

PANORAMAS DE LA

DREES  
SANTÉ

# La complémentaire santé

Acteurs, bénéficiaires, garanties

---

ÉDITION 2016



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

---

PANORAMAS  
WAS  
RA  
O  
RA  
A

# **La complémentaire santé**

## **Acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2016**

Sous la direction de **Muriel Barlet, Magali Beffy et Denis Raynaud**

### **Coordination**

Renaud Legal, Catherine Pollak, Julie Solard

### **Rédaction**

Véronique Batto, Aude Leduc, Renaud Legal, Alexis Louvel, Alexis Montaut, Aurélie Pierre, Vincent Le Palud

### **Directeur de la publication**

Franck von Lennep

### **Responsable d'édition**

Carmela Riposa

### **Secrétaire de rédaction**

Reine Bellivier

### **Maquettiste**

Philippe Brulin

### **Création graphique**

Philippe Brulin

## **Remerciements**

La DREES remercie l'ensemble de ses correspondants : la Direction de la sécurité sociale, le Fonds de financement de la CMU, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la Fédération française des sociétés d'assurances, le Centre technique des institutions de prévoyance, et la Fédération nationale de la mutualité française. Elle tient à remercier tout particulièrement l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour les données fournies et son concours régulier.

# Avant-propos

Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, appel d'offres « aide à la complémentaire santé », modification du cahier des charges des contrats responsables et, bientôt, labellisation des contrats seniors... Le paysage de la couverture complémentaire santé est fortement bouleversé depuis plusieurs années. Dans ce contexte, et compte tenu de l'importance de la couverture complémentaire santé dans l'accès aux soins en France, la DREES a décidé de lui consacrer un ouvrage à part entière.

Celui-ci mobilise toute la richesse des sources de données et des méthodes à disposition de la DREES : enquêtes auprès des organismes complémentaires, des ménages ou des entreprises, données collectées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et le Fonds CMU, outils de microsimulation. Il examine ainsi tous les aspects de la complémentaire santé, en décrivant ses acteurs, ses bénéficiaires et les garanties qu'elle propose.

Avec 95 % de personnes couvertes, la France est, parmi les principaux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), celui où la couverture privée est la plus répandue. En 2014, les organismes complémentaires ont versé 27,1 milliards d'euros de prestations en frais de soins, contribuant ainsi à hauteur de 13,5 % au financement de la consommation de soins et de biens médicaux. Les organismes complémentaires jouent un rôle majeur dans l'accès aux soins. Mieux les connaître et mieux cerner leurs pratiques et leur fonctionnement se révèle donc nécessaire à la mise en œuvre de politiques publiques pertinentes. Or, les exigences réglementaires, notamment en termes de solvabilité, et la concurrence ont contraint, dans la période récente, les organismes à se restructurer

pour atteindre une taille critique. Le marché de la complémentaire santé connaît, en conséquence, un vaste mouvement de concentration toujours en cours. Il convient de suivre de près ses principales évolutions.

Par ailleurs, l'accès à la complémentaire santé n'est pas homogène au sein de la population. Les salariés bénéficiant d'un contrat proposé par leur employeur profitent, en général, d'une meilleure couverture. De même, et en particulier pour les plus âgés qui font face aux primes les plus élevées, les ressources financières des ménages conditionnent, en partie, leur accès à des contrats de qualité et expliquent même la moitié des renoncements à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé. Enfin, les dispositifs à destination des plus modestes, comme la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS), déterminent également le statut des individus vis-à-vis de la complémentaire santé. Il en résulte une distribution des restes à charge non homogène au sein des différentes catégories de la population. La connaissance fine de la couverture santé globale des individus constitue donc le second objectif de cet ouvrage.

Enfin, la couverture complémentaire intervient de manière spécifique sur les différents types de soins. Les problématiques rencontrées dans les secteurs de l'optique ou des soins dentaires, postes pour lesquels les organismes complémentaires assurent près de 40 % du financement, ne sont pas les mêmes que pour les soins hospitaliers, très majoritairement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Cet ouvrage vise donc à éclairer le débat public sur l'ensemble des dimensions d'intervention de la complémentaire santé. Cette première édition dresse le panorama de ce secteur afin de caractériser finement la situation qui prévaut avant la mise en place des réformes précitées. La prochaine édition, en 2018, esquissera un premier bilan de la généralisation de la complémentaire en entreprise.

Je vous souhaite une bonne lecture de cette première édition.

Franck von Lennepe



# Sommaire

## La complémentaire santé

Acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2016

<b>Vue d'ensemble</b>	<b>10</b>
<b>Fiches thématiques</b>	<b>17</b>
<b>Éléments de cadrage</b>	<b>19</b>
Fiche 01 • La complémentaire santé dans le financement des dépenses de santé	20
Fiche 02 • La place du risque santé et des autres risques sociaux dans l'activité des organismes d'assurance	23
Fiche 03 • L'assurance santé privée à l'international	26
Fiche 04 • Les effets redistributifs de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire	29
<b>Les organismes complémentaires santé</b>	<b>33</b>
Fiche 05 • Les différents types d'organismes complémentaires santé	34
Fiche 06 • Un marché de la complémentaire santé de plus en plus concentré	37
Fiche 07 • Ressources, charges et rentabilité de l'activité de complémentaire santé	41
Fiche 08 • Les niveaux de garanties des couvertures individuelles et collectives	44
Fiche 09 • Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs?	47
<b>La couverture complémentaire santé de la population française</b>	<b>51</b>
Fiche 10 • Les inégalités sociales de couverture complémentaire santé	52
Fiche 11 • La couverture des salariés du secteur privé	55
Fiche 12 • Les garanties selon l'âge des assurés	58
<b>La complémentaire santé par poste de soins</b>	<b>61</b>
Fiche 13 • Le financement de la consommation de soins et biens médicaux par les différents organismes complémentaires	62
Fiche 14 • La prise en charge des dépassements d'honoraires par les organismes complémentaires	65
Fiche 15 • La prise en charge des équipements d'optique et des audioprothèses par les organismes complémentaires	68

Fiche 16 • La prise en charge des frais dentaires par les organismes complémentaires .....	71
Fiche 17 • La prise en charge des forfaits journaliers et des chambres particulières.....	74
<b>Les populations spécifiques</b> .....	<b>77</b>
Fiche 18 • La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).....	78
Fiche 19 • L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).....	81
Fiche 20 • La couverture complémentaire des ménages retraités .....	83

## **Annexes**

**87**

---

Annexe 1 • Cadre et évolutions réglementaires de la complémentaire santé.....	88
Annexe 2 • Les sources de données sur la couverture complémentaire.....	94
Annexe 3 • Le nouveau régime prudentiel Solvabilité II.....	99



Vue d'ensemble <

Fiches thématiques

Annexes

En France, l'assurance maladie obligatoire couvre une partie des dépenses de santé, variable selon le type de soins. Pour se voir rembourser tout ou partie de ce qui reste à leur charge, les patients souscrivent fréquemment une couverture complémentaire santé, c'est-à-dire un contrat dont l'objet principal est le remboursement des frais médicaux. Cet ouvrage décrit conjointement les différents types de contrat de couverture complémentaire (tarifs, prestations, bénéficiaires), les organismes qui les proposent, leur place dans le marché de l'assurance maladie et les dispositifs à destination des populations les plus vulnérables. Les sources de données les plus récentes et les plus appropriées sont mobilisées pour caractériser chacun de ces aspects (annexe 2).

## **Des contrats individuels ou collectifs**

Les contrats souscrits auprès des organismes complémentaires sont, soit des contrats individuels, c'est-à-dire conclus directement par un individu auprès d'un organisme soit des contrats collectifs, c'est-à-dire conclus par un employeur pour ses salariés. Dans ce dernier cas, le contrat peut être facultatif ou obligatoire pour le salarié. En 2012, 54 % de la population étaient couverts par une complémentaire santé privée souscrite à titre individuel et 35 % par un contrat collectif : 16 % par le biais de leur propre employeur et 19 % en tant qu'ayant droit par le biais d'un membre de leur ménage (fiche 10). Les contrats collectifs profitent surtout aux 25-59 ans. En effet, 49 % des assurés des contrats les plus souscrits de cette classe d'âges bénéficient d'une couverture collective, dont le niveau de garanties est en général élevé. En comparaison, seule une faible partie des assurés de 60 ans ou plus (12 %) bénéficient d'une couverture collective (fiche 12).

## **Mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance se partagent le marché**

Un contrat d'assurance complémentaire santé, qu'il soit individuel ou collectif, peut être souscrit auprès de trois types d'organismes : les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Les mutuelles, régies par le code de la mutualité, sont des sociétés de personnes à but non lucratif appartenant à leurs assurés. Elles sont

surtout actives sur le marché de l'assurance individuelle, qui représente sept dixièmes de leurs bénéficiaires. Parmi les trois types d'organismes complémentaires, les mutuelles ont la part la plus élevée de bénéficiaires de 60 ans ou plus (29 %). Les institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif. Organismes paritaires, elles opèrent essentiellement sur le secteur de la prévoyance collective des salariés. Du fait de leur spécialisation en collectif, elles couvrent surtout des bénéficiaires actifs ou jeunes. Les sociétés d'assurance sont régies par le code des assurances. Ce sont des sociétés anonymes à but lucratif, à l'exception des sociétés d'assurance mutuelles à but non lucratif, et dont les actionnaires sont les assurés. La répartition par âge de leurs bénéficiaires est semblable à celle de la population française (fiche 5).

## **En France, l'assurance santé privée est essentiellement « complémentaire »**

En France, l'assurance santé privée est complémentaire, dans la mesure où elle intervient, la plupart du temps, sur le même panier de biens médicaux que l'assurance maladie obligatoire. Ses remboursements viennent donc en complément de ceux versés par l'assurance maladie obligatoire. Ce type d'assurance existe dans d'autres pays comme l'Allemagne, la Belgique, le Luxembourg ou encore le Danemark. Au Pays-Bas, en complément de l'assurance santé de base obligatoire, opérée par des



assureurs privés, mais dans un cadre très contraint par la loi, 86 % de la population ont souscrit une assurance santé privée facultative dite supplémentaire, car intervenant sur des biens médicaux qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie de base. Dans certains pays au fonctionnement Beveridgien comme le Royaume-Uni, la Suède, l'Espagne ou l'Italie dans lesquels l'assurance maladie obligatoire est financée par l'impôt, l'assurance santé privée est duplicative. Elle permet à ceux qui en ont les moyens d'obtenir via le secteur privé un accès plus rapide aux soins, un choix plus large de prestataires, voire des soins de meilleure qualité. En Allemagne, les personnes qui ont des ressources suffisantes et qui le souhaitent peuvent sortir du système d'assurance maladie obligatoire et prendre une assurance santé privée qui peut alors être qualifiée de primaire. Le reste à charge des ménages est généralement plus élevé dans les pays où l'assurance santé est duplicative. Il est le plus faible en France et aux Pays-Bas où la couverture santé privée est de type complémentaire ou supplémentaire (fiche 3).

### La couverture par une complémentaire santé est quasi universelle

Avec 95 % de la population couverts, la France est, parmi les principaux pays de l'OCDE, celui où la couverture santé privée est la plus répandue (fiche 3). Deux dispositifs en faveur des plus modestes ont permis d'atteindre ce niveau de couverture : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS). La CMU-C, instaurée par la loi du 27 juillet 1999, est entrée en application le 1<sup>er</sup> janvier 2000<sup>1</sup>. La CMU-C permet l'accès à une protection complémentaire de santé gratuite. Elle couvre un panier de dépenses restant à la charge de l'assuré après l'intervention des régimes de base de la Sécurité sociale. En 2014, en moyenne, 6,8 % de la population métropolitaine bénéficient de la CMU-C (fiche 18). Mise en place en 2005, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) est une

aide financière destinée à l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Elle s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 %. Les bénéficiaires de l'ACS sont dispensés de l'avance des frais. De plus, depuis février 2013, ils bénéficient de tarifs sans dépasement d'honoraires. En 2014, le dispositif comptait un peu moins d'un million de bénéficiaires (fiche 19). Malgré l'existence des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS ciblant les publics précaires et modestes, l'absence de complémentaire santé concerne d'abord les populations les plus pauvres. Le manque de moyens financiers ou le coût trop élevé des contrats représente le premier motif d'absence de complémentaire santé (53 % des personnes sans complémentaire évoquent ce motif, fiche 10).

### Les logiques de tarification diffèrent entre contrats individuels et collectifs

Les tarifs des contrats peuvent varier selon certains critères comme l'âge, la situation familiale, le lieu de résidence, les revenus ou l'ancienneté dans le contrat. L'encadrement des critères de fixation des tarifs diffère selon les types de contrats, individuels ou collectifs. La tarification selon l'âge concerne uniquement les contrats individuels, les contrats collectifs n'étant pas autorisés à utiliser l'âge comme critère individuel de tarification. En 2013, 91 % des bénéficiaires d'un contrat individuel disposent de tarifs augmentant avec l'âge (la quasi-totalité pour les sociétés d'assurance, 89 % pour les mutuelles). Trois quarts des bénéficiaires de contrats collectifs bénéficient d'un forfait famille (gratuité à partir du premier enfant) contre seulement 7 % des bénéficiaires d'un contrat individuel (fiche 9).

### En 2013, les contrats collectifs sont plus répandus dans les grandes entreprises

En 2013, 48 % des entreprises de 10 salariés ou plus, qui emploient 70 % des salariés du privé, font

1. Le 1<sup>er</sup> janvier 2000 est également créée l'aide médicale de l'État (AME) qui assure une protection médicale aux étrangers qui ne peuvent être affiliés à un régime de Sécurité sociale, en raison de leur situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France. Elle concerne principalement des étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire national depuis plus de trois mois et disposant de ressources inférieures à un certain seuil.

bénéficier leurs salariés d'une couverture complémentaire d'entreprise. Les complémentaires santé sont plus fréquentes dans les grandes entreprises : 46 % des entreprises de 10 à 49 salariés proposent une complémentaire santé à leurs salariés contre 76 % des entreprises de 250 à 499 salariés et 90 % des entreprises de 1 500 salariés ou plus. En 2013, 61 % des contrats résultent d'une décision unilatérale de l'employeur, 28 % d'un accord de branche ou d'une convention collective et 11 % d'un accord d'entreprise avec les représentants du personnel. Plus l'entreprise a des effectifs salariés importants, plus la complémentaire santé d'entreprise est fréquemment mise en place par un accord d'entreprise. Au contraire, plus les effectifs de l'entreprise sont faibles, plus le contrat est souvent mis en place par le biais d'un accord de branche ou d'une convention collective. En 2013, les entreprises de 10 salariés ou plus participent au financement de la complémentaire santé de leurs salariés à hauteur de 57 % de la cotisation en moyenne, soit 675 euros par an et par salarié bénéficiaire. Cette participation est très homogène quelle que soit la taille de l'entreprise à la fois en part et en montant (fiche 11). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la couverture complémentaire d'entreprise est obligatoire (voir *infra*).

### **Les contrats collectifs sont en moyenne plus couvrants que les contrats individuels**

Les bénéficiaires de contrats collectifs ont en général des contrats plus couvrants que les bénéficiaires de contrats individuels (fiche 8). Ainsi, les prises en charge des contrats collectifs sont supérieures à celles des contrats individuels, qu'il s'agisse des dépassements d'honoraires (fiche 14), de l'optique simple ou complexe et des audioprothèses (fiche 15) ou des prothèses, des implants dentaires et de l'orthodontie (fiche 16). Plusieurs raisons sont susceptibles d'expliquer ce résultat. Tout d'abord, les entreprises ont souvent de meilleures capacités de négociations que les particuliers, ce qui leur permet d'obtenir des contrats avec un meilleur rapport qualité-prix. Ensuite, dans le cas des contrats collectifs, employé et employeur se partagent le paiement de la prime. De plus, leurs participations au paiement de la prime bénéficient chacune d'exonérations fiscales et sociales (annexe 1). À niveau de

couverture donné, les primes des contrats individuels à la charge des assurés sont donc en général plus élevées. Au cours des années 2006 à 2010, les contrats collectifs comme individuels sont montés en gamme. Puis de 2010 à 2013, la répartition des bénéficiaires par classes de garanties n'a plus évolué de manière significative (fiche 8).

### **En 2014, les organismes complémentaires financent 13,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux**

La part des organismes complémentaires dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux a augmenté pendant plusieurs années. Elle était de 12,8 % en 2006 pour atteindre 13,7 % en 2012 et 2013. En 2014, elle baisse à 13,5 % (fiche 1). En 2014, les organismes complémentaires ont versé 27,1 milliards d'euros de prestations en frais de soins, dont 25,7 milliards d'euros en soins et biens médicaux (fiche 13). La part financée par les organismes complémentaires est très variable selon les postes de soins. Les biens médicaux (optique, orthèses, prothèses, véhicules pour personnes handicapées physiques, petits matériels et pansements) sont le poste pour lequel les organismes complémentaires interviennent proportionnellement le plus. En 2014, ils en financent 38,9 %. Par ailleurs, ils financent 21,7 % des soins de ville (soins de médecins, d'auxiliaires, soins dentaires et dépenses de laboratoire) et 13,7 % de la dépense de médicaments. La participation des organismes complémentaires aux soins hospitaliers, en moyenne très fortement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (91,1 % en 2014), est nettement plus réduite (5,3 % des dépenses en 2014, fiche 13).

### **En l'espace de quelques années, le marché de la complémentaire santé s'est fortement concentré**

En 2014, 573 organismes exercent une activité d'assurance complémentaire santé. Ces dernières années, le nombre d'organismes complémentaires a fortement reculé. En particulier, le nombre de mutuelles a été divisé par trois et le nombre d'institutions de prévoyance par deux depuis 2001. Les exigences réglementaires, notamment en termes de



solvabilité, et la concurrence ont contraint les organismes à se restructurer pour atteindre une taille critique (fiche 6).

### **Les mutuelles : principal acteur du marché**

En 2014, 33,9 milliards d'euros de cotisations ont été collectés sur le marché de l'assurance complémentaire santé. Les mutuelles restent l'acteur principal de ce marché. En nombre ou en chiffre d'affaires, elles devancent les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Leur chiffre d'affaires en santé, qui correspond aux cotisations collectées auprès des souscripteurs au titre des contrats de complémentaire santé, s'élève à 18,0 milliards d'euros en 2014, ce qui représente 53 % de ce marché, contre 9,6 milliards d'euros pour les sociétés d'assurance (28 % du marché) et 6,3 milliards d'euros pour les institutions de prévoyance (19 %). Depuis de nombreuses années, les mutuelles et, dans une moindre mesure, les institutions de prévoyance perdent des parts de marché au profit des sociétés d'assurance : alors que les sociétés d'assurance ne détenaient que 19 % du marché de la complémentaire santé en 2001, elles en gèrent 28 % en 2013 (fiche 6).

### **La complémentaire santé occupe une part plus ou moins importante de l'activité selon le type d'organisme**

La complémentaire santé représente 53 % de l'activité des organismes complémentaires sur le champ des risques sociaux en 2013. Elle constitue donc l'activité principale, devant la retraite (20 %), les autres dommages corporels (17 %) et l'assurance décès (10 %). Toutefois, la part de l'activité complémentaire santé dans l'ensemble des risques sociaux s'est légèrement réduite au cours des dernières années au profit de l'activité retraite qui est devenue le deuxième risque en termes de cotisations collectées en 2013, devant les autres dommages corporels. Sur le seul champ des risques sociaux, les mutuelles sont spécialisées dans la complémentaire santé, puisque l'activité « frais de soins » représente

84 % des cotisations qu'elles collectent sur ce champ. La complémentaire santé constitue également l'activité principale des institutions de prévoyance (48 % des cotisations collectées en 2013 sur le champ des risques sociaux) même si ces dernières ont une activité plus diversifiée que les mutuelles. En revanche, la complémentaire santé ne représente que 33 % des cotisations collectées par les sociétés d'assurance sur le champ des risques sociaux, soit autant que l'activité retraite (33 % également, fiche 2).

### **En 2014, le marché est excédentaire pour la quatrième année consécutive**

En 2014, 84 % des cotisations en santé sont reversées sous forme de charges de prestations. Le marché de l'assurance santé a dégagé des excédents puisque le résultat technique en santé s'élève à 296 millions d'euros, soit 0,8 % des cotisations collectées. Ce marché avait également dégagé des excédents, moindres, entre 2011 et 2013. En 2014, l'activité santé est déficitaire pour les institutions de prévoyance, en raison de leur spécialisation sur les contrats collectifs, tandis qu'elle est excédentaire pour les mutuelles et sociétés d'assurance (fiche 7).

### **Cahier des charges des contrats responsables : d'importantes modifications en 2015**

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015, pour être responsables, les contrats doivent respecter de nouvelles obligations. Entre 2006 et 2013, la prise en charge des lunettes par les contrats complémentaires, collectifs comme individuels, a beaucoup progressé, en particulier celle des contrats haut de gamme. Le remboursement pour l'optique simple comme pour l'optique complexe des bénéficiaires des contrats les plus sous-crits appartenant au quart les mieux couverts a progressé de 29 % entre 2006 et 2013 (fiche 15). Désormais, pour éviter de solvabiliser à l'excès certaines dépenses et d'entretenir ainsi une spirale inflationniste sur les prix, la prise en charge des lunettes correctrices est encadrée par six planchers et plafonds selon le niveau de correction<sup>2</sup>. De la même manière,

2. Pour l'optique simple, le plancher vaut 50 euros et le plafond 470 euros, dont 150 euros au maximum pour la monture. Pour l'optique complexe, le plancher vaut 200 euros et le plafond 750 euros.

la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'ont pas adhéré aux contrats d'accès aux soins est plafonnée à 125 % du tarif de la Sécurité sociale en 2015 et 2016, puis à 100 % de ce tarif à compter de 2017 (annexe 1).

À l'inverse, les contrats responsables doivent proposer une prise en charge illimitée du forfait journalier, quel que soit le type d'hospitalisation. Avant la réforme des contrats responsables de 2015, la plupart des contrats proposaient déjà une prise en charge illimitée du forfait journalier en cas de séjour en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie). Toutefois, en cas de séjour en psychiatrie, seulement 64 % des bénéficiaires des contrats les plus souscrits bénéficiaient déjà d'une prise en charge illimitée du forfait journalier (fiche 17).

### **Contenu des contrats ACS et organismes fournisseurs : une réforme profonde en 2015**

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, les bénéficiaires de l'ACS doivent souscrire un contrat parmi une liste de contrats éligibles. Ces contrats ont été sélectionnés à l'issue d'une mise en concurrence afin d'améliorer la lisibilité de l'offre, tout en assurant un meilleur rapport qualité-prix des contrats souscrits. À qualité donnée, la baisse de primes permise par la procédure d'appel d'offres est estimée entre 15 % (pour le contrat le plus couvrant) et 37 % (pour le contrat le moins couvrant). De plus, les bénéficiaires de l'ACS bénéficient désormais du tiers payant intégral (pas d'avance de frais lors des consultations chez les professionnels de santé) et ne doivent plus s'acquitter des franchises médicales et de la franchise forfaitaire de 1 euro par consultation (fiche 19).

### **Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, généralisation de la couverture complémentaire santé d'entreprise**

En vertu de la loi de sécurisation de l'emploi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 tout employeur privé est tenu de proposer une complémentaire santé d'entreprise à ses salariés et de participer au montant de

la cotisation à hauteur de 50 % au minimum. Cette nouvelle législation aura des conséquences limitées sur les entreprises qui proposent déjà une complémentaire d'entreprise à leurs salariés, les taux de participation à la prime étant déjà en moyenne supérieurs à 50 %. En revanche, la mise en place de la loi entraîne un changement important pour les petites entreprises, puisque seules 33 % des entreprises de moins de 10 salariés offraient une complémentaire santé à leurs salariés en 2009. Ces dernières doivent donc mettre en place ce dispositif pour se conformer à la loi (fiche 11). La loi prévoit des dispenses d'adhésion au contrat collectif pour certaines catégories de salariés : bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS, salariés déjà couverts par le contrat de leur conjoint, salariés en CDD de moins d'un an et travailleurs à temps partiel. Pour les salariés en contrats courts (CDD de moins de 3 mois) ou de mission ou à temps partiel (moins de 15 heures par semaine), la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 instaure le versement santé : une aide monétaire de l'employeur pour qu'ils financent l'acquisition d'un contrat individuel (annexe 1).

### **La labellisation des contrats séniors**

93 % des retraités sont couverts par un contrat individuel<sup>3</sup>. Or, les garanties des contrats individuels sont en moyenne moins importantes que celles des contrats collectifs (fiche 20). Par ailleurs, les primes sont entièrement prises en charge par les assurés, contrairement aux contrats collectifs dont les primes sont en partie prises en charge par l'employeur (fiche 11). Pour la majorité des contrats individuels, les primes augmentent avec l'âge des assurés (fiche 9). Pour ces raisons, les retraités paient des primes plus élevées que les non-retraités et le taux d'effort des ménages, c'est-à-dire la part des dépenses de santé dans le revenu disponible, est plus élevé pour les ménages retraités (5,6 %) que pour les ménages non retraités (2,9 %). Le taux d'effort des ménages retraités appartenant aux 20 % des ménages les plus modestes atteint même 10,8 %. Actuellement, les retraités ne bénéficient

<sup>3</sup> 2 % sont couverts par un contrat collectif, 5 % n'ont pas de couverture complémentaire santé (source : ESPS 2012).

pas d'aides spécifiques pour recourir à une complémentaire santé<sup>4</sup>. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 prévoit, pour les personnes de 65 ans ou plus, la mise en place d'une labellisation des contrats de complémentaire santé sur des critères de prix et de qualité. Cette labellisation permettra aux organismes complémentaires de bénéficier d'un crédit d'impôt et pourrait contribuer à limiter les primes versées par les retraités (fiche 20).

### **Le nouveau régime prudentiel Solvabilité II**

La solvabilité est la capacité d'un assureur à respecter les engagements qu'il a pris auprès de ses assurés, c'est-à-dire à pouvoir verser, à tout moment, les indemnités à ceux qui en ont acquis le droit (remboursements de frais de soins en assurance complémentaire santé, rentes promises en assurance

retraite...). L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) veille à la solvabilité de l'ensemble des organismes d'assurance agréés en France.

Le régime Solvabilité II est entré en application le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et se substitue au régime Solvabilité I pour une majorité des organismes du secteur (annexe 3). Pour les assurés, ce nouveau régime devrait garantir une protection uniforme et améliorée dans toute l'Union européenne et faire baisser les prix des contrats. Il devrait permettre aux assureurs de mieux accomplir leur rôle d'investisseurs et d'être plus compétitifs face à leurs concurrents internationaux, en contrepartie de règles de prudence davantage proportionnées aux risques qu'ils encourent réellement. Enfin, l'harmonisation européenne et la coopération entre autorités de contrôle devraient permettre un meilleur suivi des groupes internationaux et favoriser un marché européen unique de l'assurance. ■

4. Hormis le fait que le montant du chèque ACS est croissant avec l'âge. Peu de retraités bénéficient de la CMU-C, car les allocataires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ont des revenus supérieurs au plafond d'éligibilité.



Vue d'ensemble  
Fiches thématiques <  
Annexes



# Éléments de cadrage

En France, l'assurance maladie publique est historiquement fondée sur des solidarités professionnelles. Des régimes de Sécurité sociale obligatoires prélèvent des cotisations et reversent des prestations à leurs assurés. Pour garantir l'universalité du système, celui-ci a été complété depuis 2000 par la couverture maladie universelle (CMU), grâce à laquelle toute personne résidant en France peut bénéficier d'une couverture santé, et par l'aide médicale de l'État (AME) pour les personnes étrangères en situation irrégulière.

Une complémentaire santé est un contrat dont l'objet principal est le remboursement des frais médicaux. Elle permet à l'assuré de limiter des paiements directs qui peuvent rester élevés même après prise en charge par l'assurance maladie de base. Trois catégories d'organismes peuvent proposer des contrats de complémentaire santé : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Les pouvoirs publics ont mis en place deux dispositifs permettant aux plus modestes d'accéder eux aussi à une couverture complémentaire santé : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000 et l'aide à la complémentaire santé (ACS) en 2005.

## Deux dispositifs d'aide à la complémentaire santé financés par le Fonds CMU

La CMU-C, attribuée sous conditions de ressources, offre la prise en charge complémentaire à hauteur de 100 % pour un panier de soins donné (cf. fiche 19). En 2014, 86 % des bénéficiaires ont confié la gestion de la CMU-C à leur organisme de base et 14 % à un organisme complémentaire. Quant à l'ACS (cf. fiche 18), il s'agit d'une aide au paiement des cotisations d'un contrat complémentaire santé classique. Cette aide est variable selon l'âge. Elle s'adresse aux personnes dont les revenus sont modestes mais jusqu'à 35 % supérieurs au plafond d'éligibilité à la CMU-C.

