

Les changements opérés par les entreprises sur leur offre de complémentaire santé

En 2017, plus de la moitié des établissements ont procédé à des changements à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Un établissement du secteur privé sur trois a mis en place une couverture et un sur cinq a modifié une offre existante. Parmi les établissements qui en proposaient une avant la loi, 41 % déclarent avoir opéré au moins un changement. Les 16 % d'établissements qui ne proposent pas de complémentaire santé (soit 4 % des salariés) l'expliquent le plus souvent par la dispense d'adhésion de tous leurs salariés. Si la part financée par les employeurs est restée quasiment stable en moyenne par rapport à 2009, celle des établissements nouvellement couverts est plus souvent égale au minimum légal (50 %). Enfin, les contrats nouvellement mis en place couvrent moins que les autres au-delà du plancher légal.

Un tiers des établissements ont mis en place une offre de complémentaire santé

Avant la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, transcrite dans la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013, un établissement du secteur privé sur deux (51 %), regroupant 74 % des salariés, proposait une offre de complémentaire santé à ses salariés (*schéma 1*). Depuis le 1^{er} janvier 2016, tous les employeurs de droit privé employant au moins un salarié ont l'obligation légale de proposer une complémentaire santé d'entreprise à leurs salariés. Les contrats offerts doivent garantir un panier de soins minimal (voir annexe 1). Par ailleurs, les employeurs doivent subventionner la complémentaire santé de leurs salariés à hauteur de 50 % minimum du coût global ; le reste étant à la charge des salariés.

À la suite de la généralisation, un tiers des établissements ont mis en place une offre de complémentaire santé, et un cinquième ont modifié une offre existante. Plus de la moitié des établissements ont donc opéré des changements pour se conformer à la loi. En définitive, en 2017, 84 % des établissements, regroupant 96 % des salariés, proposent une complémentaire santé à leurs salariés (voir fiche 14). Au total, 83 % des salariés bénéficient effectivement de la complémentaire santé de leur entreprise, contre 60 % en 2009, année de la précédente enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE). En effet, si les salariés sont dans l'obligation

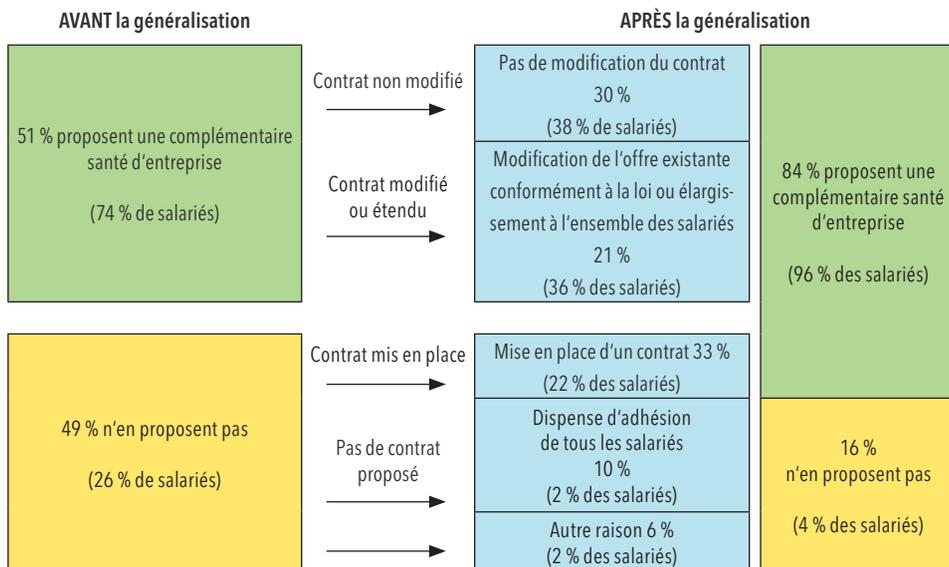
de souscrire à l'offre proposée par leur employeur, ils peuvent, dans certains cas, faire valoir une dispense d'adhésion (voir fiche 26). Cela concerne 14 % des salariés. Dans 10 % des établissements, ces demandes de dispenses concernent tous les salariés.

