 2016

		En %	
Type d'organismes	Type de contrats	Réseau de dentistes	Réseau d'opticiens
Mutuelles	Ensemble	52	73
Institutions de prévoyance	Ensemble	70	77
Sociétés d'assurances	Ensemble	58	90
Ensemble	Collectifs	56	78
	Individuels	59	80
	Ensemble	58	79

Note > Les données sont issues des réponses aux questions « Votre organisme est-il lié à un réseau d'opticiens ? » et « Votre organisme est-il lié à un réseau de dentistes ? », sans précision sur les contrats éventuellement non couverts par le réseau. Les taux de couverture présentés ici reposent sur l'hypothèse que tous les contrats sont couverts.

Lecture > En 2016, 80 % des bénéficiaires de contrats individuels sont couverts par un organisme lié à un réseau d'opticiens.

Champ > Organismes complémentaires offrant une couverture santé.

Source > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits, 2016.

Pour en savoir plus

> Durand, N., Emmanuelli, J. (2017). Les réseaux de soins. Rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) n° 2016-107R.

Sur le marché de la complémentaire santé individuelle, un quart des personnes sont couvertes, en 2016, par des contrats de mutuelles dont les modes de tarification garantissent des solidarités entre niveaux de revenu, et quasiment toutes par des contrats dont le tarif dépend de l'âge. Les pratiques tarifaires d'une majorité de contrats de mutuelles en individuel semblent se rapprocher, ces dernières années, de celles des sociétés d'assurances. Néanmoins, un autre ensemble de contrats de mutuelles pratiquent des solidarités entre niveaux de revenu et entre classes d'âge. Sur le marché de la complémentaire santé collective, deux personnes sur cinq sont couvertes par un contrat dont le tarif dépend du revenu et la quasi-totalité des assurés bénéficient d'une tarification avantageuse pour les familles.

En individuel, les mutuelles pratiquant des solidarités entre niveaux de revenus assurent aussi des solidarités entre classes d'âge

Un quart des personnes couvertes en individuel le sont par un contrat de mutuelle dont le tarif dépend du revenu (*tableau 1*). Ces contrats, en général proposés par des mutuelles de fonctionnaires ou de grandes entreprises¹, opèrent aussi systématiquement une forte solidarité entre classes d'âge en proposant des tarifs augmentant relativement peu avec l'âge et n'imposant que très marginalement des limites d'âge à la souscription. Ces contrats solidaires entre niveaux de revenu sont quasiment tous des contrat moyennement couvrants (de classe 2) [voir fiche 11].

Quatre personnes couvertes en individuel sur dix le sont par un contrat de mutuelle n'assurant pas de solidarité entre niveaux de revenu. Ces contrats de mutuelles pratiquent des tarifications à l'âge plus proches de celles des contrats des sociétés d'assurances. En particulier, le tarif à 75 ans est en moyenne 3,4 fois plus élevé que celui à 20 ans et augmente de 30 % entre 60 et 75 ans. Une partie de ces contrats utilisent le lieu de résidence pour fixer leur tarif ou imposent une limite d'âge, mais moins fréquemment que les institutions de

prévoyance et les sociétés d'assurances. C'est aussi dans cette classe que la cotisation à l'ancienneté est la plus répandue (13 % des personnes couvertes) afin de fidéliser la clientèle. Les garanties offertes par ces contrats sont moins homogènes que celles des contrats opérant une solidarité entre niveaux de revenus.

Trois bénéficiaires sur dix sont couverts par un contrat individuel de sociétés d'assurances. Ces dernières sont en concurrence avec les mutuelles, notamment celles ne faisant pas de tarifications au revenu qui, comme elles, ne bénéficient pas d'une clientèle plus ou moins captive. Certaines de leurs pratiques tarifaires sont assez proches : absence de tarif dépendant du revenu, tarif à 75 ans 3,4 fois plus élevé qu'à 20 ans et 1,4 fois plus élevé qu'à 60 ans. Le forfait famille ou la gratuité à partir du deuxième, troisième ou quatrième enfant est majoritaire (76 %), mais moins fréquente que dans les contrats de mutuelles (92 %). Les tarifs des sociétés d'assurances dépendent plus souvent du lieu de résidence que ceux des mutuelles. Par ailleurs, la limite d'âge, qui permet de sécuriser l'équilibre financier, y est plus répandue, mais elle est placée à un âge en moyenne plus élevé que celle des mutuelles.

1. Certaines mutuelles d'entreprises peuvent proposer des contrats individuels aux anciens salariés retraités qui souhaiteraient maintenir une couverture. Elles peuvent aussi proposer des contrats individuels aux proches des salariés de l'entreprise.

Enfin, 5 % des personnes couvertes en individuel le sont auprès d'une institution de prévoyance. Ces contrats sont spécifiques. La plupart sont en effet réservés aux anciens salariés retraités ou chômeurs des entreprises couvertes en collectif par une institution de prévoyance. Pour cette raison, les

souscripteurs sont quasiment tous âgés d'au moins 60 ans et la limite d'âge est plus élevée. De plus, le tarif de ces contrats n'augmente pas ou peu entre 60 et 75 ans : les assurés âgés de 60 ans paient un peu plus cher pour modérer les tarifs de ceux de 75 ans. Le forfait famille (gratuité dès le premier enfant) est

Tableau 1 Typologie des contrats individuels selon le mode de tarification en 2016

	Contrats des mutuelles			En % de personnes couvertes		
	Opérant une solidarité des plus aisés vers les plus modestes	N'opérant pas de solidarité des plus aisés vers les plus modestes	Ensemble	Contrats des institutions de prévoyance	Contrats des sociétés d'assurances	Ensemble des contrats
Revenu						
Tarif dépendant du revenu	100	0	38	6	0	25
Âge						
Tarif indépendant de l'âge	3	2	3	23	0	3
Rapport moyen entre les tarifs à 75 et 20 ans ¹	1,5	3,4	2,6	-	3,4	2,9
Rapport moyen entre les tarifs à 85 et 20 ans ¹	1,5	3,5	2,7	-	4,1	3,1
Rapport moyen entre les tarifs à 75 et 60 ans ¹	1	1,3	1,2	1,2	1,4	1,3
Existence d'une limite d'âge à la souscription	5	13	10	75	47	24
Limite d'âge moyenne à la souscription ²	67	66	66	75	73	71
Ancienneté						
Tarif dépendant de l'ancienneté dans le contrat	2	13	9	2	5	8
Lieu de résidence						
Tarif dépendant du lieu de résidence	0	39	24	76	85	45
Enfants						
Forfait famille ou gratuité à partir du 2 ^e , 3 ^e , ou 4 ^e enfant	100	87	92	94	76	87
Tous les enfants cotisent ou enfants non pris en charge	0	13	8	6	24	13
Qualité des contrats³						
Contrats de classe 1	3	52	33	42	30	33
Contrats de classe 2	91	38	58	36	55	56
Contrats de classe 3	6	10	8	22	14	11
Personnes couvertes (en % des contrats individuels)	25	40	65	5	30	100

1. Pour les contrats dont le tarif dépend de l'âge.
2. Pour les contrats pour lesquels il existe une limite d'âge à la souscription.
3. Voir fiche 11.

Note > Pour les institutions de prévoyance, les contrats individuels étant majoritairement souscrits par des retraités, le tarif du contrat à 20 ans n'est en général pas disponible. La typologie des contrats en matière de qualité est décrite dans la fiche 11.

Lecture > En 2016, 76 % des personnes couvertes par des sociétés d'assurances bénéficient d'un forfait famille ou de la gratuité à partir du 2^e, 3^e, ou 4^e enfant.

Champ > Contrats de complémentaire santé du marché individuel.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, édition 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

la norme, mais s'applique probablement peu en raison de l'âge avancé des bénéficiaires. Ces contrats sont majoritairement des contrats moins couvrants (de classe 1) [voir fiche 11].

En individuel, les pratiques tarifaires des mutuelles se sont rapprochées de celles des sociétés d'assurances

Entre 2006 et 2016, les modes de tarification des contrats individuels des mutuelles se sont rapprochés de ceux des sociétés d'assurances, sans doute en raison de la pression concurrentielle conduisant à fixer des primes au plus près du risque individuel (*encadré 1*). Leur tarification est de plus en plus proche du risque individuel de santé, dans la limite de ce qui est autorisé par la législation sur les contrats solidaires et responsables.

Ainsi, seules 3 % des personnes couvertes par des contrats de mutuelles paient une cotisation qui ne dépend pas de l'âge en 2016, contre 36 % en 2006 (*tableau 2*). La tarification dépendant du lieu de résidence se répand (24 % en 2016, contre 14 % en 2006). Parmi les sociétés d'assurances, la fréquence de la

tarification dépendant du lieu de résidence est en légère hausse entre 2006 et 2016. Enfin, les politiques de tarification des institutions de prévoyance ont peu évolué entre 2006 et 2016.

D'importantes solidarités entre niveaux de revenu dans les contrats collectifs

En 2016, 39 % des bénéficiaires de contrats collectifs ont un contrat dont le tarif dépend du revenu² (*tableau 3*). Ce mode de tarification concerne 56 % des personnes couvertes par une institution de prévoyance, contre 33 % par une mutuelle et 16 % par une société d'assurances. Ce sont plus les grandes entreprises que les petites qui souscrivent ce type de contrats. Si, en individuel, la tarification au revenu reflète plutôt la politique de l'organisme assureur, en collectif, celle-ci résulte davantage d'un choix de la part de l'entreprise, après négociations avec les salariés ou leurs représentants. La tarification au revenu est restée relativement stable depuis 2006 pour les trois familles d'organismes. Comme en individuel, la tarification favorable aux familles avec enfants est la norme en collectif.

Tableau 2 Évolution des modes de tarification des contrats individuels entre 2006 et 2016, par catégorie d'organismes complémentaires

	En % des personnes couvertes							
	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurances		Ensemble	
	2006	2016	2006	2016	2006	2016	2006	2016
Tarif dépendant du revenu	37	38	3	6	0	0	27	25
Tarif indépendant de l'âge	36	3	25	23	0	0	27	3
Existence d'une limite d'âge à la souscription	29	10	78	75	78	47	43	24
Tarif dépendant de l'ancienneté dans le contrat	24	9	0	2	4	5	19	8
Tarif dépendant du lieu de résidence	14	24	69	76	80	85	32	45
Forfait famille ou gratuité à partir du 2 ^e , 3 ^e , ou 4 ^e enfant	84	92	93	94	80	76	83	87

Lecture > En 2016, 85 % des personnes couvertes par des sociétés d'assurances bénéficient d'un tarif dépendant du lieu de résidence, contre 80 % en 2006.

Champ > Contrats de complémentaire santé du marché individuel.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, éditions 2006 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats

2. Il s'agit ici de la cotisation « brute » perçue par l'organisme assureur. Dans les contrats collectifs, l'employeur et le salarié paient chacun une partie de cette cotisation brute. Lorsque la cotisation brute ne dépend pas du revenu, le partage entre les financements de l'employeur et du salarié peut, lui, dépendre du montant du revenu. L'enquête sur les contrats les plus souscrits, réalisée auprès des organismes d'assurances (et non des employeurs), ne permet pas de distinguer la partie « nette » payée par le salarié de celle payée par l'employeur. Ainsi, la proportion de contrats dont le tarif « net » dépend du revenu pourrait être en réalité plus élevée.

En l'absence de tarification à l'âge et avec une proportion élevée de contrats avec des tarifs favorables aux familles avec enfant(s), et dépendant du revenu, les contrats collectifs sont en général des contrats plus couvrants (de classe 3)

[voir fiche 11] et opèrent d'importantes solidarités entre les groupes de personnes qu'ils protègent. Toutefois, ces contrats couvrent très peu les plus âgés, puisqu'ils sont réservés à des salariés et leurs ayants droit. ■

Encadré 1 Les modes de tarification des contrats de complémentaire santé

La tarification est limitée par un certain nombre de règlements ou d'incitations fiscales et sociales. Pour qu'un contrat soit qualifié de « responsable et solidaire » et qu'il bénéficie de ces incitations¹, il ne peut pas appliquer des tarifs directement liés à l'état de santé², mais peut prendre en compte d'autres caractéristiques propres à l'assuré, selon des règles différentes pour les contrats individuels et les contrats collectifs.

Dans le cas des contrats individuels, le tarif peut être modulé selon l'âge de l'assuré. En effet, une personne plus âgée aura une probabilité plus élevée de consommer des soins et donc de percevoir plus de remboursements par l'organisme assureur.

Le tarif peut aussi dépendre du nombre d'enfants que l'assuré souhaite couvrir. Les contrats qui proposent un « forfait famille » prennent en charge gratuitement les enfants de l'assuré, quel que soit leur nombre. Certains contrats proposent la gratuité de la couverture à partir d'un certain nombre d'enfants (deux, trois ou quatre). Enfin, d'autres contrats exigent le paiement d'un supplément de cotisation pour chaque enfant couvert, voire ne prennent pas du tout en charge les enfants. Le forfait famille et la gratuité à partir du deuxième, troisième ou quatrième enfant assurent une solidarité, *via* les cotisations, entre ménages sans et avec enfants.

Les tarifs des contrats individuels peuvent aussi dépendre du revenu de l'assuré, de son lieu de résidence ou de son ancienneté dans le contrat. Un contrat dont le tarif croît avec le revenu est réputé « opérer une solidarité des plus aisés vers les plus modestes ». La tarification dépendant du lieu de résidence prend en compte la variabilité de la consommation de soins ou de leur prix selon la zone géographique de l'assuré. Proposer un tarif dégressif selon l'ancienneté dans le contrat permet aux organismes de fidéliser leur clientèle, mais aussi, pour ceux assurant une solidarité entre classes d'âge, de se prémunir contre des souscriptions opportunistes aux âges élevés. Par ailleurs, des limites d'âge à la souscription d'un contrat peuvent être imposées. Cette pratique peut être utilisée pour filtrer les « mauvais risques³ » et permet de préserver l'équilibre financier des contrats solidaires entre classes d'âge. En effet, pour ce type de contrats, il existe un âge « charnière » à partir duquel, en moyenne, l'assuré passe de contributeur net à bénéficiaire net de cette solidarité. Une limite d'âge à la souscription fixée en dessous de cet âge « charnière » évite les souscriptions opportunistes en réservant indirectement l'accès aux personnes qui ont précédemment contribué à cette solidarité, les incitant à conserver leur contrat.

En collectif, les critères que les organismes peuvent utiliser pour moduler le tarif d'un assuré sont moins nombreux qu'en individuel. Pour bénéficier d'exonérations fiscales, l'organisme complémentaire ne peut pas utiliser l'âge ou le lieu de résidence de l'assuré comme critères de tarification. Cependant, il peut établir le tarif selon la structure par âge du groupe de personnes qu'il couvre et du lieu d'implantation de leur employeur. Le prix dont s'acquitte l'assuré peut, en revanche, dépendre de son revenu et du nombre d'enfants qu'il souhaite couvrir.

1. Avant l'introduction des contrats responsables en 2004, l'article 63 de la loi de finances rectificative pour 2001, codifié aux paragraphes 15 et 16 de l'article 995 du Code général des impôts, institue une exonération en faveur des contrats d'assurance maladie dont les tarifs ne sont pas fixés selon l'état de santé de l'assuré. Par ailleurs, l'article L 112-1 du Code de la mutualité interdit aux mutuelles de tarifier selon l'état de santé.

2. Les organismes assureurs ne peuvent ni exiger un questionnaire de santé, ni tarifier selon les dépenses de santé observées.

3. En assurance santé, un « mauvais risque » désigne une personne dont les caractéristiques laissent présager à l'assureur des dépenses de santé supérieures à sa prime.

Tableau 3 Évolution des modes de tarification des contrats collectifs entre 2006 et 2016, par catégorie d'organismes complémentaires

	En % des personnes couvertes							
	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurances		Ensemble	
	2006	2016	2006	2016	2006	2016	2006	2016
Tarif dépendant du revenu	26	33	57	56	15	16	36	39
Forfait famille ou gratuité à partir du 2 ^e , 3 ^e , ou 4 ^e enfant	96	95	95	100	94	93	95	97

Lecture > En 2016, 33 % des personnes couvertes par des mutuelles bénéficient d'un tarif dépendant du revenu.

Champ > Contrats de complémentaire santé du marché individuel.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, éditions 2006 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats

Pour en savoir plus

> Leduc, A., Montaut, A. (2016, septembre). Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels, DREES, *Études et Résultats*, 972.

**La couverture santé
complémentaire
de la population**

Les contrats de complémentaire santé collectifs offrent des niveaux de garantie généralement plus élevés que les contrats individuels, même si la prise en charge de ces derniers continue d'augmenter entre 2011 et 2016. Au cours de cette période, les contrats individuels souscrits sont de plus en plus couvrants.

Les bénéficiaires de contrats collectifs sont mieux couverts en général que ceux de contrats individuels

Les contrats d'assurance complémentaire peuvent se différencier sur certains aspects : le panier de soins qu'ils prennent en charge, les niveaux de garantie qu'ils proposent, les prestations annexes (accès à des réseaux avec des tarifs négociés, plateformes téléphoniques de conseils, etc.). Cette diversité rend le marché de l'assurance complémentaire complexe à décrire. Néanmoins, pour une partie importante de la dépense restant à la charge des assurés, les contrats ne se distinguent pas. Ainsi, la quasi-totalité des contrats étant responsables¹, ils prennent en charge l'essentiel du reste à charge opposable (ticket modérateur et forfaits journaliers) [voir fiche 01]. Pour les soins de ville, environ la moitié du reste à charge est opposable ; l'autre moitié, qui comprend les dépassements liés à la liberté tarifaire, est prise en charge de façon très différenciée selon les contrats.

Afin de classer les contrats, un indice synthétique est construit pour refléter le niveau de prise en charge d'un patient moyen, en privilégiant les postes de soins sur lesquels les contrats se distinguent le plus (*encadré 1*). Les contrats sont classés en trois groupes, selon leur niveau moyen de prise en charge : les moins couvrants ou de classe 1, les milieux de gamme ou de classe 2, et les plus couvrants ou de classe 3 (*tableau 1*). Selon cet indice, les bénéficiaires de contrats collectifs sont en général mieux couverts que les bénéficiaires de contrats individuels. En effet, en 2016, 72 % des bénéficiaires de contrats collectifs ont souscrit un contrat de classe 3, contre 11 % des bénéficiaires de contrats individuels.

Ces derniers ont souscrit un contrat de classe 1 pour 33 % d'entre eux, alors que ce type de contrat ne couvre que 6 % des bénéficiaires de contrats collectifs (*graphique 1*).

Cette meilleure couverture par les contrats collectifs était déjà observée avant l'introduction, en 2016, d'un panier de soins minimal² pour ces derniers, plus large que celui des contrats responsables (voir annexe 1). Plusieurs raisons sont susceptibles de l'expliquer. Tout d'abord, les entreprises ont souvent de meilleures capacités de négociation que les particuliers, ce qui leur permet d'obtenir des contrats avec un meilleur rapport qualité-prix. Ensuite, le niveau de couverture d'un contrat collectif peut faire l'objet de négociations entre employeur et représentants du personnel. Les salariés peuvent ainsi bénéficier de garanties plus élevées qu'avec un contrat individuel pour un coût moindre, puisque salariés et employeur se partagent le paiement de la prime des contrats collectifs (dont 50 % minimum est pris en charge par l'employeur depuis le 1^{er} janvier 2016). La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise permet enfin, à l'un comme à l'autre, de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales (voir annexe 1).

Poursuite de la montée en gamme des contrats individuels entre 2011 et 2016

Au cours des années 2006 à 2010, les contrats de complémentaire santé les plus souscrits sont montés en gamme, en collectif comme en individuel (Barlet *et al.* 2016). Entre 2011 et 2016, la répartition des bénéficiaires entre les trois classes de contrats est en revanche restée relativement stable pour les contrats

1. D'après l'enquête de la DREES auprès des organismes complémentaires, 98 % des bénéficiaires des contrats collectifs sont couverts par un contrat responsable.

2. Lors de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise.

Encadré 1 Une nouvelle méthode de classement des contrats

La nouvelle méthode utilisée par la DREES pour classer les contrats selon leur degré de couverture s'appuie sur le calcul d'un score synthétique pour chacun d'entre eux. Le score d'un contrat révèle son niveau de remboursement du reste à charge après assurance maladie obligatoire (AMO) sur un panier de soins pour un bénéficiaire moyen. Il varie entre zéro (le contrat n'offre aucun remboursement du reste à charge sur les postes de soins considérés) et un (le contrat offre un remboursement complet du reste à charge sur les postes de soins considérés).

Le score d'un contrat c peut être formulé de la manière suivante :

$$\text{Score}^c = \frac{\sum_s p_s \times \text{Remb}_s^c}{\sum_s p_s \times \text{RAC}_s}$$

Avec :

- > p_s le nombre moyen d'actes du soin s par bénéficiaire hors couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ;
- > RAC_s le reste à charge moyen pour le soin s , y compris ticket modérateur, après remboursement de l'AMO, hors CMU-C, ACS et affection de longue durée (ALD) ;
- > $\text{Remb}_s^c = \text{MIN}(\text{garanties}_s^c; \text{RAC}_s)$ le montant de remboursement du contrat c pour le soin s , qui correspond à la garantie sur ce soin (ou à la totalité du RAC_s lorsque la garantie est supérieure au RAC_s).

Le score est établi à partir des soins suivants : l'optique simple, l'optique complexe, les aides auditives, les prothèses dentaires, les soins orthodontiques, les consultations de médecins spécialistes, la pharmacie remboursée à 15 % et 30 % par l'AMO, la chambre particulière à l'hôpital.

Pour chacun de ces soins, le remboursement du contrat est calculé en appliquant les garanties – recueillies dans l'enquête sur les contrats les plus souscrits – à la consommation moyenne observée en 2016 pour ce soin (RAC AMO, nombre d'actes, nombre de patients) dans les données de remboursement de l'assurance maladie du Système national des données de santé – Datamart consommation interrégimes (SNDS-DCIR). Les données sur les séjours hospitaliers sont tirées du SNDS – Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le champ de la population d'assurés exclut ici les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS qui disposent de garanties et de tarifs spécifiques. Les garanties 2011, 2013, 2014 et 2016 ne sont pas corrigées de l'évolution des prix en santé.

Les choix méthodologiques comportent certaines hypothèses simplificatrices. D'une part, on fait l'hypothèse que les garanties qui sont recueillies pour un bien de référence donné (tableau 1) peuvent être appliquées à d'autres dépenses du poste de soins considéré, dans la mesure où elles en fournissent la meilleure approximation possible. Par exemple, la garantie recueillie pour une couronne céramo-métallique est appliquée à toutes les prothèses dentaires ; la garantie sur les semestres de traitement d'orthodontie est appliquée aux bilans d'orthodontie et aux semestres de contention d'orthodontie. En l'absence de données sur les prestations non remboursées par l'Assurance maladie, on fait l'hypothèse que parmi les séjours d'hospitalisation complète, un quart l'ont été dans une chambre particulière. Pour construire un profil de consommation moyen, on fait l'hypothèse que les personnes en ALD, dont le ticket modérateur est pris en charge par la Sécurité sociale, s'acquittent des mêmes tarifs que les autres patients ; et que la consommation effectuée dans le parcours de soins auprès de spécialistes non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) est représentative de celle hors parcours de soins ou auprès d'adhérents au CAS¹.

Les contrats de la classe 1 sont définis comme ceux pour lesquels le score est inférieur à 0,6. Les contrats de la classe 2 sont ceux pour lesquels le score est compris entre 0,6 et 0,8. Les contrats de la classe 3 sont ceux pour lesquels le score est supérieur à 0,8.



●●● Toutefois, le niveau de couverture est une mesure imparfaite de la qualité de la couverture offerte par un contrat. L'accès ou non à des réseaux (dentaires, optiques, etc.) avec des tarifs négociés ou le bénéfice de plateformes téléphoniques de conseils (devis) ne sont pas pris en compte dans leur classement. Par ailleurs, les postes de soins considérés pour établir le score ne sont pas exhaustifs. La quasi-totalité des contrats étant responsables – prenant donc en charge le ticket modérateur, excepté pour quelques postes de soins – on privilégie en effet pour le calcul du score les postes de soins où s'applique une liberté tarifaire et on néglige ceux pour lesquels la prise en charge est homogène entre les contrats, même s'ils constituent une partie importante des dépenses de soins (par exemple, les consultations de généralistes ou les médicaments remboursés à 65 %). Les postes de soins considérés dans le score représentent ainsi un tiers du reste à charge opposable. En revanche, ils correspondent à la majorité des soins pour lesquels les honoraires sont libres : les soins en optique, en dentaire, les aides auditives et les dépassements d'honoraires de spécialistes représentent en effet près de 95 % de la liberté tarifaire pratiquée dans les soins de ville. Au total, les postes du score coïncident avec 62 % du reste à charge en ville.

De ce fait, le score ne rend que partiellement compte de l'amélioration des garanties induites par la réforme des contrats responsables en 2015. En particulier, il sous-estime que la prise en charge illimitée du forfait journalier a fait progresser celle des séjours hospitaliers (en MCO pour 5 % des bénéficiaires, en psychiatrie pour 36 %, et en SSR pour plus de 10 %) [voir fiche 23]. Par ailleurs, les garanties sont mesurées pour les contrats les plus souscrits. Or les planchers de prise en charge visent en premier lieu les contrats les moins couvrants (contrats au ticket modérateur), qui peuvent être sous-représentés dans l'enquête.

1. L'introduction du contrat d'accès aux soins (CAS) n'est cependant pas neutre sur l'évolution de la prise en charge des consultations auprès de spécialistes (voir fiche 19). Une large majorité des consultations avec dépassements d'honoraires sont effectuées par des spécialistes hors CAS, et le plafonnement des garanties conduit à baisser la prise en charge dont bénéficiaient les assurés les mieux couverts. Néanmoins, les consultations dans le CAS sont mieux prises en charge à la fois du fait d'une hausse de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et d'une augmentation des garanties pour une partie des assurés. Ce deuxième effet n'est pas considéré ici.

collectifs, tandis que celle des contrats individuels a évolué en faveur des contrats de qualité supérieure (*graphiques 1 et 2*).

Ainsi, alors que près de cinq bénéficiaires de contrats individuels sur dix étaient couverts en 2011 par un contrat de classe 1, ils sont environ trois sur dix en 2016. À l'autre extrémité, ils sont 11 % à détenir un contrat de classe 3 en 2016, alors qu'ils n'étaient que 4 % en 2011. Sur l'ensemble des contrats individuels, on observe au cours de la période une hausse des garanties de prise en charge. Celles-ci ont ainsi augmenté en moyenne de plus de 20 % pour l'optique simple et complexe, les prothèses dentaires et les audioprothèses (voir fiches 20 et 22). Ceci peut s'expliquer par

une augmentation des garanties proposées par les contrats, mais aussi par des changements de structure de la population couverte en individuel³, sans qu'il soit possible d'identifier précisément ces deux effets.

Le niveau de couverture des contrats collectifs est plus homogène que celui des contrats individuels, et le niveau de garanties est en général supérieur (*graphique 2*). La répartition des bénéficiaires de contrats collectifs entre différentes gammes de couverture est donc plus sensible que celle des bénéficiaires de contrats individuels aux niveaux retenus pour les bornes des classes de contrats. Contrairement aux contrats individuels, l'évolution des garanties en collectif n'est pas significative⁴. ■

3. À garanties offertes constantes, les personnes optant pour les garanties les plus élevées peuvent représenter une part plus importante de l'ensemble de la population couverte en individuel. En individuel, les plus de 60 ans choisissent ainsi de meilleures garanties (Barlet *et al.*, 2006). Ils représentent, de plus, une part croissante de la population souscrivant des contrats individuels, passant de 40 % en 2011 à 48 % en 2016.

4. Si l'on considère, pour définir les contrats de classe 1, un seuil à 0,7 plutôt qu'à 0,6, 21 % des contrats collectifs en 2011 ont un score inférieur au seuil et 18 % en 2016.

Tableau 1 Niveau moyen des garanties, par classes de contrat, en 2016

Postes de soins	Classe de contrat			Ensemble
	Classe 1	Classe 2	Classe 3	
Optique simple pour un équipement complet facturé 500 euros, dont 150 euros pour la monture (hors RSS) [en euros]	140	205	370	255
Optique complexe pour un équipement complet facturé 850 euros, dont 150 euros pour la monture (hors RSS) [en euros]	225	335	595	415
Audioprothèses pour une paire (hors RSS) [en euros]	520	965	1 500	1 085
Prothèses dentaires pour une couronne céramo-métallique (en % BRSS, y compris RSS)	180	370	460	365
Orthodontie pour un semestre de traitement (en % BRSS, y compris RSS)	165	260	350	275
Consultations de spécialistes avec dépassements d'honoraires (pour une consultation dans le parcours de soins hors CAS) [en % BRSS, y compris RSS]	115	130	195	150
Pharmacie 15 % part de contrats prenant en charge le ticket modérateur (en %)	68	53	89	71
Pharmacie 30 % part de contrats prenant en charge le ticket modérateur (en %)	96	92	100	96
Chambre particulière à l'hôpital montant par nuit, non remboursé par la Sécurité sociale (en euros)	35	45	65	55

Lecture > En 2016, la garantie moyenne en optique simple pour un contrat de classe 3 est de 370 euros, hors remboursement de la Sécurité sociale (RSS). La garantie moyenne d'un contrat de classe 3, pour l'achat d'une prothèse dentaire, est de 460 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale de cette prothèse, RSS compris.

Note > Les garanties pour l'optique simple, l'optique complexe, les aides auditives et la chambre particulières sont exprimées en euros, hors RSS ; les autres en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, RSS compris.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et hors ACS.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

Graphique 1 Évolution de la répartition des bénéficiaires par classe et type de contrats, entre 2011 et 2016

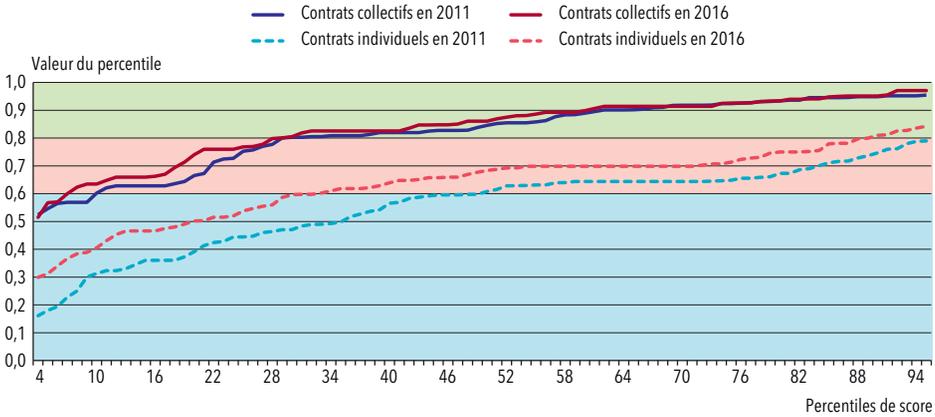
Note > Les pourcentages sont arrondis à l'unité. La somme peut donc différer légèrement de 100 %.

Lecture > En 2016, 20 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé sont couverts par des contrats de classe 1.

Champ > Bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats ; SNDS-DCIR 2016.

Graphique 2 Distribution des bénéficiaires selon le score de prise en charge de leur contrat



Note > Les contrats de classe 1 sont définis comme ceux pour lesquels le score est inférieur à 0,6. Les contrats de classe 2 sont ceux pour lesquels le score est compris entre 0,6 et 0,8. Les contrats de classe 3 sont ceux pour lesquels le score est supérieur à 0,8.

Lecture > En 2016, 29 % des bénéficiaires de contrats collectifs ont un contrat dont le score de prise en charge est inférieur à 0,8.

Champ > Bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats ; SNDS-DCIR 2016.

Pour en savoir plus

> Barlet, M., Beffy, M., Raynaud, D. (2016). *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties* (édition 2016). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

En France métropolitaine, avant la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des salariés du secteur privé, 95 % de la population étaient déjà couverts par une complémentaire santé, dont 7 % par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Néanmoins, la part de non-couverts varie fortement selon le milieu social. Elle est beaucoup plus élevée chez les personnes les plus modestes et les inactifs, alors que la quasi-totalité des salariés sont couverts. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ne modifie que peu les inégalités de couverture. En effet, si elle a mécaniquement fait augmenter la part de salariés couverts par un contrat collectif, elle n'a pas eu d'effet marqué sur leur taux de couverture, ceux-ci bénéficiant déjà très largement d'une complémentaire santé auparavant. De plus, son potentiel de diffusion aux proches des salariés du privé reste assez limité.

Les pouvoirs publics ont cherché à favoriser l'élargissement et l'amélioration de la complémentaire santé

La couverture par une complémentaire santé apparaît comme un élément déterminant de l'accès aux soins. Plusieurs travaux ont mis en lumière un lien fort entre absence de complémentaire santé et renoncement aux soins pour raisons financières, notamment pour l'optique, les soins dentaires et les soins prothétiques (Després *et al.*, 2011 ; Jess, 2015). Les pouvoirs publics ont ainsi cherché à favoriser sa diffusion en agissant auprès des entreprises et des particuliers : exonérations de charges sociales et fiscales sur les contrats collectifs d'entreprise à la fin des années 1970 et au début des années 1980, et sur les contrats des indépendants en 1994 (loi « Madelin ») ; mise en place de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000 ; instauration de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) en 2005. Enfin, le 1^{er} janvier 2016 est entré en vigueur l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 généralisant la couverture complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des établissements employeurs de droit privé, à l'exception des particuliers employeurs. Ces mesures peuvent avoir un effet sur les inégalités de couverture, à la fois par l'accès à une complémentaire

à des personnes non couvertes, et par les modifications de sa qualité, notamment pour de nombreux salariés basculant d'une couverture individuelle à une couverture collective.

L'absence de couverture reste fortement liée aux ressources financières et au milieu social

En 2014, selon les données de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) [encadré 1], 95 % de personnes sont couvertes par une complémentaire santé en France métropolitaine, dont 7 % par la CMU-C (Céant, Rochereau, 2017)¹. Malgré l'existence de la CMU-C et de l'ACS, plus de 12 % des personnes parmi les 20 % les plus modestes (premier quintile de revenu) ne bénéficient d'aucune couverture, contre 5 % de celles du deuxième quintile de revenu, 3 % de celles du troisième, et 2 % à partir du quatrième. Les personnes sans couverture complémentaire sont ainsi plus nombreuses parmi celles ayant de faibles revenus (graphique 1). La moitié des personnes non couvertes ont un revenu mensuel inférieur à 970 euros par unité de consommation et pourraient donc, en principe, prétendre à la CMU-C ou à l'ACS. Aux inégalités sociales d'accès à la complémentaire santé s'ajoutent les différences de taux de couverture

1. En 2014, d'après le Fonds CMU, le taux en France s'élevait à 7,7 % et en 2017, il atteignait 8,2% (voir fiche 16).

selon le statut d'emploi. Ainsi, en 2014, le taux de personnes non couvertes était faible parmi les personnes en emploi : 2 % à 3 % pour les salariés du public et du privé, 5 % pour les travailleurs indépendants. Les retraités étaient également peu nombreux à ne pas être couverts (3 %). En revanche, la part de personnes non couvertes parmi les personnes au foyer, les « autres inactifs » et les chômeurs s'élevait respectivement à 9 %, 11 % et 16 %, soit bien plus que le taux moyen de 5 % observé pour l'ensemble de la population.

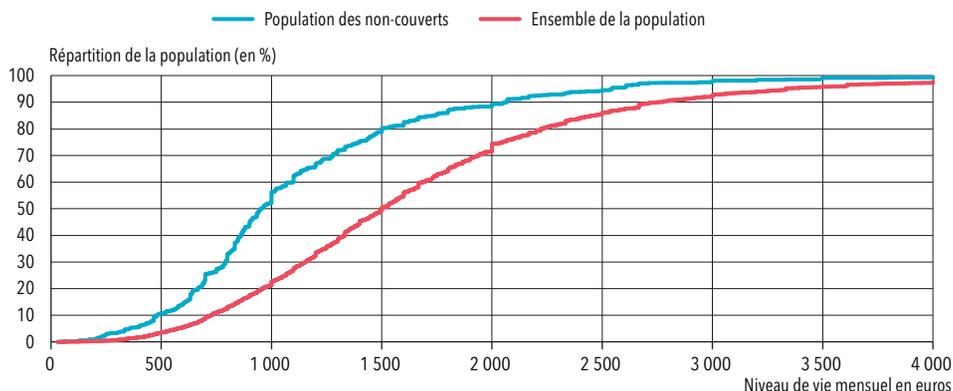
Comme par le passé, le premier motif d'absence de couverture demeure financier : plus de la moitié des enquêtés non couverts déclarent qu'ils ne le sont pas parce que les contrats sont trop chers. Une partie des personnes ayant avancé ce motif peuvent, du fait d'un bon état de santé, estimer que les contrats sont

trop chers au regard de leurs besoins. Néanmoins, l'invocation de ce motif est beaucoup plus fréquente dans le bas de la distribution des niveaux de vie (65 % parmi les 40 % les plus modestes, contre 39 % parmi les 60 % les plus aisés). Cette absence de couverture en raison de contraintes financières peut résulter pour une partie des individus d'une méconnaissance des dispositifs d'aides (CMU-C ou ACS)².

Sept salariés du privé sur dix couverts par un contrat collectif en 2014, près de neuf sur dix après la généralisation

Au-delà de l'accès à la couverture complémentaire, des différences sont observées selon le type de couverture, en particulier entre les personnes couvertes par des contrats individuels ou collectifs, ces derniers étant, en général, de meilleure qualité (voir fiches 11

Graphique 1 Répartition des personnes non couvertes par une complémentaire santé selon leur niveau de vie en 2014



Note > Les niveaux de vie sont calculés en rapportant le revenu total de chaque ménage au nombre d'unités de consommation au sens de l'échelle d'équivalence de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui permet de comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différentes. Elle attribue un poids de 1 pour le premier adulte du ménage, et 0,5 par personne supplémentaire âgée de 14 ans ou plus et 0,3 par enfant âgé de moins de 14 ans.

Lecture > 53 % des personnes non couvertes par une complémentaire santé ont un niveau de vie inférieur à 1 000 euros par mois, contre 20 % de l'ensemble de la population. 80 % des personnes non couvertes ont un niveau de vie inférieur à 1 500 euros par mois, contre 50 % de l'ensemble de la population. L'écart entre les deux courbes de répartition selon le niveau de vie (celle des non-couverts et celle de l'ensemble de la population) est d'autant plus important que la concentration des non-couverts en bas de l'échelle des niveaux de vie est élevée.

Champ > Personnes vivant dans un ménage ordinaire de France métropolitaine.

Source > Irdes, DREES, EHIS-ESPS 2014.