En 2014, ces deux dispositifs étaient financés par le Fonds CMU à l'aide de la taxe de solidarité

additionnelle aux cotisations d'assurance, collectée par les organismes complémentaires à son profit (2,1 milliards d'euros), et d'une fraction des recettes de la taxe sur le tabac (0,4 milliard d'euros). Le Fonds CMU a reversé 2,5 milliards d'euros en 2014 aux régimes de base et aux organismes complémentaires au titre de leur gestion de la CMU-C et de l'ACS.

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

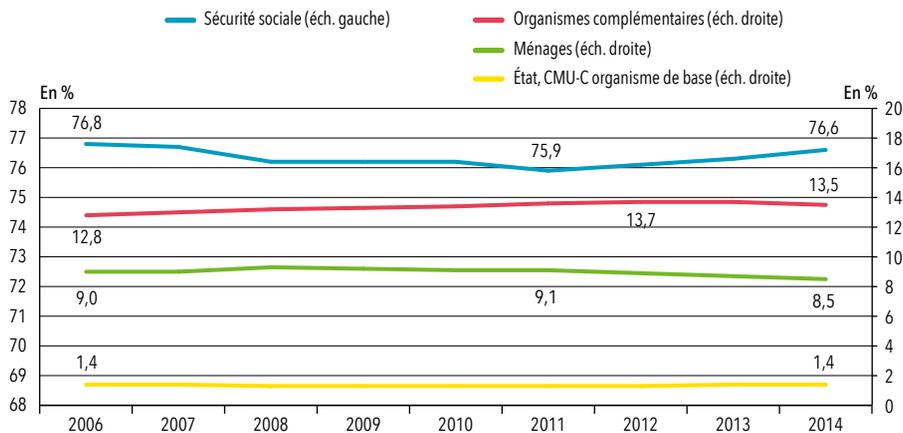
En 2014, les organismes de Sécurité sociale restent les acteurs majeurs du financement des dépenses de santé, puisqu'ils prennent en charge 76,6 % de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM : soins hospitaliers, consultations de médecins, de dentistes, médicaments, lunettes...). Entre 2006 et 2011, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM a régulièrement diminué (graphique 1) en raison de mesures d'économies mises en place par l'assurance maladie. Depuis 2011, la part de la Sécurité sociale augmente à nouveau. Cela s'explique par le dynamisme des dépenses les mieux prises en charge par l'assurance maladie (soins hospitaliers, médicaments coûteux...) et par la progression des effectifs d'assurés en affection de longue durée. Enfin, cette hausse s'explique aussi par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP, supplément de rémunération attribué aux médecins pour les inciter à modérer les prescriptions, à encourager les médicaments génériques, à mieux suivre les patients en ALD...).

L'État, à travers ses différents dispositifs (aide médicale de l'État, CMU-C organismes de base...) finance 1,4 % de la CSBM, proportion stable depuis 2006.

## Les organismes complémentaires financent 13,5 % de la consommation de soins et biens médicaux

Les organismes complémentaires (OC) financent 13,5 % de la CSBM en 2014. Jusqu'en 2012,

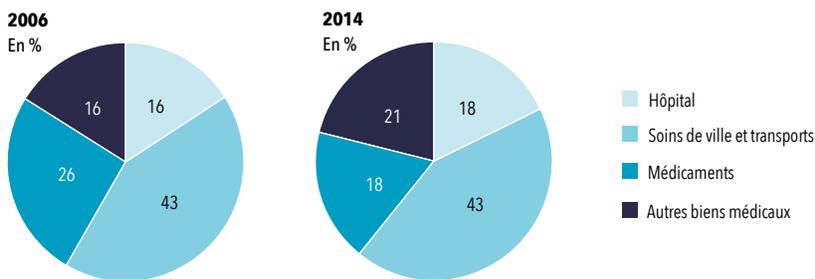
**Graphique 1** Évolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM



**Note** > Par convention, lorsque le bénéficiaire a choisi un régime de base pour gérer sa CMU-C, les dépenses liées à la CMU-C sont comptabilisées dans « État, CMU-C organisme de base ». Lorsqu'il a choisi un OC, les dépenses liées à la CMU-C sont comptabilisées dans « organismes complémentaires ».

**Source** > DREES, Comptes de la santé, base 2010.

**Graphique 2** Structure des prestations santé versées par les organismes complémentaires en 2006 et 2014

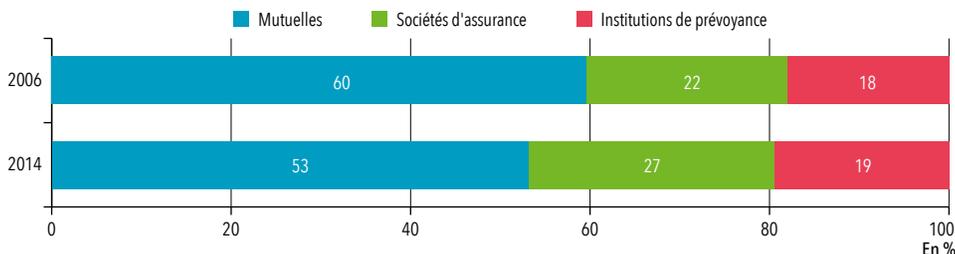


**Note** > Soins de ville au sens de la CSBM : hors honoraires en cliniques privées et hors biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux).

**Champ** > CSBM.

**Source** > DREES, Comptes de la santé, base 2010.

**Graphique 3** Répartition du financement par les trois catégories d'organismes complémentaires en 2006 et 2014



**Source** > Fonds CMU, calculs DREES.

les organismes complémentaires ont financé une part toujours croissante de la CSBM (culminant à 13,7 %). Depuis 2013, la contribution des OC tend à reculer légèrement, en partie suite aux actions mises en place par ces organismes afin de modérer certaines dépenses, notamment en optique (baisse des garanties les plus avantageuses, mise en place de réseaux de soins aux tarifs négociés, de « bonus » pour inciter les assurés à modérer leur consommation...).

Les autres biens médicaux (optique, prothèses hors dentaires, petits matériels et pansements...) représentent une part croissante des prestations versées par les OC, tout comme les dépenses hosi-

pières (graphique 2). En revanche, les médicaments ne représentent plus que 18 % des prestations versées en 2014 contre 26 % en 2006 et la part des soins de ville et transports sanitaires est globalement stable, à 43 % (cf. fiche 13 pour une analyse par poste de soins).

En 2014, les mutuelles restent l'acteur principal du marché de la complémentaire santé puisqu'elles représentent 53 % des prestations versées par les OC (graphique 3). Elles perdent toutefois des parts de marché depuis plusieurs années, au profit notamment des sociétés d'assurance.

Le reste à charge des ménages s'élève en France en 2014 à 8,5 % de la CSBM. Il diminue depuis 2011. ■

#### Pour en savoir plus

- > *Les dépenses de santé en 2014*, DREES, coll. « Études et Statistiques », 2015.
- > Rapport d'activité 2014, Fonds CMU.

En 2013, les organismes d'assurance ont collecté 220,5 milliards d'euros de cotisations au titre de leur activité d'assurance (tableau). Parmi celles-ci, 66,0 milliards, soit près d'un tiers, ont été collectés au titre de la couverture des risques sociaux. Ce champ recouvre les six risques suivants : santé (maladie, invalidité, accidents du travail-maladies professionnelles), vieillesse-survie, famille-maternité, emploi (chômage et insertion professionnelle), logement et, enfin, pauvreté.

Dans l'activité des organismes complémentaires, les contrats qui couvrent des risques sociaux sont :

- les contrats « frais de soins » (complémentaire santé permettant à l'assuré de se voir rembourser ses frais médicaux en complément de ce que versent

les régimes de base de l'assurance maladie) pour 34,7 milliards d'euros collectés en 2013 ;

- les contrats « autres dommages corporels » (contrats couvrant notamment l'incapacité de travail, sous forme d'indemnités journalières, l'invalidité ou la dépendance, à l'exclusion des contrats emprunteurs) pour 11,6 milliards ;

- les contrats d'assurance vie, lorsque leur rôle est de fournir un supplément de retraite (retraite supplémentaire, y compris préretraites et indemnités de fin de carrière) pour 13,2 milliards ;

- les contrats d'assurance 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 contrats emprunteurs) pour 6,5 milliards.

**Tableau** Cotisations collectées par les organismes d'assurance par activité d'assurance en 2013

	En milliards d'euros			
	Sociétés d'assurance	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Ensemble des organismes
Frais de soins	10,4	18,2	6,1	34,7
Autres dommages corporels, dont :	7,1	0,9	3,6	11,6
- indemnités journalières-incapacité	4,1	0,5	2,2	6,8
- invalidité	1,3	0,2	1,3	2,8
- dépendance	0,7	0,1	0,0	0,8
- autres (accidents, assurances scolaire, sportive...)	1,0	0,0	0,1	1,1
Retraite, préretraite et indemnités de fin de carrière	10,4	1,8	1,0	13,2
Décès	3,7	0,7	2,1	6,5
Nuptialité-natalité	0,0	0,01	0,0	0,01
Perte d'emploi	nd	0,01	0,0	nd
<b>Ensemble des risques sociaux</b>	<b>31,6</b>	<b>21,6</b>	<b>12,8</b>	<b>66,0</b>
Autres garanties vie (capitalisation, épargne financière...)	104,8	0,02	0,01	104,9
Autres garanties non-vie (automobile, habitation...)	49,8	0,03	0,00	49,8
<b>Ensemble de l'activité assurantielle</b>	<b>186,1</b>	<b>21,6</b>	<b>12,8</b>	<b>220,5</b>

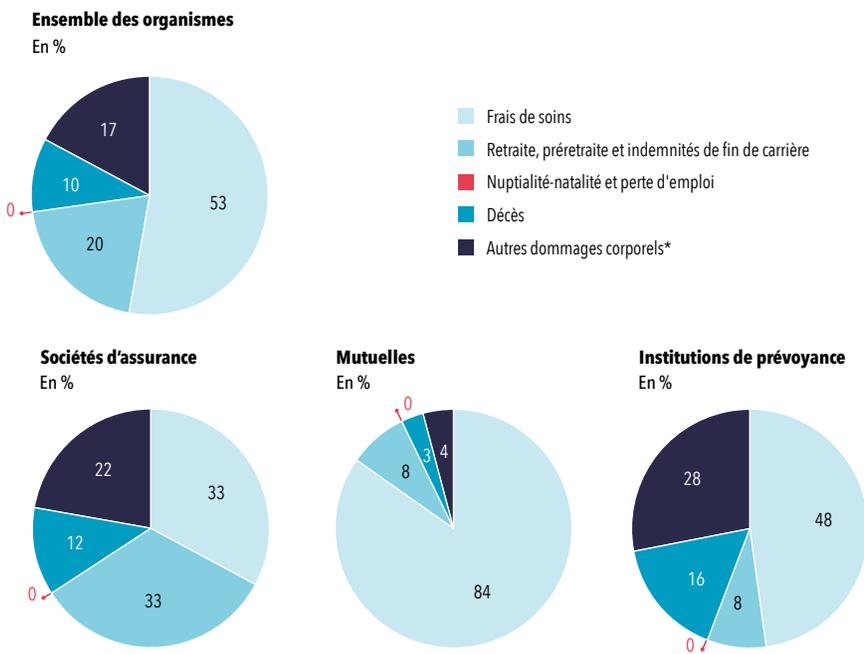
nd : non disponible car les cotisations pour les contrats perte d'emploi ne peuvent être distinguées au sein de l'ensemble des contrats visant à compenser des « pertes pécuniaires diverses » (assurance loyers impayés, insuffisance de recettes, mauvais temps...).

**Note** > Les cotisations collectées au titre des assurances emprunteurs sont exclues des risques sociaux et classées en « autres garanties vie ».

**Champ** > Organismes contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution au 31/12/2013, affaires directes en France.

**Source** > Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, calculs DREES.

### Graphique Part du risque santé (frais de soins) dans les cotisations collectées au titre des risques sociaux



\* Incapacité, invalidité, dépendance...

**Note** > Les cotisations collectées au titre des assurances emprunteurs sont exclues par convention des risques sociaux.

**Champ** > Organismes contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution au 31/12/2013, affaires directes en France.

**Source** > Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, calculs DREES.

#### Encadré Les contrats emprunteurs : hors du champ des risques sociaux

Les garanties décès, incapacité-invalidité ou perte d'emploi souscrites dans le cadre d'emprunts immobiliers (dits « contrats emprunteurs ») sont par convention exclues du champ des risques sociaux, car considérées comme assurant un risque financier. En 2013, les garanties décès des contrats emprunteurs s'élèvent à 5,6 milliards d'euros, les garanties incapacité-invalidité à 2,1 milliards et les garanties perte d'emploi à 0,3 milliard (source FFSA).

Les garanties « perte d'emploi » sont sous-estimées, les données ne permettant pas pour les sociétés d'assurance de les distinguer des assurances loyers impayés, mauvais temps, insuffisance de recettes...

Quelques contrats couvrent les risques famille-maternité et emploi (« nuptialité-natalité » et « perte d'emploi »), mais les montants collectés sont négligeables.

L'activité des mutuelles et des institutions de prévoyance est quasi exclusivement consacrée à la couverture des risques sociaux. Les mutuelles, par exemple, peuvent pratiquer des activités de caution, de protection juridique ou d'assistance, mais les cotisations collectées au titre de ces garanties hors du champ des risques sociaux sont très faibles. En revanche, l'activité des sociétés d'assurance dépasse largement le cadre des risques sociaux, aussi bien en assurance dite « vie » (assurance dépendant de la durée de la vie humaine : capitalisation et épargne financière hors épargne retraite), qu'en assurance dite « non-vie » (assurance automobile, assurance habitation, responsabilité civile, catastrophes naturelles, assistance...). La couverture des risques sociaux ne représente ainsi que 17 % des cotisations collectées par les sociétés d'assurance en 2013.

### La complémentaire santé : la moitié des cotisations collectées sur le champ des risques sociaux

La complémentaire santé représente 53 % de l'activité des organismes complémentaires sur le champ des risques sociaux en 2013 (graphique). Elle constitue donc l'activité principale, devant la retraite (20 %), les autres dommages corporels (17 %) et l'assurance décès (10 %). Toutefois, la part de l'activité complémentaire santé dans l'ensemble des risques sociaux s'est légèrement réduite au cours des dernières années. À l'inverse, l'activité retraite a augmenté pour devenir le deuxième risque en

termes de cotisations collectées en 2013, devant les autres dommages corporels.

### Des mutuelles très spécialisées dans l'activité de complémentaire santé

Sur le seul champ des risques sociaux, les mutuelles sont également spécialisées dans la complémentaire santé, puisque l'activité « frais de soins » représente 84 % des cotisations qu'elles collectent en 2013 sur ce champ. Les autres activités des mutuelles sont nettement plus marginales : retraite supplémentaire (8 %), assurance décès (3 %) et autres dommages corporels (4 %), qui recouvrent principalement des garanties indemnités journalières-incapacité en cas d'arrêt de travail.

La complémentaire santé constitue également l'activité principale des institutions de prévoyance (48 % des cotisations collectées en 2013 sur le champ des risques sociaux) même si ces dernières ont une activité plus diversifiée que les mutuelles. En effet, 28 % des cotisations collectées sur le champ des risques sociaux se rapportent à la couverture des autres dommages corporels, notamment incapacité et invalidité, et 16 % à l'assurance décès. Enfin, elles proposent plus marginalement des contrats retraite, principalement des indemnités de fin de carrière (8 %).

En revanche, la complémentaire santé ne représente que 33 % des cotisations collectées par les sociétés d'assurance sur le champ des risques sociaux, soit autant que l'activité retraite (33 % également). Les sociétés d'assurance sont l'acteur dominant en matière de retraite supplémentaire et, dans une moindre mesure, en matière d'assurance décès et de couverture des autres dommages corporels. ■

#### Pour en savoir plus

> **Beffy M., Roussel R., Solard J., Mikou M., Ferretti C.** (dir.), 2015, *La protection sociale en France et en Europe en 2013*, DREES, coll. « Études et Statistiques ».

À l'exception des États-Unis, la plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une assurance maladie de base universelle ou quasiment universelle. La place de l'assurance santé privée dépend de l'organisation du système de protection sociale propre à chaque pays. Différents modèles existent : l'OCDE a établi une typologie des assurances santé privées selon leur articulation avec l'assurance maladie publique. Avec 95 % de la population couverts (y compris CMU-C), la France est, parmi les principaux pays de l'OCDE, celui où la couverture santé privée est la plus répandue (graphique 1).

### Une assurance santé privée complémentaire, supplémentaire...

L'assurance santé privée est dite complémentaire lorsqu'elle intervient sur le même panier de biens médicaux que l'assurance maladie publique. Sur ce panier, l'assurance maladie publique rembourse une partie de la dépense et peut laisser une autre partie à la charge des individus (ticket modérateur, dépassements d'honoraires). Souscrire une assurance santé privée permet de se voir rembourser tout ou partie de ce reste à charge. En France, l'assurance santé privée peut être qualifiée de complémentaire.

On parle d'assurance santé privée supplémentaire lorsqu'elle intervient sur des biens qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie de base. Aux Pays-Bas, par exemple, la gestion de l'assurance maladie de base, obligatoire, a été confiée aux assureurs privés, fortement encadrés par les pouvoirs publics (panier de soins imposé, sélection des risques interdite...). Mais 86 % des Néerlandais ont également souscrit une assurance santé privée facultative de type supplémentaire qui leur permet de couvrir notamment les dépenses en optique et les soins dentaires pour les adultes, exclus du panier de soins de base.

### ... duplicative ou primaire

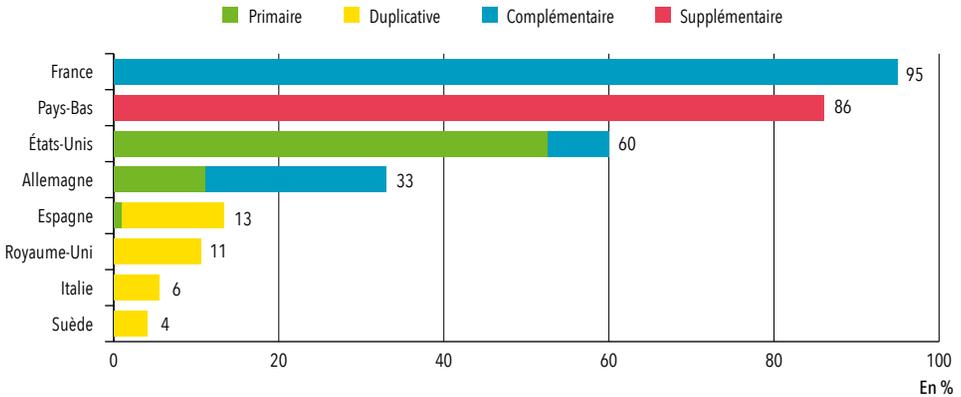
Dans certains pays au fonctionnement beveridgien, comme le Royaume-Uni ou la Suède, mais

aussi l'Espagne ou l'Italie, l'assurance maladie obligatoire est financée par l'impôt, et permet aux habitants de recevoir gratuitement des soins auprès des producteurs publics rémunérés par l'État. Les files d'attente pour l'accès aux soins dans le secteur public peuvent se révéler longues. Une assurance santé privée, dite duplicative, ou parallèle, s'est alors développée afin de permettre à ceux qui en ont les moyens d'obtenir, via le secteur privé, un accès plus rapide aux soins ou un choix plus large de prestataires, voire des soins de meilleure qualité. Dans ces pays, les personnes ayant souscrit une assurance santé privée duplicative ne sont pas dispensées de financer par leurs impôts le régime public, même si elles ne l'utilisent pas. L'assurance santé privée duplicative est donc souvent un marché de niches.

Lorsque le système repose principalement sur une assurance santé privée non obligatoire, comme c'est le cas aux États-Unis, celle-ci est alors qualifiée de primaire. Ainsi, pour 53 % de la population américaine, la couverture maladie repose sur une assurance santé privée, principalement souscrite dans le cadre professionnel et financée conjointement par l'employeur et le salarié. Elle est, pour les entreprises américaines, un élément de la politique de la main-d'œuvre et de la rémunération. Les retraités, les personnes handicapées ou à très faibles ressources (32 % de la population) bénéficient toutefois d'une couverture financée par des fonds publics (Medicare et Medicaid). Enfin, 15 % de la population américaine sont sans couverture santé en 2012. Cette proportion devrait toutefois baisser avec la réforme Obama Care, qui, à partir de 2014, oblige tout citoyen américain à contracter une assurance santé.

Selon l'organisation du système, les différents types d'assurances santé privées peuvent coexister. En Allemagne, les personnes qui ont des ressources suffisantes et qui le souhaitent peuvent sortir du système de l'assurance maladie publique basé sur la solidarité (et être exemptées de son financement) et prendre une assurance santé privée, tarifée au risque, qui peut alors être qualifiée de primaire.

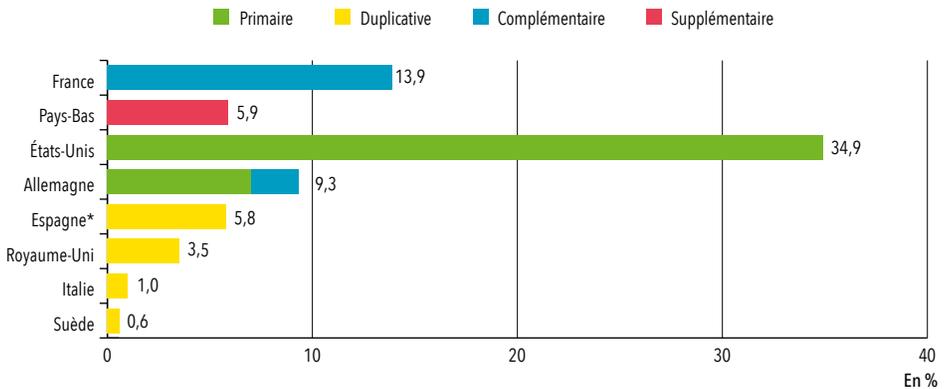
### Graphique 1 Population couverte par une assurance santé privée en 2013, selon le type d'assurance



**Note** > Le type d'assurance indiqué ici est le type dominant. En pratique, une même assurance santé privée peut intervenir de façon supplémentaire et complémentaire, comme aux Pays-Bas, ou duplicative et complémentaire comme en Italie. Données 2013 ou, à défaut, année la plus récente possible. L'assurance maladie obligatoire néerlandaise, gérée par des assureurs privés, n'est pas prise en compte ici, en raison de son très fort encadrement par les pouvoirs publics.

**Source** > Panorama de la santé 2015, OCDE.

### Graphique 2 Part de l'assurance santé privée dans le financement de la dépense courante de santé au sens international en 2013

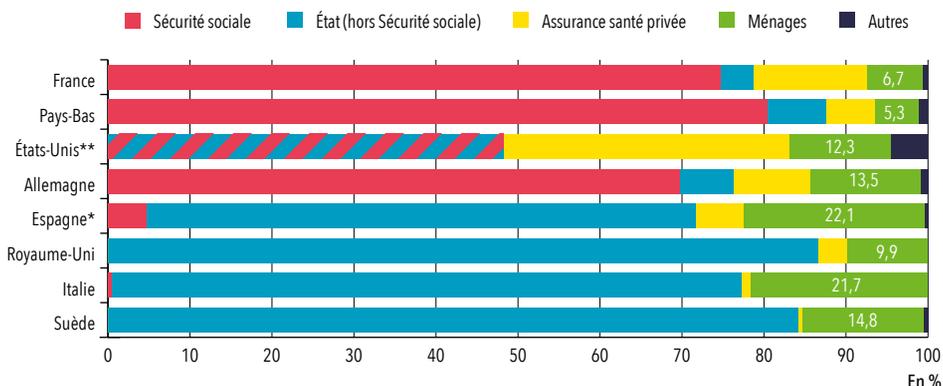


\* Données 2012.

**Champ** > Dépense courante de santé au sens international.

**Sources** > System of Health Accounts, OCDE, calculs DREES.

### Graphique 3 Part des différents financeurs de la dépense courante de santé au sens international en 2013



\* Données 2012.

\*\* Les États-Unis n'ont pas ventilé le financement public entre l'État et la Sécurité sociale.

**Note >** Le reste à charge néerlandais est à interpréter avec précaution : il serait sous-estimé d'après l'OCDE car il ne prendrait pas en compte la franchise annuelle payée par les patients (plafonnée à 350 euros annuels en 2013).

**Champ >** Dépense courante de santé au sens international.

**Sources >** System of Health Accounts, OCDE.

Les fonctionnaires allemands, exclus du système public, doivent également contracter une assurance santé privée à titre primaire. Toutefois, l'assurance maladie publique allemande fonctionnant avec des tickets modérateurs, une assurance santé privée peut également être souscrite à titre complémentaire, voire supplémentaire pour les prothèses dentaires.

#### Complémentaire et supplémentaire : un reste à charge en général plus faible

Comme elle intervient dès le premier euro, c'est dans les pays où elle est à dominante primaire, comme aux États-Unis, que l'assurance santé privée représente la plus grande part du financement des dépenses de santé (34,9 %, graphique 2). L'assurance santé complémentaire ou supplémentaire occupe en

général une part plus grande dans le financement des dépenses de santé que l'assurance duplicative réservée à une population aisée peu nombreuse. L'importance de l'assurance santé privée dans le financement ne dépend toutefois pas uniquement de son type, mais aussi de la volonté d'assurance des populations et de l'histoire de chaque pays.

Finalement, le reste à charge des ménages est généralement plus élevé dans les pays où l'assurance santé est duplicative, comme en Italie ou en Espagne (22 %, graphique 3), voire en Suède (15 %). Il avoisine 13 % en Allemagne et aux États-Unis où l'assurance privée primaire occupe une place importante. Il est le plus faible en France et aux Pays-Bas (respectivement 7 % et 5 %) où la couverture santé privée est de type complémentaire ou supplémentaire. ■

#### Pour en savoir plus

> *Panorama de la santé 2015*, OCDE.

> *Health System Reviews (HiTs)*, European Observatory on Health Systems and Policies.

L'assurance maladie de base constitue un dispositif obligatoire de prélèvements et de prestations qui affecte le niveau de vie des ménages par rapport à une situation où ceux-ci devraient assumer intégralement leurs frais de santé. En conséquence, il est pertinent d'en étudier les propriétés redistributives. La question du traitement des cotisations et des prestations d'assurance maladie complémentaire (AMC) est moins évidente, dans la mesure où l'adhésion à ces dispositifs résulte en partie des décisions volontaires des individus (à l'exception des contrats collectifs à adhésion obligatoire), et parce que l'AMC peut être considérée comme offrant des prestations contributives (c'est-à-dire que le niveau des prestations dépend du niveau des contributions). Elle n'a donc en principe pas à être analysée en termes d'impact sur la distribution des 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, *cf.* fiche 10), à l'existence de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C, *cf.* fiche 18) et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS, *cf.* fiche 19), et à l'importance de la part des contrats qui n'opèrent pas de différenciations tarifaires majeures entre les assurés (*cf.* fiche 8), on peut considérer que son intervention doit être également prise en considération dans un bilan redistributif de l'assurance maladie prise globalement.

## Un financement progressif de l'assurance maladie obligatoire et dégressif de l'assurance maladie complémentaire

Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2012 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 contributions aux régimes d'assurance maladie obligatoire considérées ici couvrent environ 85 % des recettes de la branche maladie (*cf.* annexe 2.5). Elles comprennent la part de la CSG (y compris CSG

sur les revenus du patrimoine) affectée au risque maladie, ainsi que les cotisations sociales patronales (hors la part affectée au financement des indemnités journalières). Ces contributions sont essentiellement proportionnelles aux revenus, voire légèrement progressives (graphique 1), si l'on tient compte des règles d'exonération et de la modulation des taux de la CSG pour les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine. Les versements aux dispositifs de couverture complémentaire maladie, de montants beaucoup plus faibles, sont légèrement croissants en niveau dans les différents déciles de niveau de vie (graphique 2). Ils sont notamment plus faibles dans le premier décile qui compte une proportion plus importante de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, qui assure gratuitement une prise en charge presque complète des soins, de personnes non couvertes par une complémentaire santé et de bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS ; les primes considérées ici sont nettes du chèque ACS). 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 obligatoire légèrement plus concentrés en bas de l'échelle des niveaux 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) contribuent eux aussi à la redistribution des revenus. Ceux-ci sont plus élevés au bas de la distribution des revenus que dans la partie supérieure de cette distribution (graphique 3). Les six premiers déciles de revenus sont confrontés en moyenne à une dépense de santé de 4 530 euros par an, donnant droit à des remboursements des régimes obligatoires d'assurance maladie de 3 490 euros. Ces montants s'élevaient, respectivement, à 4 180 et 2 890 euros pour les personnes appartenant aux quatre déciles supérieurs. Ces disparités tiennent à

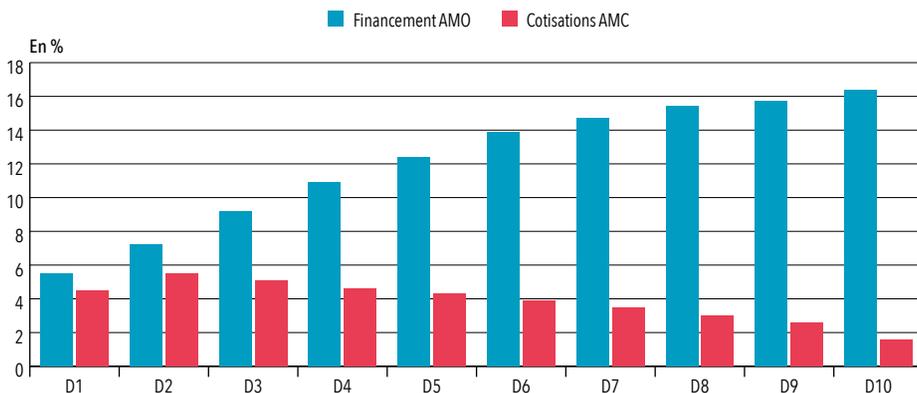
l'état de santé moins bon des personnes à revenus modestes, et à une structure des dépenses de santé des plus modestes qui donne relativement plus de poids aux prises en charge les mieux remboursées, notamment les soins hospitaliers. En revanche, les prestations versées par les assurances maladie complémentaires (CMU-C comprise) sont légèrement croissantes en fonction du revenu des assurés, en raison notamment de la qualité croissante de la couverture procurée par les types de contrats dont disposent les personnes aux revenus les plus élevés.

