

Vue d'ensemble  
Fiches thématiques

Annexes ◀

## Dispositifs publics et évolutions réglementaires dans le champ de la complémentaire santé

Les pouvoirs publics ont actionné plusieurs leviers afin de favoriser la couverture de la population par une complémentaire santé. Différents dispositifs (exonérations fiscales ou sociales, labellisation des contrats, etc.) coexistent. Tout en ciblant parfois certaines situations catégorielles identifiées, ils répondent à l'un ou l'autre des objectifs suivants : favoriser l'acquisition d'une complémentaire santé en réduisant le coût de celle-ci ; garantir dans le même temps une qualité de prestations.

### La standardisation de l'offre pour responsabiliser les organismes complémentaires

#### Les obligations des contrats responsables et solidaires

Le dispositif des contrats dits responsables et solidaires subordonne le bénéfice des conditions fiscales et sociales les plus favorables sur les contrats de complémentaire de santé au respect d'un certain nombre d'obligations, afin d'améliorer l'accès aux soins.

Ce type de contrats résulte de deux dispositions. Premièrement, selon la loi de finances rectificative pour 2001, les contrats solidaires ne peuvent recourir à un questionnaire médical et appliquer des tarifs directement liés à l'état de santé.

Deuxièmement, le dispositif des contrats responsables a été créé en 2004, puis réformé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014. Les dispositions de 2014 ont renforcé les exigences en matière de prise en charge des frais de santé. Ainsi, les contrats responsables :

- ne peuvent couvrir la majoration du ticket modérateur en cas de consultation hors du parcours de soins, les participations forfaitaires et les franchises, et ce, afin de responsabiliser les assurés ;
- doivent offrir une couverture minimale de qualité, prenant en charge les forfaits journaliers en

établissements hospitaliers sans limitation de durée, ainsi que l'intégralité des tickets modérateurs, hormis ceux des médicaments à service médical rendu faible ou modéré, des spécialités homéopathiques et des frais de soins thermaux. Les contrats proposant une prise en charge supérieure au ticket modérateur en optique doivent, de surcroît, respecter des planchers de prise en charge afin d'assurer un accès effectif à ces dispositifs médicaux ;

- respectent des plafonds de prise en charge, afin de lutter contre certaines pratiques inflationnistes. Ces contrats ne peuvent ainsi couvrir les frais d'équipements d'optique au-delà de certains tarifs et en deçà d'une périodicité minimale de renouvellement. De même, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limitée à 100 % du tarif de responsabilité ;

- permettent aux assurés de bénéficier du tiers payant, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, sur les prestations faisant l'objet des garanties contractuelles. Ce cahier des charges sera prochainement revu à la suite de la réforme « 100 % santé », qui améliorera progressivement la prise en charge en optique, audiologie et soins prothétiques dentaires d'ici à 2021 (*encadré 1*).

#### Les dispositions fiscales associées aux contrats solidaires et responsables

Le taux de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) est réduit pour les contrats répondant aux critères solidaires et responsables. Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016, les contrats d'assurance maladie complémentaire étaient assujettis à deux contributions dont l'assiette était proche : la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA). La LFSS pour 2015 a institué, pour les contrats d'assurance maladie complémentaire, la fusion de ces deux dispositifs au sein d'une TSA rénovée<sup>1</sup>.

1. Cette fusion a conduit à l'addition des taux de TSA et de TSCA existant tout en conservant la modulation entre contrats responsables et non responsables qui n'existait, initialement, que pour la seule TSCA.

La taxe de solidarité additionnelle (TSA) est désormais assise sur le montant des sommes versées au profit des organismes complémentaires santé.