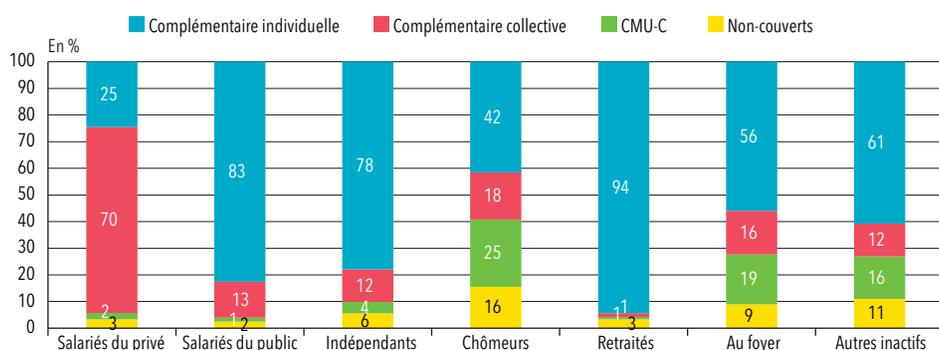
2. Ainsi, en 2014, selon le Baromètre d'opinion de la DREES, 90 % des Français connaissent la CMU-C, mais seuls 49 % savent précisément à qui elle s'adresse (Papuchon, 2016). Quant à l'ACS, elle n'est connue que de 29 % des Français, dont 12 % qui connaissent les critères d'éligibilité. Une enquête menée en 2009 auprès d'assurés de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Lille-Douai montrait que deux tiers des individus éligibles à l'ACS, selon les informations transmises par la Caisse d'allocations familiales (CAF), ne connaissaient pas le dispositif (Guthmuller *et al.*, 2014).

et 24). Parce que ce sont les premiers à bénéficier d'une complémentaire santé collective, les salariés du secteur privé requièrent une attention particulière. Avant la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les contrats collectifs étaient déjà largement diffusés. Ainsi, sept salariés du privé sur dix déclaraient être couverts par un contrat collectif en 2014 : six sur dix l'avaient obtenu par l'intermédiaire de leur propre entreprise et un sur dix par l'intermédiaire de celle d'un proche. Néanmoins, de fortes disparités prévalaient selon le type de contrats de travail et la condition d'emploi. Ainsi, en 2014, trois quarts des salariés en contrat à durée indéterminée (CDI) et des salariés à temps complet bénéficiaient d'une couverture d'entreprise contre un tiers des personnes en contrat à durée déterminée (CDD) et la moitié des salariés à temps partiel. De plus, parmi les personnes en CDD couvertes par une complémentaire d'entreprise, 45 % l'étaient en tant qu'ayants droit. Enfin, seuls 26 % des salariés des particuliers employeurs étaient couverts en 2014 par une complémentaire santé collective, tous à titre d'ayants droit³. Sur le champ des salariés du privé, hors ceux des particuliers employeurs qui ne font pas partie du cadre de la généralisation de la complémentaire santé, 71 % étaient, en 2014, couverts par un contrat

collectif. D'importants écarts existaient selon la catégorie professionnelle. Ainsi, parmi les salariés près de 88 % des cadres déclaraient bénéficier d'une couverture santé d'entreprise, contre 77 % des personnes occupant une profession intermédiaire, 70 % des ouvriers qualifiés et 66 % des employés administratifs. Enfin, les employés de commerce et les ouvriers non qualifiés n'étaient respectivement que 58 % et 52 % à bénéficier d'un tel contrat. De plus, lorsqu'ils étaient couverts par un contrat collectif, ces derniers l'étaient plus souvent à titre d'ayants droit : 25 % pour les employés de commerce, 23 % pour les employés administratifs et 21 % pour les ouvriers non qualifiés, contre 15 % dans l'ensemble de la population des salariés couverts par un contrat collectif.

Les salariés du privé qui n'étaient pas couverts par un contrat d'entreprise l'étaient néanmoins très largement par une complémentaire : la très grande majorité sous contrat individuel et, pour une part beaucoup plus réduite, par la CMU-C (graphique 2). L'enquête PSCE 2017 permet de mesurer la diffusion des contrats collectifs après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise parmi les salariés du secteur privé, hormis ceux des particuliers employeurs. En 2017, 83 % sont couverts par leur entreprise, dont 91 % des cadres, 79 % des

Graphique 2 Absence et type de couvertures complémentaires de santé, selon le statut d'emploi en 2014



Lecture > Parmi les salariés du privé, y compris ceux des particuliers employeurs, 2 % bénéficient de la CMU-C, 70 % d'un contrat collectif, 25 % d'un contrat individuel et 3 % ne sont pas couverts.

Champ > Personnes vivant dans un ménage ordinaire de France métropolitaine.

Source > Irdes, DREES, EHIS-ESPS 2014.

3. Les salariés de particuliers employeurs regroupent toutes les personnes qui travaillent pour des particuliers : gardes d'enfant à domicile, assistantes maternelles et emplois familiaux (ménage, soutien scolaire, gardiennage, etc.).

employés, 81 % des ouvriers. Parmi les 17 % restant, la grande majorité (8 sur 10) bénéficie d'une dispense d'adhésion (voir fiches 14 et 24). De plus, à partir des motifs de dispenses d'adhésion déclarés par le salarié, on peut estimer qu'entre 29 % et 45 %⁴ des dispensés sont couverts par une complémentaire santé d'entreprise, que celle-ci soit souscrite par un membre de la famille ou *via* un autre emploi. Ainsi, entre 87 % et 89 % des salariés du privé sont couverts par une complémentaire santé d'entreprise en 2017, dont 4 % à 6 % en tant qu'ayants droit.

Un potentiel de diffusion de la complémentaire santé d'entreprise limité en dehors des salariés du secteur privé

Les personnes qui ne travaillent pas dans le secteur privé peuvent bénéficier des contrats collectifs à titre d'ayant droit d'un proche qui y travaille. Par ailleurs, les chômeurs pouvaient, avant même l'entrée en vigueur de l'ANI de 2013, bénéficier d'un maintien des garanties de leur ancien contrat d'entreprise, mais à des conditions moins avantageuses que celles découlant de cet accord (voir fiche 26). En 2014, selon l'enquête EHIS-ESPS, en dehors des salariés du secteur privé, la couverture d'entreprise concernait près d'une personne sur cinq. Près de la moitié des enfants bénéficiaient du contrat d'entreprise d'un proche (46 %), 38 % étaient couverts par un contrat individuel et près de 12 % par la CMU-C. Les chômeurs étaient 17 % à être couverts par un contrat collectif, 6 % à titre d'assurés et 11 % à titre d'ayants droit. Enfin, 13 % des actifs du secteur public, 12 % des indépendants, 16 % des personnes au foyer, 12 % des autres inactifs et à peine 1 % des retraités étaient couverts par une complémentaire collective. Une complémentaire santé d'entreprise peut être étendue aux proches, à la discrétion de l'entreprise. La généralisation de la complémentaire d'entreprise n'ayant pas modifié ces modalités d'extension, son incidence pour les personnes appartenant au ménage d'un salarié du privé déjà couvert par un contrat collectif d'entreprise est *a priori* nulle. En

revanche, les proches d'un salarié nouvellement couvert par son entreprise à la suite de la généralisation ont, pour certains, pu accéder à une couverture d'entreprise, qu'ils aient été couverts par un contrat individuel ou sans couverture complémentaire avant. À partir des données de l'enquête EHIS-ESPS, et selon l'hypothèse d'une couverture de l'ensemble des salariés du privé – hors ceux des particuliers employeurs – par un contrat collectif, on estime que 12 % des personnes ne travaillant pas dans le privé ont pu avoir un proche nouvellement couvert par son entreprise, en particulier 19 % des enfants, 14 % des chômeurs, 12 % des salariés du public, 12 % des indépendants et 3 % des retraités. Parmi les personnes non couvertes par une complémentaire santé⁵, cette part aurait pu atteindre 26 %. Dans les faits, nettement moins de personnes ont dû effectivement bénéficier de la généralisation. D'une part, parce qu'après la généralisation, il subsiste une proportion de salariés du privé qui ne sont pas couverts par la complémentaire santé de leur entreprise et donc leurs proches non plus. D'autre part, parce que selon l'enquête PSCE 2017, seulement 50 % des salariés qui sont couverts par leur entreprise ont étendu leur contrat à un proche. En effet, une partie des contrats collectifs est réservée aux seuls salariés et, lorsqu'elle existe, l'extension est parfois facultative et peu attractive. C'est le cas en particulier si elle ne s'accompagne pas d'un financement de la couverture des ayants droit par l'entreprise.

Les inégalités sociales d'accès à la couverture santé persistent *a priori* après la généralisation en entreprise

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a pu s'accompagner aussi d'une amélioration de la couverture des chômeurs et de leurs proches en raison de l'extension du dispositif de maintien des garanties dont ils bénéficient. Un travail d'évaluation *ex ante* de l'effet de la généralisation sur le taux global de couverture de la population française (Jusot et Pierre, 2015) estime que ce renforcement de la portabilité des contrats pour les

4. Selon qu'on inclut ou pas les salariés couverts *via* la complémentaire santé du conjoint sans précision sur le type de complémentaires (collective ou individuelle).

5. En 2014, selon l'enquête EHIS-ESPS, un peu plus de 5 % des personnes non salariées du secteur privé n'avaient pas de couverture complémentaire santé.

chômeurs réduit le taux de non-couverts dans l'ensemble de la population de 0,3 point.

Cette même étude permet d'établir qu'en définitive, le potentiel d'accroissement du taux de couverture de la population française en raison de la généralisation est variable selon les hypothèses formulées en matière d'extension. Elle évalue ainsi que le taux de non-couverts se situerait dans une fourchette allant de 2,7 % pour le scénario le plus favorable (couverture de l'ensemble des salariés du secteur privé et de leurs ayants droit) à 4,4 % pour le moins favorable, contre près de 5 % en 2014. Considérant, sur les contrats d'entreprise, la proportion non négligeable de dispenses d'adhésion et la part importante de salariés pour lesquels le contrat n'a pas été étendu à des proches, les taux les plus favorables semblent exclus. Par ailleurs, à partir de données

macro-économiques et d'hypothèses conservatrices, la DREES estime qu'en 2016, première année de la généralisation, le taux de couverture aurait atteint 96 % (Montaut et Adjérad, 2019).

De surcroît, quel que soit le scénario, ce taux varierait toujours fortement selon le milieu social. Dans le cadre du scénario intermédiaire d'extension, le taux de non-couverts s'élèverait à 12,7 % pour les personnes dont le niveau de vie est inférieur à 650 euros par mois, contre moins de 1 % pour les individus dont le niveau de vie excède 2 000 euros par mois. Au-delà de ces estimations *ex ante*, et en complément de l'enquête PSCE 2017 qui évalue les effets de la généralisation sur les salariés et les chômeurs de courte durée, les enquêtes SRCV 2017 et EHIS 2019 permettront de mesurer les effets en population générale, notamment sur les ayants droit de salariés. ■

Encadré 1 L'Enquête santé européenne (EHIS)-Enquête santé et protection sociale (ESPS)

L'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) recense les contrats au sein de chaque ménage et, pour chacun d'entre eux, recueille la liste des personnes qui sont couvertes, le mode d'obtention (par l'entreprise ou par une démarche individuelle), le niveau de prime, l'opinion sur les garanties, l'ancienneté du contrat. Lorsque l'enquêté a indiqué avoir changé de contrat au cours des douze derniers mois, il est interrogé sur les raisons de ce changement, l'évolution en matière de garanties et de primes. Un module destiné aux personnes qui ne sont couvertes par aucun contrat recueille les motifs d'absence de couverture, l'existence d'une couverture passée et, le cas échéant, l'ancienneté et le motif de la perte de couverture. Les informations médicales et de protection sociale complémentaire sont enrichies par le recueil de données géographiques, démographiques, économiques et familiales : âge et sexe, revenu, occupation, catégorie professionnelle, niveau d'études, composition du ménage et type de ménage.

En 2014, l'enquête ESPS a été le support de l'enquête Santé européenne (EHIS) et se dénomme ainsi EHIS-ESPS. Néanmoins, les données utilisées pour la présente publication, en particulier celles qui concernent la complémentaire santé, sont toutes issues du socle de questions lié à l'enquête ESPS, ce qui permet la comparaison avec les enquêtes précédentes.

Le champ de l'enquête correspond aux personnes vivant dans un ménage ordinaire de France métropolitaine. Sont donc en particulier exclus les étudiants vivant en résidence étudiante et les personnes âgées vivant en institution (voir annexe 3).

Pour en savoir plus

- > **Célant, N., Rochereau, T.** (2017, octobre). L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. Irdes, Rapport, 566.
- > **Despès, C., Dourgnon, P., Fantin, R., et al.** (2011, novembre). Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 170.
- > **Guthmuller, S., Jusot, F., Renaud, T., et al.** (2014, février). Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 195.
- > **Jess, N.** (2015, décembre). Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. DREES, *Études et Résultats*, 944.
- > **Jusot, F., Pierre, A.** (2015, mai). Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 209.
- > **Lapinte, A., Perronnin, M.** (2018, juillet). 96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1074.
- > **Montaut, A., Adjerad, R.** (2019, janvier). Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social. DREES, *Études et Résultats*, 1101.
- > **Papuchon, A.** (2016, mars). Prestations sociales : les personnes éligibles sont-elles les mieux informées ? DREES, *Études et Résultats*, 954.
- > **Perronnin, M., Louvel, A.** (2018, janvier). La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres. DREES, *Études et Résultats*, 1048.

En 2017, avec la généralisation de la complémentaire d'entreprise, 84 % des établissements, regroupant 96 % des salariés du privé, proposent une complémentaire santé d'entreprise. Dans la pratique, du fait des dispenses d'adhésion, 83 % des salariés sont couverts par leur entreprise, auxquels s'ajoutent 4 % à 6 % de salariés couverts par la complémentaire santé d'entreprise de leur conjoint. De fortes disparités selon la taille de l'entreprise et le secteur d'activité perdurent. Le cofinancement des contrats par l'employeur atteint en moyenne 58 %, dépassant ainsi le seuil de 50 % imposé par la loi. Les salariés les plus précaires restent, malgré la loi, moins souvent couverts par une complémentaire santé d'entreprise : ils travaillent à la fois plus souvent dans un établissement qui n'en propose pas et ils font aussi davantage valoir les dispenses d'adhésion.

Depuis 2016, tous les salariés ont accès en principe à une complémentaire collective

Depuis l'entrée en application de la loi de sécurisation de l'emploi le 1^{er} janvier 2016, la couverture complémentaire collective est généralisée à l'ensemble des salariés du privé. Tout employeur de droit privé est tenu de proposer une complémentaire santé à ses salariés et de participer au montant de la cotisation à hauteur de 50 % au minimum. Les salariés doivent y souscrire, à moins de remplir des conditions particulières.

Le contrat de complémentaire santé proposé par une entreprise à ses salariés est constitué d'un socle de base, c'est-à-dire d'une formule minimale destinée à l'ensemble des salariés ou à tous ceux faisant partie d'une catégorie dite objective (par exemple, l'ensemble des cadres, des non-cadres). Ce socle de base peut couvrir uniquement le panier de soins minimum imposé par la loi (voir annexe 1) mais il peut aussi être plus généreux.

En complément du socle de garanties prévu à titre obligatoire, le contrat collectif peut permettre la souscription de renforts : ceux-ci, destinés à compléter les garanties de base, sont laissés au libre choix du salarié (voir fiche 15).

Les contrats décrits dans cette fiche correspondent aux contrats socles proposés par les établissements¹.

96 % des salariés du privé ont accès via leur employeur à une couverture complémentaire santé

En 2017, d'après l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), 84 % des établissements, regroupant 96 % des salariés du privé, proposent une complémentaire santé à leurs salariés (*graphique 1*). Avant que la loi ne les y oblige, seulement un établissement sur deux proposait un contrat collectif à ses salariés (soit 74 % des salariés qui avaient accès à une complémentaire santé d'entreprise) [voir fiche 24]. Et, en 2009, année de la précédente édition de l'enquête, le taux d'établissements couverts s'établissait à 44 % (correspondant à 72 % des salariés).

Les 16 % d'établissements qui n'offrent pas de complémentaire à leurs salariés le font principalement en raison de dispenses d'adhésion de l'ensemble de leurs salariés. Compte tenu des dispenses d'adhésion, la proportion de salariés effectivement couverts par la complémentaire santé de leur entreprise atteint 83 %, auxquels s'ajoutent 4 % à 6 % des salariés couverts par la complémentaire santé d'entreprise d'un membre

1. L'établissement est la plus petite unité au sein de laquelle a été menée la négociation en matière de protection sociale. C'est pourquoi l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), sur laquelle s'appuient ces résultats, a interrogé des établissements (voir annexe 3).

de la famille. Au total, presque 9 salariés sur 10 sont couverts par une complémentaire santé d'entreprise.

Parmi les établissements d'au moins cinq salariés, plus de 9 sur 10 proposent une complémentaire santé

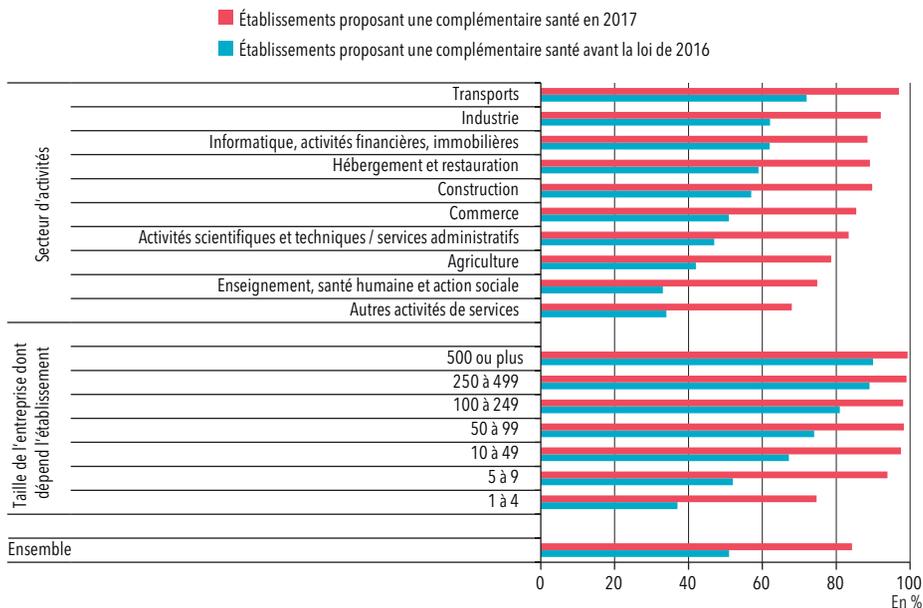
Les établissements rattachés à des entreprises d'au moins cinq salariés sont plus de 90 % à proposer une complémentaire santé d'entreprise. Ce taux dépasse même 98 % pour les établissements rattachés à des entreprises de plus de 50 salariés. Parmi les établissements rattachés aux entreprises de moins de cinq salariés, un quart ne proposent pas de complémentaire santé. En effet, quand les salariés sont peu nombreux, il arrive que tous soient dispensés d'adhésion : l'employeur ne leur propose alors pas de contrat. Néanmoins, c'est aussi dans les établissements dépendant d'entreprises de petite taille que le taux de couverture a le plus augmenté après la mise en œuvre de la loi, allant jusqu'à doubler dans les entreprises de moins de cinq salariés.

La hiérarchie des secteurs d'activité selon la part d'établissements proposant une complémentaire santé est la même en 2017 qu'avant la loi. Les établissements des secteurs des transports et de l'industrie sont ceux qui proposent le plus souvent une complémentaire santé : c'est le cas de plus de neuf sur dix. À l'opposé, dans les secteurs de l'enseignement, de la santé et de l'action sociale, et les autres activités de services, la complémentaire santé d'entreprise n'est proposée que par sept établissements sur dix, contre un sur trois avant la loi. Dans ces secteurs, la part d'établissements couverts a néanmoins particulièrement augmenté puisqu'elle a plus que doublé.

En moyenne, 58 % des cotisations sont prises en charge par les employeurs

Outre l'obligation d'offrir une complémentaire santé à leurs salariés, les établissements doivent aussi, dans le cadre de la généralisation, prendre en charge le coût de la couverture santé proposée aux salariés, à hauteur d'au moins 50 %.

Graphique 1 Part d'établissements proposant une complémentaire santé à leurs salariés, selon la taille de l'entreprise et le secteur d'activités



Lecture > Parmi les établissements dépendant d'entreprises de 1 à 4 salariés, 37 % proposaient une complémentaire santé avant la loi, ils sont 75 % en 2017.

Champ > Ensemble des établissements du secteur privé d'au moins un salarié au 31 décembre 2015.

Source > DREES, Irdes, enquête PSCE 2017, volet établissements.

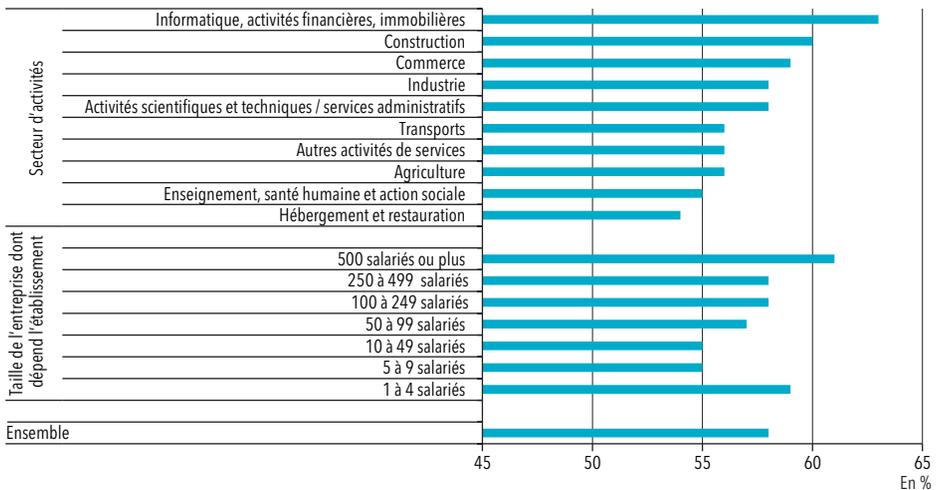
Ainsi, en 2017, les établissements participant au financement de la complémentaire santé de manière uniforme pour l'ensemble de leurs salariés (93 % des établissements offrant une couverture complémentaire), le font en moyenne à hauteur de 58 % de la cotisation (graphique 2). Ces taux de participation sont calculés dans le cas où le salarié ne couvre pas d'ayants droit. Dans certains cas, que l'enquête PSCE ne permet pas d'estimer, la prise en charge par l'employeur peut aussi porter sur le coût de la complémentaire santé des ayants droit.

Un taux de participation un peu plus élevé dans les établissements des très petites et des très grandes entreprises

La participation moyenne de l'employeur au financement des contrats est relativement homogène, quelle que soit la taille de l'entreprise à laquelle est rattaché l'établissement. Elle est un peu plus élevée dans les établissements des très petites et des très grandes

entreprises. Atteignant pratiquement 60 % de la cotisation totale dans les entreprises de 1 à 4 salariés, elle baisse à 55 % dans celles de 5 à 9 salariés. Puis, elle augmente progressivement : elle est de 55 % pour les entreprises de 10 à 49 salariés à 61 % pour celles de 500 salariés ou plus. Le taux moyen plus élevé de participation observé dans les entreprises de moins de 5 salariés peut s'expliquer par un effet de sélection : les petites entreprises offrant des prises en charges minimales peuvent susciter davantage de dispenses et, en définitive, ne pas proposer de complémentaire santé. La participation de l'employeur varie de façon plus marquée selon les secteurs. Elle est plus élevée dans le secteur de la communication, de l'information, les activités financières et immobilières (63 %), la construction (60 %) et plus faible dans le secteur de l'hébergement et de la restauration (54 %), de l'enseignement et de la santé humaine (55 %), le secteur agricole (56 %), et les autres activités de services (56 %). Le taux de participation moyen (58 %)

Graphique 2 Taux de participation moyen de l'employeur au financement de la complémentaire santé selon la taille de l'entreprise et le secteur d'activités



Note > Afin de raisonner au niveau de l'établissement et d'assurer une comparabilité avec entre 2009 et 2016, ces taux de participation sont calculés sur les 93 % d'établissements participant au coût de la complémentaire santé de manière uniforme, quelle que soit la catégorie de salariés.

Lecture > Dans les établissements des entreprises de 1 à 4 salariés fournissant une complémentaire santé à leurs salariés, l'employeur finance en moyenne 59 % du coût du contrat du salarié.

Champ > Ensemble des établissements du secteur privé d'au moins un salarié au 31 décembre 2015, proposant une complémentaire santé à ses salariés en 2017, pour lesquels le taux de participation est uniforme sur l'ensemble des catégories de salariés.

Source > DREES, Irdes, enquête PSCE 2017, volet établissements.

observé dans l'industrie masque une relative hétérogénéité de ce secteur, car une part importante des établissements appliquent des taux de participation différents selon les catégories de salariés et sortent donc du champ des calculs.

Dans les 7 % d'établissements qui différencient le taux de prise en charge selon les catégories de salariés, celui proposé aux cadres est meilleur : le taux moyen de participation des contrats qui leur sont réservés s'élève à 72 % contre 59 % pour l'ensemble des professions intermédiaires, 56 % pour les employés et 55 % pour les ouvriers.

Les salariés les plus précaires bénéficient moins souvent d'une complémentaire santé de leur entreprise

Les salariés les plus précaires (temps partiel, contrat autre que CDI) ainsi que ceux aux revenus plus modestes sont moins souvent couverts par la complémentaire santé de leur entreprise. Ainsi, en 2017, la moitié seulement des salariés en CDD (ou autres contrats courts) sont couverts par l'intermédiaire de leur entreprise² ; 70 % des salariés à temps partiel pour au moins 10 heures hebdomadaires le sont et seulement 30 % de ceux à faible temps partiel (moins de 10 heures par semaine). La part de salariés bénéficiant de la couverture santé par l'intermédiaire de leur entreprise est croissante avec le revenu : environ six salariés sur dix parmi ceux dont

le revenu fiscal de référence du ménage est inférieur à 10 000 euros contre huit sur dix parmi ceux pour lequel il est compris entre 10 000 et 70 000 euros et neuf sur dix au-delà. Si les salariés les plus précaires bénéficient moins de la complémentaire santé par le biais de leur entreprise, c'est parce qu'ils sont à la fois plus souvent concernés par des dépenses d'adhésion (notamment ils bénéficient de la CMU-C ou de l'ACS) mais également plus souvent présents dans des entreprises qui n'en proposent pas. En particulier, 11 % des salariés qui n'ont pas de CDI affirment ne pas bénéficier de la complémentaire santé de leur entreprise car elle n'en propose pas (contre 2 % de ceux en CDI) et 31 % car ils font valoir une dispense (contre 12 % de ceux en CDI). De plus, parmi les salariés sans complémentaire santé d'entreprise, un tiers des plus modestes (revenu fiscal du ménage inférieur à 10 000 euros annuels) expliquent cette absence par le fait que leur employeur ne leur en a pas proposée, contre à peine plus d'un sur dix parmi ceux dont le revenu du ménage se situe entre 10 000 et 70 000 euros.

Par ailleurs, les personnes qui ne sont plus salariées du secteur privé en 2017, alors qu'elles l'étaient au 31 décembre 2015, déclarent dans six cas sur dix avoir bénéficié d'une complémentaire santé par l'intermédiaire de leur entreprise avant de la quitter. La moitié d'entre elles l'ont conservée au moment de leur départ (voir fiche 26 et annexe 1). ■

Pour en savoir plus

> **Irdes**. L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017. Rapport à paraître.

> **Lapinte, A., Perronnin, M.** (2018, juillet). 96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1074.

2. Les salariés enquêtés étaient déjà salariés du privé au 31 décembre 2015 (tirage de l'enquête). Cet échantillon exclut donc certains salariés du privé en 2017, en particulier les salariés précaires concernés, à l'époque, par un épisode de chômage. Leur couverture par une complémentaire santé d'entreprise est donc probablement plus faible que les chiffres présentés ici, malgré la portabilité des contrats (voir fiche 26).

En 2017, les dépenses de santé, principalement constituées de soins de ville et de soins hospitaliers, représentent 2 977 euros par habitant, et sont prises en charge à 77,8 % par la Sécurité sociale. En 2012, la dépense de santé financée directement par les ménages, comprenant les primes versées au titre des complémentaires santé et le reste à charge après remboursements des assurances maladie obligatoire et complémentaires, représentait en moyenne 3,8 % de leur revenu et pesait davantage dans le budget des plus démunis. Les personnes âgées sont exposées aux primes de contrats de complémentaire santé et aux restes à charge les plus élevés.

Après assurance maladie obligatoire, le reste à charge des ménages les plus aisés est 1,7 fois plus élevé que celui des plus modestes

Le modèle de microsimulation INES-OMAR permet d'observer le poids des dépenses de santé dans le revenu des ménages. Les résultats présentés ici s'appuient sur la dernière actualisation du modèle avec les données de 2012.

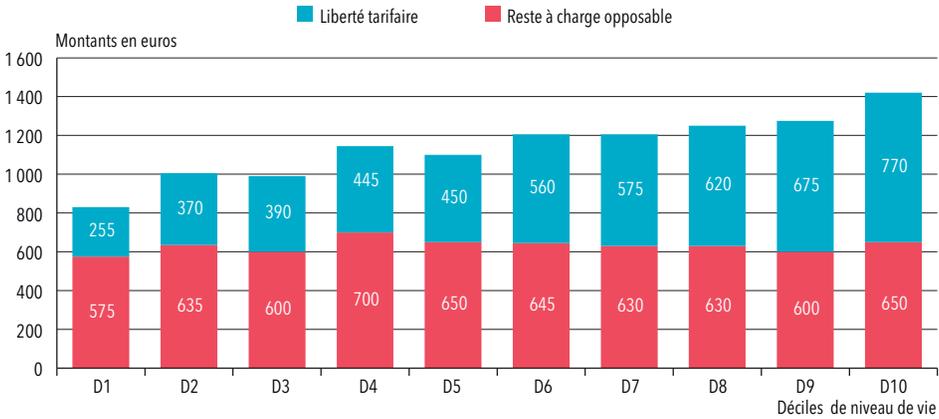
En raison d'inégalités sociales de santé et malgré des barrières d'accès aux soins, les dépenses de santé sont un peu plus élevées pour les ménages modestes que pour les ménages aisés. Les remboursements de l'assurance maladie obligatoire (AMO) compensent en grande partie ces différences puisque les personnes modestes ont une consommation de soins davantage orientée vers des soins mieux remboursés, notamment les soins hospitaliers (voir fiche 05). Ainsi, le reste à charge (RAC) après AMO est plus faible pour les ménages modestes que les ménages aisés en 2012 : il est 1,7 fois plus élevé pour les 10 % des ménages les plus aisés financièrement que pour les 10 % des ménages les plus modestes. Le reste à charge opposable (composé du ticket modérateur et des franchises médicales) des ménages après remboursement de l'AMO varie relativement peu en fonction du niveau de vie : il oscille entre 575 euros et 700 euros par an selon les déciles, soit un écart de 22 % (*graphique 1*). Les dépenses au titre de la liberté tarifaire (dépassements d'honoraires et prix libres notamment en optique, audioprothèses, et soins prothétiques dentaires) sont, elles,

croissantes en fonction du revenu : les 10 % des ménages les plus démunis ont ainsi une dépense de 255 euros due à la liberté tarifaire, contre 770 euros pour les ménages du dernier décile, soit trois fois plus. Les ménages les plus aisés financièrement consomment des soins plus chers que les ménages les moins aisés, et sont, de ce fait, exposés aux restes à charge les plus conséquents.

Les dépenses de santé pèsent davantage dans le budget des plus démunis

En 2012, 95 % des Français bénéficient d'une complémentaire santé qui couvre une partie de ce reste à charge (voir fiche 12). Malgré les dispositifs d'aide ciblant les publics précaires et modestes, comme la CMU-C ou l'ACS (voir fiches 16 et 17), des primes et un reste à charge après AMO plus faibles, les 10 % de ménages les moins aisés, dont 40 % bénéficient de la CMU-C, s'acquittent en moyenne de 950 euros par an pour les primes de complémentaires santé et ont un reste à charge après remboursement de l'assurance complémentaire de 240 euros. La part de ces dépenses dans le revenu des plus modestes est bien plus élevée que chez les ménages aisés (*graphique 2*). Ceci n'est pas lié à des différences de taille ou de composition des ménages, relativement homogènes entre les déciles de niveau de vie (2,3 personnes par ménage en moyenne). Les primes atteignent 1 105 euros dans le deuxième décile, puis restent stables autour de 1 110 euros pour les 10 % des ménages les plus riches. Le taux d'effort, entendu comme le ratio de la somme des primes

Graphique 1 Décomposition du reste à charge annuel après assurance maladie obligatoire des ménages (opposable et liberté tarifaire), selon le niveau de vie en 2012

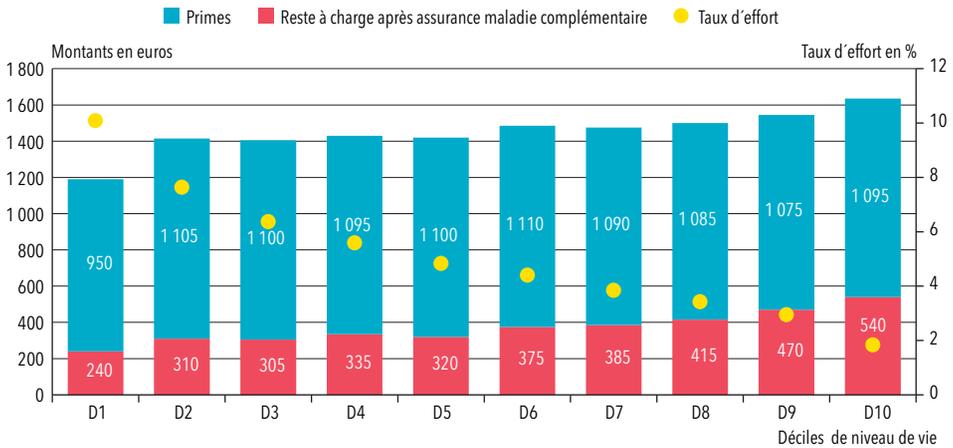


Lecture > Les ménages du premier décile de niveau de vie ont un reste à charge par an qui se compose de 575 euros de reste à charge opposable et de 255 euros de liberté tarifaire.

Champ > Ensemble des ménages ordinaires ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) uniquement.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

Graphique 2 Dépenses de santé à la charge des ménages et taux d'effort des ménages, selon le niveau de vie en 2012



Note > Les dépenses de santé à la charge des ménages s'entendent primes et restes à charge après assurance maladie complémentaire annuels moyens compris. Le taux d'effort est la somme des primes payées par le ménage (hors participation employeur) et du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire divisée par les revenus du ménage. Le chèque ACS, ainsi que la participation de l'employeur pour les contrats collectifs sont déduits des primes. Les chiffres présentés dans ces graphiques prennent en compte une participation de la part de l'employeur à hauteur de 57 %, contrairement aux 50 % pris en compte dans les graphiques de l'édition 2016.

Lecture > Les ménages du premier décile de niveau de vie (D1 : premier décile) consacrent près de 10 % de leur revenu à leurs dépenses de santé, incluant les primes et le reste à charge après assurance maladie complémentaire.

Champ > Ensemble des ménages ordinaires ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) uniquement.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

et de l'ensemble des restes à payer à la charge du ménage après intervention de l'AMC, sur le revenu disponible, est ainsi supérieur à 6 % chez les 30 % des ménages les plus modestes (6,4 % pour le troisième décile), puis décroît jusqu'à moins de 2 % chez les 10 % des ménages les plus aisés financièrement.

Des dépenses de santé croissantes avec l'âge

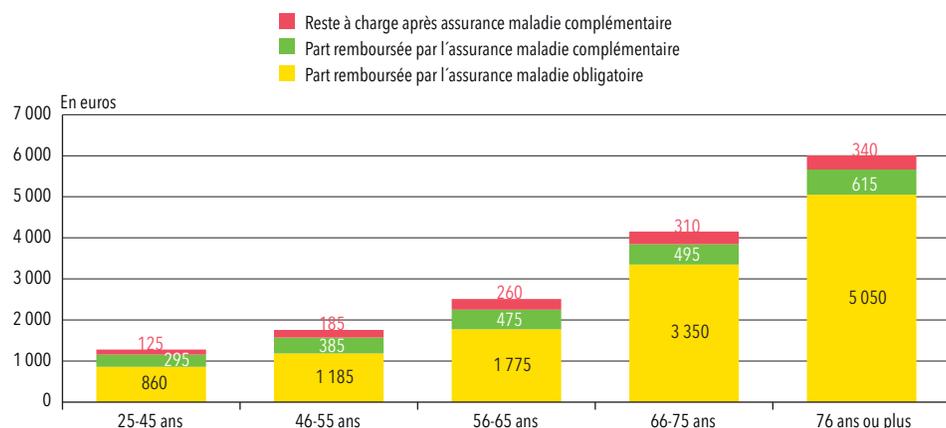
En 2012, la consommation de soins remboursée par l'AMO, par individu et par an, était en moyenne de 860 euros pour les personnes entre 25 et 45 ans et 5 050 euros pour les personnes de plus de 75 ans (graphique 3). En raison de leur consommation particulière, davantage tournée vers les soins mieux remboursés, et du fait d'une part plus importante d'individus bénéficiant du dispositif d'exonération au titre d'une affection de longue durée, le taux de prise en charge de l'assurance maladie est élevé chez les plus âgés. Si la prise en charge par l'AMO compense fortement l'augmentation des dépenses avec l'âge, le reste à charge après AMO augmente néanmoins avec l'âge. Le taux de couverture par l'assurance maladie complémentaire (AMC) du reste à charge après AMO diminue, lui, avec l'âge, ayant pour conséquence un reste à charge après AMC toujours croissant avec l'âge.

Ceci peut être lié, d'une part, à une consommation plus tournée vers des soins moins bien pris en charge par les organismes complémentaires et, d'autre part, par les moins bonnes garanties dont ils disposent. En effet, les personnes âgées disposent le plus souvent de contrats individuels et, de ce fait, de garanties moins importantes que les contrats collectifs (voir fiche 11).

Un taux d'effort qui augmente avec l'âge et pèse particulièrement chez les retraités les plus modestes

Les primes des ménages augmentent tout au long de la vie. Elles sont près de deux fois plus élevées pour les ménages dont la personne la plus âgée a plus de 65 ans que ceux dont la personne la plus âgée a entre 25 et 45 ans (graphique 4). Contrairement aux contrats collectifs dont les primes sont en partie prises en charge par l'employeur, celles des contrats individuels sont entièrement à la charge des assurés. De plus, dans l'immense majorité des contrats individuels, les primes des contrats augmentent avec l'âge des assurés (voir fiche 10). Le reste à charge après intervention de l'AMO et de l'AMC augmente également en vieillissant, passant de 260 euros dans les ménages

Graphique 3 Consommation annuelle moyenne de soins par âge et répartition de la prise en charge en 2012



Lecture > Les individus âgés entre 25 et 45 ans ont en moyenne un reste à charge de 125 euros après remboursement des assurances maladie obligatoire et complémentaire.

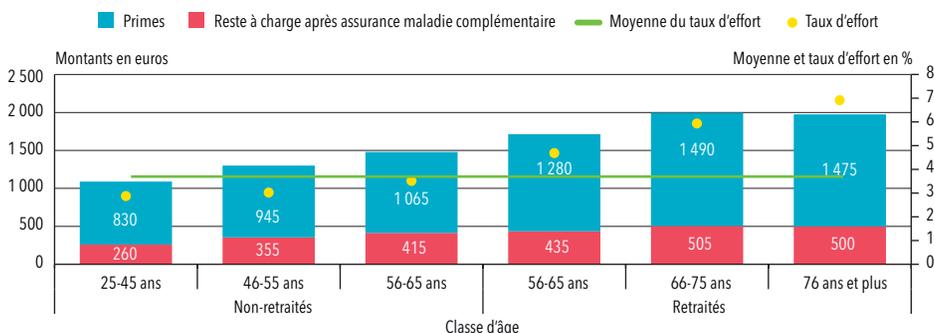
Champ > Ensemble des individus de 25 ans ou plus en ménages ordinaires ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) uniquement.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

où la personne la plus âgée a entre 25 et 45 ans, à près de 500 euros dans les ménages de plus de 65 ans. Le taux d'effort augmente avec l'âge. Il va de 2,9 % pour les ménages ayant entre 25 et 45 ans dont les dépenses de santé sont les plus faibles, à 5,9 % entre 66 et 75 ans. Il atteint 6,9 % après 75 ans, car le revenu des ménages est en moyenne le plus faible à cet âge. Parmi les ménages dont la personne la plus âgée a entre 56 et 65 ans, ceux où une des personnes est retraitée ont des primes plus élevées. Les personnes disposant de contrats collectifs perdent en effet la part prise en charge

par leur employeur en arrivant à la retraite et les primes des contrats individuels augmentent avec l'âge, même lorsque les garanties souscrites sont *in fine* moins bonnes. Leur reste à charge après AMC est plus important que celui des ménages sans retraité. De ce fait, le taux d'effort des ménages retraités est plus élevé que celui des ménages non retraités : 4,7 % contre 3,5 %. Parmi les ménages dont une personne au moins est retraitée, le taux d'effort atteint 10,8 % chez les 20 % des ménages les plus modestes, tandis qu'il est de 3,2 % chez les 20 % d'entre eux les plus aisés. ■

Graphique 4 Dépenses de santé à la charge des ménages et taux d'effort des ménages, selon l'âge en 2012



Note > Les dépenses de santé à la charge des ménages s'entendent primes et restes à charge après assurance maladie complémentaire annuels moyens compris. L'âge du ménage est celui de l'individu le plus âgé. Les ménages non retraités sont ceux où aucun individu du ménage n'est à la retraite. Le chèque ACS, ainsi que la participation de l'employeur pour les contrats collectifs sont déduits des primes.

Lecture > Les ménages dont la personne la plus âgée a entre 25 et 45 ans et où aucun individu n'est retraité consacrent près de 3 % de leur revenu à leurs dépenses de santé, incluant les primes et le reste à charge après assurance maladie complémentaire.