La contribution de l'assurance maladie à la redistribution des revenus ne se restreint toutefois 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 en mauvais état de santé 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. ■

**Pour en savoir plus**

> Duval J., Lardellier R., 2012, « La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie », *Études et Résultats*, DREES, n° 815, octobre.

**Graphique 1 Part du financement de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire dans le revenu disponible, par décile de niveau de vie**



AMO : assurance maladie obligatoire ; AMC : assurance maladie complémentaire.

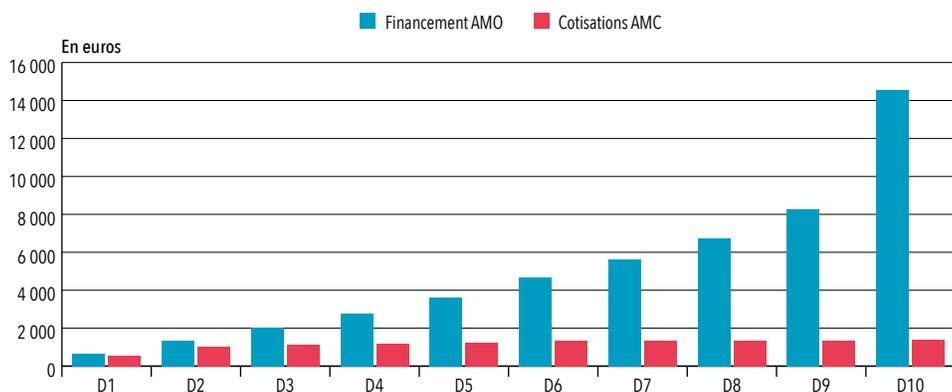
**Lecture** > En 2012, les 10 % des ménages les plus modestes contribuent au financement de l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 5,5 % de leur revenu disponible en moyenne et leurs primes payées aux organismes complémentaires représentent 4,5 % de leur revenu disponible en moyenne.

**Note** > Les contributions à l'assurance maladie obligatoire comprennent les cotisations sociales patronales. Les primes payées aux organismes complémentaires sont nettes du chèque ACS et, pour les contrats collectifs, comprennent la part payée par l'employeur.

**Champ** > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

**Source** > Ines-Omar 2012.

**Graphique 2** Financement moyen de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire des ménages, par décile de niveau de vie



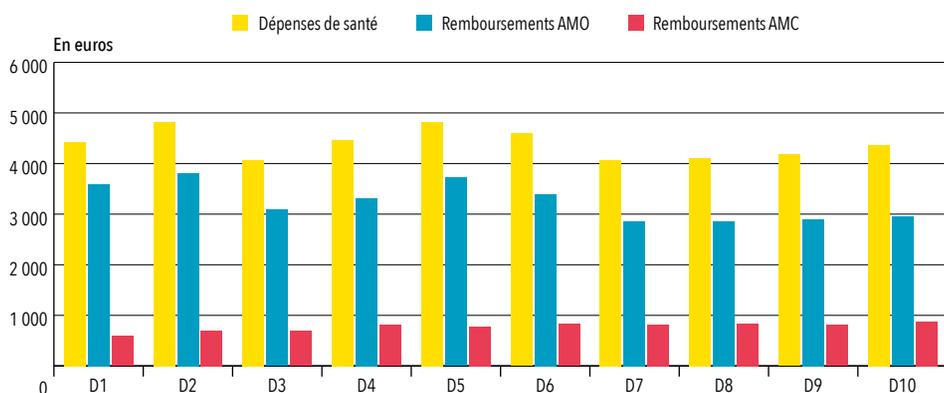
AMO : assurance maladie obligatoire ; AMC : assurance maladie complémentaire.

**Lecture** > En 2012, les 10 % des ménages les plus modestes dépensent en moyenne annuelle près de 530 euros pour leur couverture maladie complémentaire et participent au financement de l'AMO à hauteur de 650 euros en moyenne.

**Champ** > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

**Source** > Ines-Omar 2012.

**Graphique 3** Remboursements moyens de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire des ménages, par décile de niveau de vie



AMO : assurance maladie obligatoire ; AMC : assurance maladie complémentaire.

**Lecture** > En 2012, les 10 % des ménages les plus modestes ont des dépenses de santé qui s'élèvent en moyenne à 4 420 euros dont plus de 590 euros leur sont remboursés par leur assurance maladie complémentaire et 3 590 euros par la Sécurité sociale.

**Champ** > Ménages ordinaires de France métropolitaine ; dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie (séjours hospitaliers en MCO et soins de ville, y compris dépenses de médicaments, d'autres biens médicaux et de transports).

**Source** > Ines-Omar 2012.



# Les organismes complémentaires santé

Trois types d'organismes pratiquent une activité de complémentaire santé : les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Les contrats souscrits auprès de ces organismes sont soit des contrats individuels, c'est-à-dire conclus directement par un individu auprès d'un organisme complémentaire, soit des contrats collectifs, c'est-à-dire conclus par un employeur pour ses salariés. Dans le cadre des contrats collectifs, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'adhésion des salariés peut être facultative ou obligatoire. Dans les deux cas, une partie des primes est à la charge de l'employeur et une partie à la charge du salarié.

### 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 (tableau). Elles sont surtout actives sur le marché de l'assurance individuelle, qui représente sept dixièmes de leurs bénéficiaires (graphique 1). Toutefois, la part de l'assurance collective des mutuelles devrait augmenter suite à l'accord

national interprofessionnel (ANI) entraînant la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés du secteur privé (cf. annexe 1).

En 2013, sur 481 mutuelles exerçant une activité d'assurance en santé, un peu plus d'une centaine sont substituées (ACPR, 2014). Pour une mutuelle, la substitution consiste à transférer une partie ou l'intégralité de ses risques assurantiels à d'autres mutuelles tout en conservant ses relations avec ses adhérents. Cette substitution peut-être nécessaire pour des mutuelles qui ne respecteraient pas autrement les règles prudentielles les obligeant à disposer d'une certaine quantité de fonds propres.

Les mutuelles exerçant une activité d'assurance, même substituées, sont dites « de livre II », en référence au code de la mutualité. Il existe par ailleurs des mutuelles dites « de livre III », qui n'exercent pas d'activité d'assurance mais gèrent des établissements ou services sanitaires et sociaux (centres d'optique, dentaires, de services aux personnes âgées, etc.).

Parmi les trois types d'organismes complémentaires, les mutuelles ont la part la plus élevée de bénéficiaires de 60 ans ou plus (29 %, graphique 2).

**Tableau** Caractéristiques des différents types d'organismes complémentaires en 2013

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurance
Nombre d'organismes	481	28	96
Parts de marché (CA)	54 %	18 %	28 %
Parts des bénéficiaires couverts par un organisme complémentaire santé	58 %	20 %	22 %
Part de l'activité santé dans le chiffre d'affaires total	91 %	46 %	11 %
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 2013, 481 mutuelles proposent des contrats de complémentaire santé. Elles couvrent 58 % des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire santé.

**Champ** > Contrats les plus souscrits pour la part des bénéficiaires. Ensemble des organismes exerçant une activité de complémentaire santé pour la partie de l'activité santé.

**Sources** > Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, Fonds CMU, DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé 2013.

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

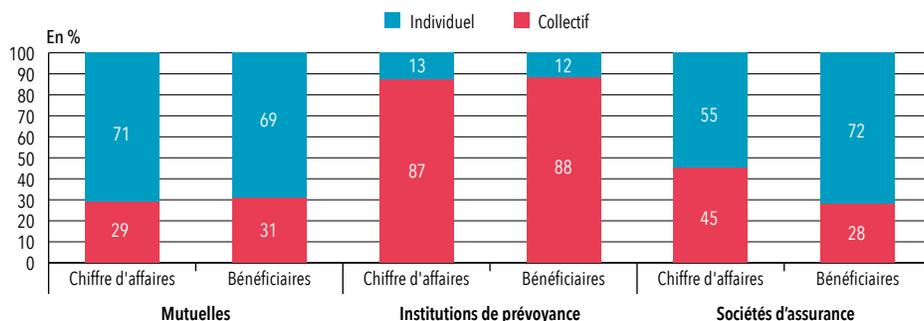
Les institutions de prévoyance (IP) régies par le code de la Sécurité sociale sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif. Organismes paritaires, elles opèrent essentiellement sur le secteur de la prévoyance collective des salariés. Elles interviennent presque exclusivement dans le cadre des entreprises et des branches professionnelles à la suite de la conclusion d'une convention ou d'un accord collectif entre toutes les entreprises d'un même secteur d'activité, dans le cadre d'un régime professionnel (institutions professionnelles) ou entre toutes les entreprises adhérentes de secteurs d'activité

différents, dans le cadre d'un régime interprofessionnel (institutions interprofessionnelles), ou bien encore suite à la ratification par les salariés d'un projet de l'employeur (institutions d'entreprises). En 2013, les 28 institutions de prévoyance existantes pratiquent une activité de complémentaire santé. Du fait de leur spécialisation en collectif, elles couvrent surtout des bénéficiaires d'âge actif ou jeunes (graphique 2).

## Les sociétés d'assurance peu touchées par la concentration du marché

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

**Graphique 1 Répartition entre contrats individuels et collectifs du chiffre d'affaires et du nombre de personnes couvertes selon le type d'organisme en 2013**

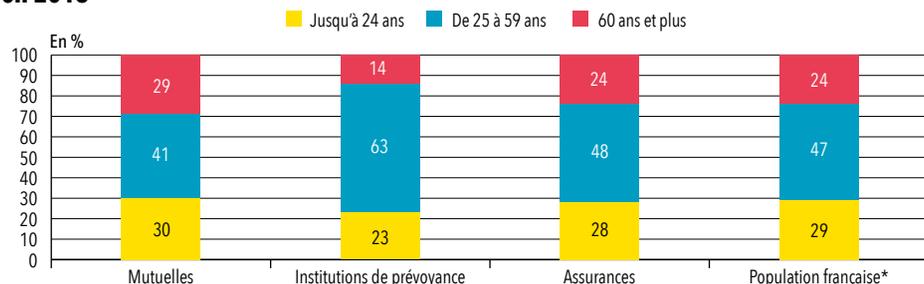


**Lecture** > En 2013, les contrats collectifs représentent 45 % du chiffre d'affaires des sociétés d'assurance.

**Champ** > Contrats les plus souscrits pour la part des bénéficiaires.

**Sources** > DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé 2013 ; Fonds CMU.

**Graphique 2 Répartition par âge des personnes couvertes, selon le type d'organisme en 2013**



\* Population en France entière au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

**Lecture** > En 2013, 30 % des bénéficiaires d'une mutuelle sont âgés de moins de 25 ans.

**Champ** > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

**Sources** > DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé 2013 ; INSEE.

sont les assurés. En 2013, 96 sociétés d'assurance ont une activité de complémentaire santé. Contrairement aux autres types d'organismes, l'activité en santé est largement minoritaire dans leur chiffre d'affaires.

Les contrats collectifs représentent 28 % de leurs bénéficiaires (graphique 1). La répartition par âge de ces bénéficiaires est semblable à celle de la population française (graphique 2).

Certains organismes complémentaires peuvent gérer aussi les remboursements de certains groupes d'assurés au titre de l'assurance maladie obligatoire.

On parle alors de « délégation de gestion du régime obligatoire ». Les organismes délégataires sont principalement des mutuelles étudiantes et des mutuelles de fonctionnaires, ainsi que quelques assureurs. Ils se voient alors accorder par la CNAMTS et le régime social des indépendants (RSI) des « remises de gestion » en compensation de cette gestion déléguée par l'assurance maladie obligatoire. Depuis 2014, la Mutualité sociale agricole (MSA) ne délègue plus la gestion de la partie obligatoire à des organismes complémentaires. ■

#### Pour en savoir plus

- > **Jacod O. et Montaut A.**, 2015, « Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013 », *Études et Résultats*, DREES, n° 919, juin.
- > **Montaut A.**, 2014, « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », rapport, DREES.
- > Rapport annuel de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution 2013, Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 2014.

En 2014, 33,9 milliards d'euros de cotisations ont été collectés sur le marché de l'assurance complémentaire santé d'après le Fonds CMU (tableau 1). 573<sup>1</sup> organismes pratiquent cette activité d'assurance : 453 mutuelles, 94 sociétés d'assurance et 26 institutions de prévoyance (graphique 1).

## Le nombre d'acteurs recule chaque année

Le nombre d'organismes exerçant une telle activité a fortement reculé depuis plusieurs années puisqu'il y en avait 1 702 en 2001. En particulier, le nombre de mutuelles a été divisé par trois sur cette période et le nombre d'institutions de prévoyance par deux. Les exigences réglementaires, notamment en termes 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 en cours. Le nombre de sociétés d'assurance exerçant une activité de complémentaire santé a reculé également sur cette période, mais dans des proportions bien moindres.

Parallèlement à ces fusions et absorptions, un mouvement de rapprochements prenant différentes

formes juridiques (unions de mutuelles, unions mutualistes de groupe, unions de groupe mutualiste...) se généralise, permettant aux acteurs de mettre en commun des moyens, de coordonner leurs stratégies, voire de préparer de futures fusions.

## Un marché toujours dominé par les mutuelles

Les mutuelles restent les principaux acteurs du marché de la complémentaire santé en 2014. En nombre ou en chiffre d'affaires, elles devancent les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Leur chiffre d'affaires en santé, qui correspond aux cotisations collectées auprès des souscripteurs au titre des contrats de complémentaire santé, s'élève à 18,0 milliards d'euros. Cela représente 53 % de ce marché (graphique 2), contre 9,6 milliards d'euros pour les sociétés d'assurance (28 % du marché) et 6,3 milliards d'euros pour les institutions de prévoyance (19 %).

Depuis de nombreuses années, les mutuelles et, dans une moindre mesure, les institutions de prévoyance perdent des parts de marché au profit des sociétés d'assurance : alors que les sociétés d'assurance ne détenaient que 19 % du marché de

**Tableau 1** Montants de cotisations collectées au titre de l'activité de complémentaire santé de 2001 à 2014

	En milliards d'euros			
	2001	2005	2009	2014
Mutuelles	10,6	14,5	16,9	18,0
Sociétés d'assurance	3,3	5,8	8,0	9,6
Institutions de prévoyance	3,7	4,2	5,2	6,3
Total	17,6	24,5	30,1	33,9

**Note** > La taxe CMU a remplacé la contribution CMU au 1<sup>er</sup> janvier 2011. Le montant des cotisations collectées avant 2011 inclut la contribution CMU (celle-ci s'élève à 1,75 % des cotisations collectées en 2001, 2,5 % en 2005 et 5,9 % en 2009) tandis qu'il exclut la taxe CMU à partir de 2011.

**Champ** > Organismes assujettis à la contribution CMU en 2001, 2005, 2009 et à la taxe CMU en 2014.

**Source** > Fonds CMU.

1. Cette fiche porte sur les données 2014 alors que la fiche précédente donne des informations sur le nombre d'organismes en 2013, l'ensemble des informations de la fiche précédente n'étant pas encore disponible pour l'année 2014.

la complémentaire santé en 2001, elles en gèrent 28 % en 2014. Cette évolution est d'autant plus notable que le montant des cotisations collectées a presque doublé sur la période, du fait de la hausse de la population couverte mais aussi de la hausse du prix des contrats et de l'amélioration des garanties proposées.

### Le monde de la mutualité très morcelé

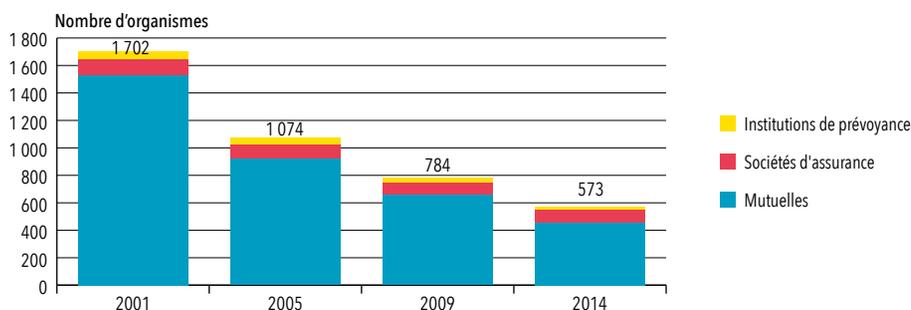
Contrairement aux acteurs des deux autres familles, les mutuelles sont nombreuses et souvent de petite taille. 453 mutuelles gèrent 18,0 milliards d'euros de cotisations en santé en 2014 d'après le Fonds CMU, ce qui représente en moyenne

40 millions d'euros de cotisations santé par mutuelle. En comparaison, une société d'assurance qui a une activité santé gère en moyenne 100 millions d'euros de cotisations santé et une institution de prévoyance 240 millions d'euros.

### 20 acteurs se partagent la moitié du marché en 2014

Néanmoins, 9 mutuelles font partie des 20 plus gros organismes en termes de chiffre d'affaires santé, aux côtés de 7 sociétés d'assurance et de 4 institutions de prévoyance (tableau 2). Ces 20 plus grands organismes ont un chiffre d'affaires moyen en santé de 850 millions d'euros et

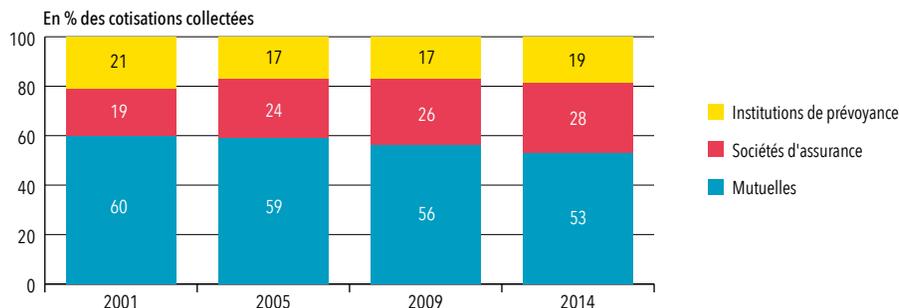
**Graphique 1** Nombre d'organismes exerçant une activité de complémentaire santé de 2001 à 2014



**Champ** > Organismes assujettis à la taxe ou à la contribution CMU en 2001, 2005, 2009 et 2014.

**Source** > Fonds CMU.

**Graphique 2** Parts de marché des organismes exerçant une activité de complémentaire santé de 2001 à 2014



**Champ** > Organismes assujettis à la taxe ou à la contribution CMU en 2001, 2005, 2009 et 2014.

**Source** > Fonds CMU.

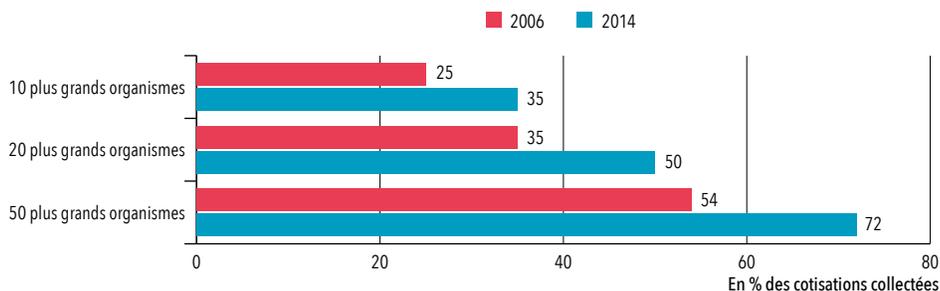
**Tableau 2 Répartition par types d'organisme des plus grands acteurs du marché santé en 2014**

	Mutuelles	Sociétés d'assurance	Institutions de prévoyance
10 plus grands organismes	4	2	4
20 plus grands organismes	9	7	4
50 plus grands organismes	25	15	10

**Lecture** > Parmi les 10 plus grands organismes en termes de chiffre d'affaires en santé on dénombre 4 mutuelles, 4 institutions de prévoyance et 2 sociétés d'assurance.

**Champ** > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31/12/2014 et hors mutuelles substituées.

**Sources** > ACPR, Fonds CMU, calculs DREES.

**Graphique 3 Concentration du marché en 2006 et 2014**

**Lecture** > En 2006, les dix plus grands organismes en termes de chiffre d'affaires en santé avaient collecté 25 % de l'ensemble des cotisations. En 2014, les dix plus grands organismes en termes de chiffre d'affaires en santé ont collecté 35 % de l'ensemble des cotisations.

**Champ** > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31/12 de chaque année et hors mutuelles substituées.

**Sources** > ACPR, Fonds CMU, calculs DREES.

**Tableau 3 Répartition des organismes exerçant une activité de complémentaire santé, selon leur chiffre d'affaires total et leur chiffre d'affaires en santé en 2014**

Chiffre d'affaires total	Chiffre d'affaires en santé	Sociétés d'assurance	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Ensemble
Grand	Grand	52	23	112	187
Grand	Petit	21	0	4	25
Petit	Grand	0	0	26	26
Petit	Petit	10	1	176	187
Ensemble	Ensemble	83	24	318	425

**Note** > « Grand » chiffre d'affaires total = supérieur à 24 millions d'euros (la moitié des organismes ayant un chiffre d'affaires total supérieur à ce seuil), « Petit » chiffre d'affaires total = inférieur à 24 millions d'euros (l'autre moitié des organismes). « Grand » chiffre d'affaires en santé = supérieur à 14 millions d'euros (la moitié des organismes ayant un chiffre d'affaires en santé supérieur à ce seuil), « Petit » chiffre d'affaires en santé = inférieur à 14 millions d'euros. Les écarts avec les effectifs du graphique 1 s'expliquent par des différences de champ.

**Lecture** > Sur les 24 institutions de prévoyance assujetties à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31/12/2014, 23 peuvent être qualifiées d'organismes de grande taille en termes de chiffre d'affaires total et de grands acteurs en santé.

**Champ** > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014 et hors mutuelles substituées.

**Sources** > ACPR, Fonds CMU, calculs DREES.

représentent à eux seuls la moitié du marché français en 2014 (graphique 3). En 2006, les 20 organismes qui dominaient le marché de la complémentaire santé n'en représentaient qu'un tiers. Ce marché est donc de plus en plus concentré sur quelques grands acteurs.

### De grands organismes d'assurance, parfois petits acteurs en santé

La moitié des organismes qui exercent une activité santé ont un chiffre d'affaires total, c'est-à-dire toutes activités confondues, inférieur à 24 millions d'euros. Ces organismes sont conventionnellement qualifiés ici de « petits organismes d'assurance », tandis que ceux dont le chiffre d'affaires total est supérieur à 24 millions d'euros sont qualifiés de « grands ». De même, la moitié des organismes ont

un chiffre d'affaires en santé inférieur à 14 millions d'euros, et sont qualifiés ici de « petits acteurs en santé », tandis que l'autre moitié, dont le chiffre d'affaires en santé est supérieur à ce seuil, est qualifiée de « grands acteurs en santé ».

Les institutions de prévoyance sont quasiment toutes de grands organismes d'assurance et de grands acteurs en santé (tableau 3). Les sociétés d'assurance sont généralement des organismes de grande taille, mais un tiers d'entre elles sont de petits acteurs en santé. Enfin, les deux tiers des mutuelles sont de petits organismes d'assurance.

La part des contrats collectifs dépend bien plus du type d'organisme que de sa taille. Les petits organismes sont en effet tout aussi actifs sur le marché de la complémentaire collective que les grands. ■

#### Pour en savoir plus

- > « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », rapport 2015, DREES.
- > **Montaut A.**, 2016, « Assurance complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain », *Études et Résultats*, DREES, n° 952, février.
- > *Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2014*, Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 2015.

Les cotisations collectées constituent la principale ressource des organismes pratiquant une activité de complémentaire santé. Ces cotisations servent en majorité à régler les frais de soins des assurés et à couvrir les charges de gestion de ces organismes.

### 84 % des cotisations en santé affectées à des charges de prestations

Les charges de prestations représentent, pour les différents organismes, l'activité d'indemnisation des assurés (graphique 1). Elles sont constituées des sinistres payés aux assurés ainsi que des variations de provisions (l'assureur met de côté une partie des cotisations pour régler les sinistres non déclarés mais statistiquement prévisibles, les sinistres déclarés mais non encore indemnisés, etc.). Elles incluent enfin les frais de gestion de ces sinistres (traitement des feuilles de soins et des contentieux). En 2014, sur un champ légèrement différent de celui de la complémentaire santé (encadré), 84 % des cotisations en santé ont été reversées sous forme de charges de prestations (tableau). Ce sont les institutions de prévoyance qui consacrent en moyenne la plus grande part de leurs cotisations aux charges de prestations (92 %), devant les mutuelles (85 %) puis les sociétés d'assurance (78 %). Ce résultat s'explique pour partie par un effet de structure : les institutions de prévoyance sont spécialisées dans les contrats collectifs, pour lesquels une plus grande part des cotisations est dédiée aux charges de prestations (90 % contre 79 % pour les contrats individuels).

En revanche, les frais de gestion des sinistres représentent 4 à 5 % des cotisations quelle que soit la catégorie d'organismes considérée.

C'est pour les sociétés d'assurance que les frais d'acquisition, engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseau commercial, de publicité, d'ouverture des dossiers) représentent la plus grande part des cotisations (13 %, contre 6 % et 5 % pour les mutuelles et institutions de prévoyance). Les frais d'administration, liés à la gestion des contrats (encaissement des cotisations, administration du portefeuille, frais de réassurance...) sont plus élevés pour les mutuelles (9 % de leurs cotisations, contre 6 % pour les sociétés d'assurance et 5 % pour les institutions de prévoyance). Ces écarts sont aussi le reflet d'effets de structure des portefeuilles : les frais d'acquisition et d'administration sont plus faibles pour les contrats collectifs. Les coûts sont réduits puisqu'un seul acteur (l'entreprise) est l'intermédiaire de nombreux assurés (les salariés).

### Les excédents en santé représentent 0,8 % des cotisations en 2014

On nomme résultat technique la différence entre les ressources (principalement les cotisations collectées) et les charges (principalement les charges de prestations, les frais d'acquisition et d'administration) liées à une activité assurantielle donnée. En 2014, le marché de l'assurance santé a dégagé des excédents puisque le résultat technique en santé s'élève à 296 millions d'euros, soit 0,8 % des cotisations collectées (graphique 2). Ce marché

#### Encadré Le risque santé

Les prestations et charges des organismes complémentaires (source Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) portent sur le champ du risque santé (35,2 milliards d'euros de cotisations collectées en 2014), un peu plus large que celui de la complémentaire santé au sens strict (33,9 milliards, source Fonds CMU, cf. fiche 6). Le champ du risque santé inclut en effet également l'activité santé surcomplémentaire (contrats visant à améliorer une complémentaire santé, lorsque cette dernière est imposée et jugée insuffisante) ainsi que des garanties « frais de soins » accessoires à des contrats retraite, décès ou autres dommages corporels.

avait également dégagé des excédents, moindres, entre 2011 et 2013.