Depuis 2012, les garanties afférentes aux contrats solidaires et responsables sont assujetties au taux « normal » de TSA, c'est-à-dire de 13,27 % pour les contrats de complémentaires pour frais de santé. Ce taux est majoré de 7 points en cas de non-respect des critères de ces contrats. La part largement prépondérante des contrats solidaires et responsables (96 % de l'assiette des contrats pour frais de santé en 2017) illustre le caractère incitatif du dispositif, dès lors que le recours aux contrats ne répondant pas à ces critères reste résiduel. Cette majoration de fiscalité applicable aux contrats non solidaires et responsables représente un surcroît de rendement d'environ 87 millions d'euros en 2017 (soit 2 % du produit total de la TSA).

En outre, les cotisations et les primes versées pour le bénéfice des contrats d'assurance maladie solidaires et responsables sont exclues de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), afin

de rendre le dispositif plus incitatif pour que les organismes complémentaires proposent ce type de contrats.

### Des aides en faveur de la généralisation de la complémentaire santé ciblées selon le statut professionnel

Les aides en faveur de l'accès à la complémentaire santé ont été pensées par catégorie professionnelle, et non pas de manière unifiée, afin de tenir compte des spécificités de situations différentes. Par ailleurs, le champ des aides est parfois plus large que la seule complémentaire santé et recouvre également souvent la prévoyance et la retraite.

#### Les salariés du privé

Du point de vue des prélèvements sociaux, les contrats collectifs de prévoyance complémentaire – notamment de complémentaire santé – souscrits par les employeurs bénéficient d'aides depuis près de quarante ans. Dès 1979, une exemption d'assiette des cotisations sociales (part patronale et salariale) a été mise en place pour les contributions

#### Encadré 1 La mise en œuvre du « 100 % santé » en optique, audiologie et dentaire

La réforme « 100 % santé » vise à garantir l'accès à une offre sans reste à charge après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire. Les paniers de soins « 100 % santé » en optique, audiologie et soins prothétiques dentaires, composés d'équipements répondant aux besoins de santé publique des assurés et à des exigences de qualité, ont des tarifs encadrés par des prix limites de vente applicables aux professionnels.

Les lunettes et les aides auditives « 100 % santé » bénéficieront d'une prise en charge accrue par l'assurance maladie obligatoire. Les contrats responsables et solidaires devront en outre couvrir intégralement les prix des équipements 100 % santé afin de garantir l'absence de reste à charge :

- > pour les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 s'agissant de l'optique et d'une partie du dentaire ;
- > pour les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 s'agissant de l'intégralité des trois secteurs.

Les conditions de prise en charge des contrats responsables seront de plus ajustées :

- > en optique, une périodicité de renouvellement des équipements optique infra-annuelle sera désormais possible en cas de motifs médicaux et les plafonds de prise en charge des montures et des équipements seront abaissés de 50 euros ;
- > en audiologie, une périodicité minimale de renouvellement des aides auditives sera fixée à 4 ans et un plafond de prise en charge sera instauré à hauteur de 1 700 euros par audioprothèse.

La couverture minimale collective dans le cadre de la réforme du « 100 % santé » sera elle aussi adaptée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, les contrats collectifs étant obligatoirement conformes au cahier des charges des contrats responsables. À ce titre, les contrats collectifs devront obligatoirement couvrir intégralement les équipements du panier de soins « 100 % santé », ainsi qu'à hauteur, au minimum, des planchers définis dans le cadre de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 pour l'optique et le dentaire pour les équipements autres que 100 % santé.

des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance.

Désormais, afin d'encourager les employeurs à développer au profit de leurs salariés des garanties de prévoyance complémentaire de qualité, et accompagner ainsi la diffusion des contrats responsables, les contributions des employeurs destinées au financement de la complémentaire santé de leurs salariés sont exclues de l'assiette des cotisations sociales sous certaines conditions :

- le bénéfice de cette exemption d'assiette est réservé aux garanties revêtant un caractère collectif et obligatoire et implique que le contrat souscrit soit solidaire et responsable ;

- le montant de cette exemption est plafonné<sup>2</sup> pour éviter tout risque de substitution avec le salaire.