Quatre établissements sur dix proposant une offre avant la généralisation l'ont modifiée

Quatre établissements sur dix proposant une complémentaire santé à leurs salariés avant la généralisation (soit 21 % de l'ensemble des établissements) disent avoir revu leur offre en raison de la généralisation de la complémentaire d'entreprise. Les changements déclarés les plus fréquents se rapportent aux niveaux de remboursements pour au moins une catégorie de salariés (18 % des établissements couverts avant la généralisation) [*graphique 1*] et, ce, autant à la hausse qu'à la baisse. La définition d'un panier de soins minimum ne semble donc pas avoir été l'occasion pour la plupart des entreprises déjà couvertes de diminuer le niveau des garanties.

Viennent ensuite les modifications du coût de la couverture pour au moins une catégorie de salariés (16 %). Dans la quasi-totalité de ces établissements, lorsque plusieurs catégories de salariés sont concernées, le changement est identique pour tous. Dans la moitié des cas, il s'agit d'une augmentation de coût et, dans l'autre moitié, d'une diminution. Cette évolution s'accompagne, la plupart du temps, de

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

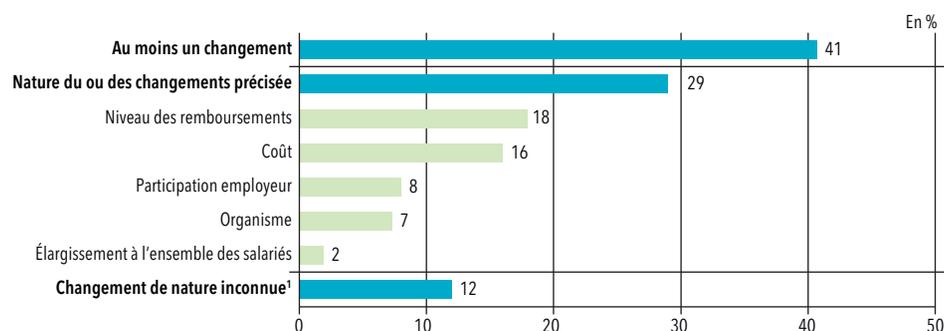


Lecture > 21 % des établissements avec au moins un salarié au 31 décembre 2015 proposaient une complémentaire santé avant que la loi ne les y oblige et ont modifié l'offre existante ou l'ont élargie à l'ensemble des salariés, conformément à la loi généralisant la complémentaire santé en entreprise. Ces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

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

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

Graphique 1 Changements opérés par les établissements proposant une complémentaire santé avant la généralisation et ayant modifié leur offre



1. Pour certains établissements ayant déclaré avoir modifié une offre existante, on ne dispose pas de la nature du changement.

Note > Les établissements qui ont modifié leur offre en raison de la généralisation déclarent, dans la majorité des cas, plusieurs changements de nature différente.

Lecture > Parmi les établissements qui offraient une couverture avant la généralisation, 41 % déclarent avoir modifié leur offre en lien avec celle-ci ; 29 % précisent la nature du changement et 18 % déclarent avoir modifié le niveau des remboursements.

Champ > Ensemble des établissements du secteur privé d'au moins un salarié au 31 décembre 2015, proposant une complémentaire santé à leurs salariés avant la généralisation.

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

modifications de garanties ou de la participation de l'employeur. Un établissement ayant modifié son offre à la suite de la généralisation sur cinq a déclaré avoir révisé la participation de l'employeur. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une révision à la hausse dont l'objectif est notamment d'atteindre le plancher de 50 % imposé par la loi. Les autres cas, minoritaires, correspondent aux établissements qui ont choisi de réduire leur participation pour compenser des surcoûts liés à une augmentation des garanties, à une extension de la couverture à des catégories auparavant non couvertes, ou qui se sont alignés sur le minimum imposé par la loi. Enfin, 7 % des établissements proposant déjà une couverture complémentaire avant la généralisation déclarent avoir souscrit une complémentaire santé auprès d'un autre organisme pour au moins une catégorie de salariés.