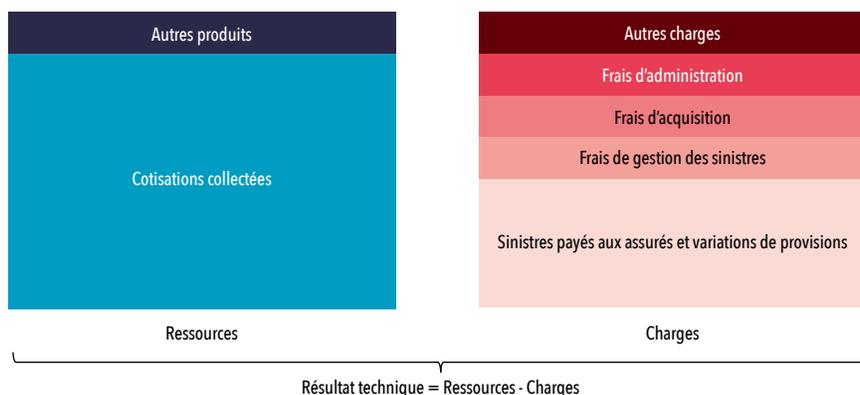
L'activité santé des institutions de prévoyance est déficitaire en 2014 (-2,9 % des cotisations collectées), et l'est également chaque année depuis 2011. Ces quatre dernières années déficitaires font toutefois suite à plusieurs années d'excédents. L'activité santé est en effet marquée par l'alternance de déficits et d'excédents : la situation financière des organismes ne peut être appréciée que dans

la durée. À l'inverse, les sociétés d'assurance et les mutuelles sont excédentaires sur leur activité santé sur la période observée. En 2014, ces excédents représentent respectivement 3,5 % et 0,6 % des cotisations collectées en santé. Ces différences de résultats entre les organismes s'expliquent par la structure de leurs portefeuilles : depuis 2011, les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires tandis que les contrats individuels sont en moyenne excédentaires. ■

### Pour en savoir plus

- > « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », rapport 2015, DREES.
- > **Montaut A.**, 2016, « Assurance complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain », *Études et Résultats*, DREES, n° 952, février.

## Graphique 1 Représentation simplifiée des ressources et charges de l'activité de complémentaire santé



**Note** > Les proportions de cette représentation schématique ne correspondent pas à la réalité.

**Tableau** Part des différentes charges dans les cotisations du risque santé, par type d'organisme et type de contrats en 2014

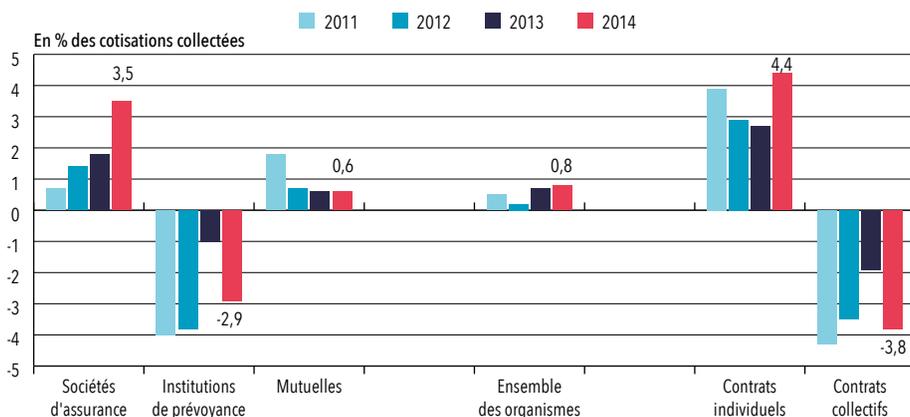
	En % des cotisations collectées		
	Charges de prestations (dont frais de gestion des sinistres)	Frais d'acquisition	Frais d'administration
Ensemble du marché	84 (4)	8	7
Sociétés d'assurance	78 (5)	13	6
Institutions de prévoyance	92 (5)	5	5
Mutuelles	85 (4)	6	9
Contrats individuels	79 (4)	9	8
Contrats collectifs	90 (5)	7	6

**Note** > Les charges de prestations incluent les prestations versées, les variations de provisions techniques et les frais de gestion des sinistres.

**Lecture** > Les charges de prestations des mutuelles représentent 85 % des cotisations qu'elles collectent. Au sein de ces charges de prestations, les frais de gestion des sinistres représentent 4 % des cotisations collectées. Les frais d'acquisition et d'administration représentent respectivement 6 % et 9 % des cotisations collectées par les mutuelles.

**Champ** > Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31/12/2014, hors mutuelles substituées. Ce champ, issu des données de l'ACPR, concerne le risque santé, plus large que la complémentaire santé (encadré).

**Source** > ACPR, calculs DREES.

**Graphique 2** Évolution du résultat technique en santé, par types d'organisme et de contrat entre 2011 et 2014

**Champ** > Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31/12 de chaque année, hors mutuelles substituées. Ce champ, issu des données de l'ACPR, concerne le risque santé, plus large que celui de la complémentaire santé (encadré).

**Source** > ACPR, calculs DREES.

## Les bénéficiaires des contrats collectifs mieux couverts que ceux des contrats individuels

Les bénéficiaires de contrats collectifs ont en général des contrats plus couvrants que les bénéficiaires de contrats individuels. En effet, en 2013 la moitié des bénéficiaires de contrats collectifs étaient couverts par un contrat de classe A (les plus couvrants dans la typologie élaborée par la DREES, encadré) contre seulement 3 % des bénéficiaires de contrats individuels (graphique). À l'inverse, depuis 2010, la moitié des bénéficiaires de contrats individuels sont couverts par un contrat de classe D ou E, contre 10 % des bénéficiaires de contrats collectifs.

Plusieurs raisons sont susceptibles d'expliquer ce résultat. 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, dans le cas des contrats collectifs, employé et employeur se partagent le paiement de la prime (cf. fiche 11), ce qui permet à l'un comme à l'autre de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales (cf. annexe 1).

## Nette montée en gamme des contrats de 2006 à 2010

Au cours des années 2006 à 2010, les contrats collectifs et individuels sont montés en gamme. Puis, de 2010 à 2013, la répartition des bénéficiaires par classes de garanties n'a plus évolué de manière significative.

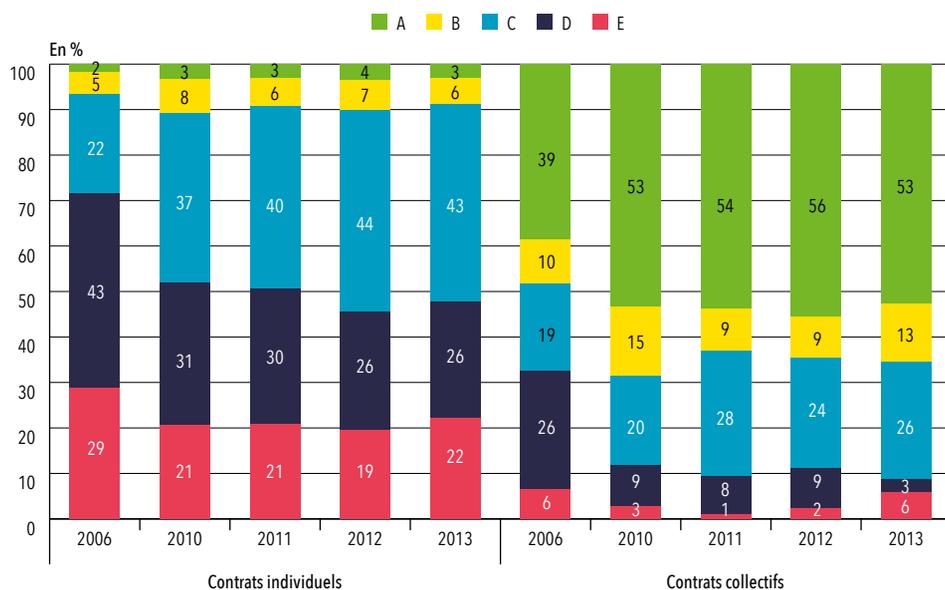
Parmi les bénéficiaires de contrats collectifs, la part de ceux couverts par un contrat de classe A ou B est passée de 49 % en 2006 à 68 % en 2010. Cette part s'est ensuite stabilisée pour s'établir à 66 % en 2013. Dans le même temps, la part de ceux couverts par un contrat de classe D ou E est passée de 32 % en 2006 à 12 % en 2010 puis 9 % en 2013.

Entre 2006 et 2010, le niveau de couverture des contrats individuels a également progressé. Parmi les bénéficiaires de ces contrats, la part de ceux couverts par un contrat de classe D ou E s'est contractée, passant de 72 % en 2006 à 52 % en 2010, puis elle s'est stabilisée (48 % en 2013). Dans le même temps, la part des bénéficiaires couverts par un contrat de classe C a augmenté significativement, passant de 22 % en 2006 à 37 % en 2010, puis 43 % en 2013. La part de bénéficiaires de contrats de classe A ou B a, quant à elle, peu progressé, passant de 7 % en 2006 à 11 % en 2010 (9 % en 2013). ■

### Pour en savoir plus

- > **Arnould M.-L. et Vidal G.**, 2008, « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 663, octobre.
- > **Garnero M. et Le Palud V.**, 2013, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », *Études et Résultats*, DREES, n° 837, avril.

## Graphique Évolution de la répartition par niveau de garantie des bénéficiaires entre 2006 et 2013



**Lecture** > En 2006, 29 % des bénéficiaires d'un contrat individuel étaient couverts par un contrat de classe E.

**Champ** > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, éditions 2006 à 2013.

### Encadré La typologie des contrats élaborée par la DREES

La dispersion des niveaux de garanties des contrats ainsi que la diversité des prestations proposées rendent le marché de l'assurance maladie complémentaire complexe à décrire. La DREES établit donc une typologie des contrats les plus souscrits, qui consiste à classer les contrats en groupes homogènes selon les remboursements offerts pour plusieurs prestations étudiées simultanément, dont les prix de référence ont été révisés récemment (tableau). Cette typologie permet de synthétiser l'information recueillie afin de décrire simplement le marché. Un regroupement en cinq classes homogènes a été adopté, désignées par la suite par les lettres A, B, C, D et E, les contrats de type A étant ceux offrant la meilleure couverture et les contrats de type E la moins bonne.

En général, les contrats offrant une couverture élevée pour une prestation donnée offrent également une couverture élevée pour les autres prestations. Par exemple, le niveau de remboursement médian des contrats de classe A est plus élevé que celui des contrats de classe B pour toutes les prestations servant à l'établissement de la typologie.

Toutefois, le niveau de couverture ne saurait indiquer à lui seul la qualité de la couverture offerte par un contrat. L'accès à des réseaux (dentaires, optiques...) avec des tarifs négociés ou le bénéfice de plates-formes téléphoniques de conseil (devis...) sont aussi des éléments à considérer, mais qui ne sont pas pris en compte dans la typologie des contrats qui se base uniquement sur les niveaux de garanties. La qualité de la couverture peut aussi dépendre des besoins des assurés. Ainsi, de nombreux contrats de la classe C s'adressant à une population âgée offrent de meilleures garanties pour les prothèses auditives que les contrats de la classe B.

**Tableau Niveau de garantie des biens de référence au sein des cinq classes de contrats en 2013**

En euros

		Consultation chez un spécialiste dans le parcours de soins	Honoraires des praticiens hospitaliers	Paire de prothèses auditives	Paire de lunettes à verres complexes	Prothèse dentaire	Chambre particulière en chirurgie
Prix du bien de référence		60	600	4 000	900	1 200	80
Tarif de convention de la Sécurité sociale		23	272	400	16	107	0
Remboursement par les organismes complémentaires	A	Prix total*	Prix total*	1 560	572	409	77
	B	30	290	559	429	247	60
	C	7	100	1 180	330	301	45
	D	7	45	360	180	161	42
	E	7	18	160	94	32	25
Ensemble des contrats		8	154	1 019	310	286	50

\* Le remboursement du prix total par l'organisme complémentaire correspond à 44 euros pour les consultations et 346 euros pour les honoraires des praticiens hospitaliers.

**Lecture >** La moitié des bénéficiaires d'un contrat de classe B sont remboursés 30 euros ou plus par leur organisme complémentaire pour une consultation de spécialiste facturée 60 euros dans le parcours de soins.

**Champ >** Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

**Source >** DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, édition 2013.

Les tarifs des contrats complémentaires santé peuvent varier selon certains critères comme l'âge, la situation familiale, le lieu de résidence, les revenus ou l'ancienneté dans le contrat. L'encadrement des critères de fixation des tarifs diffère entre les contrats individuels et les contrats collectifs (encadré). Depuis 2011, l'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits permet de mieux comprendre les pratiques tarifaires des organismes complémentaires.

## Après 60 ans, les tarifs des contrats individuels des sociétés d'assurance augmentent plus que ceux des mutuelles

La tarification selon l'âge concerne uniquement les contrats individuels, les contrats collectifs n'étant pas autorisés à utiliser l'âge comme critère individuel de tarification. Compte tenu de l'augmentation avec l'âge du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (cf. fiche 20), la majorité des contrats individuels tarifent en fonction de l'âge. En 2013, 91 % des bénéficiaires d'un contrat individuel ont un contrat dont le tarif dépend de l'âge (la quasi-totalité pour les sociétés d'assurance, 89 % pour les mutuelles).

Les informations obtenues dans l'enquête de la DREES conduisent à distinguer différents types de tarification selon l'âge : une tarification « convexe », pour laquelle les tarifs augmentent de plus en plus vite avec l'âge ; une tarification « linéaire », pour laquelle l'augmentation de la prime en fonction de l'âge est constante, enfin une tarification « favorable aux seniors », pour laquelle les tarifs progressent moins vite après 60 ans. Les autres tarifications ne correspondent à aucun des trois cas précédents et représentent une part marginale des contrats étudiés.

À 20 ans, toutes choses égales par ailleurs, les tarifications « linéaires » et « convexes » pratiquent des tarifs équivalents (graphique 1). En comparaison, les tarifications « favorables aux seniors » ont des tarifs 50 % plus élevés à l'âge de 20 ans, les plus jeunes payant plus cher pour limiter les tarifs des plus âgés. À 75 ans, par rapport aux contrats dont la tarification est linéaire, les tarifs des contrats « convexes » sont plus élevés et ceux des contrats « favorables aux seniors » moins élevés. Par rapport à une tarification « convexe », les transferts entre classes d'âges mis en œuvre par les tarifications « linéaires » et *a fortiori* par les tarifications

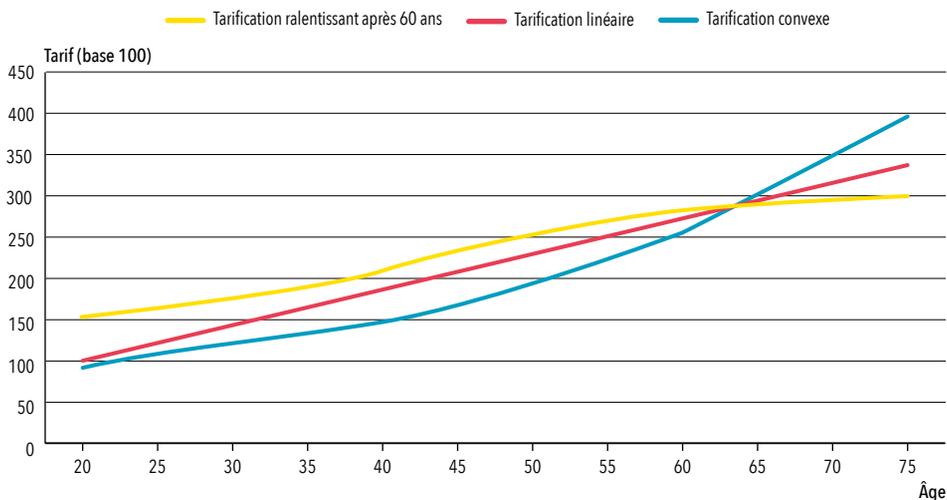
### Encadré Une tarification au risque encadrée par la législation

La tarification d'un contrat d'assurance est dite « au risque » lorsque la cotisation demandée à l'assuré reflète son niveau de risque de solliciter des remboursements de l'assureur. Cette tarification est limitée par un certain nombre de règlements ou d'incitations fiscales et sociales (cf. annexe 1). Pour être qualifié de « responsable et solidaire » et bénéficier de ces incitations, un contrat ne peut pas recourir à un questionnaire médical ni appliquer des tarifs directement liés à l'état de santé.

Dans le cadre des contrats individuels, la tarification « convexe » selon l'âge est alors celle qui prend le plus en compte le risque. Toutefois, certains contrats ont une tarification différente. En effet, les organismes peuvent avoir intérêt à se distinguer en adoptant une tarification reposant sur la mutualisation des risques, notamment entre classes d'âges.

Un contrat collectif peut donner droit à des exonérations fiscales et sociales pour l'employeur de l'assuré et des réductions d'impôt pour l'assuré. Il doit pour cela être responsable et obligatoire et ne peut pas appliquer des tarifs selon un critère individuel comme l'âge, le sexe ou le lieu de résidence (décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012). Toutefois, le tarif peut être fixé globalement en fonction de la structure d'âge du portefeuille et du lieu d'implantation de l'établissement couvert par le contrat et différer selon les catégories de salariés.

## Graphique 1 Les trois types de tarification à l'âge



Base 100 : tarif moyen des contrats linéaires pour un assuré de 20 ans.

**Note >** Une régression a permis d'éliminer les variations liées au niveau de garantie du contrat, au type d'organisme, à la démographie des bénéficiaires ou au fait que le tarif dépende ou non de la situation familiale, des revenus, du lieu de résidence, du sexe ou de l'ancienneté dans le contrat, pour isoler l'effet de la tarification à l'âge.

**Champ >** Contrats individuels dont le tarif dépend de l'âge.

**Source >** DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, édition 2013.

« favorables aux séniors » permettent donc une baisse sensible de la prime aux âges élevés.

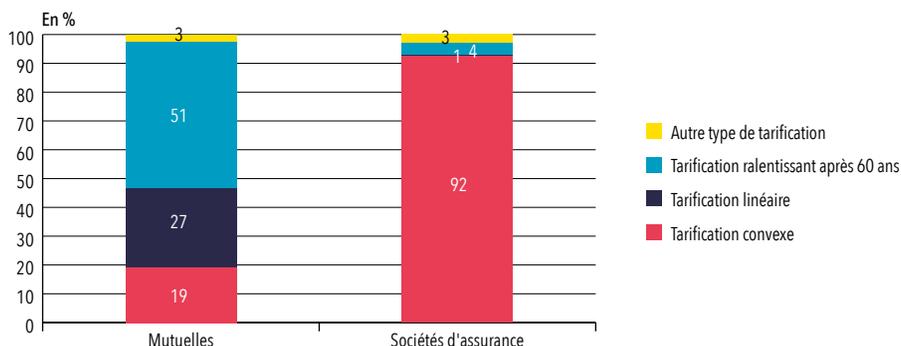
Trois quarts des bénéficiaires d'un contrat individuel d'une mutuelle ayant un tarif lié à l'âge ont une tarification « favorable aux séniors » ou « linéaire ». À l'inverse, 92 % des bénéficiaires d'un contrat individuel d'une société d'assurance ont une tarification « convexe » (graphique 2). 59 % des 60 ans ou plus sont d'ailleurs couverts par un contrat individuel d'une mutuelle, alors que seulement 18 % sont couverts par un contrat individuel d'une société d'assurance, les autres bénéficiaires de 60 ans ou plus étant assurés par un contrat individuel d'une institution de prévoyance (7 %) ou un contrat collectif (16 %).

### Les contrats collectifs plus favorables aux familles que les contrats individuels

Trois quarts des bénéficiaires de contrats collectifs bénéficient d'un forfait famille (gratuité à partir du premier enfant) contre seulement 7 % des bénéficiaires d'un contrat individuel. 81 % bénéficient de la gratuité à partir seulement du 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> enfant (23 % pour les bénéficiaires de contrats collectifs, graphique 3).

Les contrats individuels comme les contrats collectifs opèrent des transferts via les tarifs entre ménages de compositions différentes. Le caractère obligatoire de la grande majorité des contrats collectifs leur permet de davantage mutualiser entre les différents types de familles. ■

**Graphique 2** Tarification à l'âge selon les organismes, en pourcentage des bénéficiaires



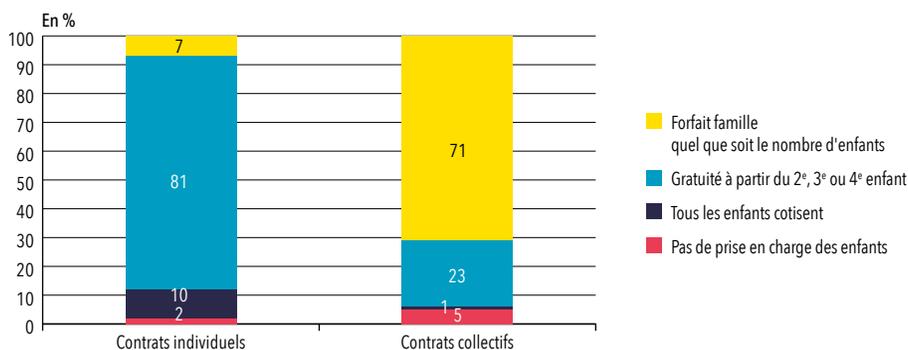
**Note** > Les contrats individuels gérés par les institutions de prévoyance sont trop peu nombreux, ils sont donc exclus de l'analyse.

**Lecture** > 51 % des bénéficiaires d'une mutuelle ont une tarification favorable aux séniors. L'assuré est la personne qui a souscrit un contrat et les bénéficiaires sont l'ensemble des personnes couvertes par un contrat (assuré et ayant droit).

**Champ** > Contrats individuels dont le tarif dépend de l'âge, hors institutions de prévoyance.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, édition 2013.

**Graphique 3** Tarification selon la situation familiale et le type de contrat, en pourcentage des bénéficiaires



**Lecture** > Pour 81 % des bénéficiaires d'un contrat individuel, aucune cotisation supplémentaire n'est demandée à partir du 2°, 3° ou 4° enfant.

**Champ** > Ensemble des contrats.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, édition 2013.



**La couverture  
complémentaire santé  
de la population  
française**

### L'accès à la complémentaire santé dépend du niveau de revenu

En 2012, en France métropolitaine, 89 % des personnes vivant en ménage ordinaire bénéficient d'un contrat de complémentaire santé privé et 6 % de la CMU-C (tableau 1). Le taux de personnes non couvertes par une complémentaire santé s'élève à 5 %. Malgré l'existence des dispositifs de la CMU-C et de l'aide à la complémentaire santé (ACS) ciblant les publics précaires et modestes, l'absence de complémentaire santé concerne d'abord les populations les plus pauvres : 14 % des individus dont le

revenu mensuel par unité de consommation (UC) est inférieur ou égal à 650 euros ne sont pas couverts contre 4 % de ceux dont le revenu est supérieur à 3 000 euros (graphique). Le taux de personnes sans complémentaire santé est également particulièrement élevé parmi les inactifs (9 % des personnes au foyer, 14 % des autres inactifs) et les chômeurs (14 %). Les personnes seules et les familles monoparentales sont de même plus fréquemment non couvertes par une complémentaire santé : respectivement 7,5 % et 7,4 % *versus* 4,0 % et 4,1 % pour les couples avec et sans enfant. Enfin, il existe des différences de

**Tableau 1** Taux de personnes couvertes par une complémentaire santé, selon l'occupation principale et le type de couverture

Occupation principale	Avec une complémentaire santé							Sans complémentaire santé (en %)	Effectif par sous-groupe dans l'échantillon
	Ensemble (en %)	Collectif (en %)	Collectif - assuré principal (en %)	Collectif - ayant droit (en %)	Individuel (en %)	CMU-C (en %)	Indéterminé (en %)		
Actifs salariés du secteur privé	96,4	64,0	53,4	10,6	28,7	2,5	1,3	3,6	6 420
Actifs salariés du secteur public	97,4	21,7	7,1*	14,7	73,1	2,1	0,4	2,6	1 797
Autres actifs (indépendants, PDG, etc.)	94,0	19,6	6,7**	13,0	70,7	2,6	1,1	6,0	1 047
Chômeurs	86,2	16,5	5,4	11,1	44,2	25,0	0,5	13,8	1 448
Retraités	95,4	1,7	0	1,7	92,6	1,1	0,1	4,6	4 037
Femmes/hommes au foyer	91,1	19,0	0	19,0	51,5	20,3	0,3	8,9	943
Étudiants	95,1	42,0	0	42,0	48,9	3,4	0,8	4,9	768
Enfants	95,8	46,3	0	46,3	38,7	10,1	0,6	4,2	5 748
Autres inactifs	85,9	6,6	0	6,6	66,1	13,2	0	14,1	449
Non renseigné	93,6	4,1	0	4,1	86,2	3,3	0	6,4	153
<b>Ensemble</b>	<b>95,0</b>	<b>34,7</b>	<b>16,2</b>	<b>18,5</b>	<b>53,5</b>	<b>6,2</b>	<b>0,7</b>	<b>5,0</b>	<b>22 810</b>

\* Les 7,1 % de salariés du secteur public couverts par une complémentaire santé collective en tant qu'assuré principal correspondent à des salariés d'une entreprise publique.

\*\* Pour les 6,7 % d'autres actifs couverts en collectifs, il s'agit de PDG et de chefs d'entreprise salariés (et non des indépendants).

**Champ** > France métropolitaine, personnes vivant en ménage ordinaire (à l'exclusion des personnes en institutions : maisons de retraite, services hospitaliers de long séjour, centres d'hébergement, personnes sans domicile, en prison...).

**Source** > ESPS 2012, IRDES.

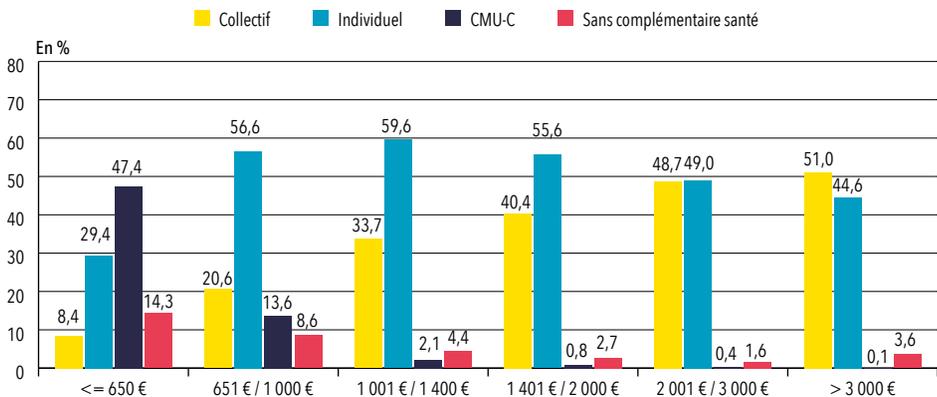
taux de non-couverture selon l'âge : il s'élève à 8,1 % pour les jeunes âgés de 18 à 30 ans et 6,9 % pour les plus de 80 ans contre près de 4 % pour les autres tranches d'âge.

Le manque de moyens financiers ou le coût trop élevé des contrats représente le premier motif d'absence de complémentaire santé (53 % des personnes sans complémentaire évoquent ce motif). Le second motif concerne le fait d'être exonéré du ticket modérateur pour raison de santé par l'assurance maladie obligatoire (17 % des personnes non couvertes). Vient ensuite la volonté de ne pas bénéficier

d'une telle couverture (12 % déclarent qu'elles ne souhaitent pas être couvertes ou qu'elles n'en ont pas besoin) et le fait de ne pas y penser ou de ne pas avoir le temps de s'en occuper (9 %). L'absence de complémentaire santé s'explique également en partie par une couverture frictionnelle : 9 % expliquent qu'ils sont en cours d'adhésion (tableau 2).

Entre 2008 et 2012, le taux de non couverts apparaît relativement stable : 6 % en 2008, 4,2 % en 2010, 5 % en 2012<sup>1</sup>. Il pourrait baisser au cours de la période 2014-2017, du fait des réformes en cours (ANI, appels d'offres ACS...)

**Graphique** Taux de personnes couvertes par une complémentaire santé, selon le revenu par unités de consommation et le type de couverture



**Champ** > Participants à l'enquête pour lesquels le revenu a été renseigné, soit 16 829 personnes.

**Source** > ESPS 2012, IRDES.

**Tableau 2** Motifs déclarés de non-couverture par une complémentaire santé

Motifs de non-couverture par une complémentaire santé	%
Pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour une ALD*, une invalidité	17
N'en n'a pas les moyens ou c'est trop cher	53
Ne souhaite pas être couvert, n'en a pas besoin	12
En cours d'adhésion	9
N'y pense pas, n'a pas le temps de faire les démarches	9
Autre	13

\* Affection de longue durée.

**Champ** > Individus de 18 ans et plus sans complémentaire santé ayant répondu au questionnaire auto-administré, soit 472 personnes.

**Source** > ESPS 2012, IRDES.

1. ESPS 2008, 2010, 2012. Notons que ces évolutions, de faible ampleur, sont à prendre avec précaution en raison des marges d'erreurs liées à l'échantillonnage et à la non-réponse.