Par ailleurs, les contributions des employeurs destinées à financer la complémentaire santé des salariés bénéficient d'un taux de forfait social<sup>3</sup> réduit à 8 %, contre 20 % pour le taux de droit commun. Les entreprises de moins de 11 salariés sont totalement exonérées de cette contribution.

Du côté fiscal, les cotisations salariales de prévoyance complémentaire sont déductibles de la rémunération imposable pour le calcul de l'impôt sur le revenu sous certaines conditions et dans certaines limites. Ainsi, pour bénéficier de cette déduction, les contrats souscrits doivent être collectifs et obligatoires et revêtir un caractère responsable de la même manière que pour l'exemption d'assiette sociale. Par ailleurs, un plafond<sup>4</sup> de déduction a été instauré.

Les prélèvements à la charge des entreprises ont ainsi constitué le socle des incitations aux contrats collectifs. Depuis, les employeurs ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés d'une couverture complémentaire en matière de frais de santé.

L'article 1<sup>er</sup> de la loi de sécurisation de l'emploi, instaurant l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale, a généralisé la couverture complémentaire santé pour tous les salariés. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier

2016, tous les employeurs doivent donc faire bénéficier l'ensemble de leurs salariés d'un régime de remboursement complémentaire de frais de santé. Cette couverture doit être financée au moins pour moitié par l'employeur.

Le niveau minimal de la couverture est conforme à celui des contrats responsables et comporte en sus :

- la prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et des soins d'orthopédie dento-faciale ;

- un forfait de prise en charge des dispositifs d'optique, fonction du niveau de correction de l'assuré (100 euros, 150 euros ou 200 euros).

En outre, pour les salariés en contrat court ou à temps partiel, a été instauré un « versement santé »<sup>5</sup> qui consiste en un financement attribué sous certaines conditions par l'employeur, afin de participer à l'acquisition de la couverture complémentaire santé qu'ils ont souscrite à titre individuel. Il s'agit donc d'un dispositif alternatif à la couverture collective obligatoire.

Le montant du versement correspond, pour la période d'emploi concernée, à la contribution que l'employeur aurait versée pour la couverture collective de la catégorie de salariés à laquelle appartient le salarié concerné.

Pour bénéficier du « versement santé », le salarié doit avoir souscrit par ailleurs une complémentaire santé individuelle qui respecte le cahier des charges des contrats solidaires et responsables et qui ne bénéficie pas déjà d'un financement public (CMU-C ou ACS). Il ne doit pas non plus s'agir d'une couverture collective mise en place par un autre employeur, y compris en tant qu'ayant droit.

### L'ensemble des fonctionnaires

L'article 22bis de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires définit le caractère social et l'étendue du champ de la protection sociale

2. N'est concernée par l'exemption que la fraction des contributions n'excédant pas un montant égal à la somme de 6 % du plafond de la sécurité sociale et de 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale. Le total des contributions exonérées ne peut excéder 12 % du plafond de la sécurité sociale.

3. Contribution à la charge de l'employeur sur la base des rémunérations directes ou indirectes non soumises aux cotisations sociales mais qui sont assujetties à la CSG.

4. Il est égal au plus faible des deux montants suivants : 5 % du plafond annuel de la sécurité sociale + 2 % de la rémunération annuelle brute et 2 % de huit fois le plafond annuel de la sécurité sociale ;

5. Le dispositif a été instauré par l'article 34 de la LFSS pour 2016 (article L. 911-7-1 du Code de la sécurité sociale).

complémentaire au bénéfice des agents des trois fonctions publiques (fonctions publiques d'État, territoriale et hospitalière). L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé des employeurs publics au bénéfice des agents publics a évolué sous l'influence de la jurisprudence européenne<sup>6</sup>.

La loi du 2 février 2007 est venue préciser que les personnes publiques peuvent « contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent », à condition que leur participation soit « réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre d'une solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités ».

Ces principes posés pour la fonction publique d'État ont été rendus applicables à la fonction publique territoriale<sup>7</sup>. Dans la fonction publique hospitalière, la participation de l'employeur à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé ne fait pas l'objet d'encadrement.