Champ > Ensemble des ménages ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) uniquement.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

Pour en savoir plus

> **Beffy, M., Roussel, R., Héam, J.-C., Mikou, M. et Ferreti, C. (2017).** *Les dépenses de santé en 2016. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

> **Jess, N., Legal, R., Louvel, A., Pollak, C. (2015).** *Les dépenses de santé à la charge des ménages retraités*. Note de la DREES pour le Conseil d'orientation des retraites, séance plénière du 14 octobre 2015.

Les garanties offertes par un contrat de complémentaire santé peuvent être complétées par la souscription de renforts. Il s'agit soit, pour un même contrat, d'une option plus couvrante, soit d'un contrat distinct visant à renforcer les garanties du contrat de base, appelé alors contrat de « surcomplémentaire ». Ces offres peuvent être proposées par les entreprises à leurs salariés ou souscrites à la suite d'une démarche individuelle. En 2016, d'après l'enquête sur les contrats les plus souscrits, 2,4 millions de personnes ont choisi une surcomplémentaire. Dans sept cas sur dix, il s'agit d'un contrat commercialisé en collectif. En 2017, d'après l'enquête sur la Protection sociale complémentaire d'entreprise, un quart des salariés du secteur privé bénéficiant de la complémentaire santé de leur entreprise ont opté pour un renfort.

Des contrats socles enrichis par des options et des surcomplémentaires

Un contrat de garanties est composé d'un « socle » qui peut être enrichi par la souscription de renforts correspondant à une option ou à une surcomplémentaire. L'option apporte un renfort de garantie au sein du contrat socle, alors que la surcomplémentaire est un contrat juridiquement distinct. Celle-ci intervient explicitement après le contrat de complémentaire et peut être souscrite auprès d'un autre organisme.

Les renforts se retrouvent notamment dans le cadre des contrats collectifs, leur combinaison avec un contrat socle offrant une souplesse à l'employeur. En effet, la loi impose à ce dernier de financer à hauteur de 50 % minimum le contrat socle de ses salariés, mais n'impose aucune obligation sur les options ou les surcomplémentaires. La possibilité de proposer des renforts permet aussi d'adapter l'offre à une population salariée diverse et aux besoins en santé différents (notamment en fonction de l'âge). Ainsi, les salariés qui estiment que les garanties de leur contrat collectif sont insuffisantes peuvent le compléter par ce biais.

2,37 millions de personnes ont souscrit un contrat de surcomplémentaire en 2016

En 2016, d'après l'enquête auprès des organismes complémentaires sur les contrats les plus souscrits,

2,37 millions de personnes ont souscrit une surcomplémentaire pour compléter les remboursements de leur contrat de complémentaire santé.

Les mutuelles sont les plus présentes sur ce marché : six bénéficiaires de surcomplémentaire sur dix l'ont souscrite auprès d'une mutuelle, contre trois sur dix auprès d'une institution de prévoyance et un sur dix auprès d'une société d'assurances (*tableau 1*).

Les contrats de surcomplémentaire sont majoritairement commercialisés en collectif (pour sept bénéficiaires sur dix). En plus de contrats de complémentaire santé obligatoire, les entreprises peuvent souscrire pour leurs salariés un contrat de surcomplémentaire à adhésion facultative¹ visant à renforcer l'offre de base. Ce type de contrats, commercialisés par l'intermédiaire de l'entreprise, peut être ou non cofinancé par l'employeur. Les salariés peuvent aussi souscrire une surcomplémentaire à titre personnel, à la suite d'une démarche individuelle auprès d'un organisme complémentaire. Les données de l'enquête sur les contrats les plus souscrits ne permettent pas de relier les bénéficiaires de surcomplémentaire à leur contrat de complémentaire (collectif ou individuel). Le cas de salariés entreprenant de se couvrir par une surcomplémentaire sur le marché individuel est, en tout état de cause, relativement peu fréquent, puisque seuls trois bénéficiaires de surcomplémentaire sur

1. Dans certains cas, l'adhésion peut être obligatoire.

dix ont souscrit ce type de contrats. Par ailleurs, les personnes couvertes par une complémentaire santé individuelle choisissent leur niveau de garantie en tenant compte de leur contrainte financière et de leurs besoins en santé. Elles n'ont donc en principe pas d'intérêt à souscrire un contrat de surcomplémentaire, sauf pour obtenir des garanties dépassant les plafonds des contrats responsables (voir annexe 1 et fiche 21). Si 81 % des surcomplémentaires sont responsables, les surcomplémentaires non responsables sont effectivement plus fréquentes sur le marché individuel : quatre bénéficiaires d'une surcomplémentaire commercialisée en individuel sur dix disposent d'un contrat non responsable, contre un bénéficiaire d'une surcomplémentaire commercialisée en collectif sur dix (tableau 2).

Un quart des salariés bénéficiant de la complémentaire santé de leur entreprise ont souscrit un renfort

En 2017, d'après l'enquête sur la Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), un quart des salariés du secteur privé qui bénéficient par l'intermédiaire de leur entreprise d'une complémentaire santé déclarent avoir souscrit un renfort (tableau 3), qu'il s'agisse d'une option ou d'un contrat de surcomplémentaire (encadré 1).

Les salariés déclarant avoir souscrit un renfort ont des niveaux de satisfaction vis-à-vis de leurs remboursements équivalents à ceux qui n'en ont pas souscrit². Toutefois, ils sont plus nombreux à déclarer qu'ils auraient refusé la complémentaire santé de l'entreprise s'ils avaient eu le choix. Dans un tiers des cas,

Tableau 1 Part des bénéficiaires de contrats de surcomplémentaire, selon le type d'organismes

	En %		
	Contrat commercialisé uniquement en individuel	Contrat commercialisé en collectif	Ensemble
Mutuelles	17	43	60
Institutions de prévoyance	11	19	30
Sociétés d'assurances	1	9	10
Ensemble	29	71	100

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrats de surcomplémentaire santé hors CMU-C et hors ACS.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

Tableau 2 Part des bénéficiaires de surcomplémentaires, selon le caractère responsable ou non du contrat

	En %		
	Contrat commercialisé uniquement en individuel	Contrat commercialisé en collectif	Ensemble
Responsable	18	64	81
Non responsable	11	7	19
Ensemble	29	71	100

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrats de surcomplémentaire santé hors CMU-C et hors ACS.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

2. On interroge les salariés sur leur satisfaction vis-à-vis de leur complémentaire santé d'entreprise, sans autre précision dans la question. On fait l'hypothèse qu'ils s'expriment sur leur contrat complémentaire, option comprise, mais hors surcomplémentaire, en particulier si celle-ci est souscrite à titre individuel.

ce renfort a été souscrit par leurs propres moyens et, dans les deux tiers, par le biais de l'entreprise.

Les salariés qui l'ont souscrit par leurs propres moyens sont en moyenne plus critiques vis-à-vis de l'offre proposée par l'entreprise. Un tiers déclarent qu'ils auraient refusé la complémentaire santé de l'entreprise s'ils avaient eu le choix, contre seulement 20 % de ceux n'ayant pas de renfort et de ceux ayant opté pour un renfort proposé par l'entreprise. La souscription de renforts est plus fréquente parmi les salariés d'établissements nouvellement couverts. Cela peut s'expliquer par des niveaux de remboursement des complémentaires en moyenne moins

élevés pour ces salariés (voir fiche 24) et par une commercialisation accrue de ce type de produits auprès de nouveaux clients en collectif.

Un salarié non couvert par un renfort sur cinq y a renoncé pour des raisons de coût

La moitié des salariés disposant d'une complémentaire santé par l'intermédiaire de leur entreprise et n'ayant pas souscrit de renfort déclarent que les remboursements de la complémentaire santé initiale suffisent. Par ailleurs, environ un salarié sur dix estime que le renfort qu'on lui a proposé est trop cher au regard des remboursements offerts ; un sur

Encadré 1 Les notions de renforts, options, surcomplémentaires dans les enquêtes PSCE et auprès des organismes complémentaires

L'enquête sur la Protection sociale complémentaire d'entreprises (PSCE) comprend un volet établissements et un volet salariés (voir annexe 3). La différence entre surcomplémentaire et option est ténue, puisqu'elles ont la même fonction (renforcer les garanties de base) mais qu'il s'agit de montages juridiques différents. De plus, les tests de l'enquête ont montré que les établissements enquêtés avaient des difficultés pour distinguer les options des surcomplémentaires. De ce fait, il a été décidé de ne faire référence dans l'enquête qu'à « des formules qui offrent des remboursements supérieurs au minimum obligatoire dans l'établissement qu'il s'agisse d'options, de surcomplémentaires, de renforts, etc. ». Il n'est ainsi pas demandé à l'entreprise ou au salarié enquêté de faire la différence entre les options et les surcomplémentaires.

En revanche, dans l'enquête de la DREES auprès des organismes complémentaires, ce sont les organismes complémentaires eux-mêmes qui répondent. Ils savent donc précisément distinguer les options des surcomplémentaires. Ils renseignent, à la fois, les trois contrats de complémentaire (intégrant éventuellement des options) les plus souscrits (en individuel et en collectif) et les trois contrats de surcomplémentaire les plus souscrits.

Tableau 3 Part des salariés ayant souscrit des renforts (surcomplémentaires ou options)

En %

	Répartition
Oui	24
Par l'intermédiaire de l'entreprise	16
Par leurs propres moyens	7
Ne sait pas	0
Non	74
Les remboursements de la complémentaire santé minimale suffisent	37
Ce qui a été proposé est trop cher au regard des remboursements offerts	8
N'en a pas les moyens	9
N'a pas eu connaissance de la possibilité d'augmenter son niveau de remboursement	9
Autre	10
Ne sait pas	2

Champ > Ensemble des salariés en 2017 qui étaient déjà salariés du secteur privé au 31 décembre 2015, et bénéficiant d'une complémentaire santé par l'intermédiaire de leur entreprise.

Source > DREES, Irdes, enquête PSCE 2017, volet salariés.

dix affirme ne pas en avoir les moyens ; un sur dix ne pas avoir eu connaissance de la possibilité d'augmenter son niveau de remboursement.

Les salariés les plus modestes, les plus jeunes et ceux en meilleure santé souscrivent moins de renfort

La souscription de renfort par l'intermédiaire de l'entreprise est très liée à des caractéristiques individuelles. Elle est ainsi plus fréquente pour les salariés aux revenus élevés : 26 % de ceux dont le revenu fiscal du foyer atteint ou dépasse 70 000 euros ou plus par an ont

souscrit un renfort, contre 10 % seulement des plus modestes (revenu inférieur à 10 000 euros par an). Les salariés qui estiment que leur état de santé est très bon souscrivent également moins souvent des renforts (18 %, contre 25 % pour ceux se déclarant en « mauvaise ou très mauvaise » santé). Ces salariés en meilleure santé sont aussi davantage des jeunes (la moitié des moins de 30 ans s'estiment en très bonne santé, contre un tiers des 30-49 ans et moins d'un salarié sur cinq de 50 ans ou plus) et donc des salariés plus souvent en contrat court aux revenus plus modestes. ■

Pour en savoir plus

> **Franc, C., Perronnin, M., Pierre, A., et al.** (2010, janvier). Qui a souscrit une surcomplémentaire ? Une analyse dynamique de l'auto-sélection. *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 150.

En 2017, 5,5 millions de personnes sont bénéficiaires d'une couverture maladie complémentaire au titre de la CMU-C. Ces effectifs sont stables par rapport à 2016. Ils représentent 8,2 % de la population française. Les bénéficiaires de la CMU-C sont relativement jeunes, ils vivent plus souvent dans une famille monoparentale et dans un ménage où la personne de référence est au chômage. La répartition des bénéficiaires est très variable d'un département à l'autre.

La CMU-C, un dispositif en place depuis 2000

La CMU-C, instaurée par la loi du 27 juillet 1999, est entrée en application le 1^{er} janvier 2000. Elle permet de disposer d'une protection complémentaire de santé gratuite. Elle prend en charge un panier de dépenses restant à la charge de l'assuré après l'intervention des régimes de base de la Sécurité sociale (*encadré 1*). Elle se distingue de la CMU de base, destinée aux personnes résidant en France de manière stable et régulière et n'ayant pas de couverture maladie liée à une activité professionnelle ou comme ayant droit d'un assuré, remplacée au 1^{er} janvier 2016 par la protection universelle maladie (PUMA). La CMU-C est accordée pour une année aux personnes résidant de manière stable sur le territoire français, et ayant des ressources sur douze mois inférieures à un certain seuil, fixé à 734 euros mensuels pour une personne seule vivant en France métropolitaine au 1^{er} avril 2018. Les personnes percevant le revenu de solidarité active (RSA) socle accèdent de droit à la CMU-C.

Un nombre de bénéficiaires stable en 2017 après plusieurs années de hausse

En 2017, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C s'établit en moyenne à 5,51 millions pour la France entière, un effectif quasi stable par rapport à 2016 (5,48 millions). Cette stabilité fait suite à une augmentation continue depuis 2009 (+31 % au cours de la période) [*graphique 1*]. Contrairement au régime général qui enregistre une légère baisse en un an, le nombre de bénéficiaires couverts par le régime des indépendants et le régime agricole augmente respectivement de 6 % et de 3,5 %. Les effectifs de

bénéficiaires ne représentent cependant pas l'ensemble de la population éligible : selon les estimations de la DREES, fondées sur le modèle de micro-simulation INES, le taux de recours au dispositif est estimé entre 55 % et 66 % en 2017.

En 2017, 89 % des bénéficiaires de la CMU-C sont gérés par leur régime obligatoire, dont plus de 79 % par la CNAM, et 12 % ont choisi un organisme complémentaire.

Des bénéficiaires jeunes plutôt issus d'un milieu défavorisé

En 2016, les bénéficiaires de la CMU-C sont relativement jeunes : les moins de 20 ans représentent 40 % des bénéficiaires, contre 24 % de l'ensemble de la population ; les moins de 40 ans, 70 % des bénéficiaires, contre moins de 50 % de l'ensemble de la population (Fonds CMU, 2017). À l'inverse, les plus de 60 ans représentent moins de 10 % des bénéficiaires de la CMU-C (contre un quart de la population). Ce faible taux s'explique par le fait que les personnes de plus de 65 ans disposant de faibles revenus peuvent bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) dont le montant est supérieur au plafond d'éligibilité à la CMU-C.

Plus d'un tiers des bénéficiaires de la CMU-C vivent dans une famille monoparentale selon l'enquête Santé et protection sociale 2014 de l'Irdes et de la DREES (contre 10,4 % de l'ensemble de la population). Ils vivent aussi plus souvent dans un ménage où la personne de référence est un ouvrier (40 % contre 30 % de l'ensemble de la population) ou un employé (30 % contre 15 % dans l'ensemble de la population). Un tiers des bénéficiaires vivent dans

un ménage où la personne de référence occupe un emploi, 41 % dans un ménage où elle est au chômage (contre 5 % dans l'ensemble de la population). Enfin, pour 79 % des bénéficiaires, le référent du ménage a un niveau scolaire inférieur au second cycle du secondaire (contre 52 % dans l'ensemble de la population).

Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent un état de santé moins bon que les personnes couvertes par une assurance complémentaire privée. Ce ressenti est confirmé par des mesures plus objectives comme le taux de mortalité (Tuppin *et al.*, 2011), la proportion de personnes en affections de longue durée (Païta *et al.*, 2007), la prévalence de certaines

pathologies ou la fréquence de l'obésité (Allonier *et al.*, 2012).

La CMU-C protège contre le renoncement aux soins

Les bénéficiaires de la CMU-C sont plus nombreux que les personnes couvertes par une complémentaire santé traditionnelle à déclarer renoncer à des soins : 22 % déclarent avoir renoncé à des soins dentaires pour raisons financières au cours des douze derniers mois, contre 15 % dans le reste de la population couverte âgée de plus de 18 ans. Cet écart s'explique essentiellement par les caractéristiques socio-économiques et l'état de santé

Encadré 1 Les dépenses prises en charge par la CMU-C

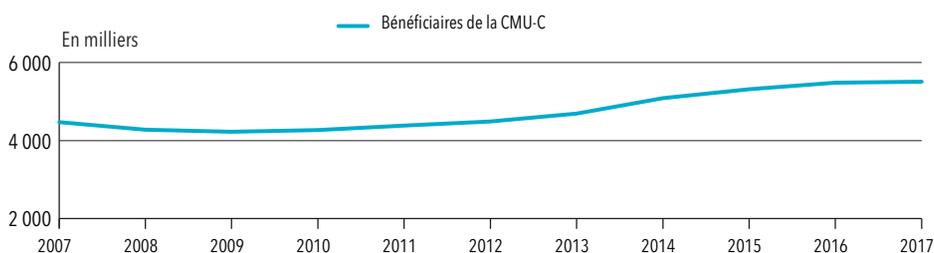
Les bénéficiaires de la CMU-C sont exonérés :

- > du ticket modérateur pour les soins de ville ou à l'hôpital ;
- > du forfait journalier hospitalier ;
- > de la participation forfaitaire de 24 euros pour les actes lourds en ville ou à l'hôpital ;
- > des participations forfaitaires de 1 euro sur les actes médicaux et les analyses de laboratoire ;
- > des franchises médicales sur les dépenses de médicaments, de transport et de soins infirmiers ;
- > des majorations pour non-respect du parcours de soins.

Ils bénéficient de tarifs opposables, ce qui implique qu'on ne peut leur facturer aucun dépassement d'honoraires, ni de forfaits pour les prothèses dentaires, l'optique et les autres dispositifs médicaux à usage individuel (comme les audioprothèses). Des tarifs maximums sont fixés par arrêté pour ces actes qui constituent un panier de soins CMU-C.

Enfin, pour toutes les dépenses couvertes par l'assurance maladie et par la CMU-C, les bénéficiaires sont dispensés d'avance de frais (tiers payant intégral).

Graphique 1 Nombre de bénéficiaires de la CMU-C de 2007 à 2017



Note > Le nombre de bénéficiaires moyen par an est la somme des bénéficiaires enregistrés chaque mois de l'année divisée par 12.

Lecture > En 2017, 5,5 millions de personnes sont bénéficiaires de la CMU-C.

Champ > France entière, tous régimes d'assurance maladie.

Sources > CNAMTS ; RSI ; CCMSA ; autres régimes d'assurance maladie obligatoire, calculs Fonds CMU.

spécifiques des bénéficiaires de la CMU-C. Des études économétriques menées par la DREES et l'Irdes ont ainsi montré que, toutes choses observables égales par ailleurs, la CMU-C protège contre le renoncement aux soins pour raisons financières autant qu'une bonne couverture complémentaire (Jess, 2015).

Un taux de couverture plus élevé dans les DROM, le Nord et le pourtour méditerranéen

La répartition territoriale des bénéficiaires de la CMU-C est proche de celle observée pour les bénéficiaires du RSA et s'est peu modifiée depuis la création de la CMU-C. En 2016, en métropole, le taux de couverture moyen est de 7,3 % (8,2 % France entière, hors Mayotte). Il varie de 2,8 % en Haute-Savoie à 14,7 % en Seine-Saint-Denis (carte 1). Le nord de la France et le pourtour méditerranéen (des Pyrénées-Orientales aux Bouches-du-Rhône) se distinguent par une part élevée de bénéficiaires. Dans les DROM,

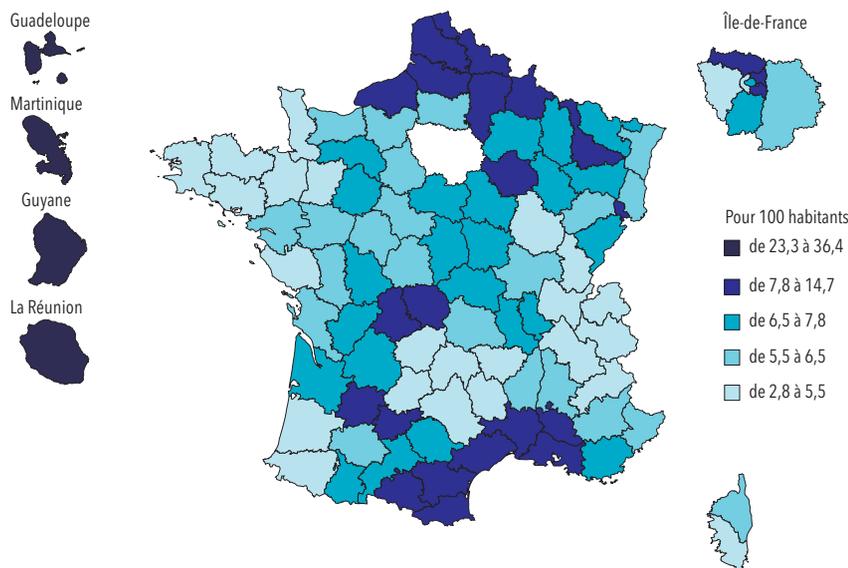
où le plafond de ressources est plus élevé, le taux de couverture s'élève à 31,9 %.

Une baisse de la dépense moyenne au titre de la CMU-C

Les dépenses moyennes au titre de la CMU-C représentent 403 euros par bénéficiaire en 2017 (Fonds CMU, 2017).

Entre 2014 et 2017, les prestations moyennes au titre de la CMU-C diminuent de près de 10 euros (Comptes de la Sécurité sociale, 2018). Durant cette période, plusieurs facteurs ont porté à la hausse les prestations moyennes de CMU-C, comme le vieillissement de la population couverte et la prévalence en hausse des affections de longue durée parmi les bénéficiaires. Toutefois, ces facteurs haussiers ont été plus que compensés par des mécanismes jouant en sens contraire, tels que la diminution des prix des médicaments non innovants, et un moindre recours aux médicaments, aux soins des médecins généralistes, et aux séjours en hospitalisation complète. ■

Carte 1 Part de bénéficiaires de la CMU-C, en 2016



Note > La part des bénéficiaires de la CMU-C s'élève en moyenne à 8,2 % de la population, en France (hors Mayotte).

Lecture > En moyenne, en 2016, entre 2,8 % et 5,5 % des résidents du Finistère sont bénéficiaires de la CMU-C.

Champ > France (hors Mayotte), pour trois régimes d'assurance maladie (régime général, MSA, RSI). Au total, ces trois régimes représentent 87 % des bénéficiaires.

Sources > CNAMTS ; RSI ; MSA ; Insee, calculs Fonds CMU.

Pour en savoir plus

- > **Allonier, C., Boisguérin, B., Le Fur, P.** (2012, mars). Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008. DREES, *Études et Résultats*, 793.
- > **Carré, B., Perronin, M.** (2018, novembre). Évolution de la dépense en part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C : analyse et prévision. Irdes, *Les rapports de l'Irdes*, 569.
- > **Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., et al.** (2011, octobre). Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. Irdes, *Questions d'économie et de la santé*, 169.
- > **Fonds CMU** (2018). Rapport d'activité, 2017.
- > **Fonds CMU** (2018). Références CMU, 70.
- > **Fonds CMU** (2017). La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire.
- > **Jess, N.** (2015, décembre). Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. DREES, *Études et Résultats*, 944.
- > **Païta, M., Ricordeau, P., Roquefeuil (de) L., Studer, A., Vallier, N., Weill, A.** (2007, août). Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Cnam, *Points de repère*, 8.
- > **Tuppin, P., Blotière, P-O., Weill, A., Ricordeau, Allemand, H.** (2011, juin). Surmortalité et hospitalisations plus fréquentes des bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire en 2009. *La Presse médicale*, (40)6.
- > **Sécurité sociale** (2018). Renoncement aux soins au cours des douze derniers mois pour raisons financières : écart entre les 20 % les plus modestes et l'ensemble de la population, PLFSS : Programme de qualité et d'efficacité maladie.
- > **Sécurité sociale** (2018, septembre). La dépense moyenne par bénéficiaire de la couverture maladie universelle. *Les Comptes de la Sécurité sociale*.

En juillet 2018, 1,24 million de personnes sont protégées par un contrat ACS, soit une augmentation de 6,9 % en un an. Même s'il a augmenté, le taux de recours au dispositif reste très inférieur à celui de la CMU-C. Depuis la réforme de l'ACS en juillet 2015, le rapport qualité-prix des contrats s'est amélioré. Néanmoins, le reste à charge des bénéficiaires de l'ACS demeure élevé sur certains postes de soins, notamment pour les prothèses dentaires, l'optique et les audioprothèses. Le dispositif évoluera à partir du 1^{er} novembre 2019 et se présentera sous la forme d'une CMU-C soumise à participation financière.

Les conditions d'accès à l'ACS

Mise en place en 2005, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) est une aide financière permettant d'acquies un contrat individuel de complémentaire santé. Elle est destinée aux personnes ayant des ressources comprises entre le plafond de la CMU complémentaire et ce plafond majoré de 35 %. Au 1^{er} avril 2018, le plafond annuel ACS s'établit ainsi à 11 894 euros pour une personne vivant seule en France métropolitaine. L'attestation, délivrée sur demande de l'assuré par la Caisse d'assurance maladie, permet de bénéficier d'une réduction sur l'un des trois contrats ACS proposés (*encadré 1*). Le montant de cette réduction varie en fonction de l'âge du bénéficiaire : 100 euros pour les personnes de moins de 16 ans, 200 euros pour les personnes âgées entre 16 et 49 ans, 350 euros pour les personnes dont l'âge est compris entre 50 et 59 ans, et 550 euros pour les personnes de plus de 60 ans. La réduction accordée ne peut être supérieure au montant de la cotisation.

Les bénéficiaires de l'ACS sont dispensés d'avance de frais pour la partie remboursée par l'Assurance maladie et sont exonérés des franchises et des participations forfaitaires de 1 euro. Depuis février 2013, les bénéficiaires de l'attestation ACS peuvent faire valoir l'opposabilité des tarifs, c'est-à-dire ne pas se voir facturer de dépassements d'honoraires par les médecins. Ils disposent, de plus, depuis le 1^{er} octobre 2017, de niveaux maximums de dépassements concernant les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale.

Un dispositif dynamique

En juillet 2018, 1,62 million de personnes sont bénéficiaires d'une attestation ACS, soit une augmentation annuelle de 6,7 %. Parmi elles, 1,24 million sont protégées par l'un des trois contrats ACS proposés, ce qui représente une hausse de 6,9 % en un an, et de 25 % depuis la réforme de 2015. Depuis 2005, le nombre de bénéficiaires d'une attestation ACS a quasiment été multiplié par quatre (*graphique 1*).

Des bénéficiaires plus souvent en situation d'affection de longue durée ou de handicap que le reste de la population

Les personnes protégées par un contrat ACS sont âgées de 44 ans en moyenne en 2017 : c'est un an de plus qu'en 2016, et trois ans de plus que la population générale. Les femmes, qui représentent 57 % de la population couverte par un contrat ACS, contre 55 % à fin 2016, sont plus âgées que les hommes : 47 ans contre 40 ans. Elles sont surreprésentées par rapport aux hommes chez les personnes de 70 ans ou plus (+7,5 points contre +3 points dans la population générale) et, à l'inverse, sous-représentées chez les personnes protégées de moins de 15 ans (-6,3 points contre -2,1 points dans la population générale).

La population protégée par un contrat ACS est plus souvent en situation d'affection de longue durée (ALD) ou de handicap que le reste de la population. Elle est, de ce fait, exposée à des dépenses de santé élevées. Ainsi, en 2012, 24 % des bénéficiaires de contrat ACS de moins de 60 ans sont en

affection de longue durée (ALD), contre 11 % des bénéficiaires de la CMU-C de moins de 60 ans, et 8 % du reste de la population de moins de 60 ans (CNAM, 2015). De plus, 24 % des bénéficiaires de l'ACS perçoivent également l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Le taux de recours à l'attestation ACS augmente mais reste faible, tandis que le taux d'utilisation reste stable

Parmi les personnes éligibles à l'ACS, le taux de recours augmente d'environ 6 points en 2017 (estimation DREES), mais reste néanmoins très inférieur à

Encadré 1 Les contrats proposés dans le cadre du dispositif ACS

Le dispositif de l'ACS a été réformé en 2015. À la suite d'un appel d'offres, onze groupements ont été retenus pour proposer trois contrats A, B et C à partir du 1^{er} juillet 2015. Tous les contrats proposent des garanties socles :

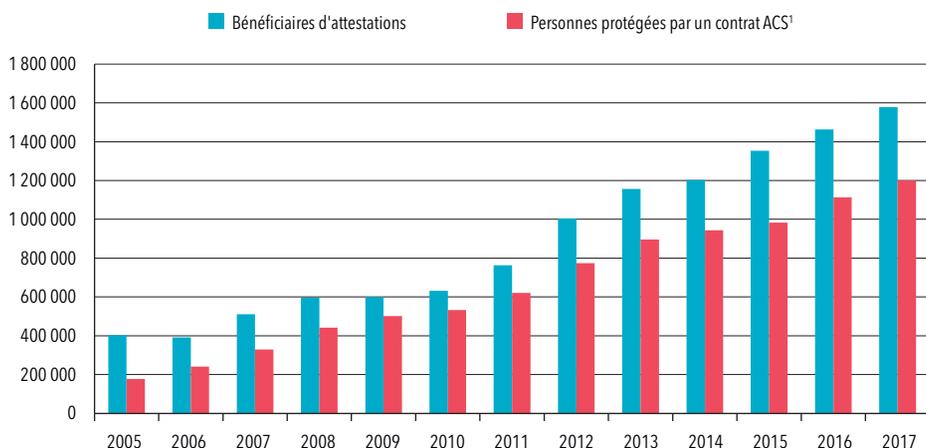
- le ticket modérateur à 100 % (exceptés les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %) ;
- le forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie.

La prise en charge des lunettes, prothèses dentaires, orthodontie et audioprothèses varie en fonction du contrat choisi :

- le contrat A prend en charge le ticket modérateur pour l'optique et 125 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat B, contrat intermédiaire, prend en charge 100 euros pour une paire de lunettes à verres simples, 200 euros pour des lunettes à verres complexes, et 225 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat C, enfin, prend en charge 150 euros pour des lunettes à verres simples, 350 euros pour des lunettes à verres complexes, 300 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires et 450 euros par audioprothèse.

Certains groupements ont ajouté des garanties supplémentaires consultables auprès du Fonds CMU.

Graphique 1 Nombre de personnes bénéficiaires d'attestations et protégées par un contrat ACS entre 2005 et 2017



1. Les effectifs de bénéficiaires d'attestations sont calculés en décembre. Les effectifs de personnes protégées par un contrat ACS sont calculés en novembre jusqu'à 2016, en décembre ensuite.

Lecture > En décembre 2017, 1,58 million de personnes bénéficient d'une attestation ACS et 1,2 million de personnes sont protégées par un contrat ACS.

Champ > France entière.

Sources > CNAMTS, RSI, CCMSA, Fonds CMU.

celui de la CMU-C (voir fiche 16). Ainsi, entre 41 % et 59 % des personnes qui pourraient prétendre à une attestation ACS en bénéficiant effectivement. Les personnes ne recourant pas à l'ACS peuvent cependant être couvertes par un autre contrat complémentaire¹. Parmi les bénéficiaires d'une attestation ACS, 77 % l'utilisent pour souscrire un des trois contrats proposés. Ce taux d'utilisation reste stable entre juin 2017 et juin 2018. Il croît avec l'âge des bénéficiaires, variant de 70 % pour les bénéficiaires d'attestation âgés de moins de 15 ans à plus de 90 % pour ceux de plus de 70 ans.

Amélioration de la qualité des contrats et baisse des prix après la réforme de juillet 2015

Grâce à une mise en concurrence des organismes complémentaires, la réforme du 1^{er} juillet 2015 a permis d'assurer un meilleur rapport qualité-prix des contrats souscrits.

D'une part, à la suite de la réforme, les bénéficiaires de l'ACS se sont majoritairement tournés vers les contrats C et B, plus couvrants, alors qu'avant la réforme ils choisissaient essentiellement des contrats de moindre qualité. La qualité de la couverture ACS bénéficie, d'autre part, de l'opposabilité des tarifs en vigueur depuis février 2013 et des niveaux maximums de dépassements concernant des soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dento-faciale depuis fin 2017 (rapports 2017 et 2018 du Fonds CMU).

Par ailleurs, le prix moyen par bénéficiaire de contrat ACS a baissé de 12 % par rapport à la situation avant la réforme, passant de 576 euros par an fin 2014 à 514 euros fin 2017. En conséquence, le montant moyen restant à payer par bénéficiaire après la déduction du chèque ACS a diminué de 27 %.

Malgré l'amélioration des garanties, le reste à charge des bénéficiaires de l'ACS reste important sur certains postes de soins, selon le niveau de contrat souscrit. Il varie ainsi entre 290 euros et 443 euros sur les prothèses dentaires, entre 80 et 160 euros pour l'achat d'une paire de lunettes à verres complexes et

est légèrement moins élevé pour l'achat de lunettes à verres simples. L'achat d'audioprothèses entraîne, lui, un reste à charge autour de 560 euros (enquête annuelle sur l'ACS 2017).

Les prix des contrats, les restes à payer et les taux d'effort augmentent avec l'âge et le niveau de contrat souscrit

Le prix des contrats ACS est croissant avec l'âge et avec le niveau de contrat souscrit (*graphique 2*). Il varie, pour les contrats A, de 238 euros par an entre 16 ans et 29 ans, à 910 euros pour les personnes âgées de plus de 90 ans. Le contrat C coûte en moyenne 356 euros pour les plus jeunes, et atteint plus de 1 050 euros pour les personnes de 80 ans ou plus.

En moyenne, en 2017, l'ACS couvre 73 % du prix du contrat pour les bénéficiaires du contrat A, 62 % pour les bénéficiaires du contrat B, et 55 % pour les bénéficiaires du contrat C.

Si les montants des déductions ACS sont croissants avec l'âge, ils ne permettent cependant pas de compenser l'augmentation du prix des contrats avec l'âge : les bénéficiaires de contrat les plus âgés ont, de ce fait, les restes à payer les plus élevés (*graphique 2*). L'effort financier² consacré à l'acquisition d'un contrat ACS est donc croissant avec l'âge et le niveau de contrat souscrit. Il s'élève à 0,4 % pour les personnes entre 16 ans et 29 ans ayant souscrit un contrat A, contre 3,5 % pour celles de plus de 90 ans. Pour les bénéficiaires du contrat C, l'effort financier varie entre 1,5 % pour les 16-29 ans et 4,8 % pour les plus de 90 ans.

Vers un changement de dispositif : la CMU-C élargie

Le dispositif de l'ACS sera remplacé à compter du 1^{er} novembre 2019 par une CMU-C étendue aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS, moyennant une participation financière. La CMU-C demeurera ainsi gratuite jusqu'aux plafonds de ressources actuels du dispositif et sera soumise à une participation financière pour les personnes disposant de revenus

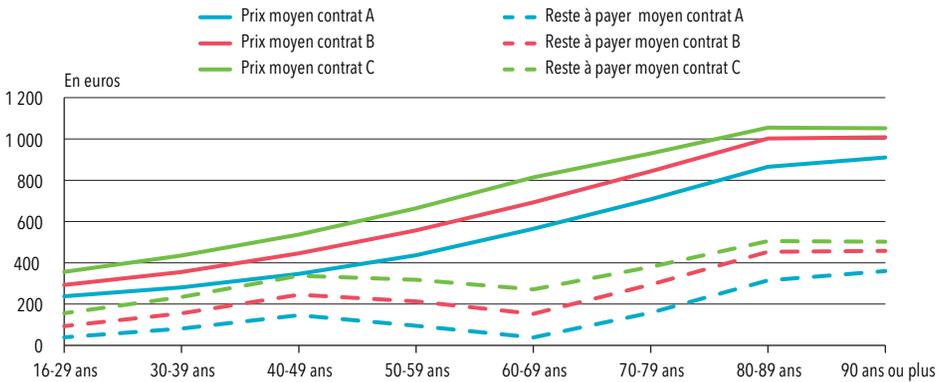
1. Selon une étude du Credoc de mai 2017 auprès d'un échantillon de 62 personnes éligibles à l'ACS et résidant dans trois villes seulement (Paris, Dijon, Lyon), les non-recourants au dispositif ont, pour la plupart, une protection complémentaire santé autre que l'ACS.

2. L'effort financier pour acquérir un contrat ACS correspond au rapport entre le montant du reste à payer pour souscrire un contrat de complémentaire santé et le montant des ressources, estimé comme la moyenne entre le plancher et le plafond des ressources éligibles.

compris entre les plafonds actuels de la CMU-C et de l'ACS. Le montant de cette participation sera variable en fonction de l'âge et défini par arrêté. Cet élargissement du public éligible à la CMU-C a pour objectif d'assurer aux nouveaux bénéficiaires la prise en charge complémentaire de la totalité des frais de soins sur un certain panier de soins pour un

niveau de prime maîtrisé, et notamment le panier « 100 % santé ». Il permettra ainsi de limiter les renoncements aux soins pour raisons financières. La mesure s'inscrit aussi dans un objectif de simplification. En gagnant en lisibilité, le dispositif unifié vise à favoriser le recours et l'accès aux soins des personnes les plus modestes. ■

Graphique 2 Prix et reste à payer des bénéficiaires de contrat ACS selon l'âge du souscripteur, en 2017



Note > La prise en charge varie selon trois types de contrats ABC (voir encadré 1).
Lecture > Un individu âgé entre 16 et 29 ans, bénéficiaire d'un contrat ACS de type « A », paie en moyenne 238 euros son contrat et aura un reste à payer après déduction du chèque ACS de 39 euros.
Champ > Ensemble des contrats couvrant une personne uniquement.
Source > Fonds CMU, enquête annuelle sur l'ACS 2017, calculs Fonds CMU.

Pour en savoir plus

- > **Cnam** (2015). Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2016.
- > **Credoc** (2017, mai). La caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non-recours.
- > **Fonds CMU** (2018). Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : bénéficiaires, contenus et prix des contrats ayant ouvert droit à l'aide, Fonds CMU.
- > **Fonds CMU** (2017). Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : bénéficiaires, contenu et prix des contrats ayant ouvert droit à l'aide, Fonds CMU.

La complémentaire santé par postes de soins

Les organismes complémentaires ont versé 26,3 milliards d'euros en soins et biens médicaux en 2017. Ils financent ainsi 13,2 % des dépenses de santé. Les organismes complémentaires sont les principaux financeurs en optique (73,1 % de la dépense) et en dentaire (40,9 %). Ils sont aussi des financeurs importants des autres soins de ville (médecins, auxiliaires, laboratoires d'analyse, etc.) [16,1 %] et des médicaments (12,6 %). Leur participation aux soins hospitaliers et aux transports sanitaires est, en revanche, plus marginale. Hors soins de ville et transports, en part des cotisations collectées, les contrats collectifs versent plus de prestations en optique et en dentaire et les contrats individuels, qui couvrent notamment les retraités, versent plus de prestations en médicaments et soins hospitaliers.

Des prestations complémentaires stables sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux

Les organismes complémentaires ont versé au total 28 milliards d'euros de prestations en frais de soins en 2017, dont 26,3 milliards d'euros de prestations en soins et biens médicaux (*tableau 1*). Ils financent ainsi divers postes de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : soins hospitaliers, consultations de médecins, médicaments, lunettes, soins dentaires, etc. Les prestations versées par les organismes complémentaires sur le champ de la CSBM sont stables entre 2016 et 2017, la hausse des prestations pour soins dentaires compensant la baisse du financement des médicaments. Comme, par ailleurs, la CSBM augmente (+1,3 %), la part du financement des complémentaires dans la CSBM continue de diminuer depuis son point haut de 2013 (13,7 %), pour atteindre 13,2 % en 2017.

Des organismes complémentaires très présents en optique et en dentaire

Les organismes complémentaires financent 73,1 % de la dépense d'optique. Pour ce poste de dépenses, peu pris en charge par l'Assurance maladie, les complémentaires représentent le principal financeur. Les organismes complémentaires sont aussi le principal financeur des soins dentaires (40,9 %), en particulier sur les prothèses dentaires. Les soins dentaires conservateurs restent davantage pris en charge par l'Assurance maladie.

En optique et en dentaire, les montants des prestations versées par les organismes complémentaires ont augmenté pendant des années. Depuis 2013, cette croissance a diminué à la suite de la mise en place de dispositifs visant à inciter les assurés à modérer leur consommation ou à s'orienter vers des produits moins onéreux (modulation de la prise en charge des lunettes selon la fréquence de renouvellement, réseaux de soins). En échange, un meilleur remboursement est proposé aux assurés. La part prise en charge par les complémentaires s'est ainsi parallèlement accrue (*graphique 1*). En 2015, la mise en place des contrats responsables (voir fiche 21) qui introduisent des plafonds de remboursement en optique et un délai de renouvellement minimal entre deux achats de lunettes a toutefois limité l'augmentation de la prise en charge.