### Les salariés du privé majoritairement couverts par un contrat collectif

En 2012, 54 % de la population étaient couverts par une complémentaire santé privée souscrite à titre individuel et 35 % par un contrat collectif : 16 % par le biais de leur propre employeur et 19 % en tant qu'ayant droit par le biais d'un membre de leur ménage (tableau 1). La proportion de personnes couvertes par un contrat collectif est fortement croissante avec le niveau de revenu par UC : de 8 % lorsque le revenu est inférieur à 650 euros et jusqu'à 51 % lorsqu'il est supérieur à 3 000 euros (graphique). Parmi les salariés du secteur privé, 64 % bénéficient d'un contrat collectif, 29 % d'un contrat individuel privé et 3 % sont bénéficiaires de la CMU-C. Les salariés du secteur public, les actifs non salariés (indépendants et chef d'entreprise) et les retraités sont en revanche très majoritairement couverts par un contrat souscrit

à titre individuel (respectivement 73 %, 71 % et 93 %). Les chômeurs, qui sont 14 % à ne pas être couverts par une complémentaire santé, bénéficient à 44 % d'un contrat individuel privé, à 25 % de la CMU-C et à 16 % d'un contrat collectif (11 % des chômeurs bénéficient d'un contrat collectif en tant qu'ayant droit d'un membre de leur ménage et 5 % en tant qu'ancien salarié du secteur privé dans le cadre de la portabilité). Cet accès différencié à la complémentaire santé collective ou individuelle implique des différences de coût et de niveau de garanties des contrats. En 2013, les bénéficiaires d'une complémentaire santé collective bénéficient en moyenne de niveaux de garanties plus élevés que ceux couverts par un contrat individuel (cf. fiche 8). Ils supportent par ailleurs un coût plus faible du fait de la participation de l'employeur à la cotisation et d'une mutualisation plus avantageuse du risque santé. ■

#### Pour en savoir plus

- > **Célant N., Guillaume S., Rochereau T.**, 2014, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », rapport IRDES n° 556.
- > **Célant N., Dourgnon P., Guillaume S., Pierre A., Rochereau T., Sermet C.**, 2014, « L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 198.

Les entreprises du secteur privé peuvent proposer une couverture complémentaire santé à leurs salariés. Le contrat peut être facultatif ou obligatoire. En 2013, 48 % des entreprises de 10 salariés ou plus (représentant 70 % des salariés du privé) font bénéficier leurs salariés d'une couverture complémentaire d'entreprise.

## Les complémentaires santé plus fréquentes dans les grandes entreprises

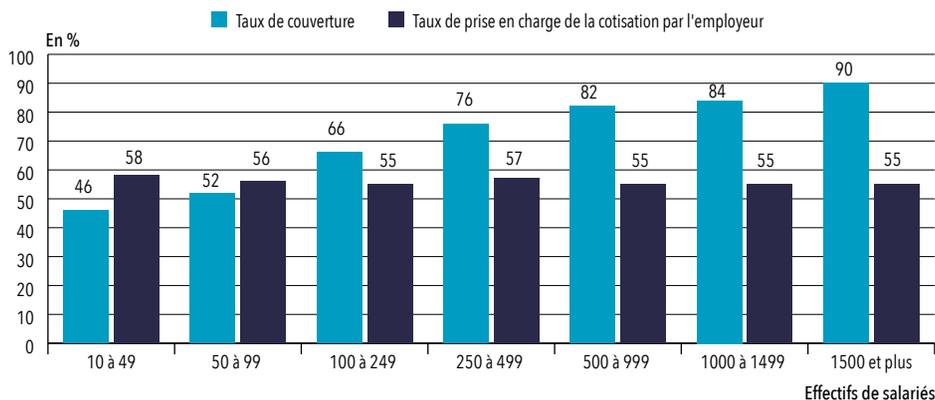
46 % des entreprises de 10 à 49 salariés proposent une complémentaire santé à leurs salariés contre 76 % des entreprises de 250 à 499 salariés et 90 % des entreprises de 1 500 salariés ou plus (graphique). En 2009, d'après l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), le taux de couverture est de 77 % pour les cadres et de 60 % pour les non-cadres, toutes tailles d'entreprises confondues.

La part des entreprises proposant une couverture complémentaire est très variable d'un secteur

à l'autre (tableau) : de 26 % pour le secteur de l'« Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale » à 89 % pour le secteur très spécifique de la « cokéfaction et du raffinage ». Les taux de couverture des salariés par secteur (non présentés ici) sont plus élevés que ceux des entreprises, reflétant le fait que, quel que soit le secteur, les entreprises avec le plus grand nombre de salariés offrent plus souvent que les autres une complémentaire santé à leurs salariés.

La mise en place du contrat dans l'entreprise peut avoir été décidée à différents niveaux. En 2013, 61 % des contrats résultent d'une décision unilatérale de l'employeur, 28 % d'un accord de branche ou d'une convention collective et 11 % d'un accord d'entreprise avec les représentants du personnel. Le mode de négociation de la complémentaire santé collective est très hétérogène selon les secteurs d'activité. En revanche, des tendances se dégagent par taille d'entreprise. Le choix du contrat par décision unilatérale de l'employeur

## Graphique Part des entreprises proposant une complémentaire santé collective et, le cas échéant, taux de prise en charge moyen de la cotisation par l'employeur selon la taille de l'entreprise, en 2013



**Champ** > Entreprises de 10 salariés ou plus du secteur marchand non agricole, hors intérim et secteur domestique.

**Source** > DARES, Enquête Acemo-Pipa 2014.

est fortement représenté en moyenne car il est très présent dans les petites entreprises (65 % des entreprises de 10 à 49 salariés mettent en place de cette manière leur contrat). Plus l'entreprise a des effectifs salariés importants, plus la complémentaire santé d'entreprise est fréquemment mise en place par un accord d'entreprise. C'est, en effet, le cas de 68 % des entreprises de 1 500 salariés ou plus contre 6 % des entreprises de 10 à 49 salariés. Cela est vraisemblablement dû à une plus forte présence des représentants du personnel au sein des entreprises au-delà d'un certain seuil d'effectifs salariés. Au contraire, plus les effectifs de l'entreprise sont faibles, plus le contrat est souvent mis en place par le biais d'un accord de branche ou d'une convention collective. En effet, 32 % des entreprises de 10 à 49 salariés ont mis en place leur complémentaire collective par un accord de branche ou une convention collective, contre 10 % des entreprises de 1 500 salariés ou plus. 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 l'intermédiaire de leur branche pour améliorer les conditions de négociation. 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.

### **En moyenne, 57 % des cotisations sont prises en charge par les employeurs**

L'employeur est fortement concerné par les conditions des contrats, d'une part du fait des garanties qu'il propose à ses salariés et d'autre part parce

qu'il participe en général au financement du contrat. Ainsi, en 2013, les entreprises de 10 salariés ou plus participent au financement de la complémentaire santé de leurs salariés à hauteur de 57 % de la cotisation en moyenne, soit 675 euros par an et par salarié bénéficiaire. Cette participation est très homogène quelle que soit la taille de l'entreprise, à la fois en part et en montant. Elle oscille, en effet, entre 582 euros par salarié bénéficiaire pour les entreprises de 1 500 salariés ou plus et 702 euros pour les entreprises de 500 à 999 salariés.

La participation de l'employeur à la cotisation varie de façon plus marquée selon les secteurs. Elle passe de 51 % dans le secteur des « industries extractives, énergie, eau, gestion des déchets et dépollution », à 63 % dans le secteur des « activités financières et d'assurance ».

Ce paysage de la complémentaire santé d'entreprise dessiné ici en 2013 est en forte évolution. Depuis l'entrée en application de la loi de sécurisation de l'emploi le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la couverture complémentaire collective est généralisée à l'ensemble des salariés du privé. Tout employeur du privé est tenu de proposer une complémentaire santé d'entreprise à ses salariés et de participer au montant de la cotisation à hauteur de 50 % au minimum. Cette nouvelle législation aura peu de conséquences sur les entreprises qui proposent déjà une complémentaire d'entreprise à leurs salariés, les taux de participation à la prime étant déjà en moyenne supérieurs à 50 %. Par contre, la mise en place de la loi entraînera un changement pour les petites entreprises puisque, d'après l'enquête PSCE, seules 33 % des entreprises de moins de 10 salariés offraient une complémentaire santé à leurs salariés en 2009. Ces dernières devront donc mettre en place ce dispositif pour se conformer à la loi. ■

#### **Pour en savoir plus**

➤ **Pauron A.**, 2015, « Participation, intéressement et épargne salariale en 2013. Un salarié sur cinq a désormais accès à un Perco », *Dares Analyses*, n° 055, juillet.

**Tableau** Part des entreprises proposant une complémentaire santé collective et, le cas échéant, taux de prise en charge moyen de la cotisation par l'employeur selon le secteur de l'entreprise, en 2013

		Part des entreprises proposant une complémentaire santé (en %)	Part de la cotisation prise en charge par l'entreprise (en %)
C1	Fabrication de denrées alimentaires, de boisson et de produits à base de tabac	47	52
C2	Cokéfaction et raffinage	89	52
C3	Fabrication d'équipements électriques, électroniques, informatiques, fabrication de machines	62	56
C4	Fabrication de matériels de transport	42	60
C5	Fabrication d'autres produits industriels	47	54
DE	Industries extractives, énergie, eau, gestion des déchets et dépollution	62	51
FZ	Construction	53	59
GZ	Commerce, réparation d'automobiles et de motocycles	42	61
HZ	Transports et entreposage	67	52
IZ	Hébergement et restauration	58	52
JZ	Information et communication	56	62
KZ	Activités financières et d'assurance	66	63
LZ	Activités immobilières	69	57
MN	Activités spécialisées, scientifiques et techniques et activités de services administratifs et de soutien	50	62
OQ	Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	26	54
RU	Autres activités de services	30	57

**Champ** > Entreprises de 10 salariés ou plus du secteur marchand non agricole, hors intérim et secteur domestique.

**Source** > DARES, Enquête Acemo-Pipa 2014.

### Les jeunes assurés optent pour des contrats d'entrée de gamme

Alors que les contrats individuels sont moins couvrants que les contrats collectifs (cf. fiche 8), parmi les assurés des contrats les plus souscrits, 71 % des assurés de moins de 25 ans bénéficient d'une couverture individuelle, contre 51 % des 25-59 ans. De plus, quand ils souscrivent un contrat individuel, 63 % des moins de 25 ans souscrivent un contrat d'entrée de gamme (classe E). Les jeunes assurés sont moins consommateurs de soins et éprouvent probablement donc moins le besoin de profiter de garanties étendues. Ce choix de contrat d'entrée de gamme peut également s'expliquer par des raisons financières, les assurés de moins de 25 ans ayant plus souvent des revenus modestes. Finalement, tous contrats confondus, 46 % des assurés de moins de 25 ans sont couverts par un contrat de classe E, contre 15 % des assurés de plus de 25 ans. Inversement, seuls 20 % sont couverts par un contrat de classe A ou B, contre 35 % des assurés âgés de 25 à 59 ans (tableau 1). Cette analyse est réalisée sur les assurés, c'est-à-dire les ouvriers droit. Une analyse réalisée sur l'ensemble des bénéficiaires (ouvriers droit + ayants droit) donnerait

sans doute des résultats différents, notamment chez les moins de 25 ans. Les informations nécessaires ne sont néanmoins pas disponibles.

### Les contrats collectifs permettent aux 25-59 ans de bénéficier de garanties élevées

Les contrats collectifs profitent surtout aux 25-59 ans. En effet, 49 % des assurés des contrats les plus souscrits de cette classe d'âges bénéficient d'une couverture collective, dont le niveau de garanties est élevé (contrats de classe A dans 47 % des cas). Quand ils souscrivent un contrat individuel (51 % des cas), 45 % souscrivent un contrat milieu de gamme (classe C). Finalement, contrats individuels et collectifs confondus, seulement 15 % des assurés de 25 à 59 ans sont couverts par un contrat d'entrée de gamme (E); 35 % bénéficient d'un contrat de niveau A ou B (tableau 1).

### Les plus âgés des assurés sont couverts par des contrats de moyenne gamme

La plupart des assurés de 60 ans ou plus ayant atteint l'âge de la retraite, seule une faible partie d'entre eux (12 %) bénéficient d'une couverture collective. Il s'agit probablement pour l'essentiel des

**Tableau 1 Niveau de garantie selon l'âge de l'assuré et le type de contrat**

Niveau de garantie	Moins de 25 ans			25 à 59 ans			60 ans ou plus		
	Collectif	Individuel	Ensemble	Collectif	Individuel	Ensemble	Collectif	Individuel	Ensemble
A	30	0	9	47	2	24	33	4	8
B	30	3	11	16	5	11	11	6	6
C	35	24	27	27	45	36	25	49	46
D	1	10	7	2	25	14	20	27	26
E	4	63	46	8	23	15	10	14	14
<b>Part dans l'ensemble des contrats</b>	<b>29</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

En %

**Lecture** > En 2013, 71 % des assurés de moins de 25 ans sont couverts par un contrat individuel. Parmi eux, 63 % bénéficient d'un contrat de classe E.

**Champ** > Assurés des contrats les plus souscrits.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, édition 2013.

salariés âgés. Malgré la loi Évin qui prévoit la portabilité des contrats collectifs et limite les hausses de primes lors du passage à la retraite, ce dernier se traduit tout de même mécaniquement par un renchérissement de la couverture complémentaire santé. Dans la plupart des cas, le montant des cotisations augmente et la participation financière de l'employeur n'est pas maintenue. En conséquence, de nombreux retraités renoncent à leur ancien contrat collectif et choisissent des contrats individuels offrant de moins bonnes garanties. Pour autant, malgré la tarification en fonction de l'âge qui conduit les plus de 60 ans à payer des primes plus élevées (cf. fiche 8), les garanties pour cette classe d'âges sont légèrement supérieures à celles des assurés en contrat individuel d'âge actif. Finalement, contrats individuels et collectifs confondus, la plupart des assurés de 60 ans ou plus sont couverts par des contrats milieu de gamme : 46 % bénéficient d'un contrat de classe C et 26 % d'un contrat de classe D (tableau 1). Malgré des besoins en santé plus importants, les assurés de 60 ans ou plus ont des garanties globalement moins élevées que ceux âgés de 25 à 59 ans.

Quel que soit le type de soins et tous types de contrats confondus, la hiérarchie entre les classes d'âges décrite précédemment est toujours respectée : les assurés de 25 à 59 ans sont, en moyenne en 2013, mieux remboursés que les assurés de 60 ans ou plus, qui eux-mêmes sont mieux remboursés que

les moins de 25 ans. Par exemple, pour une consultation de spécialiste avec dépassements d'honoraires facturée 60 euros, les assurés de 25 à 59 ans sont, en moyenne, remboursés 18 euros par leur assurance complémentaire contre 13 euros pour les 60 ans ou plus et 12 euros pour les moins de 25 ans. Même pour les prothèses auditives, produits bien fréquemment consommés par les personnes les plus âgées, et donc probablement ciblés par les contrats qui leur sont destinés, les remboursements sont, en moyenne, plus élevés pour les 25-59 ans (1 012 euros contre 928 euros pour les 60 ans ou plus, tableau 2).

### Entre 2008 et 2013, les niveaux de couverture par âge augmentent sensiblement

Les niveaux de couverture par âge ont augmenté entre 2008 et 2013 (graphique), principalement sous l'effet d'une recomposition du milieu de gamme sur la période. Pour les assurés de moins de 25 ans, la part des contrats de classe C a augmenté de 16 points entre 2008 et 2013, tandis que la part des contrats de classe D a baissé de 18 points. Pour les assurés de 25 à 59 ans, la part des contrats de classe C a augmenté de 9 points, tandis que la part des contrats de classe D a baissé de 14 points. Pour les assurés de 60 ans ou plus, la part des contrats de classe C a augmenté de 17 points, tandis que la part des contrats de classe D a baissé de 13 points. ■

**Tableau 2 Remboursement moyen des assurances complémentaires par types de soins et classes d'âges**

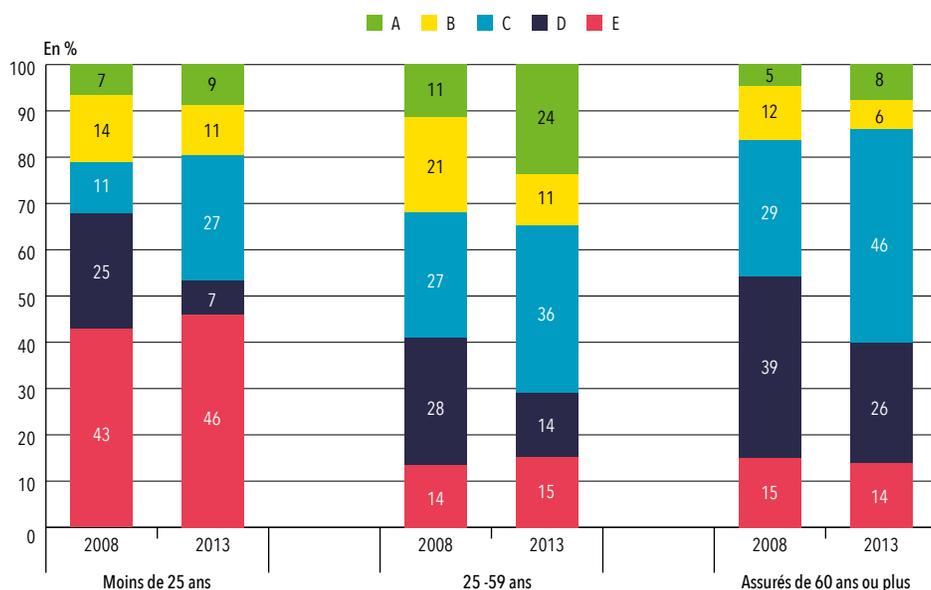
Type de soins	En euros		
	Moins de 25 ans	de 25 à 59 ans	60 ans ou plus
Consultation « spécialiste »	12	18	13
Honoraires chirurgicaux	117	192	135
Prothèse auditive	585	1 012	928
Optique complexe	237	361	282
Optique simple	155	230	181
Prothèse dentaire	180	285	260
Orthodontie	183	316	253
Implant	122	351	331

**Note** > Pour le détail des soins de référence et de leur tarif voir les fiches 14 à 17.

**Champ** > Assurés des contrats les plus souscrits.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, édition 2013.

**Graphique** Évolution entre 2008 et 2013 des niveaux de garanties, selon l'âge des assurés



**Lecture** > En 2008, 43 % des assurés de moins de 25 ans étaient couverts par un contrat de classe E contre 46 % en 2013.

**Champ** > Assurés des contrats les plus souscrits.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, éditions 2008 et 2013.

# La complémentaire santé par postes de soins

Les organismes complémentaires (OC) ont versé 27,1 milliards d'euros de prestations en frais de soins en 2014 (tableau), dont 25,7 milliards d'euros en soins et biens médicaux (soins hospitaliers, consultations de médecins, soins dentaires, médicaments, lunettes...). Ils financent ainsi 13,5 % de la consommation totale de soins et biens médicaux (CSBM). La part des OC dans le financement de la CSBM a augmenté pendant plusieurs années (elle représentait 12,8 % de la CSBM en 2006) pour atteindre 13,7 % de la CSBM en 2012 et 2013. En 2014, cette part a légèrement diminué. La prise en charge par les OC des autres biens médicaux (optique, prothèses, matériels, pansements...), qui expliquait

principalement cette hausse, a en effet fortement ralenti depuis 2012.

## La prise en charge des autres biens médicaux par les organismes complémentaires se stabilise

Les autres biens médicaux sont le poste pour lequel les OC interviennent proportionnellement le plus. En 2014, ils financent 38,9 % de la dépense en biens médicaux (graphique 1), contre 32,6 % en 2006 (et environ 26 % en 2000). Cette prise en charge par les OC a augmenté pendant plusieurs années, avec la baisse des taux de remboursement par l'assurance maladie sur le matériel médical et

**Tableau Ensemble des prestations versées par les organismes complémentaires en 2014**

En millions d'euros

	Mutuelles*	Sociétés d'assurance*	Institutions de prévoyance*	Ensemble	Part prise en charge par les OC (en %)
<b>CSBM</b>	<b>13 647</b>	<b>7 041</b>	<b>4 994</b>	<b>25 682</b>	<b>13,5</b>
<b>Soins hospitaliers</b>	<b>2 542</b>	<b>1 382</b>	<b>740</b>	<b>4 663</b>	<b>5,3</b>
<b>Soins de ville</b>	<b>5 699</b>	<b>2 908</b>	<b>2 220</b>	<b>10 827</b>	<b>21,7</b>
Médecins	2 121	1 134	761	4 016	19,9
Soins dentaires	2 058	1 034	1 017	4 109	38,8
Auxiliaires médicaux	939	429	248	1 615	11,4
Laboratoires d'analyses	581	311	194	1 086	25,6
<b>Médicaments</b>	<b>2 651</b>	<b>1 294</b>	<b>689</b>	<b>4 635</b>	<b>13,7</b>
<b>Autres biens médicaux**</b>	<b>2 643</b>	<b>1 399</b>	<b>1 327</b>	<b>5 369</b>	<b>38,9</b>
<b>Transports de malades</b>	<b>112</b>	<b>58</b>	<b>18</b>	<b>188</b>	<b>4,3</b>
<b>Prestations connexes à la santé</b>	<b>766</b>	<b>410</b>	<b>242</b>	<b>1 418</b>	
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure***	649	374	190	1 213	
Prestations à la périphérie des soins de santé****	117	36	53	205	

CSBM : Consommation totale de soins et biens médicaux.

\* Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

\*\* Optique, orthèses, prothèses, véhicules pour personnes handicapées physiques, petits matériels et pansements.

\*\*\* Chambres particulières, frais de long séjour...

\*\*\*\* Ostéopathie, psychothérapie, acupuncture, prévention...

Source > DREES, Comptes de la santé.

la hausse des montants facturés au-delà des bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Elle se stabilise depuis 2012 suite aux actions mises en place par les OC afin de modérer certaines dépenses, notamment en optique (limitation des garanties les plus généreuses, réseaux de soins aux tarifs négociés, « bonus » pour inciter les assurés à modérer leur consommation...).

Les OC financent également 21,7 % des soins de ville (soins de médecins, d'auxiliaires, soins dentaires et dépenses de laboratoires). Cette participation a peu augmenté depuis 2006 : les mesures d'économies mises en place par l'assurance maladie (franchises, pénalisations en cas de non-respect du parcours de soins...) n'ont pas été intégralement reportées sur les organismes complémentaires car ceux-ci proposent principalement des « contrats responsables », qui encouragent le respect du parcours de soins coordonné et ne prennent pas en charge les différentes franchises et participations forfaitaires instaurées par l'assurance maladie afin de modérer la croissance de la dépense de santé. Parmi les soins de ville, l'intervention des organismes complémentaires est plus élevée sur certains postes, et notamment les soins dentaires, dont ils financent 38,8 % de la dépense. Elle est plus limitée sur d'autres, comme les soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers,

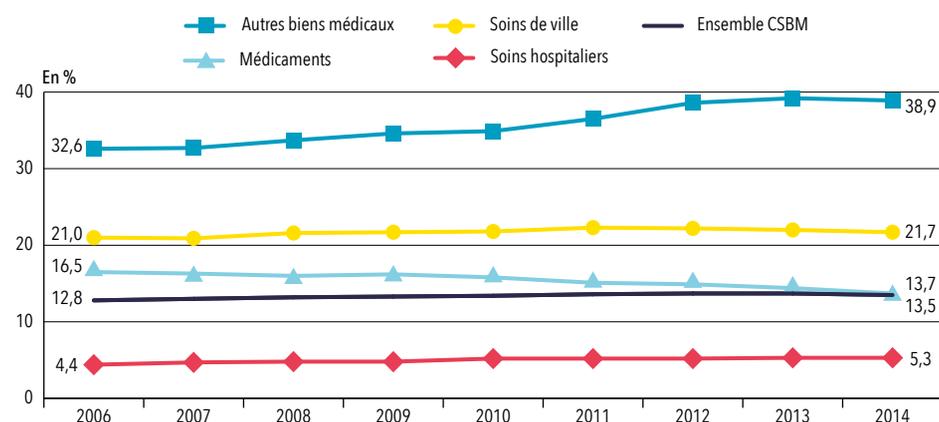
kinésithérapeutes, podologues, orthophonistes... dont ils financent 11,4 % de la dépense).

Les OC prennent en charge 13,7 % de la dépense de médicaments en 2014. Cette prise en charge est en baisse depuis plusieurs années. Avec l'instauration d'une franchise de 0,50 euros par boîte en 2008, la part des ménages a augmenté, ce qui a réduit mécaniquement la part des autres financeurs. De plus, comme de nombreuses mutuelles ne prennent pas en charge les médicaments dont le service médical rendu est jugé faible ou insuffisant et que de nombreux médicaments ont été déclassés depuis 2006, les mesures de déremboursements ont également réduit la contribution des OC.

### Des soins hospitaliers surtout couverts par l'assurance maladie de base

La participation des OC aux soins hospitaliers, en moyenne très fortement pris en charge par l'assurance maladie de base (91,1 % en 2014), est nettement plus réduite (5,3 % des dépenses en 2014). Elle est toutefois en hausse sensible sur moyenne période puisqu'elle s'élevait à 4,4 % en 2006. Elle a notamment augmenté en 2008 avec la prise en charge par les OC de la participation de 18 euros sur les actes lourds et en 2010 avec l'augmentation de 2 euros du forfait journalier hospitalier. Depuis 2010,

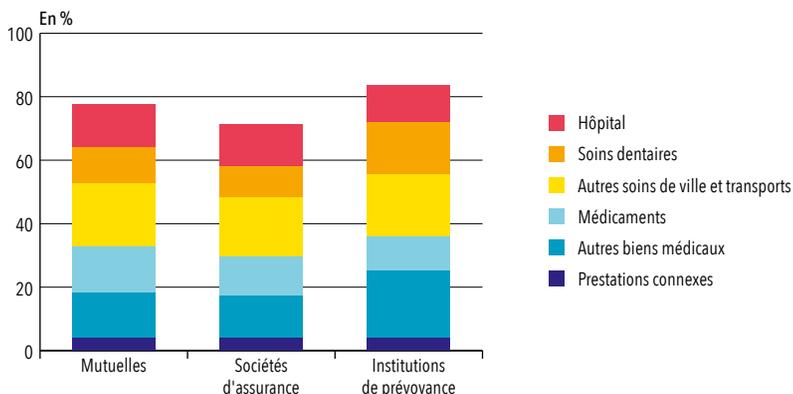
**Graphique 1** Participation des organismes complémentaires au financement des principaux postes de soins de la CSBM



**Note** > Soins de ville au sens de la CSBM, incluant les postes de dépenses mentionnés au tableau précédent.

**Source** > DREES, Comptes de la santé.

## Graphique 2 Décomposition des prestations versées en 2014 par les organismes complémentaires par types de soins



**Sources** > DREES, Comptes de la santé et rapport 2014 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

la participation des OC est plutôt stable. Leur participation aux transports de malades est également faible (4,3 % en 2013).

Enfin, les OC prennent également en charge des suppléments liés à des séjours à l'hôpital ou en cure thermale et des prestations à la périphérie des soins de santé (ostéopathie, psychothérapie, prévention...). L'ensemble de ces prestations connexes à la santé représentent un montant significatif : 1,4 milliard d'euros en 2014, soit 5 % des prestations versées en frais de soins par les organismes complémentaires.

### Optique et dentaire mieux remboursés par les institutions de prévoyance

Les institutions de prévoyance se distinguent des mutuelles et des sociétés d'assurance car elles offrent une prise en charge proportionnellement plus élevée des soins dentaires et des biens médicaux, notamment de l'optique (graphique 2).

Ainsi, pour 100 euros de cotisations en 2014, les institutions de prévoyance reversent en moyenne 21 euros de prestations en autres biens médicaux contre 14 euros pour les mutuelles et les sociétés d'assurance. De même, elles reversent en moyenne 16 euros de prestations pour les soins dentaires contre environ 11 euros pour les deux autres catégories d'organismes. Cela s'explique surtout par la prépondérance dans le portefeuille des institutions de prévoyance des contrats collectifs (complémentaire santé d'entreprise) dont les garanties sont souvent plus avantageuses pour les assurés, notamment en optique et dentaire. En revanche, les institutions de prévoyance reversent relativement moins de prestations en médicaments et en soins hospitaliers que les deux autres catégories d'OC. Ceci s'explique par les caractéristiques des bénéficiaires de ces contrats. Ceux-ci sont en moyenne plus jeunes (cf. fiche 5) et consomment donc moins ces deux types de soins. ■

#### Pour en savoir plus

> Les dépenses de santé en 2014, résultats des comptes de la santé, DREES, 2015.

La dépense de soins pour des spécialistes exerçant en ville est estimée à 11,1 milliards d'euros en 2014, dont 1,6 milliard d'euros de dépassements d'honoraires<sup>1</sup>. Les honoraires correspondent aux tarifs des actes cliniques et/ou des actes techniques pratiqués, aux majorations autorisées par l'assurance maladie et aux dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques. Si la très grande majorité des contrats d'assurance complémentaire santé prennent en charge le ticket modérateur<sup>2</sup>, en revanche la prise en charge des dépassements d'honoraires varie largement selon les contrats.