Au sein de la fonction publique d'État, l'attribution de la participation de l'employeur est réservée à un ou plusieurs organismes dits de référence, sélectionnés par l'employeur public à la suite d'une procédure de mise en concurrence donnant lieu à la signature de conventions entre l'employeur public et les organismes concernés. Ces organismes sont référencés pour une période de sept ans.

Les caractéristiques essentielles du dispositif sont les suivantes<sup>8</sup> :

- l'adhésion ou la souscription des agents reste facultative et la couverture est de nature individuelle. En effet, les agents adhèrent eux-mêmes aux règlements ou souscrivent aux contrats proposés par

l'organisme référencé. La couverture des agents (actifs et retraités) est toutefois obligatoire pour l'organisme assureur ;

- le couplage des garanties santé et prévoyance est obligatoire avec des niveaux minimaux de garanties pour chacun de ces risques. Les garanties « santé » doivent ainsi correspondre aux dispositions relatives aux contrats responsables. En matière de prévoyance, il est imposé un revenu plancher au bénéfice des agents ;

- le dispositif prévoit des transferts solidaires entre les agents (absence de limite d'âge à l'adhésion notamment). Par ailleurs, le dispositif de référencement impose certaines obligations aux organismes assureurs (notamment, maîtrise des tarifications entre les souscripteurs et adhérents dans la même situation et tarification en fonction de la rémunération) ;

- l'aide est versée directement aux organismes, en fonction des transferts de solidarité opérés par l'organisme assureur. L'employeur public détermine chaque année le montant de la participation qu'il entend verser à l'organisme de référence ou répartie entre les organismes de référence, s'ils sont plusieurs. La participation est évaluée en fonction des transferts de solidarité intergénérationnels et familiaux mis en œuvre par le ou les organisme(s) référencé(s), et au regard du nombre d'agents affiliés.

Dans la fonction publique territoriale (FPT) coexistent deux dispositifs : la labellisation et le référencement. Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent accorder leur participation<sup>9</sup> :

- soit au titre de contrats ou règlements auxquels un label a été délivré (procédure de labellisation) : il est proposé aux agents de souscrire un contrat ou

6. La participation de l'État doit satisfaire aux principes du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) en matière d'aides d'État. Ces aides doivent ainsi avoir un caractère social, être accordées à titre individuel et sans discrimination quant à l'origine des produits. En outre, selon les principes de la jurisprudence communautaire, les aides versées doivent s'inscrire dans le cadre d'une procédure transparente et non discriminatoire.

7. La loi n° 2007-148 du 2 février 2007 a créé un article 22bis dans la loi de 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Ce texte permet aux personnes publiques de « contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent », à condition que leur participation soit « réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre d'une solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités ». S'agissant de la fonction publique territoriale, la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale renvoie dans son article 88-2 à cet article 22 bis.

8. Voir le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

9. Voir le décret du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

d'adhérer à un règlement dont le caractère solidaire et responsable aura été préalablement vérifié. Cette vérification s'effectue sous la responsabilité de prestataires, dits labelliseurs, habilités à cette fin par l'Autorité de contrôle prudentiel résolution (ACPR) ;

- soit au titre d'une convention de participation (procédure de référencement) : l'employeur public choisit à travers une procédure d'appel d'offres un seul organisme assureur pour lequel ses agents bénéficieront d'une participation. Le choix est fondé sur des critères de solidarité (notamment, le rapport entre les garanties et le tarif proposés, le degré effectif de solidarité intergénérationnelle et familiale entre les adhérents ou les souscripteurs, la maîtrise financière du dispositif et les moyens destinés à assurer une couverture effective des personnes les plus âgées ou les plus exposées aux risques couverts).