En 2017, les organismes complémentaires prennent en charge 16,1 % de la dépense des autres soins de ville (soins de médecins, d'auxiliaires, cures thermales et laboratoires d'analyses médicales). Cette prise en charge a peu évolué entre 2008 et 2014 ; elle s'établissait alors à 17,2 %. Les mesures d'économies mises en place par l'Assurance maladie au cours de cette période (franchises, pénalisations en cas de non-respect du parcours de soins, etc.) ont été peu reportées sur les organismes complémentaires. En effet, ceux-ci proposent principalement des « contrats responsables », qui encouragent le respect du parcours de soins coordonnés et ne prennent pas en charge les différentes franchises et participations forfaitaires

instaurées par l'Assurance maladie pour modérer la croissance de la dépense de santé. À partir de 2015, la part des autres soins de ville prise en charge par les complémentaires a reculé. En effet, la réforme des contrats responsables limite désormais les remboursements par les complémentaires de certains dépassements d'honoraires de médecins (voir fiche 19 et annexe 1).

Les organismes complémentaires prennent en charge 12,6 % de la dépense de médicaments en 2017. Cette part baisse continûment depuis plusieurs années en raison de l'instauration des franchises de 50 centimes par boîte en 2008, de déremboursements et déclassements de médicaments dont le service médical rendu est jugé faible ou insuffisant, et de l'augmentation de la part des

médicaments remboursés à 100 % par l'Assurance maladie dans la consommation totale.

La participation des organismes complémentaires aux soins hospitaliers et aux transports sanitaires, très largement financés par l'Assurance maladie, est nettement plus réduite (respectivement 5,1 % et 3,5 % de ces dépenses en 2017).

Enfin, les organismes complémentaires prennent en charge des suppléments liés à des séjours à l'hôpital ou en cure thermale (chambre particulière, lit accompagnant, télévision ou téléphone, etc.) qui relèvent davantage du confort que du soin, ainsi que des prestations à la périphérie du système de soins (ostéopathie, médecins alternatives, vaccins internationaux, etc.). L'ensemble de ces prestations connexes à la santé, qui ne font pas partie du champ

Tableau 1 Financement des organismes complémentaires en 2017

En millions d'euros

Dépenses des OC par poste	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Ensemble	Évolution 2016-2017	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13 369	7 725	5 226	26 319	-8	13,2
Soins hospitaliers	2 630	1 377	732	4 739	49	5,1
Soins de ville	5 635	3 322	2 435	11 392	124	21,3
Médecins	1 900	1 242	823	3 965	-31	18,7
Soins dentaires (y compris prothèses)	2 196	1 269	1 147	4 611	118	40,9
Auxiliaires médicaux	1 003	484	281	1 768	76	11,2
Laboratoires d'analyses	536	327	185	1 048	-38	23,5
Médicaments	2 247	1 159	692	4 099	-143	12,6
Autres biens médicaux	2 750	1 816	1 349	5 915	-35	38,2
Optique	1 925	1 448	1 093	4 467	-92	73,1
Prothèses, orthèses, pansements...	824	368	256	1 448	57	15,4
Transports sanitaires	108	51	17	175	-4	3,5
Prestations connexes à la santé	893	543	263	1 699	98	nd
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	694	356	191	1 241	11	nd
Prestations à la périphérie des soins de santé	199	187	72	458	86	nd

nd : non disponible.

Note > Y compris prestations CMU-C versées par les organismes. Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures : suppléments chambres particulières, télévision, frais de long séjour, etc. Prestations à la périphérie des soins de santé : ostéopathie, psychothérapie, etc.

Lecture > En 2017, les mutuelles ont versé 13 369 millions d'euros de prestations pour la consommation de soins et de biens médicaux, dont 2 630 millions d'euros pour les soins hospitaliers. Les organismes complémentaires financent 5,1 % de la dépense en soins hospitaliers.

Source > DREES, Comptes de la santé.

de la CSBM, représentent un montant significatif : 1,7 milliard d'euros en 2017, soit 6 % de l'ensemble des prestations versées par les organismes.

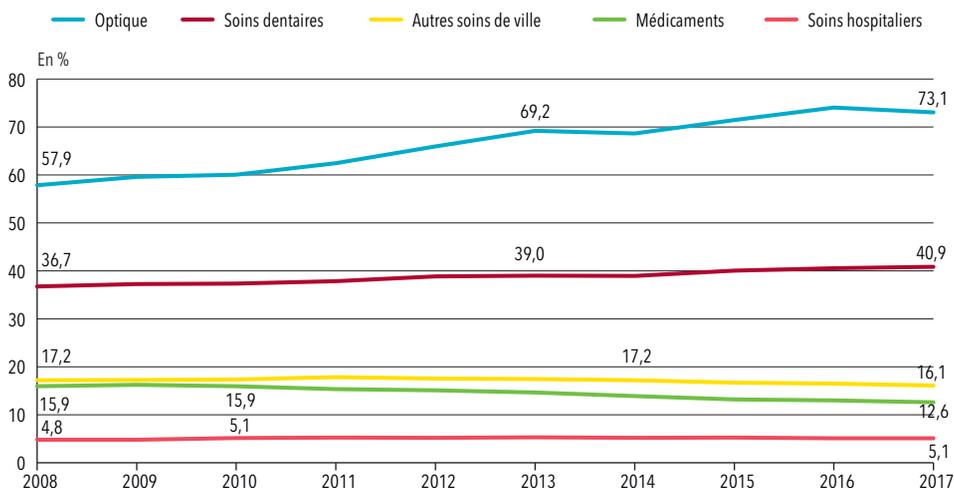
Optique et dentaire mieux remboursés par les contrats collectifs

Un contrat de complémentaire santé individuel est souscrit directement par un particulier, tandis qu'un contrat collectif est souscrit par un employeur au profit d'un groupe de salariés. En 2017, comme en 2016, la moitié des prestations servies par les organismes complémentaires sur le champ de la CSBM l'ont été au titre de contrats individuels et l'autre moitié au titre de contrats collectifs.

Compte tenu des économies d'échelle, les contrats collectifs permettent de reverser une plus grande part des cotisations sous forme de prestations que les contrats individuels. De plus, les garanties des contrats collectifs sont en général plus avantageuses

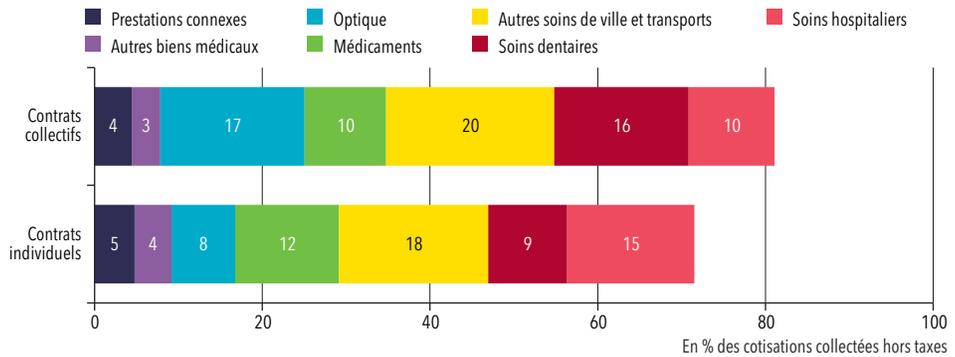
pour les assurés. Les postes de soins générant le plus de dépenses de prestations par rapport aux cotisations collectées pour les contrats collectifs sont les soins dentaires (10 % des cotisations) et l'optique (17 % des cotisations). Pour les contrats individuels, les soins dentaires et l'optique représentent respectivement 9 % et 8 % des cotisations (*graphique 2*). Les postes de soins générant le plus de dépenses de prestations par rapport aux cotisations pour les contrats individuels sont les soins hospitaliers (15 %) et les médicaments (12 %), hors soins de ville et transports. Ces différences dans la répartition des dépenses de prestations par type de contrats peuvent s'expliquer par des profils d'assurés différents. En effet, les retraités, plus consommateurs de médicaments et de soins hospitaliers, sont couverts par des contrats individuels, tandis que les contrats collectifs couvrent principalement des salariés d'entreprises et leurs ayants droit (voir fiche 06). ■

Graphique 1 Part des organismes complémentaires dans les principaux postes de la CSBM, 2008 à 2017



Lecture > En 2017, 73,1 % des dépenses en optique sont prises en charge par les organismes complémentaires.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Prestations versées selon le type de soins et de contrats en 2017

Lecture > En 2017, les contrats collectifs reversent 17 % des cotisations collectées (hors taxe) au titre des remboursements d'optique.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> **Adjerad, R.** (2019). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2018. DREES.

> **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J.-C., Mikou, M. et Ferreti, C.** (2018). *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

Pour les consultations de spécialistes, les montants des remboursements versés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par les organismes complémentaires sont différenciés selon que la consultation a eu lieu, ou non, auprès d'un professionnel adhérent au contrat d'accès au soin (CAS), mis en place en 2013, ou à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), à partir de 2017, et dans le cadre, ou non, du parcours de soins. La prise en charge par l'AMO du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires, partiellement ou en totalité, est également distincte. La moitié des bénéficiaires de contrats individuels n'ont aucune prise en charge des dépassements d'honoraires par les médecins spécialistes en ville. Hors CAS, même les meilleurs contrats collectifs laissent un reste à charge pour une consultation à 60 euros.

Une prise en charge variable du tarif opposable selon le respect du parcours de soins

La dépense de soins de médecins spécialistes en ville est estimée à 11,9 milliards d'euros en 2017, dont 1,7 milliard d'euros de dépassements d'honoraires, tous secteurs confondus (Gonzalez *et al.*, 2018). Les honoraires d'une consultation de spécialiste correspondent aux tarifs des actes cliniques et, le cas échéant, des actes techniques pratiqués durant la consultation, aux majorations remboursées par l'Assurance maladie et aux dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques.

Les contrats responsables, qui constituent la très grande majorité des contrats d'assurance complémentaire santé, prennent en charge 30 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) au titre du ticket modérateur (TM). Pour une consultation dans le cadre du parcours de soins, la partie prise en charge par un contrat de complémentaire santé responsable vient donc compléter le remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) s'établissant à 70 % de la BRSS. La prise en charge du TM pour l'assuré est alors totale, et ce dernier n'a aucun reste à charge sur la partie opposable (hormis la participation forfaitaire de 1 euro). Si la consultation a lieu hors parcours de soins, la partie prise en charge par l'AMO passe de 70 % à 30 % de la BRSS.

Il reste à la charge de l'assuré 40 % de la BRSS (plus la participation forfaitaire de 1 euro).

Une base de remboursement et une prise en charge des dépassements d'honoraires variables selon le statut du spécialiste

La BRSS n'est pas la même selon que le praticien est ou non adhérent au contrat d'accès aux soins (CAS), jusqu'en 2016, ou à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), à partir de 2017. Celle-ci s'établit ainsi, en 2016, à 28 euros dans le premier cas, à 23 euros dans le second.

Par ailleurs, la prise en charge des dépassements d'honoraires est également encadrée pour les contrats responsables, avec des modulations selon que le professionnel est ou non adhérent au CAS ou à l'Optam. Ainsi, pour une consultation hors CAS, un contrat responsable doit non seulement plafonner les remboursements des dépassements d'honoraires à 125 % de la BRSS mais également minorer d'au moins 20 % le montant du remboursement du dépassement d'honoraires par rapport à celui pris en charge dans le cadre du CAS.

En 2016, si l'essentiel des consultations ont lieu dans le cadre du parcours de soins (95 %), une minorité des consultations avec dépassements d'honoraires (20 %) ont lieu auprès de professionnels adhérents au CAS¹.

1. Source : SNDS, calculs DREES.

La moitié des bénéficiaires de contrats individuels n'ont aucune prise en charge des dépassements d'honoraires par les médecins spécialistes en ville

Les dépassements d'honoraires des consultations de spécialistes sont en général mieux pris en charge par les contrats collectifs que par les contrats individuels. Ainsi, en 2016, pour une consultation dans le cadre du parcours de soins facturée 60 euros auprès d'un spécialiste, seulement un bénéficiaire de contrats collectifs sur dix ne dispose d'aucune prise en charge des dépassements par son assurance complémentaire, contre cinq bénéficiaires de contrats individuels sur dix (*tableau 1*). Pour ces assurés, la prise en charge du contrat se limite alors au remboursement du TM, soit 6,90 euros si le spécialiste n'est pas adhérent au CAS, contre 8,40 euros s'il l'est².

À l'autre extrémité des niveaux de garantie, dans le cadre du CAS, cinq bénéficiaires de contrats collectifs sur dix bénéficient d'une prise en charge de 40,40 euros, couvrant ainsi le TM (8,40 euros) et la totalité du dépassement de la consultation à 60 euros ($60 - 28 = 32$ euros), contre moins d'un bénéficiaire de contrats individuels sur dix. Pour ces assurés, seule la participation forfaitaire de 1 euro reste à leur charge.

Hors CAS, même les meilleurs contrats collectifs laissent un reste à charge pour une consultation à 60 euros

Pour une consultation du même montant auprès d'un professionnel non adhérent au CAS, aucun contrat responsable ne prend en charge totalement une consultation à 60 euros. En effet, hors CAS, la BRSS est non seulement plus faible (23 euros

Tableau 1 Déciles des garanties offertes par les contrats souscrits pour une consultation dans le parcours de soins et facturée 60 euros par le spécialiste, en 2016

En euros

	Consultation CAS (BRSS : 28 euros), remboursée 18,60 ¹ euros par l'assurance maladie obligatoire			Consultation hors CAS (BRSS : 23 euros), remboursée 15,10 ¹ euros par l'assurance maladie obligatoire		
	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble des contrats	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble des contrats
D1	14,0	8,4	8,4	6,9	6,9	6,9
D2	22,4	8,4	8,4	13,8	6,9	6,9
D3	28,0	8,4	8,4	18,4	6,9	6,9
D4	36,4	8,4	19,6	23,0	6,9	11,5
D5	40,4	8,4	22,4	29,9	6,9	15,0
D6	40,4	19,6	29,4	29,9	13,8	20,7
D7	40,4	22,4	40,4	35,7	13,8	29,9
D8	40,4	28,0	40,4	35,7	18,4	29,9
D9	40,4	36,4	40,4	35,7	29,9	35,7
Moyenne	32,1	17,6	24,4	25,0	13,2	18,8

1. Le montant du remboursement est de 70 % de la BR, auquel est retranché 1 euro au titre de la participation forfaitaire.

Lecture > En 2016, pour une consultation dans le parcours de soins d'un médecin spécialiste signataire du CAS et facturée 60 euros, les 10 % des bénéficiaires de contrats collectifs les moins bien couverts (D1 : premier décile) disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 14 euros.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et hors ACS.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

2. La prise en charge de l'assurance complémentaire au titre du ticket modérateur est de 30 % de la BRSS, soit $30\% \times 23 = 6,90$ euros pour une consultation CAS et $30\% \times 28 = 8,40$ euros hors CAS.

Encadré 1 Contrat d'accès aux soins (CAS), option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) et parcours de soins

Le secteur 2, ou secteur conventionné à honoraires libres, regroupe les médecins autorisés à appliquer des honoraires libres qui peuvent donc pratiquer des dépassements d'honoraires. Ceux-ci doivent se faire « avec tact et mesure » (convention nationale des médecins libéraux) et ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Selon les garanties du contrat de complémentaire santé et le montant des dépassements, ils pourront être pris en charge, partiellement ou totalement.

Le contrat d'accès aux soins (CAS) est entré en vigueur en 2013. C'est un contrat signé par certains médecins de secteur 2 avec l'Assurance maladie. En adhérant à ce contrat, les médecins généralistes ou spécialistes de secteur 2 qui pratiquent habituellement des honoraires libres, s'engagent à respecter un taux de dépassement moyen (et non sur l'ensemble des actes) et à respecter une certaine part de tarifs opposables. Ce taux de dépassement est propre à chaque médecin, calculé à partir de sa pratique passée, et ne doit en aucun cas être supérieur en moyenne à 100 % de la base de remboursement, autrement dit le tarif total de la consultation ne doit pas, en moyenne, être plus de deux fois supérieur au tarif de convention.

En contrepartie, les médecins obtiennent plusieurs avantages, dont un allègement de charges sociales. Les patients qui se tournent vers les professionnels adhérant au CAS peuvent, eux, profiter de tarifs plus avantageux.

Pour les patients, la base de remboursement de l'AMO est plus élevée (28 euros pour les consultations dans le CAS, 23 euros sinon en 2016). Ils sont alors mieux remboursés par l'Assurance maladie. Ils bénéficient aussi d'une plus forte prise en charge par leur complémentaire santé si celle-ci est responsable. Depuis le 1^{er} janvier 2016, les remboursements par les contrats responsables des dépassements d'honoraires sur les consultations de médecins n'ayant pas adhéré au CAS doivent être au minimum de 20 % inférieurs à ceux de médecins dans le CAS. Enfin, la prise en charge du dépassement des consultations hors CAS ne peut pas excéder un montant égal à 100 % du tarif opposable. Par exception et à titre transitoire, ce montant a été fixé à 125 % pour les soins délivrés en 2015 et 2016.

Le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au CAS prévu par la convention nationale médicale ne fait, en revanche, pas l'objet d'un plafonnement. Par exemple, pour une consultation d'un médecin spécialiste en secteur 2 au tarif de 60 euros, dans le cadre du parcours de soins dans le cas d'un contrat remboursant 130 % de dépassement d'honoraires dans le CAS :

- si le médecin est signataire du CAS, le remboursement par l'Assurance maladie et la complémentaire santé responsable est calculé sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) de 28 euros. La Sécurité sociale prend en charge 70 % de la BRSS, moins un euro de participation forfaitaire, soit 17,60 euros en 2016. L'assuré aura un reste à charge de 6 euros, une fois les 36,40 euros versés par la complémentaire (28 * 1,3 - 1).
- si le médecin n'a pas adhéré au CAS, le remboursement de l'Assurance maladie est calculé sur une base minorée : 23 euros au lieu de 28 euros, ce qui correspond à un remboursement de 16,10 euros (moins 1 euro de participation forfaitaire). De plus, la même complémentaire santé rembourse alors à hauteur maximale de 110 % de la BRSS (pour respecter les 20 % d'écart de remboursement avec les médecins signataires du CAS), le remboursement intégral (Sécurité sociale + mutuelle) sera donc de 15,10 + 25,30, soit un reste à charge de 19,60 euros.

L'adhésion au CAS repose sur le volontariat des médecins. Ainsi, fin 2014, seul un tiers des médecins de secteur 2 avaient adhéré au CAS selon les chiffres de l'Assurance maladie.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) a remplacé le CAS au 1^{er} janvier 2017. La base de remboursement sur laquelle s'effectue le calcul des remboursements de l'AMO a été revalorisée le 1^{er} juillet 2017, de deux euros, passant ainsi de 28 à 30 euros pour les spécialistes signataires de l'Optam.

Depuis, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'Optam ne peut excéder 100 % du tarif de base de la Sécurité sociale.

Enfin, le parcours de soins coordonnés consiste à confier au médecin traitant la coordination des soins pour le suivi médical. En cas de non-respect du parcours de soins, c'est-à-dire si le médecin traitant n'est pas consulté en premier lieu, le patient majeur est moins bien remboursé par l'AMO (30 % de la BRSS contre 70 %). La complémentaire santé responsable ne compense pas la pénalité financière appliquée par l'AMO. Le parcours de soins ne concerne pas les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les gynécologues, les ophtalmologues, les psychiatres ou neuropsychiatres, les stomatologues.

contre 28 euros en 2016), mais la prise en charge des dépassements par les contrats de complémentaire ne peut excéder un montant égal à 125 % de la BRSS (120 % à partir de 2017) [encadré 1]. Ce plafond correspond à un remboursement total maximum par la complémentaire de 35,70 euros (6,90 euros au titre du TM et 28,80 euros au titre du dépassement d'honoraires), conduisant à une prise en charge totale (exceptée la participation forfaitaire) des consultations facturées jusqu'à 51,80 euros. Les consultations facturées au-delà de 51,80 euros entraînent ainsi, quelle que soit la garantie souscrite, un reste à charge pour l'assuré. 36 % des bénéficiaires de contrats collectifs disposent d'un remboursement des dépassements d'honoraires allant jusqu'au plafond autorisé dans le cadre des contrats responsables pour les consultations hors CAS, contre 4 % des bénéficiaires de contrats individuels.

Si les contrats collectifs couvrent largement mieux que les contrats individuels les dépassements d'honoraires, le quart des bénéficiaires disposant des contrats

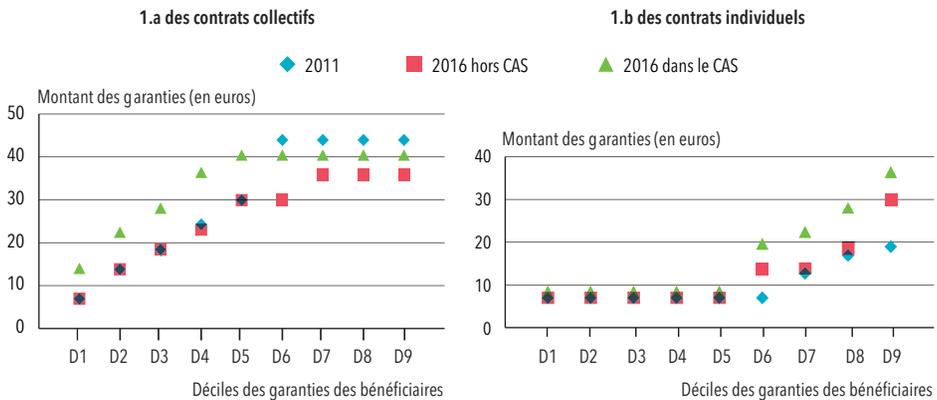
individuels offrant les meilleures prises en charge sont cependant mieux couverts que le quart des bénéficiaires des contrats collectifs les moins avantageux.

Entre 2011 et 2016, les meilleurs contrats collectifs remboursent moins les dépassements d'honoraires élevés hors CAS

Entre 2006 et 2011, la prise en charge des dépassements d'honoraires a fortement augmenté, que ce soit pour les bénéficiaires des contrats collectifs ou pour les bénéficiaires des contrats individuels.

En revanche, les garanties des contrats collectifs les moins couvrants en 2016 sont, pour une consultation hors CAS, identiques à celles de 2011 (graphique 1). Si la consultation se déroule, en 2016, dans le cadre du CAS, les montants remboursés par les contrats collectifs de la moitié des bénéficiaires les moins bien pris en charge sont, en revanche, supérieurs à 2011. Le respect de l'écart minimal de 20 % avec les garanties hors CAS a donc conduit à une amélioration des garanties des contrats moins couvrants dans le CAS plutôt qu'à une baisse des garanties hors CAS.

Graphique 1 Déciles des garanties offertes par les contrats souscrits en 2011 et 2016 pour une consultation de spécialiste, dans le parcours de soins et facturée 60 euros



Note > La base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) de 2011 et celle de 2016, hors CAS, sont de 23 euros. En revanche, la BRSS a augmenté en 2016 dans le cadre du CAS. En conséquence, une baisse des garanties dans le cadre du CAS ne signifie pas automatiquement une augmentation du reste à charge de l'assuré.

Lecture > En 2011, les 10 % des bénéficiaires de contrats collectifs les moins bien couverts (D1 : premier décile) disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 6,90 euros pour une consultation dans le parcours de soins d'un médecin spécialiste, facturée 60 euros et de tarif de convention de 23 euros.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et hors ACS.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

Les montants versés par les complémentaires aux bénéficiaires des contrats les plus couvrants sont, eux, plus faibles en 2016 qu'en 2011. Cela s'explique, pour les consultations hors CAS, par le plafonnement des dépassements d'honoraires à 125 % de la BRSS et pour celles dans le cadre du CAS, par un effet mécanique de l'augmentation de la BRSS (23 euros en 2011 contre 28 euros en 2016) : l'AMO rembourse un montant plus

élevé, et les contrats couvrant l'intégralité de la consultation versent par conséquent un montant plus faible pour un même niveau de couverture global.

En 2016, comme en 2011, la moitié des contrats individuels ne remboursent pas au-delà du TM. À partir du sixième décile, le montant des remboursements est plus élevé en 2016, même pour une consultation hors CAS. ■

Pour en savoir plus

> **Gonzalez, L. Roussel, R., Héam, J.-C., Mikou, M. et Ferretti, C.** (2018). *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : coll. Panoramas de la DREES-santé.

Si la quasi-totalité des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé disposent de garanties de remboursement pour l'optique correctrice en 2016, le niveau de ces garanties peut beaucoup varier d'un contrat à l'autre, les contrats collectifs garantissant en moyenne de meilleures prises en charge. Depuis 2015, les garanties pour l'achat des lunettes sont encadrées par le cahier des charges des contrats responsables, avec la fixation de planchers et de plafonds de prise en charge et d'un délai de renouvellement de deux ans minimum entre deux remboursements de lunettes, sauf évolution de la vue. Si le plafonnement a eu un impact sur les garanties les plus élevées, la tendance globale à la hausse des garanties souscrites se poursuit.

Entre 2011 et 2016, malgré un plafonnement des garanties les plus élevées, une hausse des garanties en optique simple

Sept personnes sur dix âgées de 15 ans ou plus portent des lunettes ou des lentilles (Célant *et al.*, 2017). Comme pour les soins prothétiques et les aides auditives (voir fiche 22), la prise en charge de l'optique par la Sécurité sociale est très inférieure aux tarifs pratiqués.

En 2016, pour l'achat d'un ensemble monture et verres simples facturé 500 euros par un opticien, dont 150 euros au titre de la monture et 350 euros au titre des verres, et remboursé 4,45 euros par la Sécurité sociale, la moitié des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé disposent d'une garantie de remboursement inférieure à 230 euros.

Les garanties des contrats collectifs sont en moyenne supérieures à celles des contrats individuels. Ainsi, trois personnes couvertes par un contrat collectif sur quatre disposent d'une garantie supérieure à 230 euros, contre trois personnes couvertes par un contrat individuel sur dix.

Avec l'introduction en 2015 d'un plafond de garanties de 470 euros pour les contrats responsables (voir annexe 1), les garanties les plus élevées des contrats collectifs sont revenues en 2016 à leur niveau de 2011 (*graphique 1*), alors qu'en 2014, 12 % des contrats collectifs souscrits dépassaient ce montant plafond. Les planchers de garanties introduits en parallèle (50 euros en optique simple pour

les contrats responsables couvrant plus que le ticket modérateur) et ceux mis en place au moment de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016 (100 euros pour les contrats collectifs), plus bas que les niveaux de garantie de la grande majorité des contrats, ont augmenté les garanties de moins de 3 % des contrats. Par rapport à 2011, seules les garanties intermédiaires des contrats collectifs ont augmenté. Pour les contrats individuels, l'amélioration du niveau de couverture est générale. Entre 2011 et 2016, la prise en charge des lunettes à verres simples par les contrats complémentaires a augmenté de 18 % en moyenne, plus fortement pour les contrats individuels (+24 %) que pour les contrats collectifs (+8 %).

La prise en charge de l'optique complexe a augmenté de 22 % en moyenne entre 2011 et 2016

En 2016, pour l'achat d'un ensemble monture et verres complexes facturé 850 euros par un opticien, dont 150 euros au titre de la monture et 700 euros au titre des verres, et remboursé 14,15 euros par la Sécurité sociale, la moitié des bénéficiaires disposent de garanties inférieures à 350 euros.

Comme pour l'optique simple, les garanties des contrats collectifs sont souvent supérieures à celles des contrats individuels. Ainsi, huit personnes couvertes par un contrat collectif sur dix disposent d'une garantie supérieure à 350 euros, contre une personne couverte par un contrat individuel sur quatre (*graphique 2*).

Entre 2011 et 2016, la prise en charge des lunettes à verres complexes par les contrats complémentaires a augmenté de 22 % en moyenne, plus fortement pour les contrats individuels (+31 %) que pour les contrats collectifs (+10 %).

Ces augmentations s'expliquent notamment par la mise en place, à la suite de la réforme des contrats responsables, d'un montant de garanties minimum si le contrat couvre plus que le ticket modérateur. Pour l'optique complexe, ce montant plancher de 200 euros établi en 2015 (voir annexe 1) a plus fortement joué sur les contrats individuels que sur les contrats collectifs. Alors que la moitié des bénéficiaires de contrats individuels en 2011 et un tiers en 2014 disposaient de garanties inférieures à ce plancher, ils ne sont que 3 % en 2016, quelques contrats proposant encore seulement une indemnisation au niveau du ticket modérateur.

Le plafonnement des garanties à 750 euros introduit également par la réforme a, lui, joué surtout sur les contrats collectifs. Les garanties les plus élevées sont

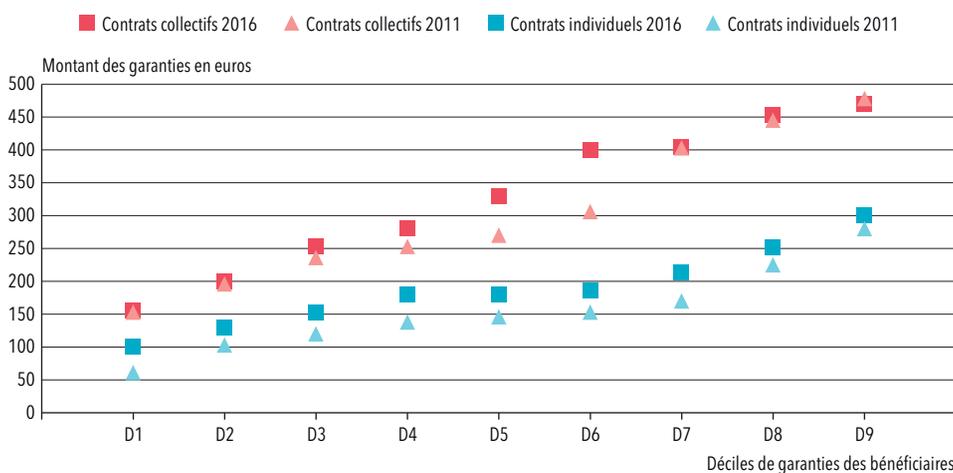
revenues en 2016 à leur niveau de 2011, alors qu'en 2014, 12 % des contrats collectifs souscrits dépassaient ce montant plafond.

Des contrats avec de nombreuses clauses et extensions en optique

La plupart des contrats souscrits comportent des clauses pour limiter la charge financière des remboursements en optique pour l'organisme complémentaire. En 2016, conformément au cahier des charges des contrats responsables (voir annexe 1), et sauf évolution de la vue, la quasi-totalité des bénéficiaires adultes (98 %) ne peuvent obtenir un remboursement pour un renouvellement de lunettes si celui-ci a eu lieu moins de deux ans après l'achat précédent. De plus, 19 % des bénéficiaires ont un contrat qui propose un bonus fidélité ou un report de forfait en cas de non-consommation au cours des années précédentes.

Les contrats d'assurance complémentaire peuvent également prévoir la prise en charge de la chirurgie réfractive (intervention au laser pour la myopie ou la

Graphique 1 Déciles des garanties souscrites en 2011 et 2016 auprès d'organismes complémentaires pour un ensemble monture et verres simples



Note > Les garanties sont exprimées pour un bien ayant un prix élevé de façon à rendre compte de l'étendue des garanties proposées. Pour un ensemble monture et verres simples facturé 500 euros, le tarif de convention de 7,42 euros est remboursé à 60 %, soit 4,45 euros, par la Sécurité sociale.

Lecture > En 2016, les 10 % des bénéficiaires de contrats individuels les moins bien couverts (D1 : premier décile) disposent d'une garantie de remboursement par leur organisme complémentaire inférieure ou égale à 100 euros pour l'achat d'un ensemble monture + verres simples facturé 500 euros par l'opticien, dont 150 euros au titre de la monture.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

presbytie), non remboursée par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Ainsi, en 2016, trois bénéficiaires sur quatre disposent d'une prise en charge de la chirurgie réfractive (graphique 3), contre deux tiers en 2011. Les 10 % les mieux couverts disposent de garanties supérieures à 645 euros par œil.

En 2016, 96 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé disposent d'une prise en charge d'une partie des frais dédiés aux lentilles non remboursées par la Sécurité sociale¹ (graphique 4). Les montants garantis sont très inégaux : de moins de 50 euros par an pour les 10 % des bénéficiaires les moins bien couverts, à plus de 6 fois plus (320 euros) pour les 10 % les mieux couverts.

Enfin, les garanties en optique peuvent être renforcées par la souscription de surcomplémentaires (voir fiche 15).

En 2020, les garanties en optique seront modifiées dans le cadre de la réforme « 100 % santé » qui vise à

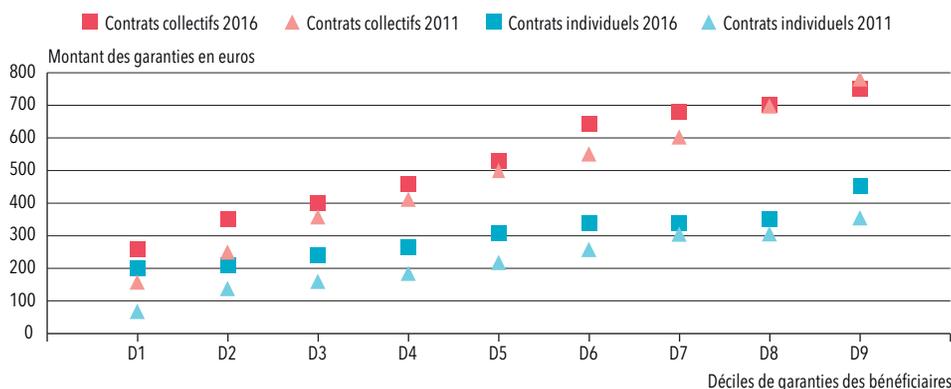
offrir l'accès à des soins sans reste à charge pour les équipements en optique, les audioprothèses et les prothèses dentaires.

Les équipements « 100 % santé » bénéficieront d'une augmentation de la prise en charge par la Sécurité sociale et le complément sera intégralement remboursé par les contrats de complémentaires santé responsables :

- Équipement « 100 % santé » (monture et verres) aux prix plafonnés :

- les verres « 100 % santé » traiteront l'ensemble des troubles visuels. Ils seront amincis en fonction du trouble, durcis pour éviter les rayures, et auront obligatoirement subi un traitement anti-reflets ;
- ils seront intégralement pris en charge par l'Assurance maladie et par la complémentaire ;
- chaque opticien proposera plusieurs modèles différents de montures adultes « 100 % santé ». Ces

Graphique 2 Déciles des garanties souscrites en 2011 et 2016 auprès d'organismes complémentaires pour un ensemble monture et verres complexes



Note > Les garanties sont exprimées pour un bien ayant un prix élevé de façon à rendre compte de l'étendue des garanties proposées. Pour un ensemble monture et verres complexes facturé 850 euros, le tarif de convention de 23,58 euros est remboursé à 60 %, soit 14,15 euros, par la Sécurité sociale.

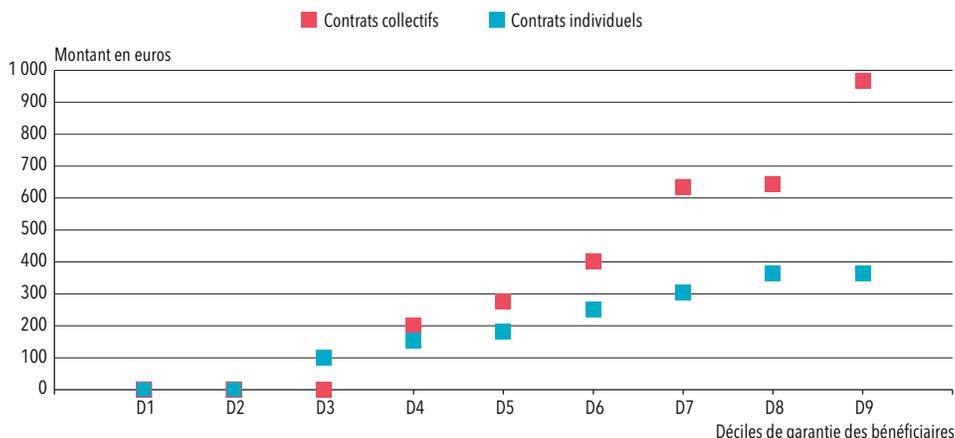
Lecture > En 2016, les 10 % des bénéficiaires de contrats individuels les moins bien couverts (D1 : premier décile) disposent d'une garantie de remboursement par leur organisme complémentaire inférieure ou égale à 200 euros pour l'achat d'un ensemble monture et verres complexes facturé 850 euros par l'opticien, dont 150 euros au titre de la monture.

Champ > Ensemble des bénéficiaires des contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

1. L'Assurance maladie prend en charge les lentilles de contact, sur prescription médicale, pour certaines indications. Les lentilles de contact sont remboursées à 60 % sur la base d'un forfait annuel, de date à date, par œil appareillé, fixé à 39,48 euros, quel que soit le type de lentilles (réutilisables ou non, journalières ou hebdomadaires, etc.).

Graphique 3 Déciles des garanties souscrites en 2016 auprès d'organismes complémentaires pour la chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale

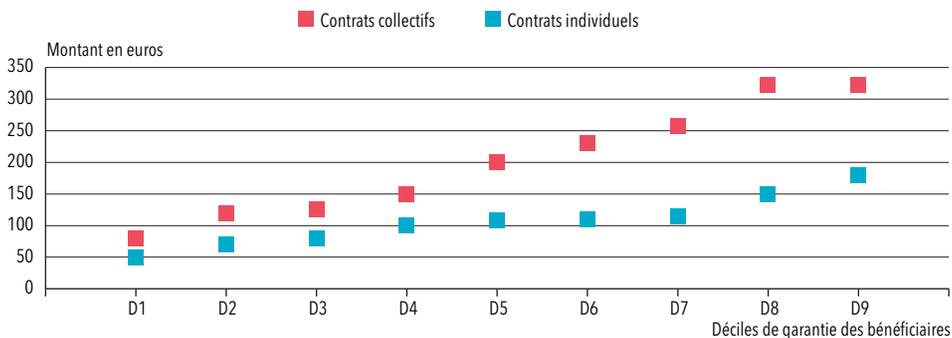


Lecture > En 2016, les 40 % des bénéficiaires de contrats collectifs les moins bien couverts (D1-D4 : du premier au quatrième décile) disposent d'une garantie de remboursement par leur organisme complémentaire inférieure à 200 euros par œil en cas de chirurgie réfractive (intervention au laser pour la myopie ou la presbytie) non remboursée par la Sécurité sociale.

Champ > Ensemble des bénéficiaires des contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

Graphique 4 Déciles des garanties souscrites en 2016 auprès d'organismes complémentaires pour des lentilles de contact non remboursées par la Sécurité sociale



Lecture > En 2016, les 10 % des bénéficiaires de contrats individuels les moins bien couverts (D1 : premier décile) disposent d'une garantie de remboursement par leur organisme complémentaire inférieure à 50 euros par an pour les achats de lentilles de contact non remboursées par la Sécurité sociale.

Champ > Ensemble des bénéficiaires des contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

- montures respecteront les normes européennes et leur prix sera plafonné. Pour leur achat, le reste à charge après intervention de l'Assurance maladie et de la complémentaire sera nul ;
- en cas d'achat d'un équipement comprenant des verres « 100 % santé » et une paire de lunettes au tarif libre, le remboursement de la monture par la complémentaire ne pourra excéder 100 euros.
 - Pour les autres biens, dans le panier dit libre :
 - les tarifs restent libres ;
 - les tarifs de remboursement de la Sécurité sociale seront diminués ;
 - le plafond de prise en charge des montures par les contrats responsables passera de 150 euros à 100 euros, et les plafonds pour des équipements complets baisseront en conséquence de 50 euros. ■

Pour en savoir plus

- > Site internet de la DREES sur la protection sociale complémentaire.
- > **Célant N., Guillaume S., Rochereau, T.** (2017, octobre). L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. Irdes, rapport 566.
- > **Ministère des Affaires sociales et de la Santé** (2017). Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale, Rapport 2016.

Évolution des prix et du nombre d'achats en optique après la réforme des contrats responsables

Depuis le 1^{er} avril 2015, les contrats dits responsables proposés par les organismes complémentaires limitent, en optique médicale, la prise en charge à une paire de lunettes tous les deux ans et respectent des garanties planchers et plafonds. Depuis 2013, la part d'équipements complets vendus à un prix respectant les seuils des contrats responsables augmente. Elle est passée de 88 % en 2013 à 90 % en 2017 pour l'optique simple et de 76 % à 81 % en 2017 pour l'optique complexe. Cependant, leur prix moyen est resté stable au cours de la période. Enfin, le nombre de lunettes vendues entre 2016 et 2017 baisse de 2,9 %.