## La prise en charge des dépassements d'honoraires des spécialistes

Les dépassements d'honoraires pratiqués par les spécialistes sont mieux pris en charge par les contrats collectifs que par les contrats individuels. Ainsi, en 2013, parmi les bénéficiaires des contrats les plus souscrits, pour une consultation facturée 60 euros, seulement deux bénéficiaires de contrats collectifs sur dix n'ont aucune prise en charge du dépassement par leur assurance complémentaire, contre six bénéficiaires de contrats individuels sur dix (tableau 1). Pour ces individus, la prise en charge du contrat se limite alors au remboursement du ticket modérateur, soit 6,90 euros. Inversement, quatre bénéficiaires de contrats collectifs sur dix bénéficient d'une prise en charge intégrale du dépassement, soit 37 euros<sup>3</sup> qui s'ajoutent à la prise en charge du ticket modérateur, contre seulement 2 % des bénéficiaires de contrats individuels. Seule la participation forfaitaire de 1 euro reste à leur charge dans ce cas. La part des bénéficiaires des contrats collectifs les plus souscrits couverts par ces contrats haut de gamme, c'est-à-dire avec un reste à charge réduit à la

participation forfaitaire, a fortement augmenté entre 2006 et 2013. Elle est passée de 20 % des personnes couvertes en 2006 à 40 % en 2013.

## Des remboursements encadrés par la réforme des contrats responsables

Depuis la mise en place de la réforme des contrats responsables (avril 2015), lorsque le médecin n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS), le remboursement du dépassement ne peut excéder le plus petit des deux plafonds suivants :

- soit 35 euros en 2015 et 2016 (28 euros à compter de 2017) ;
- soit le montant du dépassement pris en charge par le contrat pour les médecins ayant adhéré au CAS diminué de 20 %.

Par ailleurs, si 98 % des bénéficiaires des contrats collectifs et 94 % des bénéficiaires des contrats individuels bénéficient d'une prise en charge en cas de consultation en dehors du parcours de soins, pour autant le cas échéant la prise en charge est très faible (le remboursement médian est de 6,90 euros).

## La prise en charge des dépassements d'honoraires pour hospitalisations en clinique

En cas d'hospitalisation dans une clinique, des dépassements d'honoraires sur actes techniques ou cliniques peuvent être facturés par les médecins. En 2014, on estime à 0,9 milliard d'euros le montant de ces dépassements<sup>4</sup>. Ils peuvent faire l'objet d'une prise en charge par les contrats d'assurance complémentaire santé. Par exemple, pour une opération de la cataracte facturée 600 euros au patient par le chirurgien, le tarif de convention

1. CNAMTS-SNIR, calculs DREES.

2. Pour bénéficier du caractère responsable, le contrat doit prendre en charge le ticket modérateur.

3. Pour une telle consultation, dont le tarif de convention est de 23 euros, le remboursement de la Sécurité sociale est de 15,10 euros et la participation forfaitaire de 1 euro. Pour avoir le caractère responsable, les contrats ne peuvent pas prendre en charge la participation forfaitaire de 1 euro.

4. CNAMTS-SNIR, calculs DREES.

**Tableau 1** Distribution en 2006 et en 2013 des remboursements par les organismes complémentaires d'une consultation d'un spécialiste de secteur 2, dans le parcours de soins, facturée 60 euros et remboursée 15,10 euros par la Sécurité sociale

En euros

Déciles	Contrats collectifs		Contrats individuels		Ensemble	
	2006	2013	2006	2013	2006	2013
D1	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9
D2	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9
D3	6,9	18,4	6,9	6,9	6,9	6,9
D4	14,95	22,1	6,9	6,9	6,9	6,9
D5	18,4	29,9	6,9	6,9	6,9	8,05
D6	28,5	43,9	6,9	6,9	12,65	18,4
D7	36,9	43,9	6,9	10,35	18,4	22,14
D8	43,9	43,9	13,8	16,9	23	40,25
D9	43,9	43,9	18,4	18,9	43,9	43,9
<b>Moyenne</b>	<b>23,13</b>	<b>28,32</b>	<b>10,6</b>	<b>11,18</b>	<b>15,63</b>	<b>18,32</b>

**Lecture** > En 2013, seulement deux bénéficiaires de contrats collectifs sur dix ne bénéficient d'aucune prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes par leur contrat, la prise en charge se limitant au remboursement du ticket modérateur de 6,90 euros, contre six bénéficiaires de contrats individuels sur dix.

**Champ** > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, données 2006 et 2013.

**Tableau 2** Distribution en 2006 et en 2013 des remboursements, par les organismes complémentaires, d'une opération de la cataracte facturée 600 euros remboursée 271,70 euros par la Sécurité sociale

En euros

Déciles	Contrats collectifs		Contrats individuels		Ensemble	
	2006	2013	2006	2013	2006	2013
D1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
D2	0,0	163,0	0,0	0,0	0,0	0,0
D3	27,2	271,7	0,0	0,0	0,0	27,2
D4	135,9	328,3	0,0	27,2	0,0	81,5
D5	271,7	328,3	0,0	81,5	67,9	135,9
D6	328,3	328,3	54,3	81,5	135,9	271,7
D7	328,3	328,3	108,7	135,9	271,7	328,3
D8	328,3	328,3	135,9	200,0	328,3	328,3
D9	328,3	328,3	328,3	328,3	328,3	328,3
<b>Moyenne</b>	<b>191,2</b>	<b>255,0</b>	<b>82,4</b>	<b>102,6</b>	<b>126,1</b>	<b>166,1</b>

**Lecture** > En 2013, seulement un bénéficiaire de contrat collectif sur dix ne bénéficie d'aucune prise en charge en cas d'opération de la cataracte avec dépassement d'honoraire du chirurgien, contre trois bénéficiaires de contrats individuels sur dix.

**Champ** > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, données 2006 et 2013.

est de 271,70 euros et est assorti d'une prise en charge à 100 %. Ainsi, dans ce cas, le reste à charge du patient après remboursement de l'assurance maladie obligatoire est de 328,30 euros, intégralement constitué par le dépassement (tableau 2). Un bénéficiaire de contrat collectif sur dix ne reçoit pas de remboursement de son contrat. C'est le cas de trois bénéficiaires de contrat individuel sur dix. À l'inverse, six bénéficiaires de contrats collectifs sur dix ont un reste à charge nul contre un bénéficiaire de contrat individuel sur dix.

Depuis la mise en place de la réforme des contrats responsables (avril 2015), lorsque le praticien n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS), le remboursement du dépassement facturé dans le cadre d'une opération de la cataracte 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 CAS diminué de 20 %. ■

Après 20 ans, sept adultes sur dix portent des lunettes ou des lentilles<sup>1</sup>. En 2014, 0,4 % de la population a acheté un appareil auditif (2 % des 65 ans et plus), le prix moyen d'achat d'un équipement pour une oreille étant de 1 500 euros<sup>2</sup>. La plupart des contrats d'assurance complémentaire proposent donc une prise en charge des équipements d'optique et des audioprothèses. En 2013, seulement 2 % des bénéficiaires des contrats les plus souscrits n'ont aucun remboursement de leur complémentaire pour l'optique correctrice et 4 % aucun remboursement pour les audioprothèses.

## Entre 2006 et 2013, hausse des remboursements de l'optique simple...

En 2013, pour l'achat d'un ensemble monture et verres simples facturé 550 euros par un opticien, dont 200 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 des contrats les plus souscrits obtiennent de leur assurance complémentaire un remboursement inférieur à 185 euros (tableau 1). Les prises en charge des contrats collectifs sont supérieures à celles des contrats individuels. La moitié des personnes couvertes par un contrat collectif obtiennent un remboursement supérieur à 275 euros contre 12 % des personnes couvertes par un contrat individuel. Un quart des personnes couvertes par un contrat collectif obtiennent un remboursement supérieur à 425 euros contre 1 % des bénéficiaires de contrat individuel. Entre 2006 et 2013, la prise en charge des lunettes à verres simples par les contrats complémentaires, collectifs comme individuels, a beaucoup progressé, en particulier celle des contrats haut de gamme. Le remboursement pour l'optique simple des bénéficiaires des contrats les plus souscrits appartenant au quart le mieux couvert a progressé de 29 % entre 2006 et 2013.

## ... et de l'optique complexe

En 2013, pour l'achat d'un ensemble monture et verres complexes facturé 900 euros par un opticien, dont 200 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 des contrats les plus souscrits obtiennent de leur assurance complémentaire un remboursement inférieur à 315 euros (tableau 2). Les prises en charge des contrats collectifs sont supérieures à celles des contrats individuels. La moitié des personnes couvertes par un contrat collectif obtiennent ainsi un remboursement supérieur à 430 euros contre 5 % des personnes couvertes par un contrat individuel. En collectif, un quart des personnes couvertes obtiennent un remboursement supérieur à 610 euros contre 4 % en individuel. Entre 2006 et 2013, la prise en charge des lunettes à verres complexes par les contrats complémentaires a également fortement progressé, en particulier celle des contrats haut de gamme. Le remboursement pour l'optique complexe des bénéficiaires des contrats collectifs les plus souscrits appartenant au quart le mieux couvert a progressé entre 2006 et 2013 de 22 %. Le remboursement des bénéficiaires de contrats individuels appartenant au quart le mieux couvert a progressé de 33 %.

Certains contrats comportent des clauses permettant de limiter la charge financière des remboursements d'optique pour l'organisme complémentaire. En 2013, 60 % des contrats les plus souscrits prévoient un plafond annuel de remboursement et la moitié limitent le nombre de remboursement annuel de paires de lunettes. Les clauses ne sont pas exclusives : 36 % combinent une limitation du nombre de paires de lunettes avec un plafond annuel de remboursement ; 16 % proposent un bonus fidélité ou un report de forfait en cas de non-consommation au cours des années précédentes.

1. DREES, enquête Handicap-Santé, volet « Ménages » 2008.

2. EGB 2014, calculs DREES.

**Tableau 1** Distribution en 2006 et 2013 des remboursements par les organismes complémentaires d'un ensemble monture + verres simples facturé 550 euros\* et remboursé 4,45 euros par la Sécurité sociale

En euros

Déciles	Contrats collectifs		Contrats individuels		Ensemble	
	2006	2013	2006	2013	2006	2013
D1	115	155	65	55	75	95
D2	125	185	75	100	95	120
D3	155	215	95	115	110	155
D4	175	255	105	155	125	180
D5	195	275	120	160	145	185
D6	210	325	140	180	160	225
D7	260	380	155	180	190	260
D8	290	430	170	230	230	320
D9	430	450	230	300	310	405
<b>Moyenne</b>	<b>220</b>	<b>295</b>	<b>130</b>	<b>165</b>	<b>165</b>	<b>220</b>

\* Dont 200 euros au titre de la monture.

**Note** > Le taux de remboursement de l'optique par la Sécurité sociale est passé de 65 % à 60 % au cours de l'année 2011 sans modification de la base de remboursement. Pour faciliter les comparaisons, les calculs des remboursements en 2006 sont effectués selon la législation actuelle. Le cas échéant, les remboursements en 2013 sont estimés à partir des conditions de remboursement qui s'appliquent dans le cadre du réseau d'opticiens.

**Lecture** > En 2013, en cas d'achat d'un ensemble monture + verres simples facturé 550 euros par l'opticien, dont 200 euros au titre de la monture, quatre bénéficiaires de contrats individuels sur dix bénéficient d'un remboursement par leur organisme complémentaire inférieur à 155 euros contre un bénéficiaire de contrat collectif sur dix.

**Champ** > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2006 et 2013.

**Tableau 2** Distribution en 2006 et 2013 des remboursements par les organismes complémentaires d'un ensemble monture + verres complexes facturé 900 euros\* et remboursé 14,15 euros par la Sécurité sociale

En euros

Déciles	Contrats collectifs		Contrats individuels		Ensemble	
	2006	2013	2006	2013	2006	2013
D1	130	230	75	70	100	105
D2	175	295	125	135	145	160
D3	190	335	150	160	165	215
D4	190	370	170	200	190	265
D5	250	430	195	250	205	315
D6	310	550	220	280	230	340
D7	340	585	230	325	260	395
D8	470	665	250	340	310	525
D9	695	770	290	380	460	665
<b>Moyenne</b>	<b>315</b>	<b>475</b>	<b>200</b>	<b>250</b>	<b>245</b>	<b>345</b>

\* Dont 200 euros au titre de la monture.

**Note** > Le taux de remboursement de l'optique par la Sécurité sociale est passé de 65 % à 60 % au cours de l'année 2011 sans modification de la base de remboursement. Pour faciliter les comparaisons, les calculs des remboursements en 2006 sont effectués selon la législation actuelle. Le cas échéant, les remboursements en 2013 sont estimés à partir des conditions de remboursements qui s'appliquent dans le cadre du réseau d'opticiens.

**Lecture** > En 2013, en cas d'achat d'un ensemble monture + verres complexes facturé 900 euros par l'opticien, dont 200 euros au titre de la monture, cinq bénéficiaires de contrats individuels sur dix bénéficient d'un remboursement par leur organisme complémentaire inférieur à 250 euros contre un peu plus d'un bénéficiaire de contrat collectif sur dix.

**Champ** > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2006 et 2013.

Les contrats d'assurance complémentaire peuvent également prévoir la prise en charge de la chirurgie réfractive (ces interventions ont pour objet de corriger l'amétropie, à l'aide d'un appareil ou dispositif médical, tel le laser ou l'implant, ou d'instruments chirurgicaux). Elle n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. En 2013, 65 % des bénéficiaires des contrats les plus souscrits disposent d'une prise en charge de la chirurgie réfractive, contre 61 % en 2009.

### Les audioprothèses également mieux remboursées

En 2013, pour l'achat d'une paire d'audioprothèses facturée 4 000 euros et remboursée par la Sécurité sociale 119,83 euros, la moitié des bénéficiaires des contrats les plus souscrits obtiennent de

leur assurance complémentaire un remboursement inférieur à 1 020 euros (tableau 3). Les prises en charge des contrats collectifs sont, comme pour l'optique, supérieures à celles des contrats individuels. La moitié des personnes couvertes par un contrat collectif obtiennent un remboursement supérieur à 1 220 euros, contre 28 % des personnes couvertes par un contrat individuel. Un quart des personnes couvertes par un contrat collectif obtiennent un remboursement supérieur à 1 600 euros contre 10 % des bénéficiaires de contrat individuel. Entre 2006 et 2013, la prise en charge des audioprothèses par les contrats complémentaires a progressé de manière importante : le remboursement moyen en cas d'achat d'une paire d'audioprothèses à 4 000 euros ayant augmenté de 25 % entre ces deux dates. ■

**Tableau 3** Distribution en 2006 et en 2013 des remboursements par les organismes complémentaires d'une paire d'audioprothèses de 4 000 euros remboursée 119,83 euros par la Sécurité sociale

En euros

Déciles	Contrats collectifs		Contrats individuels		Ensemble	
	2006	2013	2006	2013	2006	2013
D1	280	260	160	160	160	160
D2	560	760	160	260	190	305
D3	765	1 000	260	360	365	520
D4	915	1 060	360	465	560	765
D5	960	1 220	560	760	815	1 020
D6	1 070	1 400	815	960	960	1 180
D7	1 400	1 600	915	1 180	975	1 300
D8	1 550	1 755	975	1 300	1 140	1 575
D9	1 755	2 000	1 040	1 600	1 550	1 830
<b>Moyenne</b>	<b>1 085</b>	<b>1 270</b>	<b>615</b>	<b>800</b>	<b>800</b>	<b>995</b>

**Note** > Trois quarts des personnes achetant des audioprothèses ont plus de 65 ans et sont donc très majoritairement couvertes par un contrat individuel.

**Lecture** > En 2013, en cas d'achat d'une paire d'audioprothèses facturée 4 000 euros, cinq bénéficiaires de contrats individuels sur dix bénéficient d'un remboursement par leur organisme complémentaire inférieur à 760 euros contre deux bénéficiaires de contrats collectifs sur dix.

**Champ** > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2006 et 2013.

En 2014, la dépense de soins dentaires s'élève à 10,6 milliards d'euros, dont 4,1 milliards financés par les organismes complémentaires<sup>1</sup>.

## La prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est très variable selon le type de soins dentaires

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, 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. En 2014, 53 % des honoraires des chirurgiens-dentistes proviennent des dépasse-

ments<sup>2</sup>. Enfin, les actes hors nomenclature tels que les implants dentaires ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie ; 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 et implants : des restes à charge encore élevés

Pour la pose d'une prothèse céramo-métallique sur dent visible facturée 1 200 euros par un chirurgien-dentiste et remboursée 75,25 euros par la Sécurité sociale, en 2013, la moitié des bénéficiaires des contrats les plus souscrits obtiennent de leur assurance complémentaire un remboursement inférieur à 290 euros (tableau 1). Les prises en charge des contrats collectifs sont supérieures à celles des contrats individuels. La moitié des personnes

**Tableau 1** Distribution en 2009 et en 2013 des remboursements par les organismes complémentaires, en cas de pose d'une prothèse dentaire facturée 1 200 euros et remboursée 75,25 euros par la Sécurité sociale

En euros

Déciles	Contrats collectifs		Contrats individuels		Ensemble	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013
D1	180	180	90	30	100	70
D2	190	250	110	90	140	140
D3	250	300	140	140	190	200
D4	300	300	190	190	220	250
D5	320	350	220	230	270	290
D6	330	390	270	270	300	320
D7	370	410	300	300	330	390
D8	410	450	330	400	350	400
D9	430	520	330	400	420	450
<b>Moyenne</b>	<b>320</b>	<b>350</b>	<b>220</b>	<b>230</b>	<b>260</b>	<b>280</b>

**Lecture** > Les 10 % des bénéficiaires les moins bien couverts par un contrat collectif en 2013 ont un remboursement inférieur à 180 euros par leur assurance complémentaire pour une prothèse dentaire.

**Champ** > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2009 et 2013.

1. Source : Comptes de la santé. Champ : hors les soins hors nomenclature.

2. Source : Comptes de la santé.

couvertes par un contrat collectif obtiennent un remboursement supérieur à 350 euros, contre un quart des personnes couvertes par un contrat individuel. Néanmoins, même pour les contrats collectifs, les restes à charge après assurance complémentaire sont élevés (770 euros en moyenne en 2013). Entre 2009 et 2013, la prise en charge des prothèses dentaires

par les contrats complémentaires a peu progressé, exceptée celle des contrats haut de gamme. Le montant remboursé par l'organisme complémentaire a progressé de 10 % pour les bénéficiaires de contrats collectifs appartenant au quart le mieux couvert et de 13 % pour les bénéficiaires de contrats individuels appartenant au quart le mieux couvert.

**Tableau 2** Distribution en 2009 et en 2013 des remboursements par les organismes complémentaires, en cas de pose d'un implant dentaire facturé 2 000 euros

En euros

Déciles	Contrats collectifs		Contrats individuels		Ensemble	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013
D1	0	0	0	0	0	0
D2	0	0	0	0	0	0
D3	0	0	0	0	0	0
D4	0	0	0	150	0	150
D5	0	310	120	300	120	300
D6	290	460	130	440	150	440
D7	430	600	290	540	340	540
D8	500	730	450	600	500	640
D9	840	990	610	640	680	730
<b>Moyenne</b>	<b>290</b>	<b>390</b>	<b>210</b>	<b>300</b>	<b>250</b>	<b>340</b>

**Lecture** > Les 50 % des bénéficiaires les moins bien couverts par un contrat collectif en 2013 ont un remboursement inférieur à 310 euros par leur assurance complémentaire pour un implant dentaire.

**Champ** > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2009 et 2013.

**Tableau 3** Distribution en 2009 et en 2013 des remboursements par les organismes complémentaires d'un semestre d'orthodontie facturé 800 euros et remboursé 193,50 euros par la Sécurité sociale

En euros

Déciles	Contrats collectifs		Contrats individuels		Ensemble	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013
D1	190	190	0	0	0	100
D2	190	290	100	100	130	150
D3	290	330	140	150	190	190
D4	340	390	190	190	210	260
D5	390	480	190	200	240	300
D6	480	480	230	290	300	370
D7	520	580	230	300	390	390
D8	580	610	290	350	480	480
D9	610	610	390	390	580	580
<b>Moyenne</b>	<b>390</b>	<b>430</b>	<b>210</b>	<b>220</b>	<b>290</b>	<b>310</b>

**Lecture** > Les 10 % des bénéficiaires les moins bien couverts par un contrat collectif en 2013 ont un remboursement inférieur à 190 euros par leur assurance complémentaire pour un semestre de traitement d'orthodontie.

**Champ** > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2009 et 2013.

Un implant dentaire est un dispositif médical prenant la forme d'une sorte de vis en titane, zircone ou polymère inséré dans le maxillaire ou la mandibule et destiné à créer un ancrage capable de recevoir une prothèse dentaire amovible ou fixée. Il s'agit d'un acte hors nomenclature non remboursé<sup>3</sup> par la Sécurité sociale. Pour la pose d'un implant facturé 2 000 euros, en 2013, la moitié des bénéficiaires des contrats les plus souscrits obtiennent de leur assurance complémentaire un remboursement inférieur à 300 euros (tableau 2). Les prises en charge des contrats collectifs sont légèrement supérieures à celles des contrats individuels. La moitié des personnes couvertes par un contrat collectif obtiennent un remboursement supérieur à 310 euros, contre 45 % des personnes couvertes par un contrat individuel. Un quart des personnes couvertes par un contrat collectif obtiennent un remboursement supérieur à 610 euros, contre 19 % des bénéficiaires de contrat individuel. Même si en 2013, 35 % des bénéficiaires n'obtiennent pas de remboursement de leur assurance complémentaire suite à un implant, le niveau médian des remboursements a fortement augmenté entre 2009 et 2013, passant de 120 à 300 euros. Néanmoins, le reste à charge après

assurance complémentaire s'établit en moyenne à 1 660 euros pour les bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

### L'orthodontie sensiblement mieux prise en charge par les contrats collectifs

L'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale, suite à une demande d'accord préalable, concerne majoritairement des adolescents débutant le traitement avant l'âge de 16 ans. Pour un semestre d'orthodontie facturé 800 euros<sup>4</sup>, en 2013, la moitié des bénéficiaires des contrats les plus souscrits obtiennent de leur assurance complémentaire un remboursement inférieur à 300 euros (tableau 3). Les prises en charge des contrats collectifs sont deux fois supérieures à celles des contrats individuels. La moitié des personnes couvertes par un contrat collectif obtiennent un remboursement supérieur à 480 euros contre 4 % des personnes couvertes par un contrat individuel. Un quart des personnes couvertes par un contrat collectif obtiennent un remboursement supérieur à 580 euros contre 2 % des bénéficiaires de contrat individuel. Entre 2009 et 2013, la prise en charge de l'orthodontie par les contrats complémentaires a peu progressé. ■

3. Seule la couronne sur implant (code de tarification SPR 30) est prise en charge à hauteur de 70 % par la Sécurité sociale.

4. La base de remboursement Sécurité sociale pour un semestre d'orthodontie est de 193,5 euros. Lorsque le traitement est accepté, le taux de remboursement est de 100 %. Pour un semestre facturé 800 euros au patient, le reste à charge après assurance maladie obligatoire est alors de 606,5 euros.

Les soins hospitaliers représentent 86,6 milliards d'euros de dépenses en 2013, dont 66,8 milliards d'euros dans le secteur public et 19,8 milliards d'euros dans le secteur privé<sup>1</sup>. Il est d'usage de distinguer 4 types d'hospitalisation 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 ou partielles 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 un forfait qui correspond aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Le montant de ce forfait dépend de la nature de l'hospitalisation et certains patients en sont exonérés (encadré). Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015, pour être responsable, un contrat doit proposer une prise en charge illimitée du forfait journalier, quel que soit le type d'hospitalisation.

En 2013, sur les 12,2 millions de personnes hospitalisées en France, 5,8 millions ont dû s'acquitter du forfait journalier au titre d'un ou plusieurs séjours

en MCO, pour 9 jours d'hospitalisation cumulés en moyenne, 810 000 pour un ou plusieurs séjours en SSR pour 40 jours d'hospitalisation cumulés en moyenne et 330 000 pour un ou plusieurs séjours en psychiatrie pour 54 jours d'hospitalisation cumulés en moyenne<sup>2</sup>.

## Prise en charge illimitée du forfait journalier en MCO pour 95 % des bénéficiaires

Avant la réforme de 2015 des contrats responsables, la plupart des contrats proposaient déjà une prise en charge illimitée du forfait journalier en cas de séjour en MCO. En 2013, 95 % des bénéficiaires des contrats les plus souscrits bénéficient d'une prise en charge illimitée. Les différences entre contrats individuels et contrats collectifs sont peu marquées : 97 % des bénéficiaires des contrats collectifs bénéficient de ce type de couverture contre 92 % des bénéficiaires des contrats individuels.

À l'inverse, en cas de séjour en psychiatrie, en 2013 seulement 64 % des bénéficiaires des contrats les plus souscrits bénéficient d'une prise en charge illimitée du forfait journalier. Les différences entre contrats individuels et contrats collectifs sont

### Encadré 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<sup>er</sup> janvier 2010, il est de :

- > 18 euros par jour en hôpital ou en clinique ;
- > 13,50 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 CMU-C, de l'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. Le forfait n'est pas dû non plus en cas d'hospitalisation liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ou d'hospitalisation dans les 30 jours suivant la naissance.

1. Comptes nationaux de la santé 2013.

2. PMSI, RIM-P, calculs DREES.

**Tableau 1 Répartition en 2006 et en 2013 des personnes couvertes selon la durée de prise en charge du forfait journalier et de la chambre particulière prévue par leur contrat**

En pourcentage des bénéficiaires

		Forfait journalier en MCO*		Forfait journalier en psychiatrie		Forfait journalier en SSR**		Chambre particulière	
		2006	2013	2006	2013	2006	2013	2006	2013
		Pas de prise en charge	Contrats collectifs	0	0	2,1	8,6	0,2	0,6
	Contrats individuels	0	2	2,1	3,2	1,3	2,7	11,8	13,4
	Ensemble (1)	0	1,2	2,1	5,4	0,9	1,8	8,2	8,5
1 à 90 jours	Contrats collectifs	4,9	1,2	28,2	14,3	12,3	8,2	12,8	9,7
	Contrats individuels	10,7	4,2	40,5	35	23,7	9,4	19,1	13
	Ensemble (2)	8,4	2,9	35,5	26,3	19,1	8,9	16,6	11,6
91 à 359 jours	Contrats collectifs	0	1,3	0	2,6	0	2	0,9	0,8
	Contrats individuels	0	1,5	0	5,4	0	1,3	5,9	5
	Ensemble (3)	0	1,4	0	4,2	0	1,6	3,9	3,2
Illimité	Contrats collectifs	95,1	97,5	69,7	74,5	87,5	89,2	83,6	87,7
	Contrats individuels	89,3	92,3	57,5	56,5	75	86,6	63,2	68,6
	Ensemble (4)	91,6	94,5	62,4	64	80	87,7	71,4	76,7
<b>Total (1 + 2 + 3 + 4)</b>		<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\* MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

\*\* SSR : soins de suite et de réadaptation.

**Note >** Pour 2006, il s'agit de la durée de prise en charge par an. Pour 2013, il s'agit de la durée par hospitalisation ou par année.

**Lecture >** En 2013, 2,9 % des bénéficiaires ont une durée de prise en charge du forfait journalier en médecine limitée à au plus 90 jours.

**Champ >** Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

**Source >** DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, données 2006 et 2013.

**Tableau 2 Distribution en 2006 et 2013 des remboursements par les organismes complémentaires d'une chambre particulière facturée 80 euros par jour au patient**

En euros

Déciles	Contrats collectifs		Contrats individuels		Ensemble	
	2006	2013	2006	2013	2006	2013
D1	21	25	0	0	20	25
D2	30	45	25	31	27	33
D3	35	45	30	33	30	40
D4	45	60	30	38	35	45
D5	50	62	34	40	40	50
D6	53	68	40	50	50	60
D7	65	77	50	50	53	64
D8	80	80	60	66	68	75
D9	80	80	75	80	80	80
<b>Moyenne</b>	<b>50</b>	<b>59</b>	<b>39</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>50</b>

**Lecture >** Les 10 % des bénéficiaires les moins bien couverts par un contrat collectif en 2013 ont un remboursement inférieur à 25 euros par leur assurance complémentaire pour une chambre particulière.

**Champ >** Organismes complémentaires répondants à la question de l'enquête.

**Source >** DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2006 et 2013.

marquées : 75 % des bénéficiaires des contrats collectifs bénéficient de ce type de couverture contre 57 % des bénéficiaires des contrats individuels. Quand la prise en charge est limitée, le plafond est le plus souvent inférieur à 90 jours : c'est le cas six fois sur dix en individuel et huit fois sur dix en collectif.

En cas de séjour en SSR, près de neuf bénéficiaires des contrats les plus souscrits sur dix bénéficient déjà d'une prise en charge illimitée du forfait journalier en 2013, qu'il s'agisse des personnes couvertes par un contrat individuel (87 %) ou par un contrat collectif (89 %).