Quelle que soit la procédure, l'adhésion des agents est facultative et individuelle<sup>10</sup>. Par ailleurs, la participation de l'employeur est intégralement répercutée sur la cotisation de l'agent et sera :

- soit directement versée aux agents ayant souscrit un contrat labellisé ou issu du référencement ;
- soit versé à l'organisme auprès duquel l'agent aura souscrit un contrat labellisé ou issu du référencement.

### Les demandeurs d'emploi et les retraités

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, dite loi Évin, impose aux organismes assureurs d'organiser les modalités de maintien de la complémentaire santé, afin de permettre aux anciens salariés garantis collectivement de conserver leur couverture complémentaire à un tarif encadré.

Le contrat « frais de santé » doit ainsi prévoir les conditions dans lesquelles l'organisme assureur maintient cette couverture au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement sans conditions de durée. Pour ces bénéficiaires, la couverture au titre l'article 4 de la loi Evin

précitée ne fait l'objet d'aucune limitation de durée ;

- des ayants droit de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

Le décret du 21 mars 2017 organise par ailleurs un plafonnement progressif des tarifs, échelonné durant trois ans<sup>11</sup>.

### Les travailleurs indépendants et les professions agricoles

La différence de taux de TSA entre contrats solidaires et responsables et ceux qui ne le sont pas est renforcée pour les exploitants agricoles et leurs salariés. En effet, ceux-ci bénéficient d'un régime spécifique favorable sur leur contrat de frais de santé, avec un taux de TSA de 6,27 % (le taux de 20,27 % pour les contrats qui ne sont pas responsables et solidaires étant inchangé). Ce taux minoré fait partie de la politique sectorielle agricole, cette disposition fiscale ayant une incidence directe sur la rentabilité de leur activité. Le caractère incitatif de cette majoration de fiscalité produit ses effets, puisque la part des contrats solidaires et responsables représente en 2017, pour cette catégorie de population, 98 % de l'assiette.

En application du paragraphe II de l'article 154 bis du Code général des impôts, les cotisations et primes versées au titre d'un contrat d'assurance de groupe (contrat « Madelin ») de prévoyance sont déductibles de l'assiette d'imposition sur le revenu des travailleurs indépendants, dans la limite du plafond déterminé en fonction du bénéfice imposable et du plafond annuel de sécurité sociale<sup>12</sup>.

### Des aides directes ciblées sur les populations les plus vulnérables

#### La couverture maladie universelle complémentaire

Créée par la loi du 27 juillet 1999, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet aux assurés les plus modestes de bénéficier

10. Article 88-2 de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

11. La première année suivant la sortie du contrat d'assurance collectif, il est prévu que les tarifs restent identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. La deuxième année, il est prévu que ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. La troisième année, ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

12. Le montant déduit au titre des contrats de prévoyance ne peut être supérieur à la somme de 7 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) et de 3,75 % du bénéfice imposable, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3 % de huit fois le PASS.

d'une couverture complémentaire santé gratuite d'une durée de 12 mois renouvelable.

Pour les bénéficiaires de la CMU-C, la prise en charge en tiers payant intégral du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier de manière illimitée, ainsi que des dépassements au-delà des tarifs de responsabilité dans le cadre de forfaits plafonnés (prothèses dentaires, orthodontie, optique, aides auditives) et de divers dispositifs médicaux (déambulateurs, pansements, etc.) permet de couvrir une grande partie des dépenses de soins. L'interdiction faite aux professionnels de pratiquer des dépassements pour ses bénéficiaires limite aussi considérablement les restes à charge.

Pour les organismes gestionnaires de la CMU-C (privés ou publics), les dépenses de santé engagées sont remboursées par le Fonds CMU-C à leur coût réel dans la limite d'un montant forfaitaire par bénéficiaire, arrêté chaque année en fonction de l'évolution du coût moyen observé (401 euros en 2019). La prise en charge des prestations au titre de la CMU-C ne donne concrètement pas lieu à un versement aux organismes complémentaires, les charges correspondantes étant déduites par ces derniers des montants dus au titre de la TSA chaque trimestre, dans la limite du forfait susmentionné. Les dépenses de CMU-C représentaient pour l'ensemble des postes de soins 2,2 milliards d'euros en 2017, dont 222 millions pris en charge par les organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C.