Mise en place de plafonds et de planchers de prise en charge pour les équipements d'optique à la suite de la réforme des contrats responsables

En 2017, 12 millions d'équipements complets d'optique ont été délivrés (*encadré 1*). La réforme des contrats responsables en 2015 a fixé des plafonds de prise en charge par les complémentaires santé, à 470 euros pour les équipements d'optique simple et 750 euros pour les complexes, dont 150 euros maximum pour la monture. La réforme introduit également des planchers fixés à 50 euros (ou ticket modérateur) en optique simple et à 200 euros (ou ticket modérateur) en optique complexe. Cette contrainte sur les garanties s'applique pour l'acquisition d'un équipement complet, par période de deux ans (*encadré 2*).

La quantité de lunettes vendues diminue

Après une faible augmentation en 2016 (+0,9 %), la quantité de lunettes vendues diminue de 2,9 % en 2017 (*graphique 1*). Cette baisse pourrait s'expliquer par le délai minimum de 24 mois entre deux renouvellements imposé par la réforme des contrats responsables de 2015. En effet, la part de renouvellements dans les deux ans a cessé d'augmenter en 2014, et baisse à partir de 2015. Ainsi, en 2017, 24 % des achats de lunettes étaient des renouvellements datant de moins de deux ans, contre 35 % en 2014¹.

1. Les renouvellements dans les deux ans qui subsistent après la réforme correspondent soit à des exceptions à l'application de la réforme (contrat collectif bénéficiant des anciennes dispositions ou évolution de la vue) soit à des assurés qui acceptent de payer à leurs frais leur nouvelle paire de lunettes.

Les prix se concentrent entre les planchers et les plafonds

La part d'équipements complets vendus à des prix respectant les seuils des contrats responsables augmente à partir de 2013 passant de 87,8 % en 2013 à 89,7 % en 2017 en optique simple et de 76,1 % en 2013 à 80,5 % en 2017 en optique complexe. Dans le même temps, la distribution des prix entre le plancher et le plafond se concentre davantage dans le haut de cette fourchette. Ainsi, en optique simple, la part d'équipements complets vendus à moins de 250 euros diminue, tandis qu'elle augmente entre 250 euros et le plafond (*graphique 2*). De la même façon, en optique complexe, la part d'équipements complets vendus entre 400 et 650 euros augmente (*graphique 3*). Cette tendance apparaît dès 2013, soit deux ans avant la mise en application de la réforme et ne peut donc pas lui être attribuée, même si elle s'est poursuivie ensuite.

Le prix moyen d'une paire de lunettes augmente légèrement

Le prix moyen des paires de lunettes a légèrement augmenté en euros courants dans les années qui ont suivi la réforme, de 0,3 % en 2015, de 1,2 % en 2016 et de 2 % en 2017 (*tableau 1*). La part des équipements complexes dans l'ensemble des ventes d'équipements complets a constamment augmenté durant la période, passant de 45 % en 2010 à 53 %

en 2017, ce qui contribue à la hausse du prix moyen des équipements complets. En effet, un équipement d'optique complexe coûte en moyenne 1,9 fois plus qu'un équipement simple. Considérée séparément, l'évolution du prix moyen des différents types d'équipements complets est plus modérée. Le prix des lunettes simples a augmenté de 0,3 % en 2016 et de 1,3 % en 2017. Les équipements complexes affichent une hausse plus contenue (+0,1 % en 2016 et +0,8 % en 2017).

Les prix des montures se concentrent davantage autour de 150 euros et sont en moyenne stables

En 2017, 41 % des montures sont vendues au-dessus du plafond de prise en charge fixé à 150 euros, soit un niveau comparable à 2010 (40 %). De plus, le prix moyen d'une monture ne varie pas au cours de la période : il reste stable autour de 145 euros. La distribution des prix se concentre néanmoins davantage autour du plafond de prise en charge de

Encadré 1 Méthodologie

Les données mobilisées sont issues du Système national des données de santé (SNDS) et plus précisément du Datamart de consommation de soins inter-régimes (DCIR) au cours des années 2010 à 2017. Elles comprennent l'ensemble des achats de verres et de montures présentés au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO). L'échantillon est restreint aux équipements composés de deux verres et une monture, soit une paire de lunettes appelée « équipement complet ». Les achats de plus d'un équipement complet le même jour ne sont pas inclus dans l'échantillon. Les lunettes des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sont exclues de l'échantillon, ainsi que les paires enfants et les paires « gratuites ». Enfin, l'analyse se concentre uniquement sur les équipements simples et complexes, qui représentent 97 % de l'ensemble des équipements. Sont exclus les équipements très complexes et les équipements mixtes.

Le prix considéré est le reste à charge après AMO, c'est-à-dire le montant présenté au remboursement de l'organisme complémentaire. C'est sur ce montant que s'appliquent les planchers et les plafonds définis par les contrats responsables.

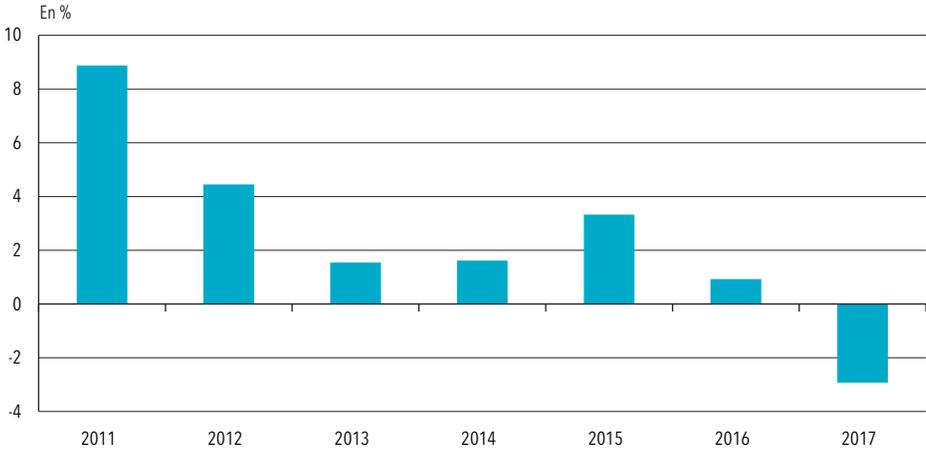
Encadré 2 La réforme des contrats responsables de 2015

Les obligations des contrats responsables ont été redéfinies à travers la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2014 et le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014. Le décret introduit trois planchers et six plafonds de remboursements, en fonction du degré de correction optique (équipements simples, complexes, très complexes et les trois cas mixtes), pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Le plancher de remboursement vaut le ticket modérateur ou le montant du plancher (50 euros dans le cas d'un équipement d'optique simple) si le remboursement est supérieur au ticket modérateur. Le remboursement des montures est plafonné à 150 euros. Le délai de deux ans est porté à un an pour les mineurs et pour ceux dont l'évolution de la vue nécessite un changement d'équipement.

Les équipements simples et complexes sont définis par les critères des contrats responsables. Un équipement d'optique simple comprend deux verres simples foyers, dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries. Un équipement d'optique complexe comprend deux verres simples foyers, dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs. Les catégories d'équipements simples et complexes sont construites à partir des codes LPP (liste des produits et prestations).

La dernière réforme du « reste à charge zéro » (aussi appelée « 100 % santé ») va se déployer progressivement. En optique, la réforme proposera à partir du 1^{er} janvier 2020 un panier à tarifs plafonnés, dont 30 euros de monture. Sur ce panier, le reste à charge sera nul, avec une revalorisation de la participation de la Sécurité sociale portée à 18 % du coût total de l'équipement et une prise en charge à 100 % par les assurances complémentaires. En dehors de ce panier, le remboursement de la monture par les assurances complémentaires sera plafonné à 100 euros.

Graphique 1 Taux de croissance annuel du nombre d'équipements complets

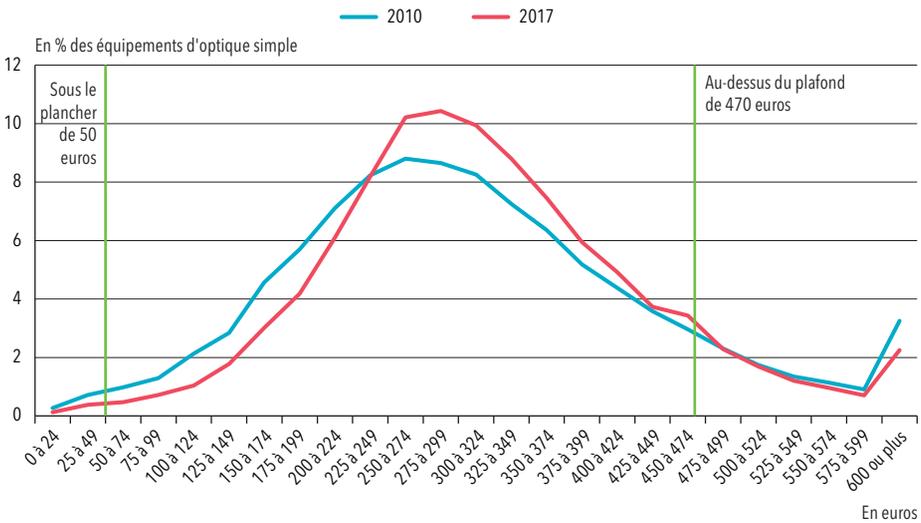


Lecture > Entre fin 2010 et fin 2011, le nombre de lunettes vendues a augmenté de 9 %.

Champ > Tous régimes hors CMU-C et paires gratuites, assurés adultes ayant eu une délivrance d'équipements complets.

Sources > CNAM, DCIR 2010 à 2017, calculs DREES.

Graphique 2 Distribution du prix des équipements d'optique simple en 2010 et 2017



Lecture > En 2010, 8,8 % des lunettes simples étaient vendues à un prix compris entre 250 euros et 274 euros.

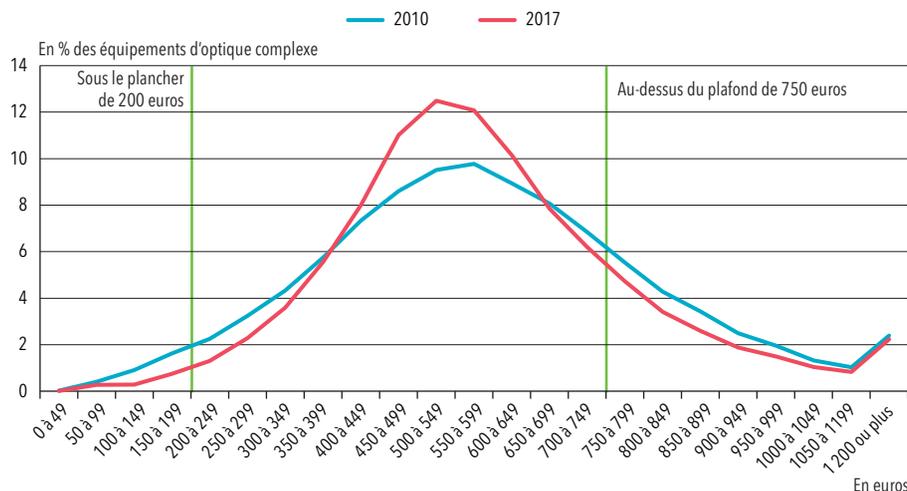
Champ > Tous régimes hors CMU-C et paires gratuites, assurés adultes ayant eu une délivrance d'équipements complets.

Sources > CNAM, DCIR 2010 et 2017, calculs DREES.

150 euros, plus ou moins 30 euros. Ainsi, en 2017, 47 % des montures sont vendues à un prix compris entre 120 euros et 179 euros, contre 38 % en 2010 (graphique 4).

En définitive, si le nombre de lunettes vendues a baissé après la réforme, cette dernière n'a pas engendré une baisse significative du prix moyen des équipements complets vendus. ■

Graphique 3 Distribution du prix des équipements d'optique complexe en 2010 et 2017



Lecture > En 2017, 12,5 % des lunettes complexes étaient vendues à un prix compris entre 500 euros et 549 euros.

Champ > Tous régimes hors CMU-C et paires gratuites, assurés adultes ayant eu une délivrance d'équipements complets.

Sources > CNAM, DCIR 2010 et 2017, calculs DREES.

Tableau 1 Évolution des prix des équipements et montures de 2010 à 2017

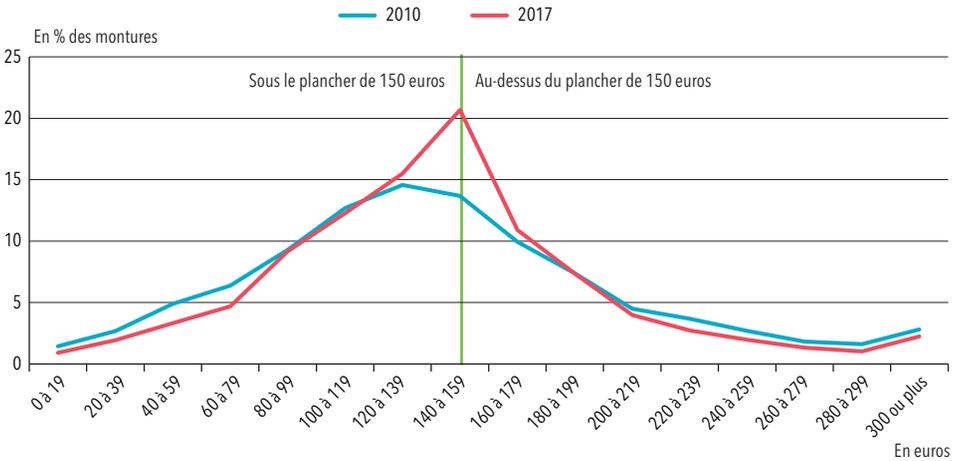
Année	Lunettes simples		Lunettes complexes		Ensemble des lunettes		Montures	
	Prix moyen (en euros)	Évolution (%)						
2010	312	0,4	597	0,1	445	0,6	145	-0,1
2011	315	1,0	594	-0,4	448	0,6	146	0,7
2012	320	1,4	600	1,0	455	1,5	147	0,8
2013	318	-0,5	597	-0,6	453	-0,3	146	-0,6
2014	316	-0,6	591	-1,0	453	-0,2	145	-0,9
2015	317	0,1	588	-0,5	454	0,3	145	0,1
2016	318	0,3	588	0,1	459	1,2	145	-0,4
2017	322	1,3	593	0,8	469	2,0	146	0,9
2010-2017	9	3,0	-3	-0,6	24	5,3	1	0,4

Lecture > En 2017, le prix moyen d'une paire de lunettes est 469 euros, soit 2 % de plus qu'en 2016.

Champ > Tous régimes hors CMU-C et paires gratuites, assurés adultes ayant eu une délivrance d'équipements complets.

Sources > CNAM, DCIR 2010 à 2017, calculs DREES.

Graphique 4 Distribution du prix des montures en 2010 et 2017



Lecture > En 2017, 21 % des montures sont vendues à un prix compris entre 140 euros et 159 euros.

Champ > Tous régimes hors CMU-C et paires gratuites, assurés adultes ayant eu une délivrance d'équipements complets.

Sources > CNAM, DCIR 2010 et 2017, calculs DREES.

Pour en savoir plus

- > **Bouchet, A.** (2015). Les dépenses d'optique médicale en 2014. CNAMTS, *Points de repère*, 43.
- > **Jacquier, K.** (2018, décembre). Réforme des contrats responsables en optique : moins de lunettes vendues et des prix moyens stables. DREES, *Études et Résultats*, 1096.
- > **Ministère des Affaires sociales et de la Santé** (2016). Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale, Rapport 2016.

En 2016, la quasi-totalité des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé disposent de garanties de remboursement pour des soins dentaires et des aides auditives. Au cours des dernières années, les garanties ont surtout augmenté sur le marché individuel, mais les contrats collectifs continuent d'offrir en moyenne de meilleures prises en charge. Pour la majorité des assurés, les garanties restent nettement en deçà des prix pratiqués. La réforme « 100 % santé », mise en œuvre à partir de 2019, a pour objectif de diminuer le reste à charge sur les soins prothétiques et les appareils auditifs, et modifiera les garanties dans les années à venir.

La prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est très variable selon le type de soins dentaires

En 2017, la dépense de soins dentaires s'élève à 11,3 milliards d'euros, dont 4,6 milliards financés par les organismes complémentaires (Gonzalez *et al.*, 2018). Les soins dentaires ne sont pas tous soumis aux mêmes règles d'encadrement de leurs tarifs. Parmi les soins remboursés par l'assurance maladie obligatoire (AMO), les soins dentaires conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et chirurgicaux (extraction de dents) font l'objet de tarifs conventionnels que doivent respecter les chirurgiens-dentistes. En revanche, les soins prothétiques (couronnes, bridges) et l'orthodontie peuvent faire l'objet de dépassements. Enfin, les actes hors nomenclature, tels que les implants dentaires, ne sont pas pris en charge par l'AMO ; leurs tarifs sont libres. C'est donc sur les actes pouvant faire l'objet de dépassements ou les actes hors nomenclature que les contrats de complémentaire santé se distinguent.

Prothèses dentaires : une hausse des garanties uniquement pour les contrats individuels

Parmi les soins prothétiques, on distingue l'inlay-onlay, les couronnes, les bridges, l'inlay-core et les dentiers (prothèses amovibles). Les prothèses dentaires sont prises en charge par l'AMO si elles figurent sur la liste des actes et prestations remboursables, et sont remboursées à 70 % sur la base de tarifs dits de responsabilité, ou tarifs conventionnels, inférieurs aux

prix pratiqués. Contrairement aux consultations et aux soins dentaires, leurs tarifs étant libres, elles font, en effet, l'objet de dépassements d'honoraires. En 2016, les soins prothétiques représentaient 56 % des honoraires des chirurgiens-dentistes (Befy *et al.*, 2017).

En moyenne, les personnes couvertes par des contrats collectifs sont mieux prises en charge que celles couvertes par un contrat individuel. Pour la pose d'une couronne céramo-métallique sur dent visible, la moitié des personnes couvertes bénéficie en 2016, *via* leur assurance complémentaire, d'une garantie maximale de remboursement inférieure à 320 euros. Pour la pose d'une couronne céramo-métallique au prix médian (535 euros), 22 % des personnes couvertes par un contrat collectif disposent d'une garantie d'au moins 459,75 euros, complétant les 75,25 euros versés par l'AMO, ce qui conduit, ainsi, à un reste à charge nul, contre 2 % des personnes couvertes par un contrat individuel. Pour une couronne au prix de 400 euros, correspondant au premier décile des prix pratiqués, 55 % des personnes couvertes par un contrat collectif ont un reste à charge nul, contre 36 % de celles couvertes par un contrat individuel. Cependant, certains contrats individuels peuvent proposer des garanties relativement élevées (*graphique 1*). Ainsi, un tiers des bénéficiaires de contrats individuels disposent d'une garantie de plus de 400 euros, et leur niveau de couverture est supérieur à celui de deux tiers des bénéficiaires de contrats collectifs.

Entre 2011 et 2016, le montant des garanties de prise en charge des dépenses en prothèses

dentaires par les contrats complémentaires progressent en moyenne de 12 %. Cette hausse s'explique essentiellement par celle des garanties de remboursement des contrats individuels (+20 % en moyenne), alors que les contrats collectifs sont stables (+2 % en moyenne). De plus, les garanties de remboursement des contrats individuels plafonnent à 400 euros en 2016, comme en 2011, mais avec davantage de contrats atteignant ce plafond en 2016.

Implants dentaires : moins de bénéficiaires sans garantie de remboursement

Un implant dentaire est un dispositif médical prenant la forme d'une sorte de vis en titane, zircone ou polymère, insérée dans le maxillaire ou la mandibule et destinée à créer un ancrage capable de recevoir une prothèse dentaire amovible ou fixée. Il s'agit d'un acte hors nomenclature non remboursé¹ par la Sécurité sociale. Pour la pose d'un implant, tous contrats confondus, les garanties médianes ont augmenté de 18 %, passant de

285 euros en 2011 à 340 euros en 2016. Cette augmentation se concentre notamment dans le bas de la distribution. Ainsi, la part des bénéficiaires n'ayant pas de garantie sur ce poste diminue, passant d'environ un tiers en 2011 à un quart en 2016. Là encore, en moyenne, les prises en charge des contrats collectifs sont supérieures à celles des contrats individuels. Ainsi, plus de 50 % des personnes couvertes par un contrat collectif bénéficient d'une garantie de remboursement supérieure ou égale à 400 euros, contre moins de 40 % des personnes couvertes par un contrat individuel (*graphique 2*). Néanmoins, un bénéficiaire de contrat individuel sur cinq dispose d'une garantie de remboursement supérieure ou égale à 640 euros, tandis que deux bénéficiaires de contrats collectifs sur trois sont couverts par une garantie inférieure.

Orthodontie : hausse des garanties des contrats du marché individuel

95 % des personnes recourant à de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (après une

Graphique 1 Déciles des garanties souscrites auprès d'organismes complémentaires, en cas de pose d'une prothèse dentaire (couronne céramo-métallique), en 2011 et 2016



Lecture > En 2016, les 10 % des bénéficiaires de contrats individuels les moins bien couverts (D1 : premier décile) disposent d'une garantie maximale de remboursement par leur organisme complémentaire inférieure à 100 euros pour la pose d'une couronne céramo-métallique. Le tarif de convention de 107,50 euros est remboursé à 70 % (soit 75,25 euros) par la Sécurité sociale.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

1. Seule la couronne sur implant est prise en charge à hauteur de 70 % par la Sécurité sociale.

demande d'accord préalable) ont commencé leur traitement avant l'âge de 16 ans (Sécurité sociale, 2017). En 2016, la moitié des bénéficiaires disposent d'une garantie de remboursement par leur assurance complémentaire inférieure à 350 euros pour un semestre de traitement orthodontique. En moyenne, les prises en charge des contrats collectifs sont supérieures à celles des contrats individuels (*graphique 3*). Ainsi, la garantie moyenne des contrats collectifs s'élève à 435 euros contre 245 euros pour les contrats individuels. De même, près de la moitié (44 %) des personnes couvertes par un contrat collectif dispose d'une garantie de remboursement supérieure ou égale à 500 euros, contre 5 % des personnes couvertes par un contrat individuel.

Entre 2011 et 2016, les garanties complémentaires en orthodontie ont augmenté de 13 % en moyenne, avec une hausse beaucoup plus forte pour les contrats individuels (20 %) que pour les contrats collectifs (2 %).

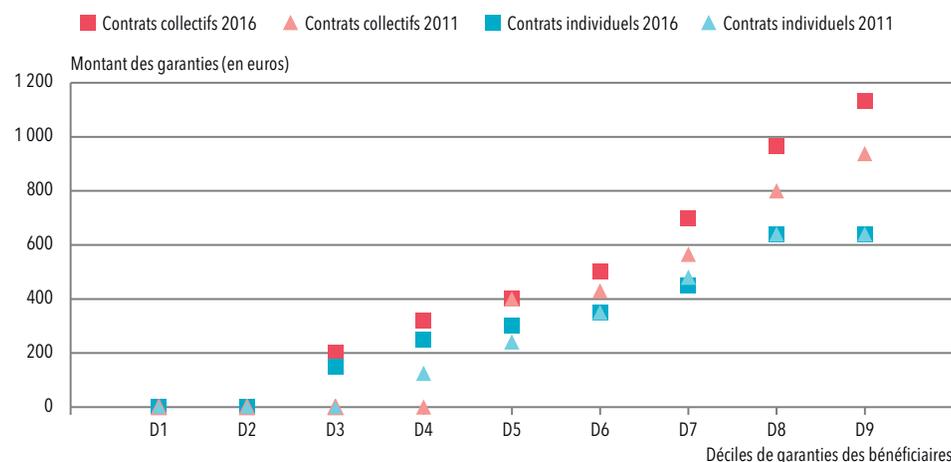
Audioprothèses : hausse des garanties des contrats du marché individuel

Les audioprothèses représentent un marché d'environ un milliard d'euros en 2015, dont 134 millions à la charge de l'assurance maladie obligatoire (Bessou, 2016).

En 2016, 0,6 % de la population a acheté un appareil auditif (2,3 % des personnes de 65 ans ou plus), et le prix moyen d'achat d'un équipement pour une oreille s'élève à 1 560 euros². La moitié des bénéficiaires d'une assurance complémentaire dispose d'une garantie de remboursement inférieure à 1 000 euros. Pour l'achat d'une paire d'audioprothèses au prix médian (3 000 euros), peu de bénéficiaires (2 %) disposent d'une garantie conduisant à un reste à charge nul. De plus, les meilleures garanties sont surtout présentes dans les contrats collectifs, qui ne couvrent que 12 % des bénéficiaires de plus de 65 ans.

Les prises en charge des audioprothèses par les contrats collectifs sont en moyenne supérieures à

Graphique 2 Déciles des garanties souscrites auprès d'organismes complémentaires, en cas de pose d'un implant dentaire, non remboursé par la Sécurité sociale, en 2011 et 2016



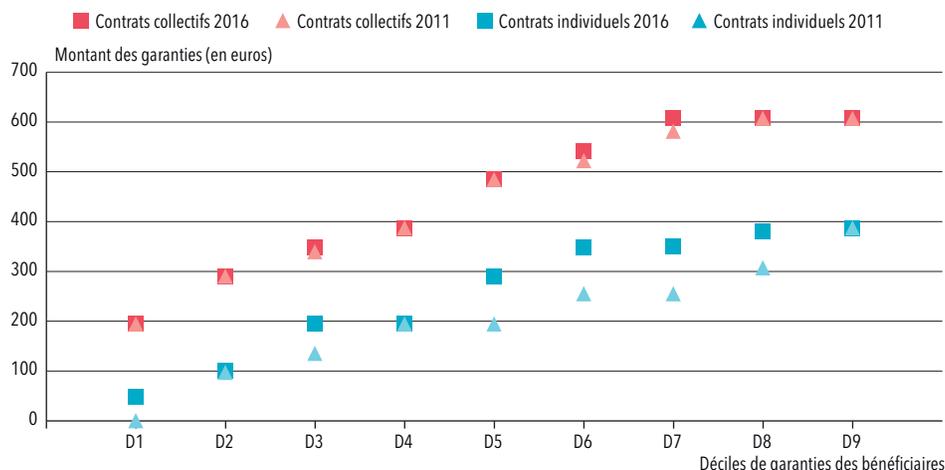
Lecture > En 2016, les 30 % des bénéficiaires de contrats collectifs les moins bien couverts (D1-D3 : du premier au troisième décile) disposent d'une garantie maximale de remboursement par leur organisme complémentaire inférieure à 200 euros pour la pose d'un implant dentaire.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

2. Source : SNDS-DCRIS 2016, calculs DREES.

Graphique 3 Déciles des garanties souscrites auprès d'organismes complémentaires pour un semestre de traitement orthodontique en 2011 et 2016

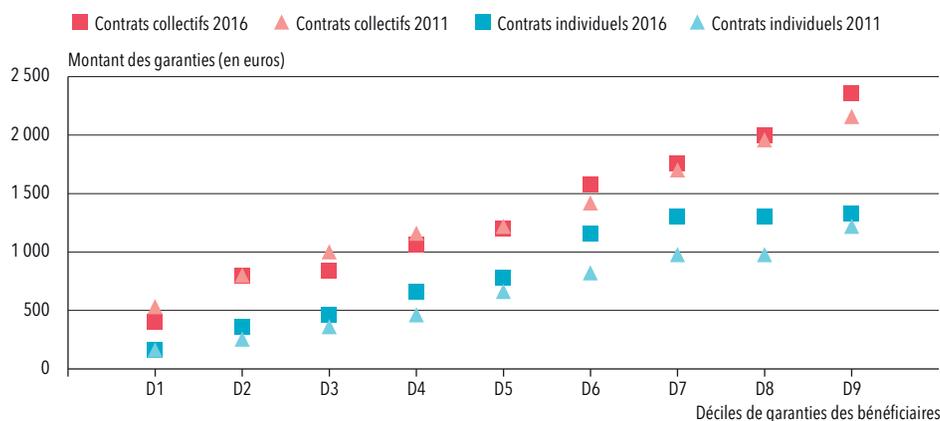


Lecture > En 2016, les 10 % des bénéficiaires de contrats collectifs les moins bien couverts (D1 : premier décile) disposent d'une garantie maximale de remboursement par leur organisme complémentaire inférieure à 194 euros pour un semestre de traitement orthodontique. Le tarif de convention de ce soin, 193,50 euros, est remboursé à 100 % par la Sécurité sociale pour un traitement commencé avant l'âge de 16 ans.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

Graphique 4 Déciles des garanties souscrites auprès d'organismes complémentaires pour une paire d'audioprothèses en 2011 et 2016



Lecture > En 2016, pour l'achat d'une paire d'audioprothèses, les 30 % des bénéficiaires de contrats collectifs les moins bien couverts (D1-D3 : du premier au troisième décile) bénéficient d'une garantie maximale de remboursement par leur organisme complémentaire inférieure à 835 euros. Le tarif de convention de 199,71 euros pour une audioprothèse, soit 399,42 euros pour une paire, est remboursé à 60 %, soit 239,65 euros, par la Sécurité sociale.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

celles des contrats individuels (*graphique 4*). Ainsi, 20 % des bénéficiaires de contrats collectifs disposent d'une garantie conduisant à un reste à charge nul pour l'achat d'une paire d'audioprothèses au premier décile de prix (2 100 euros), contre 2 % des bénéficiaires de contrats individuels. Néanmoins, un tiers des bénéficiaires de contrats individuels disposent d'une garantie supérieure ou égale à 1 300 euros, alors que 40 % des personnes protégées par un contrat collectif disposent d'une garantie inférieure. Entre 2011 et 2016, la prise en charge d'une paire d'audioprothèses par les contrats complémentaires a progressé en moyenne de 12 %. La hausse est de 22 % pour les contrats individuels, alors que les contrats collectifs sont stables en moyenne.

Objectif de la réforme « 100 % santé » : diminuer le reste à charge sur les soins prothétiques et les audioprothèses

La réforme « 100 % santé » a pour objectif de proposer un panier de soins sur lesquels le reste à charge est nul, panier de soins comportant notamment des actes prothétiques et des audioprothèses. Il complète le cadre réglementaire existant, en particulier sur les contrats responsables et les contrats socles issus de la généralisation de la complémentaire santé (*encadré 1*).

Au terme de la réforme « 100 % santé », il existera trois paniers de soins dentaires prothétiques :

- le panier « 100 % santé », intégralement remboursé, qui comprend 46 % des actes prothétiques effectués en 2016 ;
- un panier aux tarifs maîtrisés, *via* des prix plafonnés, correspondant à 25 % des actes prothétiques de 2016 ;
- un panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués (correspondant à 29 % des actes prothétiques de 2016).

Les tarifs des prothèses seront plafonnés et progressivement diminués à compter de 2019. Le panier « 100 % santé » entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020, pour certains soins prothétiques dentaires (couronnes et bridges), et à compter du 1^{er} janvier 2021, pour l'ensemble des autres prothèses entrant dans le panier de soins sans reste à charge (prothèses amovibles notamment).

Les aides auditives seront répertoriées en deux catégories. La première catégorie fera l'objet du dispositif sans reste à charge. Leurs tarifs seront plafonnés à compter du 1^{er} janvier 2019 et progressivement réduits afin de garantir l'absence de reste à charge en 2021. À partir de la même date, la base de remboursement de la Sécurité sociale par appareil sera progressivement augmentée, de 200 euros en 2018 à 400 euros en 2021. La seconde catégorie permettra de proposer des équipements à prix libre. ■

Encadré 1 Cadre réglementaire en audioprothèses et en dentaire

Contrats responsables

Le cahier des charges des contrats responsables (voir annexe 1) impose une garantie minimale de remboursement au niveau du ticket modérateur pour les soins du panier de la Sécurité sociale, soit 32,25 euros (30 % du tarif de convention de 107,50 euros) pour la pose d'une couronne céramo-métallique, et 79,89 euros (40 % du tarif de convention de 199,71 euros) par audioprothèse.

Contrats socles de la généralisation de la complémentaire santé

Dans le cadre de la généralisation de la couverture complémentaire santé pour les salariés, les contrats collectifs doivent proposer des garanties minimales plus élevées que les contrats responsables pour les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie faciale. Ils prennent ainsi en charge, en plus du ticket modérateur, les dépassements d'honoraires à hauteur d'au moins 25 % de la base de remboursement. La garantie minimale de remboursement par l'organisme complémentaire s'élève ainsi à 59,13 euros (55 % du tarif de convention de 107,5 euros) pour la pose d'une couronne céramo-métallique, et à 48,38 euros (25 % de 193,50 euros) pour un semestre de traitement orthodontique commencé avant l'âge de 16 ans.

Pour en savoir plus

- > Site internet de la DREES sur la protection sociale complémentaire.
- > **Beffy, M., Roussel, R., Héam J.-C., Mikou, M. et Ferreti, C.** (2017, septembre). *Les dépenses de santé en 2016 (édition 2017)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- > **Bessou, A.** (2016, novembre). Le marché de l'audioprothèse en 2015. Cnam, *Points de repère*, 47.
- > **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam J.-C., Mikou, M. et Ferreti, C.** (2018, septembre). *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- > **Sécurité sociale.** (2017, juillet). Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, résultats 2016, prévisions 2017.

Depuis la réforme de contrats responsables en 2015, les forfaits journaliers hospitaliers sont pris en charge par les complémentaires santé de façon illimitée, aussi bien en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), qu'en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie. La majorité des complémentaires santé offrent des garanties supplémentaires pour des dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale : pour huit bénéficiaires sur dix, la durée de la prise en charge de la chambre particulière est illimitée et les dépassements d'honoraires pouvant être pratiqués par des praticiens hospitaliers sont couverts, partiellement ou totalement.

Les contrats responsables couvrent le forfait journalier quelle que soit la durée de l'hospitalisation

Les soins hospitaliers représentent 92,8 milliards d'euros de dépenses en 2017, dont 71,5 milliards d'euros dans le secteur public et 21,4 milliards d'euros dans le secteur privé (Gonzalez *et al.*, 2018). Il est d'usage de distinguer quatre types d'hospitalisations selon le motif d'hospitalisation et la nature des soins prodigués : les hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en psychiatrie, en soins de suites et de réadaptation (SSR) et les hospitalisations à domicile (HAD). Certains séjours ne donnent pas lieu à des nuitées : on parle alors d'hospitalisations de jour, encore dénommées partielles ou ambulatoires, par opposition aux hospitalisations complètes.

En cas de séjour complet comportant une ou plusieurs nuitées dans l'établissement, l'Assurance maladie laisse à la charge du patient le montant le plus élevé entre le ticket modérateur et le forfait qui correspond aux frais d'hébergement et d'entretien liés à son hospitalisation (voir fiche 01). Le montant du forfait journalier a été revalorisé à compter du 1^{er} janvier 2018, et dépend de la nature de l'hospitalisation, certains patients en étant exonérés (*encadré 1*).

Depuis le 1^{er} avril 2015, pour être responsables, les contrats de complémentaire santé doivent couvrir intégralement le ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation et prendre en charge de façon illimitée le forfait journalier facturé par les établissements de santé, quelle que soit la durée du séjour et pour tout type

d'hospitalisation (MCO, SRR, HAD, psychiatrie). Avant cette réforme, les personnes couvertes par une complémentaire santé bénéficiaient d'une prise en charge illimitée du forfait journalier en MCO pour 95 % d'entre elles, en SSR pour près de 90 % d'entre elles, et en psychiatrie pour 64 % d'entre elles (Barlet *et al.*, 2016).

La prise en charge pour une chambre particulière est illimitée dans le temps pour huit bénéficiaires sur dix

Les frais liés à une chambre particulière pour convenance personnelle ne sont pas couverts par l'Assurance maladie. En revanche, la plupart des assurances complémentaires offrent cette prise en charge. En 2016, seuls 4 % des bénéficiaires des contrats collectifs et 9 % de ceux des contrats individuels ne disposent pas de cette prestation.

Pour limiter le risque à couvrir, certains contrats plafonnent la durée ou le montant de prise en charge. Ainsi, pour environ un bénéficiaire sur dix, le nombre de jours pris en charge est plafonné à 90 jours par an. Pour huit bénéficiaires de complémentaires sur dix cette prise en charge est illimitée dans le temps (87 % des bénéficiaires de contrats collectifs et 75 % des bénéficiaires de contrats individuels). Pour une chambre particulière facturée 80 euros par jour, la moitié des bénéficiaires ont une garantie supérieure à 50 euros par jour : c'est le cas de 80 % des bénéficiaires des contrats collectifs, contre 20 % des bénéficiaires des contrats individuels (*graphique 1*). Ces garanties ont légèrement augmenté entre 2006 et 2011 et sont restées stables depuis.

La prise en charge de certains frais pour accompagnement d'un enfant hospitalisé (lit, repas) est prévue pour 90 % des bénéficiaires (85 % en individuel et 95 % en collectif).

Tout ou partie des dépassements d'honoraires sur les actes techniques en chirurgie pris en charge pour neuf bénéficiaires sur dix

En cas d'hospitalisation, des dépassements d'honoraires sur des actes techniques ou cliniques peuvent être facturés par les médecins. Ces

dépassements sont plus fréquents en clinique mais existent aussi à l'hôpital. Ils peuvent être couverts par les contrats d'assurance complémentaire santé. Par exemple, pour une opération de la cataracte facturée 600 euros au patient par le chirurgien, la Sécurité sociale prend en charge le tarif de convention de 271,70 euros moins la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds (cette participation passe à 24 euros à compter du 1^{er} janvier 2019). Dans ce cas, le reste à charge du patient après remboursement par l'assurance maladie obligatoire, de 346,30 euros

Encadré 1 Le forfait journalier hospitalier

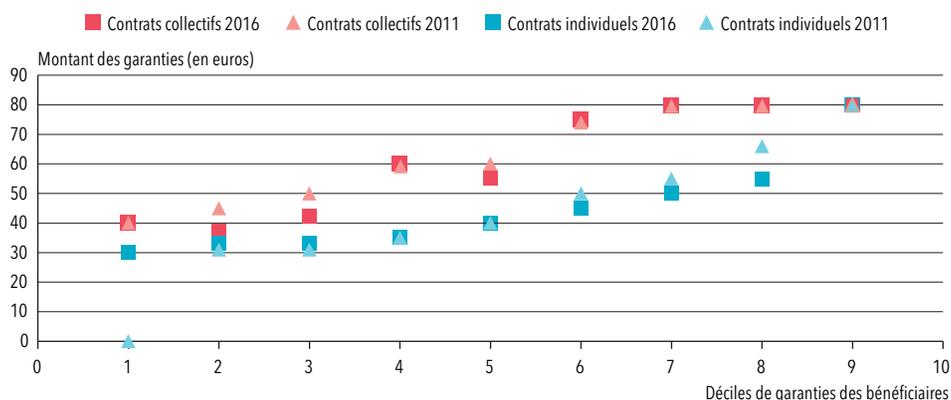
Le forfait est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Le montant du forfait hospitalier est fixé par arrêté ministériel. Depuis le 1^{er} janvier 2018, il est de :

- 20 euros par jour en hôpital ou en clinique ;
- 15 euros par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

Le forfait hospitalier n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-C), de l'aide médicale de l'État (AME), du régime d'Alsace-Moselle, les titulaires d'une pension militaire ou les enfants handicapés de moins de 20 ans hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnels en sont exonérés. Il n'est pas dû non plus en cas d'hospitalisation liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ou en cas d'hospitalisation dans les 30 jours suivant la naissance.

Graphique 1 Déciles des garanties souscrites en 2011 et 2016 auprès d'organismes complémentaires pour une chambre particulière facturée 80 euros par jour au patient



Lecture > En 2016, 10 % des bénéficiaires les moins bien couverts (D1 : premier décile) par un contrat collectif ont un remboursement inférieur à 40 euros par leur organisme complémentaire pour une chambre particulière.