### **Durée illimitée de prise en charge de la chambre particulière pour 77 % des bénéficiaires**

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 charge. En 2013, seuls 2 % des bénéficiaires des contrats collectifs les plus souscrits et 13 % des bénéficiaires des contrats individuels n'ont aucune prise en charge de cette prestation.

Pour limiter le risque à couvrir, les contrats plafonnent la durée et le montant de prise en charge. Ainsi, 18 % des bénéficiaires des contrats individuels les plus souscrits ont un nombre de jours de prise en charge plafonné. Pour une chambre particulière facturée 80 euros par jour, en 2013, la moitié des bénéficiaires des contrats collectifs obtiennent un remboursement supérieur à 62 euros, contre un quart des bénéficiaires des contrats individuels (tableau 2).

Les frais pour accompagnement d'un enfant sont prévus pour 88 % des bénéficiaires (87 % en individuel et 90 % en collectif). ■

# Les populations spécifiques

La CMU-C, instaurée par la loi du 27 juillet 1999, est entrée en application le 1<sup>er</sup> janvier 2000. Elle permet l'accès à une protection complémentaire de santé gratuite. Elle couvre ainsi un panier de dépenses restant à la charge de l'assuré après l'intervention des régimes de base de la Sécurité sociale (encadré). Elle n'est pas liée à l'assurance maladie de base, destinée aux personnes résidant en France de manière stable et régulière et n'ayant pas de couverture maladie en lien avec une activité professionnelle ou comme ayant droit d'un assuré (CMU de base, remplacée au 1<sup>er</sup> janvier 2016 par la Protection universelle maladie). La CMU-C est accordée pour un an aux personnes ayant une résidence stable et régulière sur le territoire français, et dont les ressources des douze derniers mois sont inférieures à un certain seuil, fixé à 720 euros mensuels pour une personne seule en France métropolitaine en 2014. Les personnes percevant le revenu de solidarité active (RSA) socle accèdent de droit à la CMU-C.

### Depuis 2010, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C augmente

De 2007 à 2009, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C a diminué, passant de 4,5 à 4,2 millions.

Il a augmenté de 2010 à 2012 en raison de la crise économique et est passé de 4,3 à 4,5 millions. En 2013 et en 2014, le nombre de bénéficiaires a augmenté sensiblement et atteint 5,1 millions en 2014 (graphique). Cette augmentation est en partie due au relèvement exceptionnel (+7 % en termes réels), intervenu au 1<sup>er</sup> juillet 2013, du plafond de ressources donnant droit au bénéfice de la CMU-C. Au 31 décembre 2015, on dénombre 5,39 millions de bénéficiaires de la CMU-C, pour la France entière, tous régimes confondus<sup>1</sup>.

En 2014, en moyenne 6,8 % de la population métropolitaine bénéficient de la CMU-C. Ce taux de couverture varie de 2,6 % dans le département de la Haute-Savoie à 13,9 % en Seine-Saint-Denis (carte). Deux zones géographiques se distinguent par une part élevée de bénéficiaires, l'une au nord de la France (Seine-Maritime, Somme, Nord, Pas-de-Calais, Aisne et Ardennes) et l'autre dans un croissant sud/sud-est (du département de l'Ariège au Vaucluse en passant par les Pyrénées-Orientales, l'Aude, l'Hérault, le Gard, les Bouches-du-Rhône). Dans les DOM, où le plafond de ressources est plus élevé, le taux de couverture est de 31,6 %.

#### Encadré Les dépenses couvertes par la CMU-C

Les bénéficiaires de la CMU-C sont exonérés du ticket modérateur en soins de ville ou à l'hôpital, du forfait journalier hospitalier, de la participation forfaitaire de 18 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 et des majorations pour non-respect du parcours de soins.

Ils ne sont pas soumis aux dépassements d'honoraires. Ils bénéficient de tarifs opposables pour les prothèses dentaires, l'optique et les autres dispositifs médicaux à usage individuel (comme les audioprothèses) : par arrêté sont définis des prix maximaux de facturation par les professionnels de santé pour des prestations précises, celles-ci constituant un panier de soins CMU-C.

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

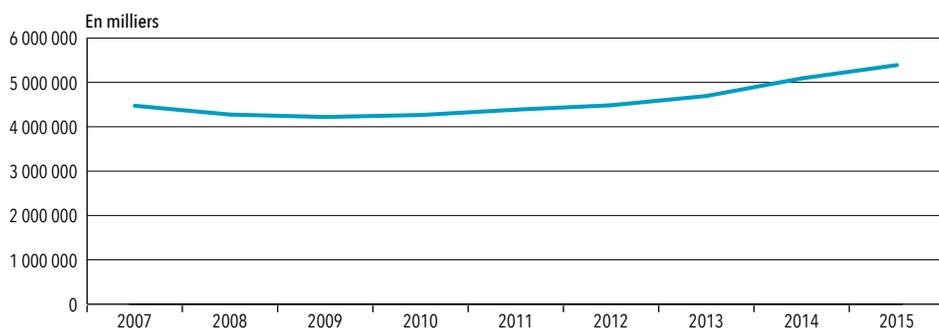
1. Source : Fonds CMU. Chiffres provisoires.

## Des bénéficiaires jeunes et plutôt issus d'un milieu défavorisé

Les bénéficiaires de la CMU-C sont relativement jeunes selon l'enquête Santé et protection sociale 2012 de l'IRDES. Les moins de 20 ans (y compris les enfants) représentent 40 % des bénéficiaires (contre 23 % dans le reste de la population) et les 20-39 ans, 30 %. Un tiers appartiennent

à une famille monoparentale, 43 % vivent dans un ménage dont la personne de référence est un ouvrier (contre 34 % dans le reste de la population) et 33 % où c'est un employé (contre 15 % dans le reste de la population). Les bénéficiaires sont 34 % à vivre dans un ménage dont la personne de référence occupe un emploi et 38 % dans un ménage dont la personne de référence est au chômage

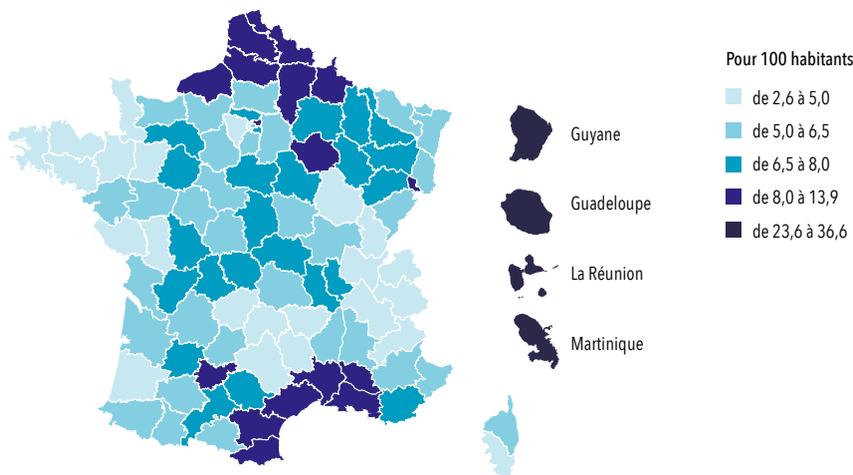
### Graphique Nombre de bénéficiaires de la CMU-C (moyenne annuelle) de 2007 à 2014



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

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

### Carte Taux de bénéficiaires moyen de la CMU-C en 2014



**Champ** > France entière, pour trois régimes d'assurance maladie, hors Mayotte.

**Sources** > CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE, calculs Fonds CMU.

(contre 5 % dans le reste de la population). Enfin, dans 77 % des cas, le référent du ménage a un faible niveau scolaire, inférieur au second cycle du secondaire (contre 55 % dans le reste de la population).

### Un état de santé plus dégradé que celui des détenteurs d'une complémentaire privée

Les bénéficiaires de la CMU-C perçoivent leur état de santé comme moins bon par rapport aux

personnes couvertes par une assurance complémentaire privée : 9 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent avoir un état de santé « mauvais » ou « très mauvais » ; ils ne sont que 6 % parmi 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). ■

#### Pour en savoir plus

- > **Jess N.**, 2015, « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », *Études et Résultats*, DREES, n° 944, décembre.
- > **Allonier C., Boisguérin B., Le Fur P.**, 2012, « Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008 », *Études et Résultats*, DREES, n° 793, août.
- > **Tuppin P., Blotières P-O., Weill A., Ricordeau P., Allemand H.**, 2011, « Surmortalité et hospitalisations plus fréquentes des bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire en 2009 », *La Presse médicale*, vol. 40, n° 6, juin.
- > **Païta M., Ricordeau P., Roquefeuil (de) L., et al.**, 2007, « Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire », *Points de repère*, CNAMTS, n° 8, août.

Mise en place en 2005, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) est une aide financière destinée à l'acquisition d'un contrat individuel d'assurance maladie complémentaire de santé. Elle s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré. La majoration est de 35 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (elle était de 26 % en 2011 et de 20 % en 2010). L'attestation délivrée par la caisse d'assurance maladie permet de bénéficier d'une réduction sur le contrat de santé souscrit auprès d'un organisme complémentaire. Le montant de cette réduction varie en fonction de l'âge des personnes : il est, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, de 100 euros pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200 euros pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 euros pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, et 550 euros pour celles âgées de 60 ans ou plus. La réduction ne peut être supérieure au montant de la cotisation. Les bénéficiaires de l'ACS sont dispensés de l'avance des frais, au moins pour la partie couverte

par l'assurance maladie obligatoire. De plus, depuis février 2013, ils bénéficient de tarifs sans dépassements d'honoraires.

## Un taux de recours à l'ACS entre 28 % et 41 %

Fin novembre 2015, 982 500 personnes avaient utilisé leur attestation pour souscrire un contrat de couverture complémentaire<sup>1</sup>. Le nombre de bénéficiaires à l'ACS est en augmentation régulière, mais le taux de recours reste faible. En 2013, en moyenne, le nombre de personnes éligibles à l'ACS est estimé entre 2,5 millions et 3,7 millions de personnes, mais seules 1 million d'entre elles ont été réellement bénéficiaires d'une attestation ACS (tableau 1). Le taux de recours à l'ACS se situe ainsi entre 28 et 41 %. La méconnaissance du dispositif et de la démarche à suivre, et le prix des complémentaires expliquent le faible recours à cette aide. De plus, parmi les bénéficiaires de l'ACS, seuls 78 % utilisent effectivement l'attestation.

**Tableau 1** Nombre de bénéficiaires de l'ACS

	Nombre de bénéficiaires d'attestations en décembre	Nombre de bénéficiaires ayant utilisé leur attestation en novembre
2005	402 300	177 700
2006	391 300	240 700
2007	511 100	329 700
2008	596 600	442 300
2009	599 500	501 700
2010	631 500	532 900
2011	763 100	621 400
2012	1 005 200	774 000
2013	1 157 200	895 600
2014	1 202 300	943 800
2015	1 353 600	982 500

**Champs** > France entière.

**Sources** > CNAIMTS, RSI, CCMSA, Fonds CMU.

**Tableau 2** Répartition des bénéficiaires de l'ACS en 2014 et des bénéficiaires de contrats individuels en 2013 par niveaux de couverture

	En %	
	Contrats ACS 2014	Contrats individuels 2013
Classe A	0,4	3,0
Classe B	3,9	5,8
Classe C	8,6	43,4
Classe D	44,0	25,7
Classe E	43,2	22,0
Total	100,0	100,0

**Note** > Les contrats sont classés en utilisant la typologie de la DREES sur les contrats les plus souscrits (cf. fiche 8). 43,2 % des bénéficiaires de l'ACS sont couverts par des contrats de classe E (offrant le moins de garanties). C'est le cas de 22 % de l'ensemble des bénéficiaires de contrats individuels.

**Champ** > 70 % des utilisateurs de l'ACS répartis dans 45 organismes complémentaires.

**Sources** > Fonds CMU, DREES.

1. Source : Fonds CMU. Chiffres provisoires.

## L'ACS couvre en moyenne 55 % du coût de la complémentaire santé

En moyenne en 2014, l'ACS prend en charge 55 % du prix du contrat souscrit. Le prix moyen des contrats ACS souscrits est de 916 euros et le montant moyen de la déduction par contrat est de 479 euros (Fonds CMU). Les contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS offrent moins de garanties que les contrats individuels souscrits par l'ensemble de la population. 87 % des bénéficiaires de l'ACS sont couverts par des contrats offrant le moins de garanties (de classe D ou E, cf. fiche 8). C'est le cas de 48 % de l'ensemble des bénéficiaires des contrats individuels (tableau 2).

## Un taux d'effort croissant avec l'âge

Le prix des contrats ACS souscrits est croissant avec l'âge (tableau 3). La variation des déductions ACS sur le prix des contrats ne permet pas de compenser l'augmentation du prix des contrats pour les souscripteurs au-delà de 70 ans. Ceux-ci présentent donc des taux d'effort (définis comme le reste à charge du souscripteur après déduction ACS sur le

prix du contrat, divisé par ses ressources) plus élevés (5,1 % pour les individus âgés de 70 à 79 ans et 6,2 % pour les 80 ans ou plus contre un peu moins de 4 % pour les 40-69 ans).

## Des mesures récentes visant à améliorer la prise en charge des bénéficiaires de l'ACS

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, les bénéficiaires de l'ACS doivent souscrire un contrat parmi une liste de contrats éligibles. Ces contrats ont été sélectionnés à l'issue d'une mise en concurrence afin d'améliorer la lisibilité de l'offre, tout en assurant un meilleur rapport qualité-prix des contrats souscrits. À qualité donnée, la baisse de primes permise par la procédure d'appel d'offres est estimée entre 15 % (pour le contrat le plus couvrant) et 37 % (pour le contrat le moins couvrant). De plus, les bénéficiaires de l'ACS bénéficient désormais du tiers payant intégral (pas d'avance de frais lors des consultations chez les professionnels de santé) et ne doivent plus s'acquitter des franchises médicales et de la franchise forfaitaire de 1 euro par consultation. ■

**Tableau 3 Prix du contrat souscrit et effort financier selon l'âge du souscripteur en 2014**

Âge	Part dans la totalité des bénéficiaires (en %)	Prix (en euros)	Déduction (en euros)*	Reste à charge (en euros)	Taux d'effort (en %)
16-24 ans	4,0	334	199	135	1,4
25-29 ans	3,8	397	200	197	2,1
30-39 ans	8,1	474	200	274	2,9
40-49 ans	12,4	566	200	366	3,9
50-59 ans	19,7	696	343	353	3,7
60-69 ans	24,7	858	527	331	3,5
70-79 ans	14,9	1 019	539	480	5,1
80 ans ou plus	12,4	1 128	541	587	6,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>777</b>	<b>402</b>	<b>376</b>	<b>4,0</b>

\* La déduction ne pouvant être supérieure au montant de la cotisation, le montant effectif de la déduction est en pratique parfois inférieur au montant du barème et, par répercussion, les montants moyens présentés dans ce tableau également.

**Note >** Le taux d'effort est calculé sur la base de revenus annuels théoriques qui correspondent au milieu de la plage de revenus qui donne droit à l'attribution de l'ACS.

**Champ >** Contrats couvrant une personne uniquement, soit 73 % des contrats.

**Source >** Fonds CMU.

### Pour en savoir plus

> **Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie**, 2015, Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2014, juin.

> **Guthmuller S., Jusot F., Renaud T., Wittwer J.**, 2014, « 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 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 195.

Les retraités ne bénéficient actuellement pas d'aides spécifiques pour recourir à une complémentaire santé, hormis le fait que la prime d'aide à la complémentaire santé (ACS) est croissante avec l'âge (cf. fiche 19). Néanmoins, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 prévoit, pour les personnes de 65 ans ou plus, la mise en place d'une labellisation des contrats de complémentaire santé sur des critères de prix et de qualité. Cette labellisation permettra aux organismes complémentaires de bénéficier d'un crédit d'impôt et pourrait contribuer à limiter les primes versées par les retraités. Cette mesure se justifie par la situation particulière des retraités vis-à-vis de l'assurance complémentaire.

## Les retraités moins bien couverts que l'ensemble de la population

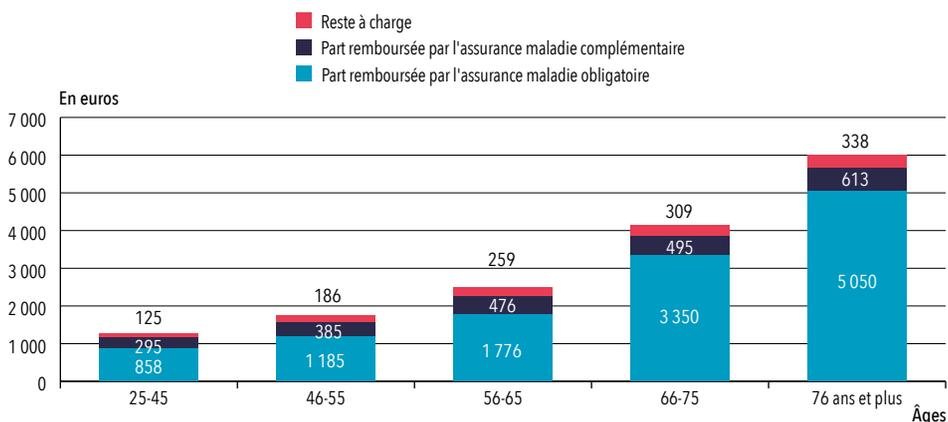
95 % des retraités sont couverts par un contrat d'assurance complémentaire santé (soit autant que la population générale, ESPS 2012). Parmi les retraités, 93 % sont couverts par un contrat individuel

(contre 45 % chez les non-retraités) car ils ne bénéficient plus des contrats éventuellement souscrits par le biais de leur employeur. Or, les contrats individuels offrent en moyenne des garanties moins importantes que les contrats collectifs : 60 % des contrats collectifs sont des contrats de classe « A » ou « B » (offrant le plus de garanties), tandis que les contrats de classe « A » ou « B » ne représentent que 10 % des contrats individuels souscrits par les plus de 60 ans (cf. fiche 12).

## Les retraités paient des primes élevées

Contrairement aux contrats collectifs dont les primes sont en partie prises en charge par l'employeur, les primes des contrats individuels sont entièrement prises en charge par les assurés. De plus, pour la plupart des contrats individuels, les primes des contrats augmentent avec l'âge des assurés (cf. fiche 8). Par ailleurs, peu de retraités bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), notamment car les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

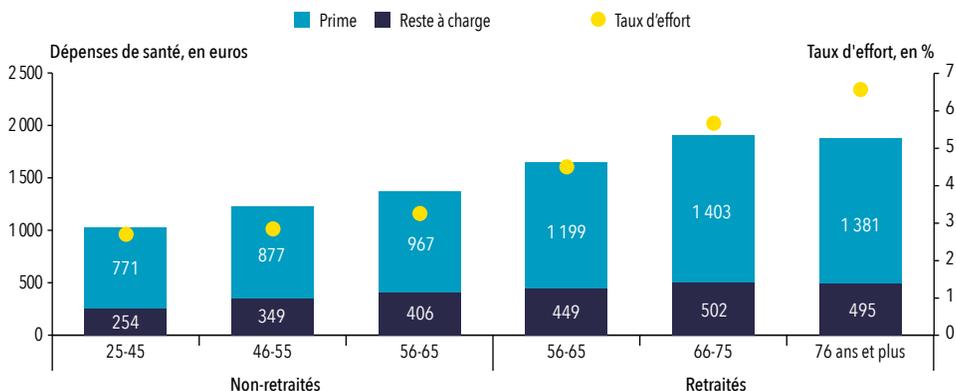
**Graphique 1** Consommation annuelle moyenne de soins par âge et répartition de la prise en charge



**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** > Ines-Omar 2012.

**Graphique 2** Dépense de santé à la charge des ménages (primes et restes à charge annuels moyens) et taux d'effort des ménages selon l'âge

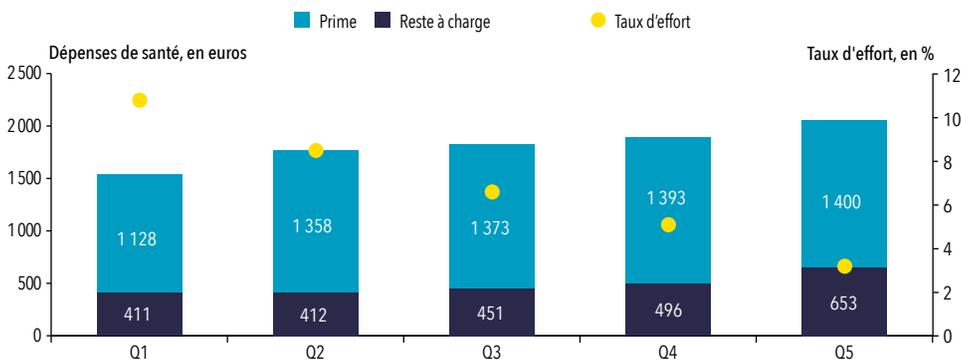


**Note** > Le chèque ACS, ainsi que la participation de l'employeur pour les contrats collectifs sont déduits des primes. Le taux d'effort est la somme du reste à charge et des primes rapportée au revenu disponible du ménage.

**Champ** > Ensemble des ménages en ménages ordinaires ; les ménages retraités sont les ménages dont l'un des membres est retraité ; l'âge du ménage correspond à l'âge du membre du ménage le plus âgé.

**Source** > Ines-Omar 2012.

**Graphique 3** Dépense de santé à la charge des ménages retraités (primes et restes à charge annuels moyens) et taux d'effort des ménages retraités, selon le niveau de vie



**Note** > Le chèque ACS, ainsi que la participation de l'employeur pour les contrats collectifs sont déduits des primes. Le taux d'effort est la somme du reste à charge et des primes rapportée au revenu disponible du ménage. Les résultats sont présentés par quintiles de niveau de vie. Le premier quintile, Q1, rassemble les 20 % de ménages ayant les niveaux de vie les plus faibles, le dernier quintile, Q5, les 20 % de ménages ayant les niveaux de vie les plus élevés.

**Champ** > Ménages retraités en ménages ordinaires ; les ménages retraités sont les ménages dont l'un des membres est retraité.

**Source** > Ines-Omar.

(ASPA) ont des revenus supérieurs au plafond d'éligibilité de la CMU-C. Pour ces raisons, les retraités paient des primes d'assurance plus importantes que les non-retraités. Deux facteurs viennent atténuer cet écart : les contrats souscrits par les ménages retraités ont en moyenne des garanties moins importantes, donc sont moins onéreux, et ils couvrent des ménages de plus petite taille. En moyenne, les ménages retraités (entendus ici comme les ménages dont au moins une personne est retraitée) paient 1 334 euros de primes par an (hors participation employeur pour les contrats collectifs) contre 811 euros pour l'ensemble des ménages non retraités (Ines-Omar 2012).

### Le budget des ménages retraités alloué à la santé est élevé

Les dépenses de santé augmentent rapidement avec l'âge. En 2012, la consommation totale de soins (avant intervention de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire) par individu et par an était en moyenne de 1 280 euros pour les individus entre 25 et 45 ans et de 6 000 euros pour les individus de plus de 75 ans (graphique 1). En raison de leur consommation particulière, davantage tournée vers les soins mieux remboursés, et du fait qu'une part plus importante d'individus bénéficient du dispositif d'exonération au titre d'une affection de longue durée, le taux de prise en charge de l'assurance maladie obligatoire est plus élevé chez les plus âgés. Cela a pour conséquence d'atténuer le lien entre le reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire et l'âge. Toutefois, le gradient reste

marqué : ainsi, alors que le reste à charge annuel après intervention de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire est en moyenne de 125 euros pour les individus entre 25 et 45 ans, le montant s'élève à 309 euros chez les 66-75 ans, et 338 euros chez les plus de 75 ans.

Les dépenses totales consacrées à la santé des ménages – c'est-à-dire la somme des restes à charge et des primes payées aux organismes complémentaires après déduction de l'ACS le cas échéant – sont ainsi plus importantes chez les ménages retraités (1 817 euros) que chez les ménages non retraités (1 109 euros). Le taux d'effort des ménages, c'est-à-dire la part des dépenses de santé dans le revenu disponible, est aussi plus élevé pour les ménages retraités (5,6 %) que pour les ménages non retraités (2,9 %). Ce taux d'effort augmente avec l'âge : il est de 4,5 % pour les ménages retraités dont l'individu le plus âgé a entre 56 et 65 ans, il atteint 6,6 % pour les ménages retraités dont l'individu le plus âgé a plus de 75 ans (graphique 2).

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

Malgré le dispositif ACS et des dépenses consacrées à la santé plus faibles chez les ménages de retraités modestes, la part de leur revenu consacrée aux dépenses de santé est nettement plus élevée que pour les ménages aisés. Ainsi, le taux d'effort est de 3,2 % pour les ménages retraités qui appartiennent aux 20 % des ménages les plus aisés et il atteint 10,8 % pour les ménages parmi les 20 % les plus modestes (graphique 3). ■

#### Pour en savoir plus

> 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, Document n° 11.



Vue d'ensemble  
Fiches thématiques

Annexes ◀

La couverture complémentaire santé est régie par une réglementation abondante. En effet, plusieurs leviers ont été et sont mobilisés par les pouvoirs publics pour orienter le développement de cette activité. Cette annexe dresse, dans un premier temps, le paysage des aides fiscales et sociales à la couverture complémentaire santé qui constituent une incitation à son élargissement. Ensuite, les mesures qui servent à la régulation de la complémentaire santé dans le but de maîtriser des dépenses de santé sont décrites (contrats solidaires et responsables). Enfin, la dernière partie insiste sur la généralisation récente de la complémentaire santé à l'ensemble des salariés et sur les dispositifs permettant aux anciens salariés de continuer à bénéficier d'une complémentaire santé.

### Fiscalité de la complémentaire santé

Deux types de contrat aux logiques différentes existent : les contrats individuels dont la souscription résulte d'une démarche volontaire de l'individu et les contrats collectifs proposés par les entreprises à leurs salariés. La mise en place d'un régime de complémentaire santé collectif au sein d'une entreprise peut résulter de trois modalités différentes : d'une convention collective ou d'un accord collectif, d'un accord proposé par le chef d'entreprise et ratifié à la majorité des intéressés ou, enfin, d'une décision unilatérale de l'employeur. Le contrat peut être obligatoire, auquel cas il constitue sur le plan juridique un élément du statut collectif du personnel de l'entreprise, ou facultatif, si la possibilité est laissée au salarié de le refuser. Les incitations fiscales à la souscription d'une couverture complémentaire santé diffèrent suivant le type de contrat et le statut de l'employeur (entreprises, indépendants, fonction publique).

### Les contrats collectifs d'entreprises

Dès 1979 une exonération de cotisations sociales a été mise en place pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de santé. Cet avantage a été plafonné en 1985 et le plafond a été modifié en 2005<sup>1</sup>. La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites conditionne cet avantage au caractère obligatoire du contrat afin d'élargir la mutualisation des risques entre salariés. Cette conditionnalité est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2009. Les contributions destinées à financer la complémentaire santé d'entreprise font néanmoins l'objet d'une taxe spécifique sur la prévoyance mise en place en 1996. En 2009 a été créé le forfait social auquel sont assujettis les gains et rémunérations qui sont exonérés de cotisations sociales tout en étant soumises à la CSG. Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2012, les contributions pour financer la complémentaire santé d'entreprise étaient exclues de l'assiette du forfait social car elles étaient soumises à la taxe de prévoyance. Les taux de cette taxe et du forfait social sont devenus identiques au 1<sup>er</sup> janvier 2012. La taxe spécifique sur la prévoyance a donc été supprimée et les cotisations pour la complémentaire santé collective ont alors été soumises au forfait social. Au 1<sup>er</sup> août 2012, le taux du forfait social est passé de 8 % à 20 %. Par exception, les contributions patronales à la complémentaire santé collective restent soumises au taux réduit de 8 %. Le forfait social sur la prévoyance et la complémentaire santé ne s'applique qu'aux entreprises de plus de neuf salariés.

Pour les salariés, depuis 1985 jusqu'en 2014, la totalité des cotisations de santé (part salarié et part employeur) était déductible du revenu imposable du salarié qui y était affilié à titre obligatoire dans la limite d'un plafond<sup>2</sup>. Depuis le début de l'année 2014,

1. Il est actuellement de 6 % du plafond de la Sécurité sociale (PASS) + 1,5 % de la rémunération annuelle brute, dans la limite de 12 % du PASS.

2. Il était de 7 % du PASS + 3 % de la rémunération annuelle brute du salarié dans la limite de 24 % du PASS.

la part patronale des cotisations de santé est intégrée dans le revenu net imposable du salarié. La réforme s'applique aux revenus de 2013 et le plafond est alors modifié<sup>3</sup>.