Les dispenses d'adhésion de l'ensemble des salariés, principale raison de non-couverture

91 % des établissements n'offrant pas de couverture santé à leurs salariés sont des établissements dépendant d'entreprises de moins de 5 salariés, 6 % d'entreprises ayant entre 5 et 9 salariés. À peine 1 % des établissements ne proposant pas de complémentaire santé dépendent d'entreprises de plus de 100 salariés. La principale raison évoquée par les établissements pour ne pas proposer de complémentaire santé est la dispense d'adhésion de l'ensemble des salariés : environ six établissements qui ne proposent pas de complémentaire santé sur dix évoquent ce motif, contre quatre sur dix qui évoquent le fait que les salariés n'en veulent pas (dont un sur dix qui avance ces deux raisons). Une très faible minorité d'établissements (environ 1 % de ceux qui ne proposent pas de complémentaire santé) déclarent que l'employeur ne souhaite pas en mettre une en place. La part d'établissements non couverts devrait encore baisser à court terme, puisqu'environ 30 % des établissements non couverts – notamment ceux dont tous les salariés ont fait valoir une dispense d'adhésion – déclarent en 2017 envisager prochainement la souscription d'une couverture pour leurs salariés.

Une participation de l'employeur au coût de la complémentaire santé moins généreuse parmi les nouvellement couverts

La participation de l'employeur au coût de la complémentaire santé (voir fiche 13) est plus élevée parmi les établissements qui proposaient une offre avant la loi (60 %) que parmi les nouvellement couverts (55 %). Cet écart entre ces deux groupes d'établissements se retrouve au sein de tous les secteurs et des différentes tailles d'entreprises dont ils dépendent. Ainsi, les établissements qui ont mis en place une offre de complémentaire santé contraints par la loi apparaissent moins enclins à participer au coût de la complémentaire santé de leurs salariés au-delà du seuil légal. Ils sont plus nombreux à se contenter d'une participation au niveau minimum légal de 50 % (4 sur 5 parmi les nouvellement couverts, contre 3 sur 5 parmi les anciennement couverts).

Pendant, parmi les établissements nouvellement couverts, un sur dix prend en charge la totalité du coût de la complémentaire santé, soit une proportion équivalente à ceux qui avaient mis en place l'offre de complémentaire santé avant la généralisation.

Des niveaux de garantie en moyenne plus bas dans les établissements nouvellement couverts

Les contrats offerts par les employeurs doivent respecter des garanties minimales définies par la loi (voir annexe 1). Les garanties des contrats des établissements ne proposant une offre que depuis la généralisation sont globalement moins élevées. Par exemple, pour les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes, environ 80 % des contrats des établissements couverts avant la généralisation proposent des garanties supérieures au minimum imposé, contre 60 % de ceux des établissements nouvellement couverts. Les premiers sont plus de quatre sur dix à rembourser intégralement les consultations à des tarifs deux fois supérieurs au tarif conventionnel, contre deux sur dix pour les seconds¹.

1. Remboursement hors cadre de l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) qui représente la plus grosse part des consultations de spécialiste de secteur 2 (voir fiche 19), soit 46 euros.

Pour les honoraires en chirurgie, dans le cas d'une opération de la cataracte facturée 600 euros au patient par le chirurgien, près de trois contrats sur dix dans les établissements nouvellement couverts ne prennent en charge que la participation forfaitaire (18 euros²) sans aucun dépassement, contre 13 % seulement des contrats des établissements anciennement couverts (voir fiche 23). Dans les établissements qui avaient déjà une offre avant la généralisation, sept contrats sur dix prennent en charge cette opération à hauteur d'au moins 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

(établie à 271,70 euros) contre à peine quatre sur dix dans les établissements nouvellement couverts.

Enfin, sur l'optique, à partir de l'exemple d'un ensemble monture et verres complexes facturé 850 euros et remboursé 14,15 euros par la Sécurité sociale, 10 % des contrats des établissements couverts avant la généralisation remboursent moins de 300 euros (contre 25 % de ceux des établissements nouvellement couverts), la moitié au moins 560 euros (contre 32 % de ceux dans les établissements nouvellement couverts) et 14 %, 800 euros ou plus (contre 10 %) (voir fiche 20). ■

Pour en savoir plus

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

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

2. Pour les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, le ticket modérateur restant à la charge de l'assuré est remplacé par une participation forfaitaire de 24 euros à compter du 1^{er} janvier 2019.