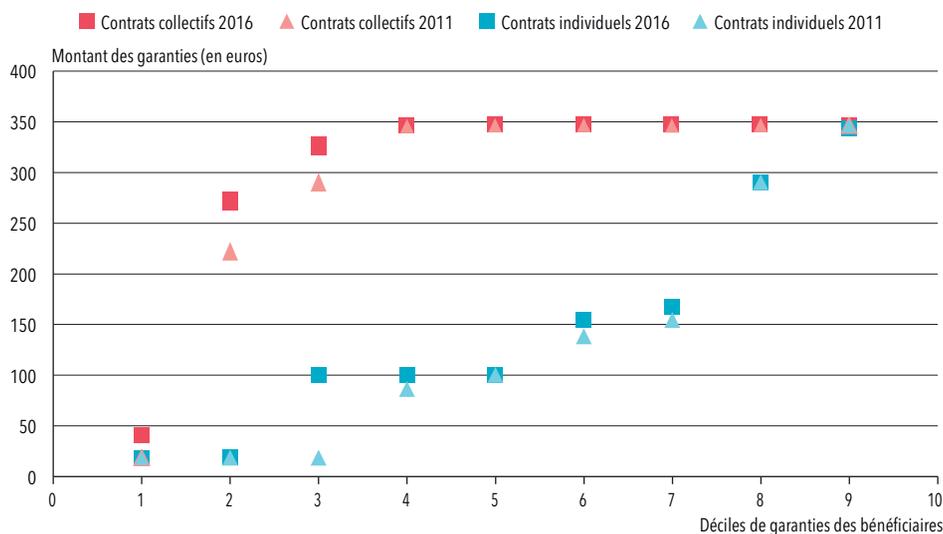
Champ > Ensemble des bénéficiaires des contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

(graphique 2), est intégralement pris en charge par l'assurance complémentaire pour six bénéficiaires de contrat collectif sur dix, et pour un bénéficiaire de contrat individuel sur dix, seulement. Plus de neuf bénéficiaires de contrat collectif sur dix sont remboursés de tout ou partie des dépassements d'honoraires. C'est le cas de sept bénéficiaires de contrats individuels sur dix (six sur dix en 2011). Pour les autres, seule la participation forfaitaire de 18 euros est prise en charge dans le cadre des contrats responsables. Par ailleurs, depuis la mise en place de la réforme

des contrats responsables, en avril 2015, lorsque le praticien n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS), remplacé par l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) en 2017 (voir annexe 1 et fiche 19), le remboursement des dépassements est plafonné. Pour reprendre l'exemple d'une opération de la cataracte, il ne peut excéder le plus petit des deux plafonds suivants : soit 340 euros en 2015 et 2016, 271 euros à compter de 2017, soit le montant du dépassement pris en charge par le contrat pour les médecins ayant adhéré au dispositif, diminué de 20 %. ■

Graphique 2 Déciles des garanties souscrites en 2011 et 2016 auprès d'organismes complémentaires pour une opération de la cataracte facturée 600 euros et remboursée 253,7 euros par la Sécurité sociale



Lecture > En 2016, 10 % des bénéficiaires les moins bien couverts (D1 : premier décile) par un contrat collectif ont un remboursement inférieur à 41 euros par leur organisme complémentaire en cas d'opération de la cataracte avec dépassement d'honoraire du chirurgien, en sus de la prise en charge par la Sécurité sociale de 253,70 euros (tarif de convention de 271,70 euros moins la participation forfaitaire de 18 euros pour acte lourd).

Champ > Ensemble des bénéficiaires des contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

Pour en savoir plus

> Barlet, M., Beffy, M., Raynaud, D. (2016). *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

> Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J.-C., Mikou, M. et Ferretti, C. (2018). *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

**La généralisation
de la complémentaire
santé d'entreprise**

Les changements opérés par les entreprises sur leur offre de complémentaire santé

En 2017, plus de la moitié des établissements ont procédé à des changements à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Un établissement du secteur privé sur trois a mis en place une couverture et un sur cinq a modifié une offre existante. Parmi les établissements qui en proposaient une avant la loi, 41 % déclarent avoir opéré au moins un changement. Les 16 % d'établissements qui ne proposent pas de complémentaire santé (soit 4 % des salariés) l'expliquent le plus souvent par la dispense d'adhésion de tous leurs salariés. Si la part financée par les employeurs est restée quasiment stable en moyenne par rapport à 2009, celle des établissements nouvellement couverts est plus souvent égale au minimum légal (50 %). Enfin, les contrats nouvellement mis en place couvrent moins que les autres au-delà du plancher légal.

Un tiers des établissements ont mis en place une offre de complémentaire santé

Avant la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, transcrite dans la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013, un établissement du secteur privé sur deux (51 %), regroupant 74 % des salariés, proposait une offre de complémentaire santé à ses salariés (*schéma 1*). Depuis le 1^{er} janvier 2016, tous les employeurs de droit privé employant au moins un salarié ont l'obligation légale de proposer une complémentaire santé d'entreprise à leurs salariés. Les contrats offerts doivent garantir un panier de soins minimal (voir annexe 1). Par ailleurs, les employeurs doivent subventionner la complémentaire santé de leurs salariés à hauteur de 50 % minimum du coût global ; le reste étant à la charge des salariés.

À la suite de la généralisation, un tiers des établissements ont mis en place une offre de complémentaire santé, et un cinquième ont modifié une offre existante. Plus de la moitié des établissements ont donc opéré des changements pour se conformer à la loi. En définitive, en 2017, 84 % des établissements, regroupant 96 % des salariés, proposent une complémentaire santé à leurs salariés (voir fiche 14). Au total, 83 % des salariés bénéficient effectivement de la complémentaire santé de leur entreprise, contre 60 % en 2009, année de la précédente enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE). En effet, si les salariés sont dans l'obligation

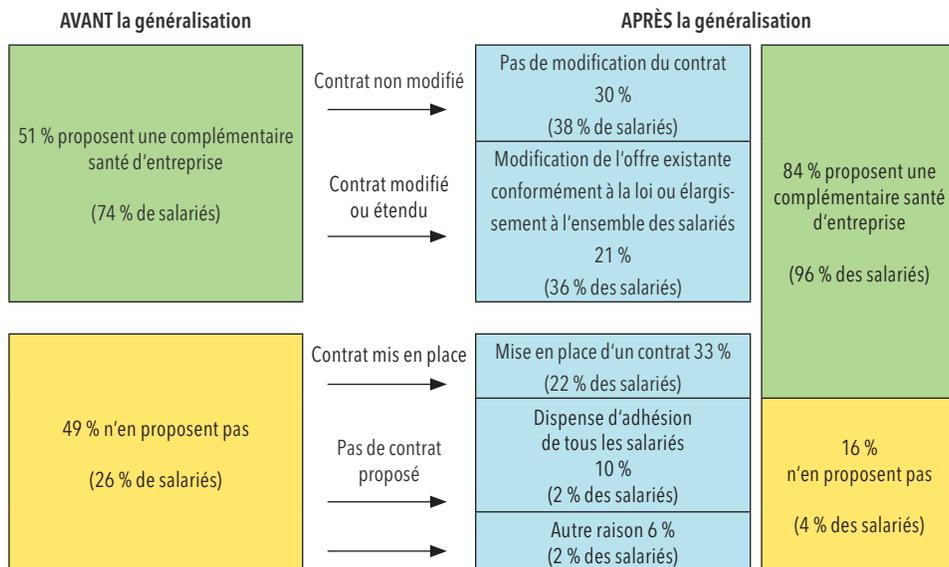
de souscrire à l'offre proposée par leur employeur, ils peuvent, dans certains cas, faire valoir une dispense d'adhésion (voir fiche 26). Cela concerne 14 % des salariés. Dans 10 % des établissements, ces demandes de dispenses concernent tous les salariés.

Quatre établissements sur dix proposant une offre avant la généralisation l'ont modifiée

Quatre établissements sur dix proposant une complémentaire santé à leurs salariés avant la généralisation (soit 21 % de l'ensemble des établissements) disent avoir revu leur offre en raison de la généralisation de la complémentaire d'entreprise. Les changements déclarés les plus fréquents se rapportent aux niveaux de remboursements pour au moins une catégorie de salariés (18 % des établissements couverts avant la généralisation) [*graphique 1*] et, ce, autant à la hausse qu'à la baisse. La définition d'un panier de soins minimum ne semble donc pas avoir été l'occasion pour la plupart des entreprises déjà couvertes de diminuer le niveau des garanties.

Viennent ensuite les modifications du coût de la couverture pour au moins une catégorie de salariés (16 %). Dans la quasi-totalité de ces établissements, lorsque plusieurs catégories de salariés sont concernées, le changement est identique pour tous. Dans la moitié des cas, il s'agit d'une augmentation de coût et, dans l'autre moitié, d'une diminution. Cette évolution s'accompagne, la plupart du temps, de

Schéma 1 Part des établissements proposant une complémentaire santé avant et après la généralisation

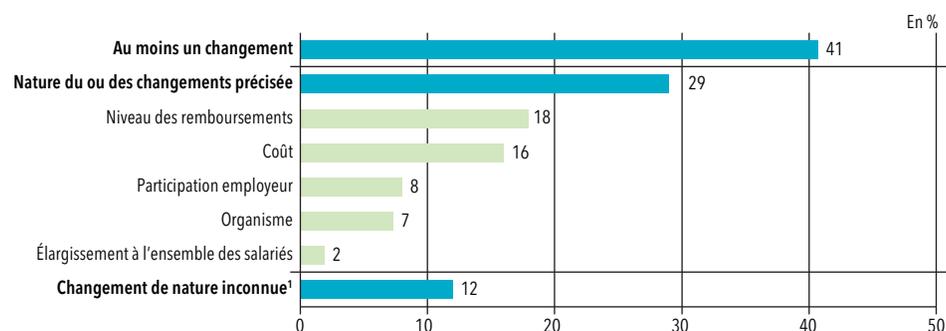


Lecture > 21 % des établissements avec au moins un salarié au 31 décembre 2015 proposaient une complémentaire santé avant que la loi ne les y oblige et ont modifié l'offre existante ou l'ont élargie à l'ensemble des salariés, conformément à la loi généralisant la complémentaire santé en entreprise. Ces établissements regroupent 36 % des salariés.

Champ > Ensemble des établissements du secteur privé d'au moins un salarié au 31 décembre 2015.

Source > DREES, Irdes, enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017.

Graphique 1 Changements opérés par les établissements proposant une complémentaire santé avant la généralisation et ayant modifié leur offre



1. Pour certains établissements ayant déclaré avoir modifié une offre existante, on ne dispose pas de la nature du changement.

Note > Les établissements qui ont modifié leur offre en raison de la généralisation déclarent, dans la majorité des cas, plusieurs changements de nature différente.

Lecture > Parmi les établissements qui offraient une couverture avant la généralisation, 41 % déclarent avoir modifié leur offre en lien avec celle-ci ; 29 % précisent la nature du changement et 18 % déclarent avoir modifié le niveau des remboursements.

Champ > Ensemble des établissements du secteur privé d'au moins un salarié au 31 décembre 2015, proposant une complémentaire santé à leurs salariés avant la généralisation.

Source > DREES, Irdes, enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, volet établissements.

modifications de garanties ou de la participation de l'employeur. Un établissement ayant modifié son offre à la suite de la généralisation sur cinq a déclaré avoir révisé la participation de l'employeur. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une révision à la hausse dont l'objectif est notamment d'atteindre le plancher de 50 % imposé par la loi. Les autres cas, minoritaires, correspondent aux établissements qui ont choisi de réduire leur participation pour compenser des surcoûts liés à une augmentation des garanties, à une extension de la couverture à des catégories auparavant non couvertes, ou qui se sont alignés sur le minimum imposé par la loi. Enfin, 7 % des établissements proposant déjà une couverture complémentaire avant la généralisation déclarent avoir souscrit une complémentaire santé auprès d'un autre organisme pour au moins une catégorie de salariés.

Les dispenses d'adhésion de l'ensemble des salariés, principale raison de non-couverture

91 % des établissements n'offrant pas de couverture santé à leurs salariés sont des établissements dépendant d'entreprises de moins de 5 salariés, 6 % d'entreprises ayant entre 5 et 9 salariés. À peine 1 % des établissements ne proposant pas de complémentaire santé dépendent d'entreprises de plus de 100 salariés. La principale raison évoquée par les établissements pour ne pas proposer de complémentaire santé est la dispense d'adhésion de l'ensemble des salariés : environ six établissements qui ne proposent pas de complémentaire santé sur dix évoquent ce motif, contre quatre sur dix qui évoquent le fait que les salariés n'en veulent pas (dont un sur dix qui avance ces deux raisons). Une très faible minorité d'établissements (environ 1 % de ceux qui ne proposent pas de complémentaire santé) déclarent que l'employeur ne souhaite pas en mettre une en place. La part d'établissements non couverts devrait encore baisser à court terme, puisqu'environ 30 % des établissements non couverts – notamment ceux dont tous les salariés ont fait valoir une dispense d'adhésion – déclarent en 2017 envisager prochainement la souscription d'une couverture pour leurs salariés.

Une participation de l'employeur au coût de la complémentaire santé moins généreuse parmi les nouvellement couverts

La participation de l'employeur au coût de la complémentaire santé (voir fiche 13) est plus élevée parmi les établissements qui proposaient une offre avant la loi (60 %) que parmi les nouvellement couverts (55 %). Cet écart entre ces deux groupes d'établissements se retrouve au sein de tous les secteurs et des différentes tailles d'entreprises dont ils dépendent. Ainsi, les établissements qui ont mis en place une offre de complémentaire santé contraints par la loi apparaissent moins enclins à participer au coût de la complémentaire santé de leurs salariés au-delà du seuil légal. Ils sont plus nombreux à se contenter d'une participation au niveau minimum légal de 50 % (4 sur 5 parmi les nouvellement couverts, contre 3 sur 5 parmi les anciennement couverts).

Pendant, parmi les établissements nouvellement couverts, un sur dix prend en charge la totalité du coût de la complémentaire santé, soit une proportion équivalente à ceux qui avaient mis en place l'offre de complémentaire santé avant la généralisation.

Des niveaux de garantie en moyenne plus bas dans les établissements nouvellement couverts

Les contrats offerts par les employeurs doivent respecter des garanties minimales définies par la loi (voir annexe 1). Les garanties des contrats des établissements ne proposant une offre que depuis la généralisation sont globalement moins élevées. Par exemple, pour les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes, environ 80 % des contrats des établissements couverts avant la généralisation proposent des garanties supérieures au minimum imposé, contre 60 % de ceux des établissements nouvellement couverts. Les premiers sont plus de quatre sur dix à rembourser intégralement les consultations à des tarifs deux fois supérieurs au tarif conventionnel, contre deux sur dix pour les seconds¹.

1. Remboursement hors cadre de l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) qui représente la plus grosse part des consultations de spécialiste de secteur 2 (voir fiche 19), soit 46 euros.

Pour les honoraires en chirurgie, dans le cas d'une opération de la cataracte facturée 600 euros au patient par le chirurgien, près de trois contrats sur dix dans les établissements nouvellement couverts ne prennent en charge que la participation forfaitaire (18 euros²) sans aucun dépassement, contre 13 % seulement des contrats des établissements anciennement couverts (voir fiche 23). Dans les établissements qui avaient déjà une offre avant la généralisation, sept contrats sur dix prennent en charge cette opération à hauteur d'au moins 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

(établie à 271,70 euros) contre à peine quatre sur dix dans les établissements nouvellement couverts.

Enfin, sur l'optique, à partir de l'exemple d'un ensemble monture et verres complexes facturé 850 euros et remboursé 14,15 euros par la Sécurité sociale, 10 % des contrats des établissements couverts avant la généralisation remboursent moins de 300 euros (contre 25 % de ceux des établissements nouvellement couverts), la moitié au moins 560 euros (contre 32 % de ceux dans les établissements nouvellement couverts) et 14 %, 800 euros ou plus (contre 10 %) (voir fiche 20). ■

Pour en savoir plus

> **Irdes.** L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017. Rapport de l'Irdes, à paraître.

> **Lapinte, A., Perronnin, M.** (2018, juillet). 96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1074.

2. Pour les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, le ticket modérateur restant à la charge de l'assuré est remplacé par une participation forfaitaire de 24 euros à compter du 1^{er} janvier 2019.

Lors de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les branches d'activité avaient la possibilité de recommander un organisme assureur. Néanmoins, à peine un quart des établissements ont reçu une recommandation de leur branche. Parmi eux, un peu plus de la moitié l'ont suivie. Les établissements qui ont mis en place un contrat se sont adressés, comme ceux qui en proposaient un avant la loi, en premier lieu aux mutuelles, mais celles-ci ont perdu du terrain au profit des sociétés d'assurances. Dans près d'un établissement sur deux, les niveaux de remboursement résultent d'une décision unilatérale de l'employeur, dans un tiers d'un accord de branche ou d'une convention collective, dans un cinquième d'un accord d'entreprise. En moyenne, cette répartition est similaire pour les établissements proposant une offre depuis la généralisation de la complémentaire santé et ceux qui en proposaient une auparavant.

Les recommandations des branches sont suivies dans plus d'un cas sur deux

La généralisation de la couverture complémentaire d'entreprise décidée en 2013 et entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016 (voir fiche 24 et annexe 1) s'est accompagnée d'un débat intense concernant les clauses de désignation ou de recommandation au niveau de la branche. Les clauses de désignation, qui imposent aux entreprises de souscrire un contrat auprès de l'organisme désigné, avaient pour objectif de favoriser la mutualisation des risques entre les entreprises au niveau de la branche. Celles-ci pouvant être aussi considérées comme un frein à la concurrence entre assureurs, le Conseil constitutionnel a tranché le débat en les remplaçant par des clauses de recommandation, laissant ainsi la liberté aux entreprises de la branche de ne pas souscrire un contrat auprès de l'organisme recommandé.

Parmi les établissements qui proposaient déjà une couverture santé à leurs salariés et qui n'ont rien modifié du fait de la loi (30 % de l'ensemble des établissements) [voir fiche 24], un tiers ont souscrit un contrat auprès d'un organisme désigné par la branche dont ils dépendent, contre un quart parmi ceux ayant modifié une offre existante (21 % des établissements) et un

cinquième parmi ceux ayant mis en place une offre de complémentaire santé à la suite de la loi (33 % des établissements) [tableau 1]. En effet, jusqu'au 13 juin 2013, les établissements pouvaient se voir imposer un organisme par la branche pour une durée maximale de cinq ans. Par conséquent, en 2017, certaines de ces clauses sont encore en vigueur. Ces désignations au niveau de la branche n'étant désormais plus autorisées, plus aucun établissement ne devrait être dans ce cas à compter du deuxième trimestre 2018. 17 % des établissements proposant une complémentaire santé et qui n'ont rien modifié du fait de la loi appartiennent à une branche ayant recommandé un organisme, contre près d'un quart des établissements ayant mis en place ou modifié une offre existante. La recommandation est suivie dans plus d'un cas sur deux.

Les établissements qui ont mis en place une offre de complémentaire santé à la suite de la loi et qui n'ont pas voulu suivre les recommandations de la branche évoquent trois raisons principales : le prix trop élevé des contrats (22 %), les niveaux de garantie trop faibles (22 %) ou la préférence pour un organisme qui couvre d'autres risques (22 %). Certains expliquent aussi ce refus parce qu'ils ne connaissent pas l'organisme recommandé (16 %)¹.

1. Plusieurs réponses étaient possibles. Les organismes pouvaient aussi évoquer des garanties proposées trop élevées, le fait d'avoir déjà une complémentaire santé collective satisfaisante, et avaient la possibilité de donner une autre raison.

Les établissements nouvellement couverts se tournent davantage vers les sociétés d'assurances

Les établissements ayant nouvellement souscrit une offre de complémentaire santé l'ont fait plus souvent auprès de sociétés d'assurances (+10 points) et moins auprès de mutuelles (-5 points) que les établissements proposant déjà des complémentaires santé et n'ayant pas modifié leur offre (tableau 2).

Les sociétés d'assurances ont en particulier gagné du terrain auprès des petites entreprises. Les établissements dépendant d'entreprises de moins de 50 salariés se sont tournés, dans trois cas sur dix, vers une société d'assurances, contre deux sur dix pour ceux dépendant d'entreprises de plus de 50 salariés, qui se sont adressées davantage aux mutuelles (56 % d'entre eux). Les établissements dépendant de petites entreprises représentent la majorité des nouvellement couverts. En conséquence, les sociétés d'assurances ont progressé en nombre d'établissements couverts par rapport

aux mutuelles. Ce constat concorde avec les évolutions de parts de marché observées à partir des données du Fonds CMU et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). Des trois catégories d'organismes complémentaires en santé (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance), les assureurs sont ceux dont les parts de marché ont le plus augmenté en collectif (Montaut, 2018) [voir fiche 06].

Cela se vérifie dans tous les secteurs d'activité, mais particulièrement dans le secteur du commerce où 40 % des établissements nouvellement couverts se sont tournés vers une société d'assurances contre 23 % de ceux couverts avant la loi.

Pour autant, même parmi les établissements qui ont mis en place une complémentaire à la suite de la loi, le recours à une mutuelle reste prépondérant dans tous les secteurs, excepté dans le commerce (où il est à peu près équivalent au recours à des sociétés d'assurances) et dans les secteurs de l'information, des activités financières et immobilières (35 % contre 44 % pour les sociétés d'assurances).

Tableau 1 Répartition des établissements selon les modalités de choix des organismes et l'évolution de leur offre après la loi de généralisation de la complémentaire santé

	En %		
	Établissements ayant modifié, en lien avec la loi, une offre existante	Établissements non couverts avant la loi, ayant mis en place une offre de complémentaire santé	Établissements n'ayant pas modifié leur offre
Établissement dépendant d'une branche			
Organisme désigné par la branche	26	19	35
Organisme recommandé par la branche :	24	23	17
recommandation suivie	11	13	9
recommandation non suivie	12	9	7
sans précision	1	1	1
Établissement n'ayant pas eu de recommandation de branche	37	38	31
Établissement ne dépendant pas d'une branche	6	11	5
Ne se prononce pas	10	10	14

Note > Les totaux sont supérieurs à 100, car un même établissement peut avoir mis en place plusieurs contrats avec des modalités différentes.

Lecture > Parmi les établissements qui offraient une couverture avant la généralisation de la complémentaire d'entreprise et qui n'ont pas modifié leur offre, 35 % avaient souscrit leur contrat auprès d'un organisme désigné par la branche.

Champ > Ensemble des établissements du secteur privé proposant une complémentaire santé à leurs salariés en 2017.

Source > DREES, Irdes, enquête PSCE 2017, volet établissements.

Les petites entreprises passent moins souvent par la branche pour définir le niveau de garanties

En 2017, dans près d'un établissement sur deux, le niveau de garantie proposé résulte d'une décision unilatérale de l'employeur, dans un tiers d'entre eux d'un accord de branche ou d'une convention collective et dans un cinquième d'un accord d'entreprise avec les représentants du personnel (tableau 3). Cette répartition ne diffère pas entre les établissements proposant une complémentaire santé à la suite de la loi et ceux couverts auparavant. En revanche, elle diffère selon la taille de l'entreprise et le secteur d'activité.

Dans les établissements qui proposaient une offre avant la loi, le choix de l'offre résultait le plus souvent :

- d'un accord de branche ou d'une convention collective pour les petites entreprises de moins de 10 salariés (la moitié sont dans ce cas contre moins d'un établissement sur cinq dans les établissements rattachés à une entreprise de 50 salariés ou plus) ;
- d'une décision unilatérale de l'employeur dans les entreprises de taille intermédiaire (respectivement 61 % et 65 % des établissements rattachés à des entreprises de 10 à 49 et de 50 à 249 salariés, contre 40 % pour les autres) ;
- d'accords d'entreprise dans les entreprises de grande taille (46 % des établissements rattachés à

des entreprises de 250 salariés ou plus, contre moins de 20 % de ceux rattachés à une entreprise de moins de 50 salariés).

Le rôle plus déterminant des accords d'entreprise dans les grandes entreprises est vraisemblablement dû à une plus forte présence des représentants du personnel au sein des entreprises au-delà d'un certain seuil d'effectif de salariés. Par ailleurs, plus le contrat couvre de salariés, plus il peut être facile de négocier des conditions avantageuses auprès d'un organisme complémentaire. C'est pourquoi les petites entreprises qui dépendent d'une branche ont tendance à passer par cet intermédiaire pour améliorer le niveau de remboursement. À l'inverse, les grandes entreprises peuvent mettre en place un contrat négocié uniquement pour l'entreprise aux conditions plus adaptées et plus avantageuses pour les salariés que le contrat négocié par la branche. Toutefois, ces différences se sont atténuées pour les contrats mis en place en lien avec la généralisation de la complémentaire santé. En effet, depuis, les établissements dépendant d'entreprises de petite taille ayant mis en place une offre sont plus nombreux à offrir un niveau de garanties décidé de façon unilatérale par l'employeur. Dans les établissements de grande taille, le niveau de remboursement a été plus souvent fixé par un accord de branche ou une convention collective.

Tableau 2 Types d'organismes auprès desquels les établissements souscrivent leur contrat de complémentaire santé

Type d'organismes	En %		
	Établissements ayant modifié en lien avec la loi une offre existante	Établissements non couverts avant la loi, ayant mis en place une offre de complémentaire santé	Établissements n'ayant pas modifié leur offre
Sociétés d'assurances	25	28	18
Instituts de prévoyance	23	22	26
Mutuelles	45	45	50
Courtiers	7	5	6
Ensemble	100	100	100

Lecture > 28 % des établissements qui ont souscrit une complémentaire santé pour se mettre en conformité avec la loi se sont tournés vers une société d'assurances contre 18 % pour ceux qui avaient déjà cette même complémentaire santé avant la généralisation.

Champ > Établissements du secteur privé proposant un ou plusieurs contrats souscrits auprès du même organisme, ce qui représente 92 % des établissements proposant une offre de complémentaire santé à leurs salariés.

Source > DREES, Irdes, enquête PSCE 2017, volet établissements.

Le niveau des garanties a été plus souvent décidé par accord de branche dans la restauration et le secteur agricole

Le mode de négociation des niveaux de garantie des complémentaires santé est très hétérogène selon les secteurs d'activité. Il diffère peu, au sein des secteurs, entre les établissements

nouvellement couverts et ceux qui l'étaient avant que la loi ne les y oblige.

Certains secteurs recourent majoritairement à la décision unilatérale de l'employeur pour fixer le niveau de remboursement. C'est notamment le cas de plus de la moitié des établissements des secteurs de l'industrie, la construction, le commerce,

Tableau 3 Répartition des modalités de décision des niveaux de remboursements selon le secteur et la taille des entreprises

		Par un accord de branche ou par une convention collective		Par une décision unilatérale de l'employeur		Par un accord pris au sein de l'établissement ou de l'entreprise		Autres	
		Couverts avant l'ANI	Nouvellement couverts	Couverts avant l'ANI	Nouvellement couverts	Couverts avant l'ANI	Nouvellement couverts	Couverts avant l'ANI	Nouvellement couverts
Ensemble		36	34	46	49	20	18	2	3
Taille	1 à 4 salariés	47	32	38	47	16	21	2	3
	5 à 9 salariés	49	35	41	51	12	15	2	3
	10 à 49 salariés	31	37	61	55	11	11	1	3
	50 à 249 salariés	18	-	63	-	21	-	3	-
	250 salariés ou plus	13	32	42	48	46	25	4	3
Secteur	Agriculture	84	-	13	19	3	-	3	-
	Industrie	35	29	53	60	13	12	3	1
	Construction	17	17	67	55	17	24	2	6
	Commerce	30	27	50	58	21	18	3	2
	Transports	13	-	38	-	51	-	2	-
	Hébergement et restauration	71	63	18	27	12	11	1	2
	Information, activités financières, immobilières	22	29	55	56	25	18	2	1
	Activités scientifiques et techniques / services administratifs	37	34	46	48	23	21	2	2
	Enseignement, santé humaine et action sociale	38	41	48	43	19	18	2	4
	Autres activités de services	57	35	26	39	18	23	3	8

Note > Plusieurs réponses étant possibles, les totaux sont supérieurs à 100 %.

Lecture > Dans les établissements dépendant d'entreprises de 10 à 49 salariés nouvellement couverts, les niveaux de remboursement ont été décidés par un accord de branche ou une convention collective dans 37 % des cas, par une décision unilatérale de l'employeur dans 55 % des cas, par un accord pris au sein de l'établissement dans 11 % des cas.

Champ > Établissements du secteur privé proposant un ou plusieurs contrats pour lesquels les niveaux de remboursement ont été décidés de la même manière, soit 98 % des établissements proposant un contrat.

Source > DREES, Irdes, enquête PSCE 2017, volet établissements.

ou encore celui de l'information, des activités financières et immobilières, que ce soit pour les entreprises proposant une offre avant la loi ou les autres. Dans d'autres secteurs, comme l'hébergement et la restauration, les garanties sont habituellement décidées par accord de branche. Dans le secteur agricole, pour les trois quarts des établissements²

le niveau des remboursements a été décidé par un accord de branche. En effet, l'accord national du 10 juin 2008 relatif à la protection sociale complémentaire en agriculture et à la création d'un régime de prévoyance (pour les salariés ayant au moins un an d'ancienneté) constitue sans doute une forme de généralisation avant l'heure. ■

Pour en savoir plus

> **Lapinte, A., Perronnin, M.** (2018, juillet). 96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1074.

2. Il y a trop peu d'établissements nouvellement couverts dans ce secteur pour les isoler.

Satisfaction des salariés à la suite de la généralisation de la complémentaire santé

En 2017, à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, plus de huit salariés sur dix sont couverts par leur entreprise. Cette adhésion obligatoire est globalement bien accueillie, puisque seulement un salarié sur cinq aurait refusé la complémentaire santé d'entreprise s'il avait eu le choix. De plus, deux tiers des salariés déclarant un changement de coût ou de remboursement en sont satisfaits. Les personnes auparavant couvertes par un contrat individuel sont plus fréquemment satisfaites que celles qui l'étaient par un contrat collectif. Enfin, un salarié au chômage sur deux bénéficie de la complémentaire santé de son précédent employeur, à la suite de l'allongement de la portabilité des contrats.

Environ un salarié sur cinq aurait refusé la complémentaire santé de son entreprise s'il avait eu le choix

En 2017, plus de huit salariés sur dix sont couverts par la complémentaire santé de leur entreprise (voir fiches 14 et 24), désormais obligatoire, à l'exception des salariés pouvant être dispensés d'adhésion (*encadré 1*). Un peu plus d'un salarié couvert sur cinq aurait refusé le contrat collectif s'il avait pu le faire, selon l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) [*encadré 2, premier champ*]. Ce taux est plus faible (environ un sur dix) pour les salariés déclarant que leur entreprise avait déjà mis en place une complémentaire santé de façon volontaire avant la généralisation et que celle-ci n'a pas été modifiée à la suite de la loi. Il est possible que ces offres, en moyenne plus généreuses que celles mises en place à sa suite (voir fiche 24), suscitent davantage de satisfaction auprès des salariés. De plus, les salariés habitués à l'offre proposée sont sans doute moins enclins à la comparer avec un autre type de contrat, ce qui peut contribuer à une adhésion plus forte.

Deux tiers des salariés déclarant un changement de coût ou de remboursement sont satisfaits de la généralisation

Au sein des établissements¹ ayant indiqué avoir modifié ou mis en place une complémentaire santé², près des deux tiers des salariés (*encadré 2, deuxième*

champ) déclarent un changement des remboursements ou du coût de leur complémentaire du fait de la généralisation de la complémentaire d'entreprise (*encadré 2*). Le tiers n'ayant pas déclaré de changement se compose de salariés non concernés, car non couverts auparavant ou ayant fait valoir une dispense d'adhésion au moment de la mise en conformité de l'entreprise (13 %), et de ceux qui déclarent que les remboursements et le coût sont restés identiques (20 %). Ces derniers peuvent ne pas avoir été concernés par les changements (par exemple, dans le cas de contrats étendus à certaines catégories de salariés) ou ne pas avoir perçu de changements pour eux-mêmes. L'établissement peut aussi avoir modifié la complémentaire sur d'autres aspects que les remboursements ou le coût.

Parmi les salariés couverts avant la réforme et déclarant un changement de niveau de remboursement ou de prix de leur complémentaire à la suite de la généralisation (passage d'une couverture individuelle à une couverture collective ou modification de la complémentaire d'entreprise), 75 % ont connu une modification des remboursements et des coûts, 8 % seulement des remboursements et 17 % seulement du coût.

Toujours parmi ces salariés, deux tiers se déclarent satisfaits ou très satisfaits de ces changements. À l'inverse, un peu plus d'un sur cinq sont insatisfaits ou très insatisfaits. Enfin, un peu plus d'un salarié sur

1. Établissement étant entendu comme l'unité de base de l'entreprise (voir fiche 25 et glossaire).

2. Ces établissements représentent 54 % des établissements dans lesquels on trouve 58 % des salariés.

dix est satisfait de l'évolution du coût mais insatisfait de celui des remboursements ou l'inverse.

Un niveau de satisfaction plus élevé parmi les salariés auparavant couverts par un contrat individuel

La part de salariés se déclarant satisfaits des changements induits par la généralisation est plus élevée parmi ceux qui sont passés d'une couverture individuelle à une couverture collective que parmi ceux déjà couverts par la couverture collective de leur entreprise. Concernant le niveau de remboursement, les premiers sont ainsi 77 % à être satisfaits, contre 66 % pour les seconds (*graphique 1*).

Le plus faible niveau de garanties des contrats individuels par rapport aux contrats collectifs peut expliquer ces différences (voir fiche 11) et indiquer que les entreprises nouvellement couvertes ont instauré des niveaux de garantie en moyenne plus élevés que ceux des contrats individuels. La différence de satisfaction entre les deux groupes se retrouve sur l'évolution du coût de la complémentaire santé : 62 % de salariés sont satisfaits parmi ceux couverts par la complémentaire santé de leur entreprise avant la loi, contre 79 % pour ceux qui étaient couverts par un contrat individuel. La prise en charge par l'employeur, à hauteur de 50 % minimum de la dépense totale, peut expliquer la

Encadré 1 Les dispenses d'adhésion

Dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les entreprises ont l'obligation de proposer une complémentaire santé à leurs salariés, ceux-ci ayant, de leur côté, l'obligation d'y souscrire.

Néanmoins, le salarié peut refuser une complémentaire santé obligatoire s'il répond à l'un des cas de dispenses prévu par la loi (article 911-2 du Code de la sécurité sociale). Ces dispenses concernent :

- > les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). La dispense s'applique jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS ;
- > les personnes déjà couvertes par une autre complémentaire santé, et plus précisément :
 - une autre complémentaire santé d'entreprise, si le salarié a plusieurs employeurs ;
 - une complémentaire santé d'entreprise d'un membre de sa famille (conjoint, parent, etc.) par lequel il est couvert de façon obligatoire¹ ;
 - un contrat d'assurances de groupe dit Madelin, destiné aux travailleurs indépendants, d'un membre de la famille ;
 - une complémentaire santé d'un membre de la famille (conjoint, parents), agent de l'État ou des collectivités territoriales ;
 - une couverture individuelle, et ce jusqu'à échéance de ce contrat².
- > les personnes dépendant du régime d'Alsace-Moselle ou de celui des industries électriques et gazières ;
- > les personnes en CDD de moins de trois mois, en contrat de mission ou en apprentissage ;
- > les personnes à temps très partiel (jusqu'à 15 heures par semaine) pour lesquelles le coût de la complémentaire santé dépasserait 10 % du montant de leur rémunération ;
- > les personnes salariées de l'entreprise au moment de la mise en place de la complémentaire santé à la suite d'une décision unilatérale de l'employeur, en l'absence d'accord de branche ou d'entreprise.

Par ailleurs, les salariés en CDD ou en contrat de mission de moins de 3 mois ayant fait valoir une dispense peuvent bénéficier d'une aide de la part de leur employeur appelée versement santé, leur permettant de financer en partie leur complémentaire santé.

1. La couverture du conjoint ou des enfants peut être facultative, obligatoire ou inexistante, selon les contrats collectifs.

2. Au moment de l'enquête, courant 2017, la plupart des contrats mis en place en lien avec la loi le sont depuis plus d'un an. De ce fait, peu de personnes peuvent encore faire valoir ce motif de dispense.

plus grande satisfaction des salariés qui, couverts auparavant en individuel, avaient à leur charge la totalité du coût de leur complémentaire.

14 % des salariés font valoir une dispense d'adhésion

En 2017, 14 % des salariés du privé ont fait valoir une dispense (voir fiche 14), parmi les 17 % qui déclarent ne pas être couverts *via* la complémentaire santé de leur entreprise³ (encadré 2).

Les salariés ayant fait valoir une dispense d'adhésion (encadré 1) évoquent deux principaux

motifs : être couvert par la complémentaire santé d'un membre de la famille (50 %), qui est, pour plus de la moitié d'entre eux, une couverture collective ; travailler dans l'entreprise au moment où la complémentaire santé a été mise en place par décision unilatérale de l'employeur⁴ (31 %) [tableau 1]. Par ailleurs, une minorité de salariés (2 %) déclarent être couverts par une complémentaire santé d'une autre entreprise où ils occupent également un emploi.

Le taux de dispense est particulièrement élevé parmi les salariés précaires (voir fiche 14). En effet,

Encadré 2 Les différents champs de l'enquête

Le volet « salariés » de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), menée par la DREES et l'Irdes, a eu lieu entre mai et juillet 2017 (conduisant à 7 533 réponses exploitables). Les salariés enquêtés sont ceux présents dans un établissement du secteur privé le 31 décembre 2015 (base de tirage). Les personnes travaillant dans un établissement où elles sont l'unique salarié ne sont pas interrogées.

Les analyses portent sur différents champs de salariés selon les questions de l'enquête mobilisées.

Le premier champ

Le comportement des salariés vis-à-vis de la souscription de la complémentaire santé (refus de la complémentaire ou dispenses d'adhésion) est analysé pour les individus toujours salariés du secteur privé au moment de l'enquête, ce qui représente environ 85 % de l'ensemble des salariés répondants.

Ces restrictions conduisent à exclure les individus salariés d'une entreprise du secteur privé au 31 décembre 2015 mais qui ne sont plus salariés du privé au moment de la mise en conformité de l'entreprise avec la loi ou au moment de l'enquête. Les salariés les plus instables sur le marché de l'emploi peuvent donc être sous-représentés.

Le deuxième champ

Les salariés qui se sont prononcés sur un éventuel changement du coût ou des remboursements sont ceux qui travaillaient dans un établissement ayant déclaré avoir mis en place ou modifié un contrat de complémentaire santé pour se mettre en conformité avec la loi et qui étaient présents dans l'établissement au moment de ce changement.

La satisfaction est mesurée pour ceux qui ont connu un changement, c'est-à-dire ceux déjà couverts par une assurance complémentaire avant la généralisation et bénéficiaires du contrat de leur entreprise après la généralisation. Ces salariés représentent 24 % des individus interrogés dans l'enquête.

Les personnes de ce champ peuvent au moment de l'enquête ne plus être salariées du privé.

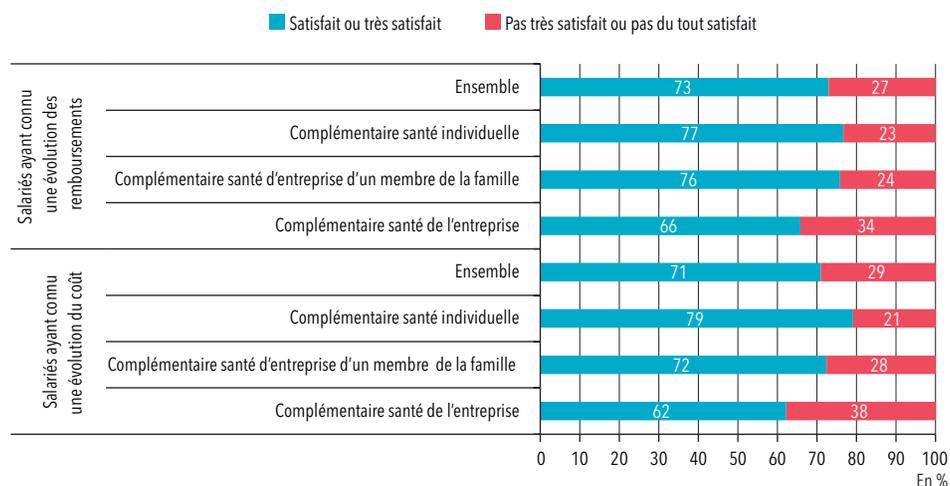
Le troisième champ

La question sur la portabilité des contrats est posée aux personnes qui ont quitté l'entreprise dans laquelle elles travaillaient au 31 décembre 2015, qui bénéficiaient d'une complémentaire santé par le biais de cette entreprise et qui ont connu une période de chômage après leur départ.