### Les travailleurs indépendants

Dans un contexte où les droits des indépendants en matière d'assurance maladie étaient moins bons que ceux des salariés, l'État a cherché à favoriser leur accès à une meilleure couverture en instaurant en 1994 les contrats Madelin. Pour ces travailleurs, les primes (ou cotisations) de la complémentaire santé sont alors déductibles du bénéfice imposable dans la limite d'un plafond<sup>4</sup>. Ces exonérations sociales et fiscales sont maintenant réservées aux contrats solidaires et responsables.

### La fonction publique d'État

Dans la fonction publique d'État, une procédure de référencement a été mise en place permettant la sélection d'un ou plusieurs organismes parmi tous

les intervenants du secteur de l'assurance complémentaire santé. Une aide de l'État employeur peut être versée directement à l'opérateur référencé en fonction du nombre de souscripteurs et du montant des « transferts effectifs de solidarité » intergénérationnels et familiaux.

### Les organismes complémentaires

Les organismes complémentaires sont soumis à la taxe de solidarité additionnelle (anciennement contribution CMU<sup>5</sup>) qui finance la CMU, la CMU-C et l'aide à la complémentaire santé (ACS) au travers du Fonds CMU. Les organismes complémentaires bénéficient d'une réduction de la taxe sur les conventions d'assurance<sup>6</sup> (TCA) pour les contrats solidaires et responsables (cf. partie suivante). Le montant de cette réduction a varié au cours du temps (tableau). Au-delà, le caractère responsable permet également l'exclusion de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) des primes et cotisations de ces contrats<sup>7</sup>.

**Tableau Les taxes sur les organismes complémentaires**

	Taux de la contribution CMU puis taxe de solidarité additionnelle (2011)	Taux de la taxe sur les conventions d'assurance	
		Oui	Non
Contrat solidaire (2002) puis solidaire et responsable (2004)			
Depuis 1944		7 % uniquement pour les compagnies d'assurance	
1999			
2002	1,75 %		
2003			
2005			
2006	2,50 %	0 %	7 %
2009	5,90 %		
2010			
1 <sup>er</sup> janvier 2011		3,50 %	
1 <sup>er</sup> octobre 2011	6,27 %	7 %	9 %
2014		7 %	14 %

3. Il est de 5 % du PASS + 2 % de la rémunération annuelle brute du salarié dans la limite de 2 % de 8 fois le PASS.

4. Il est de 7 % du PASS + 3,75 % de la rémunération annuelle brute du salarié dans la limite de 3 % de 8 fois le PASS.

5. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, à la demande des organismes complémentaires, cette contribution est devenue la taxe de solidarité additionnelle. En effet, sous forme de contribution, cette taxe au taux de 5,9 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 entrait dans le chiffre d'affaires des organismes complémentaires, ce qui amplifiait leurs besoins de fonds propres. L'assiette de la taxe étant un peu différente de celle de la contribution, son taux a augmenté à 6,27 % pour rendre cette transformation neutre pour le Fonds CMU.

6. Lorsque la TCA est réduite parce que le contrat est solidaire et responsable, on parle de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA).

7. Cette contribution est acquittée par les sociétés dont le chiffre d'affaires annuel est supérieur à 760 000 euros. Le taux est de 0,16 % et l'assiette correspond au chiffre d'affaires.

## Les contrats solidaires et responsables

Les contrats solidaires ont été introduits en 2002 dans le but de rendre la complémentaire santé accessible, quel que soit l'état de santé des personnes. Un contrat est dit « solidaire » lorsqu'il n'y a pas de

sélection médicale à la souscription et que le tarif des cotisations n'évolue pas en fonction de l'état de santé de la personne. L'introduction des contrats responsables en 2004 a accompagné la réforme du médecin traitant. Ces contrats introduisent des interdictions et

### Encadré Les obligations des contrats responsables

Dans le cadre du parcours de soins, les garanties des contrats responsables couvrent la prise en charge d'au moins 30 % du tarif conventionnel des consultations chez le médecin traitant ou correspondant, l'assurance maladie en remboursant 70 %. Jusqu'en 2015, elles assurent également la prise en charge d'au moins 30 % de la base de remboursement des médicaments à vignettes blanches pris en charge à 65 % par l'assurance maladie. Elles garantissent aussi le remboursement d'au minimum 35 % de la base de remboursement des frais d'analyses médicales ou de laboratoire prescrites par le médecin traitant et prises en charge à 60 % par l'assurance maladie.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, elles couvrent la prise en charge d'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique. La liste de ces prestations est fixée par arrêté du 8 juin 2006.

En revanche, ne sont pas pris en charge, la baisse du remboursement de l'assurance maladie obligatoire sur les consultations effectuées hors du parcours de soins, ainsi qu'un forfait plafonné à 8 euros sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques des spécialistes consultés hors parcours de soins. La participation forfaitaire de 1 euro, prélevée sur les consultations, les actes médicaux, les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale, n'est pas prise en charge non plus. Il en est de même des franchises médicales mises en place le 1<sup>er</sup> janvier 2008 sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

À partir du 1<sup>er</sup> avril 2015, les garanties couvrent à titre obligatoire l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie pour l'ensemble des dépenses de soins de ville remboursées par cette dernière. Une exception figure pour les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, pour l'homéopathie et les frais de cure thermique. Concernant les frais d'hospitalisation, l'intégralité du ticket modérateur, y compris la participation forfaitaire de 18 euros, est prise en charge. C'est également le cas du forfait journalier hospitalier pour les établissements de santé à l'exclusion des structures d'hébergement médico-sociales (maisons d'accueil spécialisées ou établissements d'hébergement pour personnes dépendantes).

Concernant les dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas aux contrats d'accès aux soins<sup>1</sup> (CAS), la prise en charge est limitée à 125 % du tarif de la Sécurité sociale en 2015 et 2016, puis à 100 % de ce tarif à compter de 2017. Pour le même contrat, elle devra, en outre, être inférieure d'au moins 20 % du tarif de la Sécurité sociale à celle des médecins qui adhèrent aux CAS.

La prise en charge de lunettes correctrices est encadrée par six planchers et plafonds en fonction du niveau de correction. Pour l'optique simple, le plancher vaut 50 euros et le plafond 470 euros dont 150 euros au maximum pour la monture. Pour l'optique complexe, le plancher vaut 200 euros et le plafond 750 euros dont 150 euros maximum pour la monture.

1. Le CAS a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012. Les médecins signataires d'un CAS s'engagent à maintenir leurs pratiques tarifaires de 2012, à stabiliser leurs taux moyens de dépassements d'honoraires, à réaliser une part d'actes au tarif opposable au moins égale à celle de 2012. En contrepartie, ils bénéficient d'un allègement d'une partie de leurs cotisations sociales sur les honoraires réalisés au tarif opposable, du forfait médecin traitant (5 euros par an par patient hors affection de longue durée), de majorations pour certaines consultations pédiatriques ou suivi d'hospitalisation, d'actes techniques revalorisés, en particulier les actes chirurgicaux.

des obligations<sup>8</sup> dans la prise en charge des dépenses de soins (encadré). La réforme des contrats responsables, appliquée à partir du 1<sup>er</sup> avril 2015, fait aussi des contrats responsables un outil pour éviter la solvabilisation trop importante de certaines dépenses qui peut entraîner une spirale inflationniste sur les prix (lunettes, dépassements d'honoraires).

### La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a été introduite par l'article 1 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013. La loi de sécurisation de l'emploi nécessaire à sa mise en œuvre a été promulguée le 14 juin 2013. La généralisation doit être effective au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

L'employeur est obligé de garantir un panier de soins minimal à ses salariés et de participer à son financement à hauteur d'au moins 50 % de la cotisation. Pour la plupart des soins, les garanties minimales introduites par l'ANI correspondent aux garanties minimales déjà imposées dans le cadre des contrats responsables en vigueur à la date de l'ANI (cf. première partie de cette annexe). Cependant, elles vont plus loin dans deux domaines. D'une part, en matière de soins dentaires prothétiques, une couverture minimale de 125 % du tarif de la Sécurité sociale est instaurée au lieu de 100 % pour les contrats responsables. D'autre part, en matière d'optique, le forfait minimal pour les lunettes à verres simples est de 100 euros et non de 50 euros comme pour les contrats responsables.

Les employeurs peuvent proposer des garanties plus couvrantes que les garanties minimales. À partir du 1<sup>er</sup> avril 2013, la négociation s'est tenue prioritairement au niveau des branches professionnelles. Par la suite, les négociations se sont ouvertes dans les entreprises. À défaut d'un accord d'entreprise, les entreprises doivent faire bénéficier leurs salariés d'une couverture collective minimale au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

La liberté de choix de l'organisme assureur est complète. La loi prévoyait initialement des

clauses de désignation de l'assureur par la branche. Cependant, le Conseil constitutionnel a censuré cet aspect de la loi dans sa décision du 13 juin 2013, le jugeant contraire à la liberté contractuelle. Les clauses de désignation ont alors été modifiées en des clauses de recommandation qui n'ont plus valeur d'obligation.

Le principal enjeu de cette généralisation est la couverture collective de salariés qui en étaient dépourvus et, plus particulièrement, l'extension des accords aux salariés les plus précaires ou les plus modestes (CDI à temps partiel, CDD, intérimaires). Il est attendu qu'entre 400 000 et 600 000 salariés actuellement non couverts et entre 4,3 et 5,2 millions de salariés couverts en individuel<sup>9</sup> soient concernés par la loi.

Il n'est cependant pas certain que la généralisation augmente d'autant le nombre de salariés couverts par un contrat collectif d'entreprise. En effet, des exceptions à l'obligation demeurent. Par exemple, l'accord de mise en place du contrat collectif peut stipuler que les titulaires d'un contrat CMU-C ou ACS ne seront pas tenus d'adhérer à la complémentaire proposée par l'employeur. Les salariés couverts par le contrat du conjoint peuvent disposer d'une dispense d'adhésion<sup>10</sup>. C'est également le cas des salariés en CDD de moins de un an et des travailleurs à temps très partiel. En effet, en se liant à leurs employeurs pour leur couverture complémentaire santé, les travailleurs précaires risquent de devoir changer souvent d'organisme assureur. Cependant, en ne souscrivant pas à la complémentaire collective de leur employeur ils restent toutefois désavantagés par rapport aux autres salariés de leur entreprise puisqu'ils ne bénéficient pas de la contribution de l'employeur à la complémentaire santé. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 entend garantir l'accès des salariés précaires à une couverture santé à l'aide d'une aide individuelle qui pourrait leur être versée en lieu et place de leur affiliation au contrat collectif.

La généralisation pose également la question du développement des surcomplémentaires et de leur

8. Décret n° 2005-1126 du 29 septembre 2005 modifié par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

9. Les chiffres varient selon la source utilisée.

10. Article R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale.

articulation avec les obligations des contrats responsables<sup>11</sup>. En effet, si les contrats des entreprises n'offrent que des garanties minimales, il est possible que les salariés souhaitent améliorer leur couverture en souscrivant une surcomplémentaire individuelle.

Par ailleurs, une interrogation demeure sur l'évolution du coût et de la qualité de la couverture individuelle. En effet, tous les salariés basculant vers un système de couverture collectif, la complémentaire individuelle risque de regrouper plus de « mauvais risques » qu'avant (retraités, chômeurs, inactifs, etc.), c'est-à-dire de personnes ayant un état de santé en moyenne moins bon que les salariés ; et les prix pourraient s'ajuster à la hausse pour eux.

Ce phénomène de concentration des mauvais risques pourrait être réduit par le maintien de la couverture collective aux anciens salariés, encore appelée portabilité des droits. Un premier dispositif en ce sens est régi par la loi du 31 décembre 1989, dite loi Évin. En effet, l'article 4 de la loi prévoit le maintien de la complémentaire santé aux salariés quittant leur entreprise pour incapacité de travail, invalidité, départ à la retraite ou licenciement<sup>12</sup>. Les salariés doivent en faire la demande dans les 6 mois après la rupture du contrat de travail. Les tarifs proposés ne doivent pas dépasser 150 % des tarifs du contrat complémentaire que payait le salarié encore en emploi.

Pour autant, ce dispositif semble encore pouvoir être amélioré d'après Franc *et al.* (2007). D'une part, les garanties, figées au niveau de celles du salarié au moment du départ de l'entreprise, soulèvent la question de leur adéquation à des situations de santé qui se dégradent par exemple pour les retraités. D'autre part, la prime versée par l'assuré, même si son niveau est plafonné à 150 % de celle des actifs, progresse fortement en raison de la disparition de sa prise en charge par l'entreprise. De fait, toujours d'après Franc *et al.* (2007), au moment du départ à la retraite, 51 % des assurés souscrivant à des contrats

collectifs obligatoires, 29 % des titulaires d'un contrat collectif facultatif et 23 % des titulaires d'un contrat individuel changent de contrat.

Pour lisser cette hausse de tarifs dans les années suivant le départ de l'entreprise, un projet de décret d'évolution de l'article 4 de la loi Évin prévoit que l'évolution des tarifs pour les anciens salariés souhaitant continuer à adhérer à leur ancien contrat collectif sera mieux encadrée. La hausse de tarifs permise par la loi Évin sera ainsi lissée pour n'atteindre ce plafond de 150 % qu'au terme de trois ans après la sortie de l'entreprise. Ce dispositif bénéficiera également aux anciens salariés demandeurs d'emploi.

Concernant les retraités, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 prévoit aussi qu'ils pourront avoir accès à des offres de complémentaire santé individuelle labellisées pour les orienter dans leur choix et limiter la hausse des tarifs.

Pour les anciens salariés demandeurs d'emploi<sup>13</sup>, la loi de sécurisation de l'emploi modifie le dispositif de portabilité de la loi Évin. Les garanties des complémentaires en prévoyance<sup>14</sup> et santé sont maintenues lors de la période de chômage dans la limite d'un an au lieu de 9 mois auparavant. L'entrée en vigueur de cette mesure s'est faite le 1<sup>er</sup> juin 2014 pour la portabilité santé et le 1<sup>er</sup> juin 2015 pour la portabilité prévoyance. Le financement de la complémentaire santé pour les demandeurs d'emploi s'organise par mutualisation, c'est-à-dire que les garanties sont financées par les salariés en activité et l'employeur. L'ancien salarié ne verse aucune cotisation après son départ de l'entreprise alors qu'auparavant il devait participer au financement de sa complémentaire s'il souhaitait la maintenir pendant sa période de chômage. S'ajoutant à la loi Évin, ce dispositif est plus large en ce qui concerne les garanties car il inclut la prévoyance mais ne concerne que les chômeurs. Dans les deux cas, les garanties sont identiques à celles que l'intéressé avait en tant que salarié. ■

11. Si le contrat socle proposé par l'entreprise respecte les obligations des contrats responsables, l'entreprise continuera de toucher les avantages fiscaux et sociaux, que le salarié souscrive ou non en plus une surcomplémentaire. Par contre, si l'entreprise propose un contrat à options qui ne respecte pas les obligations des contrats responsables, alors elle ne pourra pas bénéficier des aides.

12. La portabilité concerne également les ayants droit d'un salarié décédé pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

13. Sauf licenciement pour faute lourde.

14. La prévoyance regroupe les risques « lourds » : invalidité, dépendance, décès, etc.

**Pour en savoir plus**

- > **Franc C., Perronin M., Pierre A.**, 2007, « Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite. Un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise », *Question d'économie de la santé*, IRDES, n° 126, octobre.

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) et les entreprises (4 et 5). C'est donc sur ce triptyque que repose le dispositif d'observation de la complémentaire santé.

### 1 > L'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits

(Fiches 7, 8, 14, 15, 16 et 17)

Afin de mieux connaître les contrats commercialisés par les organismes complémentaires, la 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'assurance.

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. 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 garanties 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.

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<sup>1</sup>. 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 14 à 15) mais aussi pour classer les contrats dans la typologie de la DREES (fiche 7).

Les contrats couvrant les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont hors champ de l'enquête. Cette dernière porte sur les organismes exerçant leur activité en France métropolitaine et dans les DOM. Cette enquête détient depuis 2005 le label d'intérêt général et de qualité statistique avec obligation de réponse délivrée par le Conseil national de l'information statistique (CNIS).

1. Ils varient même entre garanties d'un même contrat. Par exemple, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes est souvent exprimée en pourcentage du tarif de convention, au contraire de la prise en charge des prothèses dentaires qui prend souvent la forme d'un forfait en euros.

En 2013, la représentativité des contrats modaux (entendue comme la part des personnes couvertes par les contrats modaux parmi l'ensemble des personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé) est de 57 % sur le champ des contrats individuels et de 27 % environ sur le champ des contrats collectifs. La représentativité des contrats modaux collectifs est plus faible que celle 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, la représentativité des contrats modaux est relativement stable : en 2006, elle était de 62 % en individuel et de 22 % en collectif.

Toutefois, les contrats modaux ne sauraient représenter l'ensemble du marché (en particulier, les contrats de niches souscrits par un petit nombre de souscripteurs ne sont pas dans le champ de l'enquête). Aussi, il convient d'être prudent avant d'extrapoler les résultats de l'enquête à l'ensemble du marché.

## 2 > Les données collectées auprès des organismes complémentaires par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et le Fonds CMU

(Fiches 1, 2, 5, 6 et 7)

Les organismes qui pratiquent une activité de complémentaire santé en France sont assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, dite « taxe CMU », collectée au profit du Fonds CMU (elle permet au Fonds CMU de financer la couverture maladie universelle complémentaire, CMU-C, et l'aide à la complémentaire santé, 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, cinq 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<sup>er</sup> 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'assurance (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 taxe CMU 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'assurance étrangères, qui peuvent proposer des contrats de complémentaire santé en France, et donc être assujetties à la taxe CMU, mais qui ne fournissent pas 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 en ce qui concerne le dénombrement des organismes exerçant une activité de complémentaire santé. Outre les raisons évoquées précédemment (sociétés d'assurance étrangères...), dans certains groupes de protection sociale, une ou plusieurs sociétés peuvent s'acquitter de la taxe CMU 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 (suite à une absorption ou 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 (rapport 2015, DREES). 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, ainsi que l'ensemble des financeurs de ces dépenses (*Les dépenses de santé en 2014*, DREES, 2015). Ils alimentent enfin les comptes de la protection sociale (*La protection sociale en France et en Europe en 2013, 2015*) en éclairant l'intervention des organismes d'assurance sur le champ des risques sociaux (santé, mais aussi invalidité, dépendance, retraite...).

### 3 > Les données d'enquêtes auprès des ménages

(Fiche 10)

Jusqu'alors, l'enquête ménage 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, soit environ 20 000 individus. Elle permettait d'étudier les modes d'accès à la complémentaire (par l'employeur ou de la propre initiative des assurés) et surtout de décrire finement les populations qui étaient couvertes et celles qui ne l'étaient pas, selon leurs caractéristiques sociodémographiques, de niveau de vie, d'état de santé...

La dernière édition de l'enquête ESPS a eu lieu en 2014. Après cette date, les informations sur la couverture complémentaire santé seront obtenues grâce à l'enquête annuelle SRCV (Statistique sur les ressources et conditions de vie) de l'INSEE (des questions sur la couverture complémentaire seront posées tous les trois ans dans l'enquête ; la première vague aura lieu en 2017) et l'enquête quinquennale santé EHIS (European Health Interview Survey) de la

France, réalisée par la DREES, dont la prochaine édition est prévue en 2019.

Dans les enquêtes auprès des ménages, les données recueillies sur le niveau de couverture sont sommaires car les ménages n'ont pas une bonne connaissance des contrats qui les couvrent. Les données sont appariées avec les données de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, et 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 d'assurance maladie obligatoire et d'assurance maladie complémentaire mais elle ne permet pas de disposer de données représentatives.

Les données d'enquête appariées aux données de gestion permettent donc de bien connaître au niveau individuel les prestations versées par l'assurance maladie obligatoire, mais pas encore par les organismes complémentaires. Faute de données individuelles exploitables sur les remboursements des organismes d'assurance complémentaires, la DREES a développé des travaux de simulations (modèle Omar : Outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge) pour étudier les restes à charge après remboursements des assurances obligatoires et complémentaires (voir point 6).

L'article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit la constitution d'un système national des données de santé (SNDS), comportant notamment un échantillon de données d'organismes complémentaires. La réalisation de cet échantillon nécessitera probablement plusieurs années.

### 4 > Les données de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise

(Fiche 11)

L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCCE) s'intéresse à la complémentaire santé et à la prévoyance d'entreprise. En interrogeant directement les établissements, cette enquête permet d'en décrire l'offre. Elle apporte des éléments d'analyse sur l'accès à la complémentaire santé d'entreprise, sur son mode de mise en place et son financement, sur les niveaux des garanties, sur la prise en

charge des arrêts maladie et l'existence d'un contrat prévoyance.

L'enquête a déjà connu deux éditions en 2003 et 2009 portées par l'IRDES. En 2009, elle a comporté également un questionnaire auprès des salariés, concernant notamment leurs opinions à l'égard de la complémentaire santé d'entreprise. Ce double volet sera également au cœur de l'édition 2017 de l'enquête, réalisée par la DREES et l'IRDES, dont l'objectif premier sera l'évaluation de la généralisation de la complémentaire collective mise en place par la loi de sécurisation de l'emploi de 2013. Le volet « salariés » permettra également de recueillir de l'information sur la demande de surcomplémentaires de la part des salariés.

L'édition 2009 de l'enquête PSCE interrogeait environ 1 700 établissements et 3 000 salariés en France métropolitaine. Le champ de l'enquête recouvrait les établissements employant au moins un salarié, hors administrations et exploitations agricoles. L'édition 2017 de l'enquête interrogera entre 5 000 et 8 000 établissements et autant de salariés en France entière. Le champ de l'enquête recouvrira les établissements employant au moins un salarié, hors administrations, mais y compris les exploitations agricoles.

## 5 > Les données de l'enquête ACEMO-PIPA de la DARES

(Fiche 11)

L'enquête sur la participation, l'intéressement, les plans d'épargne entreprise (PEE) et l'actionnariat des salariés (ACEMO-PIPA) est une enquête réalisée chaque année par la DARES auprès de 17 500 entreprises employant 10 salariés ou plus et représentatives de toutes les activités marchandes non agricoles. Elle renseigne pour chacun des dispositifs de participation, d'intéressement, de PEE et de plan d'épargne retraite collectif (Perco) sur l'existence d'un accord, le montant des primes versées et le nombre de bénéficiaires. L'enquête Très petites entreprises (TPE) complète l'enquête PIPA sur le champ des entreprises de 0 à 9 salariés mais ne comporte chaque année que des questions sur l'existence d'accords et non sur les montants.

L'enquête, dans sa version récemment rénovée, ajoute aux quatre thèmes (participation, intéressement, plans d'épargne entreprise, plans d'épargne

retraite collectifs) abordés chaque année (partie pérenne du questionnaire), trois modules (actionnariat salarié, assurance complémentaire santé, retraite supplémentaire facultative) tournant en alternance selon un rythme triennal. Le module tournant sur l'assurance complémentaire santé a figuré dans l'enquête 2014 (sur données 2013). Il comporte des informations sur les montants versés par l'employeur au titre de sa participation au financement de l'assurance complémentaire santé collective et interroge sur le niveau auquel le contrat a été négocié (branche ou entreprise).

## 6 > Les outils de microsimulation

(Fiches 4, 20)

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 à un niveau individuel les prestations en nature d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, et donc les restes à charge, et à un niveau ménage les cotisations d'assurance complémentaire. Omar est lui-même le regroupement de plusieurs sources de données : l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée par l'IRDES, l'appariement de l'ESPS avec les données de l'assurance maladie disponibles dans les données de consommation interrégimes (DCIR) issues du Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram), enrichies des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et les informations récoltées dans l'enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires (cf. 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'assurance maladie obligatoire. Les cotisations prises en compte sont : la part des cotisations sociales à la charge des employeurs affectées

tée au risque maladie (hors 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 affectées au risque maladie, mais qui sont plus spécifiquement affectées 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 représen-

tif de la population. Le modèle est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux de l'INSEE qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, les informations administratives de la Caisse nationale d'allocations familiales 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 (logement non collectif). ■

*Nous remercions le service études de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour son expertise.*

### **L'enjeu : la solvabilité des organismes d'assurance**

La solvabilité est la capacité d'un assureur à respecter les engagements qu'il a pris auprès de ses assurés, c'est-à-dire à 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...). Les engagements des organismes d'assurance 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...), 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 de la société, apporté à sa création et alimenté par les éventuels bénéfices mis en réserve année après année) permettant de faire face aux chocs ou aux cas où les provisions techniques s'avèreraient insuffisantes (crise financière, nombre de sinistres à indemniser plus important que prévu, pertes de contrats...). Les fonds propres sont également représentés par divers actifs : actions, obligations...

### **Des organismes d'assurance exposés à de nombreux risques**

Les organismes d'assurance sont exposés à de nombreux risques pouvant potentiellement mettre en péril leur solvabilité. Certains d'entre eux sont liés à leur activité d'assurance *stricto sensu*, comme le risque de mortalité et d'espérance de vie (sur- ou sous-mortalité liée à un choc externe imprévu), le risque de souscription (le profil des souscripteurs peut être différent de ce que l'assureur avait anticipé, les contrats pouvant alors se révéler déficitaires), le risque opérationnel (conséquences de défaillances ou de négligences au sein de l'organisme, de fraudes de la part des assurés)...

D'autres sont liés aux placements des cotisations comme le risque de défaut ou de contrepartie (faillite d'un État ou d'une entreprise dont l'assureur détient des actifs), le risque de marché (les actifs perdent de leur valeur), le risque de concentration (le portefeuille de l'assureur comporte trop d'actifs du même émetteur, entreprise ou pays, ce qui l'expose fortement à la faillite de cet émetteur), le risque de liquidité (pour certains actifs il est plus difficile de trouver des acheteurs rapidement)...

### **Un nouveau régime pour améliorer les exigences en matière de solvabilité, tout en limitant l'impact économique pour les assureurs européens**

Bien que révisé partiellement en 2002, le cadre prudentiel datait des années 1970. Les évolutions économiques et politiques (intégration croissante des marchés financiers et assurantiels, volonté de créer un véritable marché unique européen), justifiaient donc une modification en profondeur de ce cadre.

Le régime Solvabilité II est ainsi entré en application le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et se substitue au régime Solvabilité I pour une majorité des organismes du secteur. 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...) qui aiguillaient les investissements des assureurs vers certains types d'actifs. Le régime Solvabilité II affirme le principe de liberté d'investissement pour les assureurs européens afin qu'ils accomplissent leur rôle 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 nécessitera 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'assurance, 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 et coordonné par l'AEAPP (Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles) ou EIOPA en anglais. 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'assurance 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'assurance**

Deux nouveaux indicateurs quantitatifs seront particulièrement surveillés : le SCR et le MCR. Le capital de solvabilité requis (SCR) correspond au montant de fonds propres nécessaire pour limiter à 0,5 % la probabilité de ruine sur 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'assurance, un SCR au niveau du groupe est aussi calculé.

Le minimum de solvabilité requis (MCR) correspond 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 3 mois.

Enfin, les organismes doivent classer leurs fonds propres en trois niveaux selon leur qualité, c'est-à-dire 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 concernant la gouvernance des organismes, et pas uniquement par la surveillance d'indicateurs quantitatifs. Ainsi, chaque organisme d'assurance doit désormais procéder à une évaluation interne de ses risques et de sa solvabilité (l'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'assurance doivent aussi fournir au public un rapport annuel présentant leur situation financière, leurs comptes et leur niveau de solvabilité. ■

### Pour en savoir plus

- > **Dreyfuss M.-L.**, 2015, *Les grands principes de Solvabilité II*, 3<sup>e</sup> édition, L'Argus de l'assurance, coll. « Les fondamentaux ».
- > <http://acpr.banque-france.fr/solvabilite2.html>
- > [https://acpr.banque-france.fr/uploads/media/20151222\\_AS56-analyse-de-lexercice-2015-de-preparation-a-SolvabiliteII.pdf](https://acpr.banque-france.fr/uploads/media/20151222_AS56-analyse-de-lexercice-2015-de-preparation-a-SolvabiliteII.pdf)
- > <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:52007SC0870>

# La complémentaire santé

## Acteurs, bénéficiaires, garanties

ÉDITION 2016

En France, 95 % des personnes bénéficient d'une complémentaire santé pour financer les dépenses non couvertes par l'assurance maladie. Qu'elle soit individuelle ou collective, cette assurance « privée » joue ainsi un rôle important dans l'accès aux soins.

Cet ouvrage passe au crible les différents types de contrats (tarifs, prestations, bénéficiaires), mais aussi les organismes qui les proposent (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) et leur place dans le financement des dépenses de santé.

Il analyse également dans le détail la prise en charge des différents postes de soins. Enfin, il se penche sur les dispositifs destinés aux populations les plus vulnérables (couverture maladie universelle complémentaire et aide à la complémentaire santé), éclairant ainsi le débat public sur l'ensemble des dimensions d'intervention de la complémentaire santé.

### Dans la même collection **SANTÉ**

- > Les établissements de santé
- > Portrait des professionnels de santé
- > Les dépenses de santé

[www.drees.social-sante.gouv.fr](http://www.drees.social-sante.gouv.fr)