3. Les autres 3 % correspondent aux cas où l'entreprise ne propose pas de complémentaire santé, ou d'autres cas plus marginaux tels que « démarches en cours ».

4. La complémentaire santé peut avoir été mise en place à la suite d'un accord de branche, d'une convention collective, d'un accord au sein de l'établissement ou de l'entreprise à laquelle celui-ci est rattaché ou par une décision unilatérale de l'entreprise. Dans ce dernier cas, les salariés peuvent faire valoir une dispense d'adhésion.

Graphique 1 Opinion des salariés sur l'évolution du coût et des remboursements de leur complémentaire santé, selon leur couverture antérieure



Lecture > 66 % des salariés couverts auparavant par la complémentaire santé de leur entreprise, et pour lesquels les remboursements ont été modifiés à la suite de la mise en conformité de l'entreprise avec la loi, ont été satisfaits de cette évolution.

Champ > Salariés au 31 décembre 2015 dans une entreprise du secteur privé, présents dans l'entreprise au moment de la mise en place d'une complémentaire santé ou de la modification d'une complémentaire existante en lien avec la généralisation, et qui estiment respectivement que les remboursements ou le coût de la complémentaire santé ont été modifiés. Hors salariés dispensés d'adhésion au moment de la mise en conformité, hors salariés sans complémentaire santé auparavant.

Source > DREES, Irdes, enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, volet salariés.

Tableau 1 Motifs des dispenses d'adhésion

	En %
	Répartition
Travaillait déjà dans l'entreprise au moment où la complémentaire a été mise en place par décision unilatérale de l'employeur	31
Bénéficie de la complémentaire santé d'un membre de la famille	50
Dont couvert à titre obligatoire par la couverture santé d'entreprise d'un membre de la famille	26
Dont bénéficie de la couverture santé d'un membre de la famille qui est fonctionnaire ou indépendant	8
Dont bénéficie de la couverture santé du conjoint sans précision sur le type de couverture	16
Est en CDD, contrat de mission, apprenti	6
Travaille à temps partiel	5
Bénéficie de la CMU-C	3
Bénéficie de l'ACS	3
Couvert par la CSE d'un autre emploi	2
Autres raisons	7

Note > Le total est supérieur à 100 car plusieurs réponses sont possibles.

Lecture > 26 % des salariés du privé ayant fait valoir une dispense d'adhésion sont couverts à titre obligatoire par la couverture santé d'entreprise d'un membre de leur famille.

Champ > Salariés d'une entreprise privée proposant une complémentaire santé en 2017 et qui ne l'ont pas souscrite, déjà salariés du secteur privé au 31 décembre 2015, soit 963 observations.

Source > DREES, Irdes, enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, volet salariés.

quatre salariés sur dix en contrat à durée déterminée de moins de 12 mois en ont demandé une, comme la loi le leur permet.

Plus d'un salarié sur deux au chômage fait valoir son droit à portabilité

Un des enjeux de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise est l'accès à une couverture collective pour l'ensemble des salariés et, plus particulièrement, l'extension des accords aux salariés les plus précaires. Pour répondre à cet objectif, la loi a étendu la portabilité des contrats de complémentaire santé en cas de chômage. Celle-ci permet aux salariés ainsi qu'à leurs ayants droit de continuer à bénéficier de la complémentaire santé collective d'entreprise à titre gratuit, pendant une période d'un an maximum après la fin du contrat de travail (encadré 3).

L'enquête PSCE permet d'identifier les personnes qui ont connu une période de chômage après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Parmi ceux qui bénéficiaient au moment de leur départ d'une complémentaire santé d'entreprise (champ 3), plus de la moitié déclarent l'avoir conservée à ce moment-là (56 %) [encadré 2, troisième champ]. Ils ont été informés de cette possibilité pour la grande majorité d'entre eux par l'entreprise (80 % des cas), et parfois par l'organisme de complémentaire santé (13 %) ou en se renseignant par leurs propres moyens (8 % des cas)⁵. Parmi ceux qui n'en ont pas bénéficié : trois sur dix ne savaient pas que cela était possible ; quatre sur dix y ont renoncé car ils étaient couverts par ailleurs ; deux sur dix ont choisi de ne pas avoir de complémentaire santé et enfin un sur dix ne remplissait pas les conditions pour en bénéficier. ■

Encadré 3 La portabilité des contrats

Les salariés, quel que soit leur contrat de travail, qui bénéficiaient d'une complémentaire santé d'entreprise avant de se retrouver au chômage, peuvent bénéficier de la portabilité de leurs garanties de complémentaire santé collective, s'ils ont été couverts collectivement par l'employeur pour les garanties santé et s'ils bénéficient d'allocations d'assurance chômage. L'employeur informe l'assureur de la rupture du contrat de travail et précise le maintien des garanties dans le certificat de travail. Le salarié doit, quant à lui, adresser un justificatif de prise en charge par l'assurance chômage à l'organisme assureur.

Le dispositif de portabilité est gratuit pour les salariés qui en bénéficient.

Ce maintien des garanties aux anciens salariés de l'entreprise peut être financé :

- > soit par un système de « mutualisation », le coût est alors partagé entre les salariés présents dans l'entreprise et l'employeur. Il est directement pris en compte dans le montant des contributions versées au titre de chaque salarié de l'entreprise ;
- > soit par le seul employeur : il y a alors maintien de l'exclusion d'assiette pour les contributions que l'employeur continue de verser à ce titre, dans les mêmes conditions.
- > La portabilité débute dès la date de rupture du contrat de travail. Aucune suspension des garanties n'est appliquée. Elle ne peut dépasser 12 mois, contre 9 mois avant la généralisation, et elle varie selon la durée du contrat de travail.

Pour en savoir plus

- > Pierre, A., Jusot, F., Raynaud, D., Franc, C. (2018, juin). Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation *ex ante* des gains et des pertes de bien-être. Irdes, *Document de travail*, 75.

5. Plusieurs réponses sont possibles, d'où un total légèrement supérieur à 100 %.



Vue d'ensemble
Fiches thématiques

Annexes ◀

Dispositifs publics et évolutions réglementaires dans le champ de la complémentaire santé

Les pouvoirs publics ont actionné plusieurs leviers afin de favoriser la couverture de la population par une complémentaire santé. Différents dispositifs (exonérations fiscales ou sociales, labellisation des contrats, etc.) coexistent. Tout en ciblant parfois certaines situations catégorielles identifiées, ils répondent à l'un ou l'autre des objectifs suivants : favoriser l'acquisition d'une complémentaire santé en réduisant le coût de celle-ci ; garantir dans le même temps une qualité de prestations.

La standardisation de l'offre pour responsabiliser les organismes complémentaires

Les obligations des contrats responsables et solidaires

Le dispositif des contrats dits responsables et solidaires subordonne le bénéfice des conditions fiscales et sociales les plus favorables sur les contrats de complémentaire de santé au respect d'un certain nombre d'obligations, afin d'améliorer l'accès aux soins.

Ce type de contrats résulte de deux dispositions. Premièrement, selon la loi de finances rectificative pour 2001, les contrats solidaires ne peuvent recourir à un questionnaire médical et appliquer des tarifs directement liés à l'état de santé.

Deuxièmement, le dispositif des contrats responsables a été créé en 2004, puis réformé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014. Les dispositions de 2014 ont renforcé les exigences en matière de prise en charge des frais de santé. Ainsi, les contrats responsables :

- ne peuvent couvrir la majoration du ticket modérateur en cas de consultation hors du parcours de soins, les participations forfaitaires et les franchises, et ce, afin de responsabiliser les assurés ;
- doivent offrir une couverture minimale de qualité, prenant en charge les forfaits journaliers en

établissements hospitaliers sans limitation de durée, ainsi que l'intégralité des tickets modérateurs, hormis ceux des médicaments à service médical rendu faible ou modéré, des spécialités homéopathiques et des frais de soins thermaux. Les contrats proposant une prise en charge supérieure au ticket modérateur en optique doivent, de surcroît, respecter des planchers de prise en charge afin d'assurer un accès effectif à ces dispositifs médicaux ;

- respectent des plafonds de prise en charge, afin de lutter contre certaines pratiques inflationnistes. Ces contrats ne peuvent ainsi couvrir les frais d'équipements d'optique au-delà de certains tarifs et en deçà d'une périodicité minimale de renouvellement. De même, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limitée à 100 % du tarif de responsabilité ;

- permettent aux assurés de bénéficier du tiers payant, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, sur les prestations faisant l'objet des garanties contractuelles. Ce cahier des charges sera prochainement revu à la suite de la réforme « 100 % santé », qui améliorera progressivement la prise en charge en optique, audiologie et soins prothétiques dentaires d'ici à 2021 (*encadré 1*).

Les dispositions fiscales associées aux contrats solidaires et responsables

Le taux de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) est réduit pour les contrats répondant aux critères solidaires et responsables. Jusqu'au 1^{er} janvier 2016, les contrats d'assurance maladie complémentaire étaient assujettis à deux contributions dont l'assiette était proche : la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA). La LFSS pour 2015 a institué, pour les contrats d'assurance maladie complémentaire, la fusion de ces deux dispositifs au sein d'une TSA rénovée¹.

1. Cette fusion a conduit à l'addition des taux de TSA et de TSCA existant tout en conservant la modulation entre contrats responsables et non responsables qui n'existait, initialement, que pour la seule TSCA.

La taxe de solidarité additionnelle (TSA) est désormais assise sur le montant des sommes versées au profit des organismes complémentaires santé.

Depuis 2012, les garanties afférentes aux contrats solidaires et responsables sont assujetties au taux « normal » de TSA, c'est-à-dire de 13,27 % pour les contrats de complémentaires pour frais de santé. Ce taux est majoré de 7 points en cas de non-respect des critères de ces contrats. La part largement prépondérante des contrats solidaires et responsables (96 % de l'assiette des contrats pour frais de santé en 2017) illustre le caractère incitatif du dispositif, dès lors que le recours aux contrats ne répondant pas à ces critères reste résiduel. Cette majoration de fiscalité applicable aux contrats non solidaires et responsables représente un surcroît de rendement d'environ 87 millions d'euros en 2017 (soit 2 % du produit total de la TSA).

En outre, les cotisations et les primes versées pour le bénéfice des contrats d'assurance maladie solidaires et responsables sont exclues de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), afin

de rendre le dispositif plus incitatif pour que les organismes complémentaires proposent ce type de contrats.

Des aides en faveur de la généralisation de la complémentaire santé ciblées selon le statut professionnel

Les aides en faveur de l'accès à la complémentaire santé ont été pensées par catégorie professionnelle, et non pas de manière unifiée, afin de tenir compte des spécificités de situations différentes. Par ailleurs, le champ des aides est parfois plus large que la seule complémentaire santé et recouvre également souvent la prévoyance et la retraite.

Les salariés du privé

Du point de vue des prélèvements sociaux, les contrats collectifs de prévoyance complémentaire – notamment de complémentaire santé – souscrits par les employeurs bénéficient d'aides depuis près de quarante ans. Dès 1979, une exemption d'assiette des cotisations sociales (part patronale et salariale) a été mise en place pour les contributions

Encadré 1 La mise en œuvre du « 100 % santé » en optique, audiologie et dentaire

La réforme « 100 % santé » vise à garantir l'accès à une offre sans reste à charge après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire. Les paniers de soins « 100 % santé » en optique, audiologie et soins prothétiques dentaires, composés d'équipements répondant aux besoins de santé publique des assurés et à des exigences de qualité, ont des tarifs encadrés par des prix limites de vente applicables aux professionnels.

Les lunettes et les aides auditives « 100 % santé » bénéficieront d'une prise en charge accrue par l'assurance maladie obligatoire. Les contrats responsables et solidaires devront en outre couvrir intégralement les prix des équipements 100 % santé afin de garantir l'absence de reste à charge :

- > pour les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020 s'agissant de l'optique et d'une partie du dentaire ;
- > pour les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2021 s'agissant de l'intégralité des trois secteurs.

Les conditions de prise en charge des contrats responsables seront de plus ajustées :

- > en optique, une périodicité de renouvellement des équipements optique infra-annuelle sera désormais possible en cas de motifs médicaux et les plafonds de prise en charge des montures et des équipements seront abaissés de 50 euros ;
- > en audiologie, une périodicité minimale de renouvellement des aides auditives sera fixée à 4 ans et un plafond de prise en charge sera instauré à hauteur de 1 700 euros par audioprothèse.

La couverture minimale collective dans le cadre de la réforme du « 100 % santé » sera elle aussi adaptée à compter du 1^{er} janvier 2020, les contrats collectifs étant obligatoirement conformes au cahier des charges des contrats responsables. À ce titre, les contrats collectifs devront obligatoirement couvrir intégralement les équipements du panier de soins « 100 % santé », ainsi qu'à hauteur, au minimum, des planchers définis dans le cadre de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 pour l'optique et le dentaire pour les équipements autres que 100 % santé.

des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance.

Désormais, afin d'encourager les employeurs à développer au profit de leurs salariés des garanties de prévoyance complémentaire de qualité, et accompagner ainsi la diffusion des contrats responsables, les contributions des employeurs destinées au financement de la complémentaire santé de leurs salariés sont exclues de l'assiette des cotisations sociales sous certaines conditions :

- le bénéfice de cette exemption d'assiette est réservé aux garanties revêtant un caractère collectif et obligatoire et implique que le contrat souscrit soit solidaire et responsable ;
- le montant de cette exemption est plafonné² pour éviter tout risque de substitution avec le salaire.

Par ailleurs, les contributions des employeurs destinées à financer la complémentaire santé des salariés bénéficient d'un taux de forfait social³ réduit à 8 %, contre 20 % pour le taux de droit commun. Les entreprises de moins de 11 salariés sont totalement exonérées de cette contribution.

Du côté fiscal, les cotisations salariales de prévoyance complémentaire sont déductibles de la rémunération imposable pour le calcul de l'impôt sur le revenu sous certaines conditions et dans certaines limites. Ainsi, pour bénéficier de cette déduction, les contrats souscrits doivent être collectifs et obligatoires et revêtir un caractère responsable de la même manière que pour l'exemption d'assiette sociale. Par ailleurs, un plafond⁴ de déduction a été instauré.

Les prélèvements à la charge des entreprises ont ainsi constitué le socle des incitations aux contrats collectifs. Depuis, les employeurs ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés d'une couverture complémentaire en matière de frais de santé.

L'article 1^{er} de la loi de sécurisation de l'emploi, instaurant l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale, a généralisé la couverture complémentaire santé pour tous les salariés. Depuis le 1^{er} janvier

2016, tous les employeurs doivent donc faire bénéficier l'ensemble de leurs salariés d'un régime de remboursement complémentaire de frais de santé. Cette couverture doit être financée au moins pour moitié par l'employeur.

Le niveau minimal de la couverture est conforme à celui des contrats responsables et comporte en sus :

- la prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et des soins d'orthopédie dento-faciale ;
- un forfait de prise en charge des dispositifs d'optique, fonction du niveau de correction de l'assuré (100 euros, 150 euros ou 200 euros).

En outre, pour les salariés en contrat court ou à temps partiel, a été instauré un « versement santé »⁵ qui consiste en un financement attribué sous certaines conditions par l'employeur, afin de participer à l'acquisition de la couverture complémentaire santé qu'ils ont souscrite à titre individuel. Il s'agit donc d'un dispositif alternatif à la couverture collective obligatoire.

Le montant du versement correspond, pour la période d'emploi concernée, à la contribution que l'employeur aurait versée pour la couverture collective de la catégorie de salariés à laquelle appartient le salarié concerné.

Pour bénéficier du « versement santé », le salarié doit avoir souscrit par ailleurs une complémentaire santé individuelle qui respecte le cahier des charges des contrats solidaires et responsables et qui ne bénéficie pas déjà d'un financement public (CMU-C ou ACS). Il ne doit pas non plus s'agir d'une couverture collective mise en place par un autre employeur, y compris en tant qu'ayant droit.

L'ensemble des fonctionnaires

L'article 22bis de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires définit le caractère social et l'étendue du champ de la protection sociale

2. N'est concernée par l'exemption que la fraction des contributions n'excédant pas un montant égal à la somme de 6 % du plafond de la sécurité sociale et de 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale. Le total des contributions exonérées ne peut excéder 12 % du plafond de la sécurité sociale.

3. Contribution à la charge de l'employeur sur la base des rémunérations directes ou indirectes non soumises aux cotisations sociales mais qui sont assujetties à la CSG.

4. Il est égal au plus faible des deux montants suivants : 5 % du plafond annuel de la sécurité sociale + 2 % de la rémunération annuelle brute et 2 % de huit fois le plafond annuel de la sécurité sociale ;

5. Le dispositif a été instauré par l'article 34 de la LFSS pour 2016 (article L. 911-7-1 du Code de la sécurité sociale).

complémentaire au bénéfice des agents des trois fonctions publiques (fonctions publiques d'État, territoriale et hospitalière). L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé des employeurs publics au bénéfice des agents publics a évolué sous l'influence de la jurisprudence européenne⁶.

La loi du 2 février 2007 est venue préciser que les personnes publiques peuvent « contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent », à condition que leur participation soit « réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre d'une solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités ».

Ces principes posés pour la fonction publique d'État ont été rendus applicables à la fonction publique territoriale⁷. Dans la fonction publique hospitalière, la participation de l'employeur à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé ne fait pas l'objet d'encadrement.

Au sein de la fonction publique d'État, l'attribution de la participation de l'employeur est réservée à un ou plusieurs organismes dits de référence, sélectionnés par l'employeur public à la suite d'une procédure de mise en concurrence donnant lieu à la signature de conventions entre l'employeur public et les organismes concernés. Ces organismes sont référencés pour une période de sept ans.

Les caractéristiques essentielles du dispositif sont les suivantes⁸ :

- l'adhésion ou la souscription des agents reste facultative et la couverture est de nature individuelle. En effet, les agents adhèrent eux-mêmes aux règlements ou souscrivent aux contrats proposés par

l'organisme référencé. La couverture des agents (actifs et retraités) est toutefois obligatoire pour l'organisme assureur ;

- le couplage des garanties santé et prévoyance est obligatoire avec des niveaux minimaux de garanties pour chacun de ces risques. Les garanties « santé » doivent ainsi correspondre aux dispositions relatives aux contrats responsables. En matière de prévoyance, il est imposé un revenu plancher au bénéfice des agents ;

- le dispositif prévoit des transferts solidaires entre les agents (absence de limite d'âge à l'adhésion notamment). Par ailleurs, le dispositif de référencement impose certaines obligations aux organismes assureurs (notamment, maîtrise des tarifications entre les souscripteurs et adhérents dans la même situation et tarification en fonction de la rémunération) ;

- l'aide est versée directement aux organismes, en fonction des transferts de solidarité opérés par l'organisme assureur. L'employeur public détermine chaque année le montant de la participation qu'il entend verser à l'organisme de référence ou répartie entre les organismes de référence, s'ils sont plusieurs. La participation est évaluée en fonction des transferts de solidarité intergénérationnels et familiaux mis en œuvre par le ou les organisme(s) référencé(s), et au regard du nombre d'agents affiliés.

Dans la fonction publique territoriale (FPT) coexistent deux dispositifs : la labellisation et le référencement. Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent accorder leur participation⁹ :

- soit au titre de contrats ou règlements auxquels un label a été délivré (procédure de labellisation) : il est proposé aux agents de souscrire un contrat ou

6. La participation de l'État doit satisfaire aux principes du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) en matière d'aides d'État. Ces aides doivent ainsi avoir un caractère social, être accordées à titre individuel et sans discrimination quant à l'origine des produits. En outre, selon les principes de la jurisprudence communautaire, les aides versées doivent s'inscrire dans le cadre d'une procédure transparente et non discriminatoire.

7. La loi n° 2007-148 du 2 février 2007 a créé un article 22bis dans la loi de 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Ce texte permet aux personnes publiques de « contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent », à condition que leur participation soit « réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre d'une solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités ». S'agissant de la fonction publique territoriale, la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale renvoie dans son article 88-2 à cet article 22 bis.

8. Voir le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

9. Voir le décret du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

d'adhérer à un règlement dont le caractère solidaire et responsable aura été préalablement vérifié. Cette vérification s'effectue sous la responsabilité de prestataires, dits labelliseurs, habilités à cette fin par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) ;

- soit au titre d'une convention de participation (procédure de référencement) : l'employeur public choisit à travers une procédure d'appel d'offres un seul organisme assureur pour lequel ses agents bénéficieront d'une participation. Le choix est fondé sur des critères de solidarité (notamment, le rapport entre les garanties et le tarif proposés, le degré effectif de solidarité intergénérationnelle et familiale entre les adhérents ou les souscripteurs, la maîtrise financière du dispositif et les moyens destinés à assurer une couverture effective des personnes les plus âgées ou les plus exposées aux risques couverts).

Quelle que soit la procédure, l'adhésion des agents est facultative et individuelle¹⁰. Par ailleurs, la participation de l'employeur est intégralement répercutée sur la cotisation de l'agent et sera :

- soit directement versée aux agents ayant souscrit un contrat labellisé ou issu du référencement ;
- soit versé à l'organisme auprès duquel l'agent aura souscrit un contrat labellisé ou issu du référencement.

Les demandeurs d'emploi et les retraités

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, dite loi Évin, impose aux organismes assureurs d'organiser les modalités de maintien de la complémentaire santé, afin de permettre aux anciens salariés garantis collectivement de conserver leur couverture complémentaire à un tarif encadré.

Le contrat « frais de santé » doit ainsi prévoir les conditions dans lesquelles l'organisme assureur maintient cette couverture au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement sans conditions de durée. Pour ces bénéficiaires, la couverture au titre l'article 4 de la loi Evin

précitée ne fait l'objet d'aucune limitation de durée ;

- des ayants droit de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

Le décret du 21 mars 2017 organise par ailleurs un plafonnement progressif des tarifs, échelonné durant trois ans¹¹.

Les travailleurs indépendants et les professions agricoles

La différence de taux de TSA entre contrats solidaires et responsables et ceux qui ne le sont pas est renforcée pour les exploitants agricoles et leurs salariés. En effet, ceux-ci bénéficient d'un régime spécifique favorable sur leur contrat de frais de santé, avec un taux de TSA de 6,27 % (le taux de 20,27 % pour les contrats qui ne sont pas responsables et solidaires étant inchangé). Ce taux minoré fait partie de la politique sectorielle agricole, cette disposition fiscale ayant une incidence directe sur la rentabilité de leur activité. Le caractère incitatif de cette majoration de fiscalité produit ses effets, puisque la part des contrats solidaires et responsables représente en 2017, pour cette catégorie de population, 98 % de l'assiette.

En application du paragraphe II de l'article 154 bis du Code général des impôts, les cotisations et primes versées au titre d'un contrat d'assurance de groupe (contrat « Madelin ») de prévoyance sont déductibles de l'assiette d'imposition sur le revenu des travailleurs indépendants, dans la limite du plafond déterminé en fonction du bénéfice imposable et du plafond annuel de sécurité sociale¹².

Des aides directes ciblées sur les populations les plus vulnérables

La couverture maladie universelle complémentaire

Créée par la loi du 27 juillet 1999, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet aux assurés les plus modestes de bénéficier

10. Article 88-2 de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

11. La première année suivant la sortie du contrat d'assurance collectif, il est prévu que les tarifs restent identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. La deuxième année, il est prévu que ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. La troisième année, ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

12. Le montant déduit au titre des contrats de prévoyance ne peut être supérieur à la somme de 7 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) et de 3,75 % du bénéfice imposable, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3 % de huit fois le PASS.

d'une couverture complémentaire santé gratuite d'une durée de 12 mois renouvelable.

Pour les bénéficiaires de la CMU-C, la prise en charge en tiers payant intégral du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier de manière illimitée, ainsi que des dépassements au-delà des tarifs de responsabilité dans le cadre de forfaits plafonnés (prothèses dentaires, orthodontie, optique, aides auditives) et de divers dispositifs médicaux (déambulateurs, pansements, etc.) permet de couvrir une grande partie des dépenses de soins. L'interdiction faite aux professionnels de pratiquer des dépassements pour ses bénéficiaires limite aussi considérablement les restes à charge.

Pour les organismes gestionnaires de la CMU-C (privés ou publics), les dépenses de santé engagées sont remboursées par le Fonds CMU-C à leur coût réel dans la limite d'un montant forfaitaire par bénéficiaire, arrêté chaque année en fonction de l'évolution du coût moyen observé (401 euros en 2019). La prise en charge des prestations au titre de la CMU-C ne donne concrètement pas lieu à un versement aux organismes complémentaires, les charges correspondantes étant déduites par ces derniers des montants dus au titre de la TSA chaque trimestre, dans la limite du forfait susmentionné. Les dépenses de CMU-C représentaient pour l'ensemble des postes de soins 2,2 milliards d'euros en 2017, dont 222 millions pris en charge par les organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C.

L'aide au paiement d'une complémentaire santé

Afin de lisser l'effet de seuil pour les personnes dont le niveau de ressources s'élevait légèrement au-dessus du plafond CMU-C (jusqu'à +35 %), a été créée en 2004 l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Cette aide financière, dont le montant est variable en fonction de l'âge, est déductible du montant des primes de complémentaire santé. Depuis juillet 2015, cette aide est utilisable sur les seuls contrats sélectionnés par l'État à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. L'ACS permet ainsi de financer en moyenne 62 % du coût de la complémentaire santé de ses bénéficiaires.

Un certain nombre d'avantages connexes, réservés

initialement aux bénéficiaires de la CMU-C, ont été progressivement étendus à ceux de l'ACS : interdiction des dépassements d'honoraires par les médecins généralistes ou spécialistes (2013), tiers payant intégral (2015), exonération des franchises médicales et participations forfaitaires (2015), application des plafonds tarifaires sur les soins prothétiques dentaires et l'orthodontie depuis octobre 2017.

Les organismes complémentaires gestionnaires de l'ACS minorent chaque trimestre, sous la forme d'un crédit d'impôt, les montants de la TSA dus d'un quart du montant de l'aide accordée à leurs adhérents bénéficiaires de l'ACS. Les dépenses d'ACS se sont élevées à 324 millions d'euros en 2017.

L'extension de la CMU-C à compter de novembre 2019

Malgré les améliorations progressives de l'ACS, le taux de non-recours au dispositif demeure élevé du fait de multiples facteurs : manque de lisibilité de l'articulation entre la CMU-C et l'ACS, lourdeur des démarches à accomplir, ou encore persistance de restes à charge importants sur les primes de contrats ACS et de frais élevés sur certains postes de soins.

Aussi la LFSS pour 2019 a-t-elle prévu une refonte de ces dispositifs afin de faciliter l'accès aux droits. La CMU-C sera ouverte aux personnes actuellement éligibles à l'ACS, à compter de novembre 2019, dès lors qu'elles acquittent une participation financière dont le montant varie en fonction de leur âge. Le niveau de participation sera ainsi maîtrisé, s'élevant au maximum à 30 euros par mois pour les tranches les plus élevées. Les bénéficiaires auront une couverture intégrale d'un large panier de soins, couvrant par exemple l'ensemble des médicaments mais aussi un grand nombre de dispositifs médicaux.

Dans le cadre de l'extension de la CMU-C, les organismes complémentaires seront remboursés des dépenses de santé réellement engagées pour la prise en charge des bénéficiaires, majorées d'un coefficient au titre des frais de gestion induits par le recouvrement des participations financières. Le remboursement s'appuiera sur une déduction de la TSA. Le montant de la participation versée par l'assuré sera exonéré de la TSA. ■

Nous remercions le service études de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour son expertise.

L'enjeu : la solvabilité des organismes d'assurances

La solvabilité est la capacité qu'a un assureur de respecter les engagements qu'il a pris auprès de ses assurés, c'est-à-dire de pouvoir verser, à tout moment, les indemnisations à ceux qui en ont acquis le droit (remboursements de frais de soins en assurance complémentaire santé, rentes promises en assurance retraite, etc.). Les engagements des organismes d'assurances vis-à-vis de leurs assurés sont comptabilisés, au passif du bilan, par des « provisions techniques ». En regard de ces provisions techniques, et pour les représenter, les cotisations (ou primes) collectées sont placées sous forme de différents types d'actifs (obligations, actions, biens immobiliers, etc.) enregistrés à l'actif du bilan des assureurs et qu'ils peuvent liquider pour régler ces indemnisations. Les organismes possèdent également des fonds propres (notamment le capital qui appartient à la société, apporté à la création de celle-ci et alimenté par les éventuels bénéfices mis en réserve année après année) permettant de faire face aux chocs ou aux cas dans lesquels les provisions techniques s'avèreraient insuffisantes (crise financière, nombre de sinistres à indemniser plus important que prévu, pertes de contrats, etc.). Les fonds propres sont également représentés par divers actifs : actions, obligations, etc.

Des organismes d'assurances exposés à de nombreux risques

Les organismes d'assurances sont exposés à de nombreux risques pouvant mettre en péril leur solvabilité. Certains sont liés à leurs activités d'assurances *stricto sensu*. Ainsi, le risque de mortalité et d'espérance de vie se définit par la sur ou sous-mortalité due à un choc externe imprévu ; le risque de souscription par un profil de souscripteurs pouvant être différent de ce que l'assureur avait anticipé, les contrats pouvant alors se révéler déficitaires ; et, enfin, le risque opérationnel qui se

résume aux conséquences de défaillances ou de négligences au sein de l'organisme, de fraudes de la part des assurés.

D'autres risques sont liés aux placements des cotisations. Le risque de défaut ou de contrepartie renvoie à la faillite d'un État ou d'une entreprise dont l'assureur détient des actifs ; le risque de marché est lié aux actifs qui perdent de leur valeur ; le risque de concentration existe quand le portefeuille de l'assureur comporte trop d'actifs du même émetteur, entreprise ou pays, ce qui l'expose fortement en cas de faillite de celui-ci. Enfin, le risque de liquidité renvoie à la plus grande difficulté de trouver des acheteurs rapidement pour certains actifs.

Le régime Solvabilité II renforce les exigences de solvabilité et limite l'impact économique pour les assureurs européens

Le régime Solvabilité II est entré en application le 1^{er} janvier 2016 et se substitue au régime Solvabilité I pour une majorité des organismes du secteur. Bien que révisé partiellement en 2002, le cadre prudentiel datait des années 1970. Les évolutions économiques et politiques, comprenant l'intégration croissante des marchés financiers et assurantiels au niveau mondial, ainsi que la volonté de créer un véritable marché unique européen justifiaient une modification en profondeur de Solvabilité I.

Ce dernier imposait notamment des contraintes sur le placement des actifs en représentation des provisions techniques (pas plus de 65 % d'actions, pas plus de 40 % d'actifs immobiliers...) et orientait ainsi les investissements des assureurs vers certains types d'actifs seulement.

Le régime Solvabilité II affirme le principe de liberté d'investissement pour les assureurs européens afin qu'ils accomplissent leur mission d'investisseurs et soient plus compétitifs face à leurs concurrents internationaux. En contrepartie, les règles de prudence doivent être mieux proportionnées aux risques

réellement encourus par les organismes. Ainsi, la détention d'actions d'entreprises nécessite désormais davantage de fonds propres que la détention d'actifs moins risqués comme les obligations d'État ou les biens immobiliers. En harmonisant les règles entre pays européens et en renforçant la transparence, Solvabilité II doit également permettre de réduire les distorsions de concurrence et favoriser un marché européen unique de l'assurance. Les groupes d'assurances, notamment internationaux, sont également mieux suivis. Ces mesures visent à garantir une protection uniforme et améliorée des assurés dans toute l'Union européenne et à faire baisser les prix des contrats.

Le régime Solvabilité II repose sur trois exigences : quantitatives (mesures chiffrées des besoins en capitaux garantissant la solvabilité), qualitatives (règles régissant la gouvernance et la structure des organismes) et des exigences de transparence (communication de données au superviseur et d'information auprès du public). Le respect de ces règles, définies par une directive européenne, est assuré par l'autorité de contrôle nationale de chaque pays. L'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (AEAPP ou EIOPA en anglais) coordonne la mise en œuvre de cette réglementation au niveau européen. Ainsi, l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), autorité administrative indépendante adossée à la Banque de France, veille au respect des exigences de solvabilité de l'ensemble des organismes d'assurances agréés en France, avec pour mission de protéger les intérêts des assurés et de veiller à la stabilité du système financier.

Des indicateurs quantitatifs pour mieux mesurer la solvabilité des organismes d'assurances

Deux nouveaux indicateurs quantitatifs seront particulièrement surveillés : le capital de solvabilité requis (*Solvency capital requirement* - SCR) et le minimum de solvabilité requis (*Minimum capital requirement* - MCR). Le SCR correspond au montant de fonds propres nécessaires pour limiter à 0,5 % la probabilité de ruine au cours d'une année (soit en moyenne une faillite tous les deux cents ans). Il s'agit donc d'un montant cible permettant d'exercer une activité d'assurance dans

la durée. Toutes les pertes potentielles doivent être évaluées pour les différents risques auxquels les assureurs sont exposés (risques de marché, de souscription, de concentration...). Une « formule standard » et harmonisée de calcul du SCR est proposée par la réglementation de Solvabilité II, mais les organismes peuvent aussi développer leurs propres modèles. Ces modèles internes, qui peuvent concerner tout ou partie des modules de risques, doivent recevoir une approbation préalable de l'autorité de contrôle nationale. Le SCR peut ainsi devenir un outil de pilotage pour les organismes. Pour les groupes d'assurances, un SCR au niveau du groupe est aussi calculé.

Le minimum de solvabilité requis (MCR) correspond, lui, au niveau de fonds propres en dessous duquel les intérêts des assurés sont considérés comme étant en danger. Il déclenche le retrait de l'agrément qui permet d'exercer l'activité d'assurance, s'il n'est pas rétabli dans les trois mois.

Enfin, les organismes doivent classer leurs fonds propres en trois niveaux selon leur qualité, c'est-à-dire selon leur capacité à absorber les pertes, à être rapidement mobilisables, disponibles en permanence et sans charge financière. 50 % du SCR et 80 % du MCR doivent être couverts par des fonds propres de la meilleure qualité (niveau 1).

Des exigences sur la gouvernance des organismes

Les risques ne peuvent être correctement appréhendés et gérés qu'au moyen d'exigences envers la gouvernance des organismes, et pas uniquement par la surveillance d'indicateurs quantitatifs. Ainsi, chaque organisme d'assurances doit désormais procéder à une évaluation interne de ses risques et de sa solvabilité (*Own Risk and Solvency Assessment* - ORSA). Cette évaluation fait l'objet d'un rapport, transmis à l'autorité de contrôle. Il doit également désigner deux dirigeants effectifs faisant preuve d'un niveau suffisant de « compétence et d'honorabilité ». Sa structure organisationnelle doit être plus transparente et les responsabilités doivent être clairement définies entre les quatre fonctions clés que sont la gestion des risques, la vérification de la conformité, l'audit interne et la fonction actuarielle.

Des exigences de transparence pour favoriser le contrôle et la discipline de marché

Enfin, les organismes doivent fournir aux autorités de contrôle les données trimestrielles et annuelles complémentaires aux SCR et MCR, dont elles ont besoin pour assurer leur mission. Afin de renforcer les mécanismes de concurrence et la discipline au sein du secteur, les organismes et groupes d'assurances doivent aussi fournir au public un rapport annuel présentant leur situation financière, leurs comptes et leur niveau de solvabilité.

Une première révision en 2018 pour Solvabilité II

Le cadre réglementaire de Solvabilité II prévoyait une première révision en 2018. Cette première révision concerne le calibrage de l'exigence en capital (SCR). Son objectif est de simplifier la formule de calcul standard. Une autre révision est prévue pour 2020. ■

Pour en savoir plus

- > **Dreyfuss, M.-L.** (2015). *Les grands principes de Solvabilité II (3^e édition)*. Paris, France : Les fondamentaux de l'Argus de l'assurance.
- > Règlement délégué 2015/35 complétant la directive 2009/138/CE sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (Solvabilité II).

Les sources de données sur la couverture complémentaire

Le nombre et la complexité des questions soulevées par le thème de la couverture complémentaire santé conduisent à disposer d'informations collectées auprès de trois catégories d'acteurs : les organismes complémentaires (1 et 2), les ménages (3, 4) et les entreprises (4). C'est donc sur ce triptyque, complétés par les données de santé issues de sources administratives (5) que repose le dispositif d'observation de la complémentaire santé.

1) L'enquête de la DREES auprès des organismes de complémentaire santé sur leurs contrats les plus souscrits

(Fiches 9, 10, 11, 15, 19, 20, 22, 23)

Afin de mieux connaître les contrats commercialisés par les organismes complémentaires, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a mis en place en 2000 une enquête auprès des mutuelles et qui s'est ensuite étendue aux institutions de prévoyance, puis aux sociétés d'assurances.

L'enquête est menée conjointement auprès des trois types d'organismes depuis 2002. Initialement, les questions portaient sur trois points de référence dans le marché des contrats individuels et collectifs : le contrat « minimum » (ou contrat d'entrée, offrant la plus faible couverture en soins dentaires et en optique), le contrat « maximum » (offrant la plus forte couverture en soins dentaires et en optique) et entre ces deux extrêmes le contrat « modal » le plus souvent souscrit.

Au cours de l'année 2005, l'enquête a fait l'objet d'une refonte complète et le questionnaire a été profondément remanié, significativement allégé et recentré sur l'offre de soins proposée par les contrats les plus souscrits. Cette enquête détient depuis 2005 le label d'intérêt général et de qualité statistique avec obligation de réponse, délivré par le Conseil national de l'information statistique (CNIS). Dans l'enquête rénovée, les organismes complémentaires sont interrogés sur un champ plus vaste de leur activité ; ils décrivent les caractéristiques et les niveaux de garantie de leurs trois contrats individuels et, initialement, leurs deux contrats collectifs les plus souscrits, appelés « contrats modaux ».

Depuis l'enquête 2011, les organismes complémentaires sont interrogés sur les trois contrats collectifs les plus souscrits. En 2013, des questions sur les réseaux de soins en optique et en dentaire ont été introduites.

En 2016, le questionnaire a été étendu aux contrats surcomplémentaires modaux. On définit un contrat surcomplémentaire comme un contrat d'assurance maladie complémentaire qui intervient explicitement après un (ou plusieurs) autre(s) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire (AMC). Le contrat surcomplémentaire peut être souscrit auprès du même organisme d'assurances que le contrat socle, qu'il complète, ou auprès d'un organisme différent. Il peut être souscrit individuellement ou collectivement. L'adhésion peut être facultative ou obligatoire. Dans tous les cas, il s'agit d'un contrat juridiquement distinct du contrat socle.

Les questions portent sur le nombre d'assurés, de bénéficiaires et sur les cotisations collectées pour chacun des contrats. Des précisions sont apportées sur la formation du montant des cotisations, puis sur les clauses particulières des contrats. Les organismes détaillent ensuite les niveaux de remboursement des garanties regroupées en sept grands thèmes : honoraires et soins ambulatoires, pharmacie, appareillage, optique, dentaire, hospitalisation et prévention.

Les modes d'expression des garanties varient entre contrats. Pour une garantie donnée, certains contrats expriment le niveau de leurs remboursements en euros, d'autres en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, certains en pourcentage des frais réels... Il est toutefois possible de comparer entre eux des contrats aux modes

d'expressions différents, il suffit pour cela de traduire leur prise en charge dans une seule et même unité, en considérant un bien de référence d'un tarif donné et en regardant pour ce bien type quel montant en euros est remboursé à l'assuré. Ce procédé est mis en œuvre pour décrire les niveaux de prise en charge sur un poste donné (fiches 19, 20, 22 et 23) mais aussi pour classer les contrats (fiche 11).

Les contrats couvrant les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont hors champ de l'enquête. L'enquête porte sur les organismes exerçant leur activité en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

En 2016, le taux de couverture des bénéficiaires par les contrats modaux (entendu comme la part des personnes couvertes par les contrats modaux parmi l'ensemble des personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé) est de 47 % sur le champ des contrats individuels et de 23 % sur le champ des contrats collectifs. Le taux de couverture par les contrats modaux collectifs est plus faible que celui des contrats modaux individuels car l'offre de contrats est beaucoup plus hétérogène sur le champ de la couverture collective, de nombreux contrats d'entreprise étant des contrats sur mesure. Depuis 2006, le taux de couverture par les contrats modaux est relativement stable en collectif ; celui des contrats individuels décroît progressivement : en 2006, il était de 62 % en individuel et de 22 % en collectif.

De plus, les caractéristiques des contrats modaux peuvent être différentes de celles de l'ensemble des contrats. Aussi, on extrapole dans les fiches les résultats à l'ensemble de la population.

2) Les données collectées auprès des organismes complémentaires par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et les données du Fonds CMU

(Fiches 2, 3, 4, 6, 7, 8, 16, 17)

Les organismes qui pratiquent une activité de complémentaire santé en France sont assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA), collectée au profit du Fonds CMU. Cette taxe permet au Fonds CMU de financer la CMU-C et

l'ACS. Elle porte sur l'ensemble des cotisations que les organismes collectent dans l'année au titre de leur activité de complémentaire santé souscrite par des personnes physiques ou morales résidant en France.

Afin d'assurer sa mission de contrôle prudentiel, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) collecte aussi chaque année, auprès des organismes complémentaires, divers éléments comptables et financiers, appelés « états comptables et prudentiels ». L'ACPR collecte également, pour le compte de la DREES, des états supplémentaires, appelés « états statistiques », qui permettent d'alimenter le rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, ainsi que les comptes de la santé et ceux de la protection sociale dont la DREES a la charge. Ces états comptables, prudentiels et statistiques permettent notamment de connaître, outre les cotisations collectées en santé, le montant des prestations versées, les frais de fonctionnement des organismes et la rentabilité de leur activité santé (excédents ou déficits). Toutefois, les données de l'ACPR couvrent un champ plus large que celui de la stricte complémentaire santé, nommé « risque santé ». En effet, le risque santé inclut également les contrats qui couvrent des personnes qui ne sont pas à la charge du régime obligatoire d'assurance maladie français (par exemple des travailleurs frontaliers) et nommés « contrats au 1^{er} euro ». Le risque santé inclut également les contrats de surcomplémentaire santé qui sont souscrits par des personnes souhaitant améliorer leur complémentaire santé lorsque celle-ci leur est imposée (dans le cas des contrats collectifs notamment) et jugée insuffisante. Le risque santé inclut enfin des garanties santé accessoires, c'est-à-dire adossées à d'autres contrats d'assurances (par exemple, une assurance accident ou invalidité contenant une garantie accessoire santé couvrant les frais de transport en cas d'hospitalisation). Les écarts entre les montants de cotisations selon les deux sources de données (ACPR et Fonds CMU) s'expliquent aussi par des décalages comptables d'enregistrement (la TSA est liquidée chaque trimestre et, au plus tard, un mois après la fin de celui-ci tandis que les comptes pour l'ACPR sont établis au 31 décembre de l'année considérée) et par la présence de sociétés

d'assurances étrangères. En effet, celles-ci peuvent proposer des contrats de complémentaire santé en France et donc être assujetties à la TSA sans fournir leurs comptes à l'ACPR, étant contrôlées par l'autorité prudentielle de leur pays.

Des écarts existent aussi entre l'ACPR et le Fonds CMU sur le dénombrement des organismes exerçant une activité de complémentaire santé. Outre les raisons évoquées précédemment (sociétés d'assurances étrangères, etc.), dans certains groupes de protection sociale, une ou plusieurs sociétés peuvent s'acquitter de la TSA au titre d'autres organismes du groupe, alors que chaque organisme est supposé fournir ses comptes à l'ACPR. Enfin, les organismes ayant cessé leur activité en cours d'année (à la suite d'une absorption ou d'une liquidation, par exemple) peuvent être dénombrés par le Fonds CMU, mais pas par l'ACPR.

Les données de l'ACPR et du Fonds CMU alimentent le rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (DREES, 2017). Elles alimentent aussi les comptes de la santé qui recensent l'ensemble des dépenses de santé (et ses agrégats phares, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et le reste à charge des ménages) et l'ensemble des financeurs de ces dépenses (Gonzalez *et al.* 2018, septembre). Elles alimentent enfin les comptes de la protection sociale (Gonzalez *et al.*, 2018, juin) en éclairant l'intervention des organismes d'assurances sur le champ des risques sociaux (santé, mais aussi invalidité, dépendance, retraite, etc.).

Les comptes de la santé (Gonzalez *et al.*, 2018, septembre) retracent les dépenses et analysent de façon détaillée la consommation finale de soins de santé en France et les financements correspondants, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages.

Élaborés par la DREES, les comptes de la santé constituent l'un des satellites des comptes nationaux de l'Insee, dont ils adoptent la méthodologie. Ils servent également de base à l'élaboration des comptes de la santé présentés dans les instances internationales (système SHA de l'Organisation de coopération et développement économique [OCDE]), d'Eurostat et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et

permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales sur des bases fiables et harmonisées.

3) Les données d'enquêtes auprès des ménages

(Fiche 12)

Jusqu'alors, l'enquête auprès des ménages qui permettait d'éclairer les questions ayant trait à la couverture complémentaire était l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes).

Cette enquête était menée tous les deux ans auprès de 8 000 ménages ordinaires de France métropolitaine, soit environ 20 000 individus. Les étudiants vivant en résidence étudiante et les personnes âgées vivant en institution en étaient donc exclus. Elle permettait d'étudier les modes d'accès à la complémentaire (par l'employeur ou de la propre initiative des assurés) et surtout de caractériser finement les populations qui étaient couvertes et celles qui ne l'étaient pas, selon leurs caractéristiques socio-démographiques, de niveau de vie, d'état de santé, etc. La dernière édition a eu lieu en 2012.

En 2014, l'enquête ESPS a été combinée avec l'enquête santé européenne (EHIS) et se dénomme ainsi EHIS-ESPS. EHIS-ESPS 2014 recense pour chaque ménage les contrats de complémentaire santé ainsi que la liste des personnes qu'ils couvrent, le mode d'obtention (par l'entreprise ou par une démarche individuelle), le niveau de prime, l'opinion sur les garanties, l'ancienneté du contrat.

Un module destiné aux personnes qui ne sont couvertes par aucun contrat recueille les motifs d'absence de couverture, l'existence d'une couverture passée et, le cas échéant, l'ancienneté et le motif de la perte de couverture. L'enquête recueille également des données socio-économiques telles que l'âge et le sexe, le revenu, la situation vis-à-vis de l'emploi, la catégorie professionnelle, le niveau d'études, la composition du ménage et le type de ménage.

La dernière édition de l'enquête ESPS a eu lieu en 2014. Après cette date, les informations sur la couverture complémentaire santé seront obtenues à partir de deux enquêtes. La première est l'enquête annuelle Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee dans laquelle des questions sur la couverture complémentaire sont posées

tous les trois ans. La première vague a eu lieu en 2017 (données disponibles au printemps 2019), la seconde aura lieu en 2022, puis tous les trois ans. La deuxième est l'enquête santé European Health Interview Survey (EHIS) de la France, réalisée par la DREES et l'Irdes, dont la prochaine édition se déroulera en 2019. La version française de l'enquête EHIS intégrera tous les six ans des questions spécifiques sur la couverture complémentaire santé.

Dans les enquêtes auprès des ménages, les données recueillies sur le niveau de couverture sont sommaires, car cette information, très technique, est difficile à appréhender et à restituer.

Les données d'ESPS-EHIS sont appariées avec les données de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Une expérimentation a été réalisée sur les données relatives à l'année 2012 pour un appariement avec celles des organismes complémentaires volontaires (Monaco). Cette expérimentation a permis de trouver des solutions techniques pour l'appariement des données de l'AMO et de l'AMC, sans toutefois disposer de données représentatives.

Les données d'enquête appariées aux données de liquidation des soins permettent donc de bien connaître, au niveau individuel, les prestations versées par l'AMO, mais pas encore par les organismes complémentaires. Faute de données individuelles représentatives et disponibles en routine sur les remboursements des organismes d'assurances complémentaires, la DREES a développé des travaux de simulations : le modèle OMAR est un outil de micro-simulation pour l'analyse des restes à charge après remboursements des assurances obligatoires et complémentaires (voir point 6).

L'article 193 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 prévoit la constitution d'un système national des données de santé, appariées avec des données de remboursement des organismes complémentaires. Cet échantillon devrait être réalisé dans le cadre d'un projet d'appariement des données des assurances maladie (ADAM) piloté par la DREES.

Ce projet vise à mettre à disposition à des fins d'étude un échantillon représentatif des données de remboursement par bénéficiaire, transmises par des organismes d'AMC, et défini en concertation avec leurs représentants.

4) Les données de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise

(Fiche 13, 15, 24, 25, 26)

L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) a été réalisée pour la première fois par l'Irdes en 2003, uniquement auprès d'établissements. En 2009, la deuxième édition s'enrichit du volet salariés. La troisième édition de l'enquête est réalisée, en 2017, par la DREES et l'Irdes. Elle comporte trois objectifs : décrire le nouveau paysage de la couverture complémentaire santé collective après la mise en œuvre de généralisation de la complémentaire santé d'entreprise instituée par l'article 1 de la loi du 13 juin 2013, évaluer ses effets pour les salariés, répondre à des questions de recherche sur la complémentaire santé.

Le volet établissements couvre le champ des entreprises concernées par la généralisation de la complémentaire santé, à savoir les établissements employant au moins un salarié de contrat de droit privé et répartis sur l'ensemble du territoire (DROM compris). La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ne concerne pas les particuliers employeurs, les établissements menant des activités extraterritoriales et l'administration publique. L'enquête interroge les établissements plutôt que les entreprises, car il s'agit de la plus petite unité au sein de laquelle est menée la négociation en matière de protection sociale complémentaire. Les établissements interrogés sont ceux qui étaient dans le champ d'application de la généralisation au 31 décembre 2015 – date de la base de sondage – et qui en font toujours partie en 2017 au moment de l'enquête. Le volet établissements interroge les établissements sur l'offre d'une complémentaire santé, les caractéristiques des contrats offerts (coût, niveau de couverture, possibilité d'extension du contrat à d'autres membres du ménage, etc.), les changements dans l'offre de couverture depuis la généralisation, les motifs d'absence d'offre.

Cette version recueille, pour la première fois, le coût de la complémentaire santé pour les entreprises. Elle comprend également des informations sur la prévoyance santé d'entreprise et l'indemnisation des trois premiers jours d'arrêts en cas d'absence pour maladie.

Le volet salariés porte sur le champ des salariés travaillant au 31 décembre 2015 dans un des établissements ayant participé à l'enquête, y compris les personnes ayant quitté l'entreprise (en raison d'un départ à la retraite, d'une perte ou d'un changement d'emploi) entre fin 2015 et la date de l'enquête. Ce volet recueille les caractéristiques socio-économiques et médicales, les choix de couverture santé des salariés (dispense d'adhésion, souscription ou non d'une surcomplémentaire) ainsi que la satisfaction des salariés vis-à-vis des garanties et du coût de leur contrat. Enfin, l'enquête questionne les personnes ayant connu une période de chômage sur le fait qu'elles aient conservé ou non le bénéfice de leur ancien contrat collectif.

Au total, 6 125 établissements et 7 533 salariés ont fourni des réponses exploitables pour l'enquête, soit des taux de réponses respectivement de 61 % et 51 %. Les échantillons sont environ trois fois plus importants que ceux de la précédente édition, ce qui permet d'obtenir des estimations plus précises et des analyses plus fines sur des sous-populations.

5) Le Système national des données de santé

(Fiches 11, 21)

Le Système national des données de santé (SNDS) rassemble et met à disposition des usagers des données individuelles de santé pseudonymisées issues des principales sources médico-administratives. Ces données sont, à ce jour, disponibles au travers de trois bases de données que sont :

- le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) ;
- les données des hôpitaux et autres établissements de santé disponibles dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- les données statistiques relatives aux causes de décès (BCMD).

Les données du Sniiram sont issues des remboursements effectués par l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Les informations qui concernent le bénéficiaire sont l'âge, le sexe et le lieu de résidence (département et commune), ainsi qu'éventuellement le type de couvertures maladie. Les situations d'affection de longue durée (ALD) ou de maladie professionnelle

sont renseignées et, le cas échéant, la date de décès. Les professionnels de santé qui ont délivré les soins et éventuellement les prescripteurs sont présents dans les données. Les informations concernant l'âge, le sexe, le lieu d'exercice ainsi que la spécialité sont renseignées. La consommation de soins est décrite dans la base : les dates de soins, ainsi que les montants remboursés par l'assurance maladie et payés par le patient sont indiqués. La base comporte également le codage détaillé des médicaments délivrés, des actes techniques des médecins, des dispositifs médicaux, des prélèvements biologiques.

Les données du Sniiram sont restituées *via* trois ensembles que sont la base complète sur les dépenses d'assurance maladie inter régimes (DAMIR) pour le suivi des dépenses, l'échantillon général des bénéficiaires (EGB), au 1/97^e de la population protégée, et une base de données individuelles des bénéficiaires (DCIR).

Le PMSI permet d'analyser l'activité médicale des établissements hospitaliers. Tout séjour dans un établissement de santé, public ou privé, fait l'objet d'un recueil d'informations administratives et médicales qui sont utilisées pour le financement (tarification à l'activité) et l'organisation de l'offre de soins. Cet entrepôt est géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Le recueil d'informations couvre l'ensemble des hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), en soins de suite et réadaptation (SSR), en psychiatrie et les hospitalisations à domicile (HAD).

6) Les outils de microsimulation

(Fiches 5, 14)

INES-OMAR est un outil de microsimulation construit par la DREES à partir du rapprochement de deux outils de microsimulation : OMAR et INES. Il est mobilisé pour analyser la redistribution opérée par l'Assurance maladie sous l'effet des cotisations et des prestations. Il permet aussi de disposer d'éléments sur la distribution des restes à charge en santé pour des sous-populations assez fines.

Le modèle OMAR (outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge), développé par la DREES, permet de simuler au niveau individuel les prestations en nature d'AMO et d'AMC, et donc les restes à charge, et au niveau des ménages les

cotisations d'assurances complémentaires. OMAR est lui-même le regroupement de plusieurs sources de données : l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) 2012 réalisée par l'Irdes, l'appariement de l'ESPS avec les données de l'Assurance maladie disponibles dans les DCIR issues du Sniiram, enrichies des données du PMSI, et les informations récoltées dans l'enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires (voir point 1) menée par la DREES.

Le modèle INES, développé par la DREES et l'Insee, permet de simuler, pour chaque ménage, les cotisations d'AMO. Les cotisations prises en compte sont : la part des cotisations sociales à la charge des employeurs affectée au risque maladie (hors la part correspondant au financement des indemnités journalières), les cotisations des indépendants et la contribution sociale généralisée (CSG) affectées au risque maladie. En revanche, les cotisations salariales allouées au risque maladie, mais qui sont

plus spécifiquement destinées au financement des indemnités journalières, ne sont pas prises en compte. Le principe du modèle de microsimulation INES consiste à appliquer la législation sociofiscale à un échantillon représentatif de la population. Le modèle est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, les informations administratives de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu. L'échantillon est représentatif de la population vivant en France métropolitaine dans un logement ordinaire (défini par opposition à un logement en résidence offrant des services spécifiques, comme les résidences pour personnes âgées, pour étudiants, de tourisme, à vocation sociale, pour personnes handicapées, etc.). ■

Pour en savoir plus

> **Adjerad, R.** (2019). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2018. DREES.

> **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam J.-C., Mikou, M. et Ferreti, C.** (2018, juin). *La protection sociale en France et en Europe en 2016. Résultats des comptes de la protection sociale (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

> **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam J.-C., Mikou, M. et Ferreti, C.** (2018, septembre). *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

A

Accord national interprofessionnel (ANI) : accord qui porte sur les conditions de travail et les garanties sociales dont peuvent bénéficier les salariés au sein des entreprises. Il concerne plusieurs secteurs d'activités, c'est pourquoi on parle d'accord interprofessionnel. Issu d'un dialogue entre les partenaires sociaux, l'ANI est adopté lorsque la majorité représentative des syndicats et du patronat acceptent les modalités de nouveaux droits et garanties sociales tant pour les salariés que pour les employeurs. L'article 1 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, transcrit dans la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013, a généralisé la complémentaire santé à tous les salariés du privé.

Affection de longue durée (ALD) : maladie reconnue par l'assurance maladie obligatoire (AMO) comme nécessitant un suivi et des soins prolongés et faisant l'objet d'une prise en charge spécifique. L'ensemble des soins relatifs à ces affections sont notamment pris en charge à 100 % par l'AMO.

Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) : aide financière annuelle visant à alléger le coût d'un contrat de complémentaire santé pour les ménages modestes mais non éligibles à la CMU-C. Le montant versé est croissant avec l'âge du bénéficiaire. L'ACS donne aussi droit à une dispense totale de frais sur la part obligatoire et, depuis juillet 2015, au tiers payant intégral (y compris la part complémentaire), ainsi qu'à l'exonération des franchises médicales et des participations forfaitaires. Depuis février 2013, elle donne droit à des tarifs opposables sur les consultations. Depuis octobre 2017, les professionnels de santé doivent respecter des tarifs maximum fixés par arrêté pour les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Depuis juillet 2015, elle est en outre réservée à des contrats de complémentaire santé

sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence par appel d'offres, en vue d'en améliorer le rapport qualité-prix.

Apériteur : En co-assurance, désigne l'organisme qui gère pour le compte de tous les co-assureurs.

Assurance maladie complémentaire (AMC) : assurance pour financer les frais de soins en complément de l'AMO.

Assurance maladie obligatoire (AMO) : désigne les quatre régimes de protection sociale couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, la maternité et les accidents privés ou professionnels, les maladies professionnelles et les couvertures d'invalidité : le régime général, la Sécurité sociale pour les indépendants, le régime agricole, les régimes spéciaux. En fonction de son statut professionnel, chaque individu est rattaché à l'un de ces régimes obligatoires.

Attestation ACS : attestation transmise aux bénéficiaires de l'ACS lorsque leur demande est accordée. Elle permet de bénéficier d'une réduction sur la cotisation lors de la souscription d'un contrat auprès des organismes partenaires (chèque ACS), ainsi que d'autres avantages liés au dispositif tels que la dispense d'avance de frais, l'exonération des franchises médicales et des participations forfaitaires de 1 euro, l'opposabilité des tarifs, des tarifs maximum pour les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale.

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : autorité administrative chargée du contrôle des banques et des assurances. Elle veille à la préservation de la stabilité du système financier et à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des personnes soumises à son contrôle. Elle assure également la mission de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du

terrorisme. Le code monétaire et financier établit son indépendance pour l'exercice de ses missions et l'autonomie financière. Pour son fonctionnement, l'ACPR est adossée à la Banque de France, qui lui procure ses moyens, notamment humains et informatiques. L'ACPR supervise le secteur des assurances dans le cadre d'une harmonisation de la réglementation européenne promue par l'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (EIOPA, ou AEAPP) et à laquelle l'ACPR participe activement.

B

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) : elle sert à définir le montant remboursé par la Sécurité sociale après un acte médical. On parle aussi de « tarif de convention » ou « tarif de responsabilité ». La base de remboursement de la Sécurité sociale sert aussi de référence aux complémentaires santé pour fixer leurs niveaux de remboursement.

C

Capital requis : voir Exigence de marge de solvabilité.

Charges de gestion : charges liées au fonctionnement des organismes pour leur activité d'assurances correspondant aux frais de gestion des sinistres, frais d'acquisition, frais d'administration et autres charges techniques nettes.

Clauses de désignation : dispositions prévues dans un accord de branche visant à imposer aux entreprises relevant de la convention collective concernée un organisme d'assurances pour la gestion de leur contrats prévoyance ou santé. Elles ont pour objectif de favoriser la mutualisation des risques entre les entreprises au niveau de la branche. Pouvant être considérées comme un frein à la concurrence entre assureurs, le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 13 juin 2013, les a interdites en les remplaçant par des clauses de recommandation.

Clauses de recommandation : voir clauses de désignation.

Complémentaire santé d'entreprise : contrat de complémentaire santé collectif conclu par un employeur pour ses salariés.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : agrégat central des comptes de la santé, elle représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD). Elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense liées notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisées dans la dépense courante de santé. La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national par les assurés sociaux relevant des régimes français et les personnes prises en charge au titre de l'aide médicale de l'État (AME) ou des soins urgents (soins des personnes en situation irrégulière sur le territoire français).

Contrat d'accès aux soins (CAS) : les médecins généralistes ou spécialistes de secteur 2 adhérant à ce contrat, entré en vigueur en 2013, s'engagent à respecter un taux de dépassement moyen calculé sur la base de leur activité passée et à respecter une certaine part de tarifs opposables. En contrepartie, ils obtiennent plusieurs avantages, dont un allègement de charges sociales. Les patients qui se tournent vers les professionnels adhérant au CAS peuvent, eux, profiter de tarifs plus avantageux et d'un montant de prise en charge par l'AMO plus élevé. Il est remplacé par l'Optam en 2017.

Contrats collectifs : contrats souscrits par une personne morale (une entreprise, un organisme, une association, etc.) au bénéfice de personnes qui ont un lien avec elle (salariés, adhérents à l'association). Ils sont définis dans le Code de la sécurité sociale aux articles L. 932.1 (adhésion obligatoire) et L. 932-14 (adhésion facultative), et dans le Code de la mutualité à l'article L. 221-2.

Contrats individuels : contrats souscrits directement par un assuré. Ils s'adressent principalement aux étudiants (pour ceux qui ne sont pas couverts en tant qu'ayants droit de leurs parents), aux salariés de la fonction publique, aux indépendants, aux chômeurs et aux retraités, ainsi qu'aux salariés du privé qui souhaitent compléter leur assurance collective obligatoire par une surcomplémentaire individuelle.

Contrats modaux : l'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits interroge les organismes de complémentaire santé sur leurs trois contrats en individuel en collectif et, depuis 2016, de surcomplémentaire, les plus souscrits. On parle alors de contrats modaux.

Contrats responsables : pour qu'un contrat de complémentaire santé soit qualifié de responsable, il doit encourager le respect du parcours de soin, prendre en charge certains frais de santé et respecter des minima et maxima de remboursements. Les conditions d'un contrat responsable sont prévues au sein des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale. Le respect des obligations et limites de remboursement des contrats santé solidaires et responsables permet de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales pour l'employeur et le salarié (voir annexe 1).

Contrats solidaires : un contrat de complémentaire santé est solidaire lorsque l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts et ne recueille aucune information médicale. Le respect des obligations et limites de remboursement des contrats santé solidaires et responsables permet de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales pour l'employeur et le salarié (voir annexe 1).

Contribution sociale généralisée (CSG) : prélèvement obligatoire proportionnel créé en 1991, qui participe au financement de la Sécurité sociale et, depuis 2018, de l'assurance chômage. Elle remplace des cotisations prélevées sur les salaires.

Cotisation : voir Prime.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) : dispositif en faveur des ménages à revenus modestes permettant une prise en charge plus complète que celle des régimes de base d'assurance maladie. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Elle peut être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'Assurance maladie d'affiliation soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour la gérer.

D

Dépassements d'honoraires : sous certaines conditions, les professionnels de santé sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire à facturer des prestations au-delà des tarifs fixés par la Sécurité sociale. C'est le cas, par exemple, des médecins exerçant en secteur 2. Pour fixer le montant des dépassements d'honoraires, les praticiens doivent faire preuve « de tact et de mesure », selon le Code de la santé publique (article 53). La situation financière du patient, la notoriété du praticien, la complexité de l'acte et le temps nécessaire à son exécution doivent être pris en compte.

Dispenses d'adhésion : possibilité laissée au salarié de refuser la complémentaire santé que propose l'entreprise dans les cas suivants : s'il est déjà couvert par une autre complémentaire santé collective (d'un membre de sa famille ou du fait d'un autre emploi) ; jusqu'à échéance de son contrat, s'il est couvert par une complémentaire santé individuelle ; s'il était déjà dans l'entreprise au moment où la complémentaire santé a été mise en place par décision unilatérale de l'employeur ; s'il est bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS, s'il est salarié à temps très partiel, ou s'il est en CDD, en contrat de mission ou apprenti.

E

Établissement : unité de production géographiquement individualisée, mais juridiquement

dépendante de l'entreprise. Il s'agit de la plus petite unité dans laquelle est menée la négociation en matière de protection sociale complémentaire.

Exigence de fonds propres : voir Exigence de marge de solvabilité.

Exigence de marge de solvabilité : dans la réglementation actuelle, l'exigence de marge correspond au minimum de fonds propres qu'une entreprise d'assurance doit détenir. En assurance vie, elle sera fonction des provisions mathématiques des contrats en euros et des contrats en unités de compte, et des capitaux sous risques. En assurance non-vie, elle dépendra du montant des cotisations ou des sinistres. La réassurance peut également être prise en compte. Le vocabulaire évolue avec Solvabilité II : on fait désormais référence à des « exigences de fonds propres » ou à un « capital requis ».

F

Fonds CMU : fonds de financement de la CMU-C et de l'ACS. Le Fonds CMU est un établissement public national à caractère administratif créé par la loi du 27 juillet 1999. Ses trois missions principales consistent à (1) financer la CMU-C et l'ACS, (2) suivre et analyser le fonctionnement des dispositifs et, à ce titre, formuler des propositions d'amélioration et (3) élaborer et publier la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU complémentaire.

Forfait journalier hospitalier (FJH) : participation forfaitaire à la charge des patients hospitalisés. Il n'est pas remboursé par la Sécurité sociale mais par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Frais d'acquisition : partie des charges des organismes assureurs qui inclut les commissions d'acquisition, les frais des réseaux commerciaux et des services chargés de l'établissement des contrats, de la publicité, du marketing, ou exposés à leur profit.

Frais d'administration : partie des charges d'un organisme assureur incluant les commissions

d'apérition (voir apériteur), de gestion et d'encaissement, les frais des services chargés de la surveillance du portefeuille de contrats, de la réassurance, du contentieux lié aux cotisations.

Frais de gestion des sinistres : partie des charges des organismes assureurs qui inclut les frais des services règlements ou exposés à leur profit, les commissions versées au titre de la gestion des sinistres, les frais de contentieux liés aux sinistres. Dans le Code des assurances, le terme utilisé est "Frais de règlement des sinistres".

Franchise : montant déduit des remboursements effectués par l'Assurance maladie. Elle s'applique aux médicaments (0,5 euro par boîte), aux actes paramédicaux (0,5 euro par acte) et aux transports sanitaires (2 euros par transport sanitaire). Elle est plafonnée à 50 euros par an et à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux et 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Fusion (transferts/absorption) : les organismes peuvent fusionner avec d'autres entités en transférant leur portefeuille de contrats avec les droits et obligations qui s'y rattachent. Les organismes considérés comme absorbés sont dès lors intégralement dissous. Cette procédure est validée par l'ACPR et fait l'objet d'une publication au Journal officiel.

G

Garantie : couverture d'un risque par l'organisme assureur en contrepartie d'une cotisation.

H

Hospitalisation complète : hospitalisation durant laquelle le patient est hébergé à l'hôpital et installé physiquement dans un lit, en passant au moins une nuit à l'hôpital.

Hospitalisation partielle : venue en anesthésie et chirurgie ambulatoire, et séjour dont la durée est inférieure à 24 heures (hors séances).

I

Institutions de prévoyance : créées par la loi d'août 1994 obligeant la séparation des activités retraite et prévoyance-santé au sein des caisses de retraite complémentaire, les institutions de prévoyance sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif, régies par le Code de la sécurité sociale. Elles sont dirigées paritairement par les représentants des employeurs et des salariés. Les risques qui peuvent être couverts par une institution de prévoyance sont l'assurance vie, la santé, les autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance) et le chômage.

L

Liberté tarifaire : dépense de santé issue des dépassements d'honoraires et des prix libres.

Liste de rétrocession : voir Médicaments rétrocédables.

Liste des produits et prestations (LPP) : répertoire des biens médicaux remboursables par l'Assurance maladie, distinguant quatre types de produits : dispositifs médicaux, aliments, pansements (titre I) ; orthèses et prothèses externes (titre II) ; dispositifs médicaux implantables (DMI), implants, greffons (titre III) ; véhicules pour handicapés physiques (titre IV).

Liste en sus : liste de médicaments ou de dispositifs médicaux faisant l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation, en vertu de l'article L. 162-22-7 du Code de la sécurité sociale. Ce dispositif doit garantir le financement de traitements innovants et onéreux et favoriser leur accès aux patients.

M

Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) : terme utilisé pour désigner les activités de soins aigus de courte durée réalisées dans les

établissements de santé, en hospitalisation (avec ou sans hébergement) ou en consultations externes.

Médecin traitant : médecin référent déclaré par tout assuré social, dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Il assure notamment le premier niveau de recours aux soins, coordonne et oriente le suivi médical des patients, établit un protocole de soins en cas d'affection de longue durée et assure une prévention personnalisée.

Médicaments rétrocédables : la liste des médicaments disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) ou d'une Autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte qui peuvent, pour des raisons de santé publique, être vendus au public au détail, est arrêtée par le ministre chargé de la Santé après avis ou sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Cette liste est communément appelée « liste de rétrocession ».

Minimum capital requirement (MCR) : minimum de capital requis dans le cadre de la réglementation européenne Solvabilité II (voir annexe II). Le MCR correspond au montant minimum de fonds propres réglementaire, dont le non-respect constitue le seuil déclencheur du retrait d'agrément.

Mutuelles : personnes morales de droit privé à but non lucratif relevant du Code de la mutualité. Les mutuelles sont financées par les cotisations de leurs adhérents. Les mutuelles ne peuvent assurer que certains risques comme la santé, le chômage, l'invalidité après un accident du travail, l'assurance vie, la protection juridique et la caution.

O

Opposabilité des tarifs : droit permettant de ne pas se voir appliquer des dépassements d'honoraires par les médecins, que ces derniers exercent en ville ou à l'hôpital et quel que soit leur secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2). Ce principe d'opposabilité des tarifs s'applique à tout détenteur d'attestation ACS et aux bénéficiaires de la CMU-C.

Optam : option de pratique tarifaire maîtrisée. Depuis le 1^{er} janvier 2017, l'Optam pour les médecins de secteur 2 et l'Optam-Co pour les chirurgiens et obstétriciens remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS). L'Optam se différencie du CAS par la durée du contrat (un an par tacite reconduction, contre trois ans) et par des avantages financiers pour le médecin légèrement différents.

Optique complexe : équipement de correction visuelle avec des verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et +8,00 dioptries, ou encore avec des verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries, ou avec des verres à simple foyer dont la sphère est inférieure à -6,00 ou supérieure +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00.

Optique simple : équipement de correction visuelle avec des verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

P

Parcours de soins coordonnés : circuit instauré par la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004, que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, et disposer d'un meilleur remboursement de leurs soins. Le parcours de soins coordonnés consiste pour un patient à consulter en priorité un médecin traitant pour son suivi médical. L'assuré garde la possibilité de consulter directement un médecin sans passer par son médecin traitant, mais il est alors moins bien remboursé par la Sécurité sociale.

Participation forfaitaire : participation d'un euro à la charge des patients âgés de plus de 18 ans pour les consultations ou actes réalisés par un médecin, ainsi que sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. Elle est plafonnée à 4 euros par jour pour un même professionnel de santé et par laboratoire, et à 50 euros par an. Elle est déduite des remboursements de l'AMO, et ne peut être prise en charge par les complémentaires santé responsables.

Portabilité des contrats : possibilité laissée aux salariés de continuer à bénéficier de la complémentaire santé de l'entreprise après la fin de leur contrat de travail, sous certaines conditions. Ceux-ci doivent avoir adhéré à la couverture complémentaire santé d'entreprise, avoir fait l'objet d'une rupture de contrat de travail pour un motif autre que la faute lourde. De plus, il faut que la cessation du contrat de travail ouvre droit aux assurances chômage. L'employeur doit informer l'organisme assureur de la rupture du contrat de travail du salarié concerné. Le salarié doit, lui, adresser un justificatif de sa prise en charge par l'assurance chômage à l'organisme assureur. La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a généralisé ce dispositif de portabilité au niveau des entreprises et sa durée a été allongée.

Prestation de santé : soin prodigué ou matériel médical fourni par un professionnel de santé.

Prévoyance : couverture des risques liés à la personne (comme la maladie ou l'accident), ou à la durée de la vie (comme le décès, la retraite ou la dépendance). La prévoyance permet, selon les garanties souscrites, de faciliter l'accès aux soins, d'assurer un maintien partiel ou total des revenus, de bénéficier d'un complément financier, ou enfin de percevoir un capital ou une rente. Elle complète les prestations des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Prime (ou cotisation) : somme payée par l'assuré en contrepartie des garanties accordées par l'assureur. On nomme prime pure, la prime qui permet statistiquement de régler les sinistres ; prime nette (ou prime commerciale), la somme de la prime pure et des chargements et accessoires qui permettent de couvrir les frais de gestion des organismes assureurs ; prime totale (payée par le souscripteur), la somme de la prime nette et des taxes.

R

Régime d'assurance maladie : statut de rattachement à un groupe d'assurés, en fonction de sa situation personnelle et professionnelle. Les principaux

régimes sont le régime général, le régime des indépendants et le régime agricole.

Reste à charge (RAC) : montant qu'il reste à payer par une personne après intervention d'un assureur.

Reste à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) : montant qu'il reste à payer par l'assuré après intervention de l'AMO et de l'AMC.

Reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) : montant qu'il reste à payer par l'assuré après intervention de l'AMO.

Reste à charge opposable : part de la dépense composée du ticket modérateur et des franchises médicales.

Résultat net : bénéfice ou perte de l'exercice. Différence entre l'ensemble des ressources et l'ensemble des charges, que ces ressources et charges soient techniques, c'est-à-dire liées à l'activité assurantielle, ou non techniques, comme les produits financiers issus des placements des fonds propres, la fiscalité, etc.

Résultat technique : différence entre les ressources (cotisations et produits financiers) et les charges (indemnisation des sinistres, charges de gestion, etc.) liées à un périmètre d'activité assurantielle.

S

Secteur 1 / secteur 2 : un médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel, c'est-à-dire le tarif fixé par la Sécurité sociale. Il peut néanmoins appliquer un dépassement d'honoraires, c'est-à-dire des tarifs supérieurs à ceux établis par la Sécurité sociale, pour « exigence particulière » du patient. Un médecin conventionné de secteur 2, qu'il soit généraliste ou spécialiste, définit librement ses honoraires. Il peut donc pratiquer des tarifs supérieurs à ceux établis par la Sécurité sociale.

Sociétés d'assurances : elles sont soumises au Code des assurances. On distingue deux grands types de sociétés d'assurances. D'une part, les compagnies d'assurances sont des sociétés commerciales à but lucratif. Le financement de ces sociétés s'effectue d'abord par les actionnaires qui reçoivent ensuite les bénéfices sous forme de dividendes. D'autre part, les sociétés d'assurances mutuelles (ou mutuelles d'assurance) sont des sociétés civiles à but non lucratif. Le financement de la société se fait par les cotisations mensuelles des assurés, alors dénommés sociétaires. Les bénéfices sont réinvestis au service de l'activité d'assurance, dans les cotisations, les prestations, les niveaux des garanties, l'action sociale, etc.

Soins de ville : ensemble des prestations de santé autres que celles prodiguées lors d'une hospitalisation ou d'un hébergement en établissement de santé.

Soins (non) remboursables par la Sécurité sociale : tous les soins ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale, notamment (sauf conditions particulières) les implants dentaires, la parodontologie, l'orthodontie à partir de 16 ans, les lentilles de contact, la chirurgie réfractive, la médecine non conventionnelle et certains soins de prévention ou médicaments. Pour les soins remboursés, le montant remboursé par la Sécurité sociale résulte d'un taux de remboursement appliqué à une base de remboursement, minorée parfois de franchises ou de participations forfaitaires.

Solvency Capital Requirement (SCR) : capital cible requis dans le cadre de la réglementation européenne Solvabilité II (voir annexe 2). Le SCR correspond au montant de fonds propres estimé comme nécessaire pour absorber le choc provoqué par une sinistralité exceptionnelle et limiter le risque de ruine à 0,5 %. Son calcul est basé sur l'exposition aux risques liés à l'activité des organismes d'assurances, c'est-à-dire principalement le risque de souscription, le risque de crédit, le risque opérationnel, le risque de liquidité et le risque de marché. Les compagnies peuvent choisir entre deux modèles de calcul du SCR : une approche standard ou un modèle interne.

Souscripteur : entité (personne physique ou morale) qui signe le contrat d'assurance et paie la cotisation, et qui peut être différent de l'assuré (entité qui court le risque). En assurance complémentaire santé collective par exemple, l'entreprise souscrit et le salarié est l'assuré.

Substitution : une convention de substitution permet à une mutuelle (dite « substituée ») de transférer tout ou partie de son risque assurantiel à une autre mutuelle (dénommée « substituante »), tout en conservant une autonomie juridique et la relation avec ses adhérents. La conclusion d'une telle convention n'entraîne pas la disparition de l'entité substituée, contrairement à la fusion, opération au terme de laquelle la mutuelle absorbée est dissoute. La substitution diffère de la réassurance principalement sur le plan juridique : les mutuelles substituées ne sont pas soumises aux dispositions fixant les règles prudentielles et n'ont donc pas besoin d'un agrément pour exercer leur activité. En revanche, la substituante doit obligatoirement être agréée pour les branches prises en substitution. Pour une mutuelle substituante, les opérations prises en substitution sont considérées comme des opérations directes et doivent être intégrées dans les comptes de l'organisme.

Surcomplémentaire santé : contrat d'assurance santé distinct venant compléter les remboursements du contrat de complémentaire santé (appelée aussi couverture de troisième niveau). La surcomplémentaire s'adresse notamment aux salariés qui souhaitent une meilleure couverture que celle offerte par la complémentaire santé imposée par leur entreprise.

T

Tarif de convention : voir base de remboursement de la Sécurité sociale.

Tarif de responsabilité : voir base de remboursement de la Sécurité sociale.

Tarif opposable : tarif fixé la Sécurité Sociale pour les actes pratiqués par des professionnels de santé

(médecins, spécialistes, professions paramédicales). Ces tarifs sont fixés dans le cadre d'une convention signée entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie.

Taux d'effort (à l'acquisition d'une complémentaire santé) : rapport entre la somme des primes payées par le ménage (hors participation employeur) et du RAC AMO et les revenus du ménage.

Taux de recours : rapport entre le nombre de personnes bénéficiant d'un dispositif et le nombre de personne y étant éligibles.

Taux de remboursement : pour les soins remboursables par la Sécurité sociale, taux appliqué à la base de remboursement afin de déterminer le montant du remboursement de la Sécurité sociale. Selon le soin, des franchises ou des participations forfaitaires peuvent aussi diminuer ce montant.

Taux d'utilisation (attestation ACS) : rapport entre le nombre de personnes ayant utilisé l'attestation ACS pour souscrire un contrat et le nombre de personnes total disposant de l'attestation.

Taxe de solidarité additionnelle (TSA) : taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurances. Elle est prélevée en France sur tous les contrats de complémentaire santé au profit du Fonds CMU et permet de financer la CMU-C et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Ticket modérateur : montant qui reste à la charge de l'individu (hors participation forfaitaire) après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire, sur la base du tarif de convention.

U

Union de mutuelles : personne morale de droit privé à but non lucratif, créée par plusieurs mutuelles ou unions et susceptible d'accepter ultérieurement l'adhésion d'autres mutuelles. On distingue les unions de mutuelles des unions de groupe mutualiste (UGM) et des unions

mutualistes de groupe (UMG). Les UGM sont des unions dans lesquelles chaque membre demeure directement responsable de la garantie de ses engagements. Les UMG peuvent regrouper des mutuelles, des unions de mutuelles, des institutions de prévoyance relevant du Code de la sécurité sociale ou des sociétés d'assurance relevant du Code des assurances.

La complémentaire santé

Acteurs, bénéficiaires, garanties

ÉDITION 2019

En France, plus de 95 % des personnes bénéficient d'une assurance santé complémentaire, individuelle ou collective, pour financer les dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire. Ce second étage de couverture santé, quasi universel, joue un rôle important dans l'accès aux soins.

Cet ouvrage examine les différents types de contrats et leurs caractéristiques, les organismes qui les proposent et leur place dans le financement des dépenses de santé. Il analyse la prise en charge des différents postes de soins et décrit les dispositifs spécifiques destinés aux personnes les plus vulnérables.

L'édition 2019 s'enrichit de plusieurs fiches éclairant les changements récents intervenus sur ce marché et la régulation de ce dernier par les pouvoirs publics. Elle dresse un premier bilan de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, mise en place au 1^{er} janvier 2016. Elle étudie les effets de la réforme des contrats responsables de 2015, instaurant des planchers et plafonds de remboursement, ainsi que le développement des réseaux de soins et des surcomplémentaires.

Dans la même collection **SANTÉ**

- > Les établissements de santé
- > Portrait des professionnels de santé
- > Les dépenses de santé

www.drees.social-sante.gouv.fr



La DREES fait partie
du Service statistique
public piloté par l'Insee.