### L'aide au paiement d'une complémentaire santé

Afin de lisser l'effet de seuil pour les personnes dont le niveau de ressources s'élevait légèrement au-dessus du plafond CMU-C (jusqu'à +35 %), a été créée en 2004 l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Cette aide financière, dont le montant est variable en fonction de l'âge, est déductible du montant des primes de complémentaire santé. Depuis juillet 2015, cette aide est utilisable sur les seuls contrats sélectionnés par l'État à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. L'ACS permet ainsi de financer en moyenne 62 % du coût de la complémentaire santé de ses bénéficiaires.

Un certain nombre d'avantages connexes, réservés

initialement aux bénéficiaires de la CMU-C, ont été progressivement étendus à ceux de l'ACS : interdiction des dépassements d'honoraires par les médecins généralistes ou spécialistes (2013), tiers payant intégral (2015), exonération des franchises médicales et participations forfaitaires (2015), application des plafonds tarifaires sur les soins prothétiques dentaires et l'orthodontie depuis octobre 2017.

Les organismes complémentaires gestionnaires de l'ACS minorent chaque trimestre, sous la forme d'un crédit d'impôt, les montants de la TSA dus d'un quart du montant de l'aide accordée à leurs adhérents bénéficiaires de l'ACS. Les dépenses d'ACS se sont élevées à 324 millions d'euros en 2017.

### L'extension de la CMU-C à compter de novembre 2019

Malgré les améliorations progressives de l'ACS, le taux de non-recours au dispositif demeure élevé du fait de multiples facteurs : manque de lisibilité de l'articulation entre la CMU-C et l'ACS, lourdeur des démarches à accomplir, ou encore persistance de restes à charge importants sur les primes de contrats ACS et de frais élevés sur certains postes de soins.

Aussi la LFSS pour 2019 a-t-elle prévu une refonte de ces dispositifs afin de faciliter l'accès aux droits. La CMU-C sera ouverte aux personnes actuellement éligibles à l'ACS, à compter de novembre 2019, dès lors qu'elles acquittent une participation financière dont le montant varie en fonction de leur âge. Le niveau de participation sera ainsi maîtrisé, s'élevant au maximum à 30 euros par mois pour les tranches les plus élevées. Les bénéficiaires auront une couverture intégrale d'un large panier de soins, couvrant par exemple l'ensemble des médicaments mais aussi un grand nombre de dispositifs médicaux.

Dans le cadre de l'extension de la CMU-C, les organismes complémentaires seront remboursés des dépenses de santé réellement engagées pour la prise en charge des bénéficiaires, majorées d'un coefficient au titre des frais de gestion induits par le recouvrement des participations financières. Le remboursement s'appuiera sur une déduction de la TSA. Le montant de la participation versée par l'assuré sera exonéré de la TSA. ■

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

### L'enjeu : la solvabilité des organismes d'assurances

La solvabilité est la capacité qu'a un assureur de respecter les engagements qu'il a pris auprès de ses assurés, c'est-à-dire de pouvoir verser, à tout moment, les indemnisations à ceux qui en ont acquis le droit (remboursements de frais de soins en assurance complémentaire santé, rentes promises en assurance retraite, etc.). Les engagements des organismes d'assurances vis-à-vis de leurs assurés sont comptabilisés, au passif du bilan, par des « provisions techniques ». En regard de ces provisions techniques, et pour les représenter, les cotisations (ou primes) collectées sont placées sous forme de différents types d'actifs (obligations, actions, biens immobiliers, etc.) enregistrés à l'actif du bilan des assureurs et qu'ils peuvent liquider pour régler ces indemnisations. Les organismes possèdent également des fonds propres (notamment le capital qui appartient à la société, apporté à la création de celle-ci et alimenté par les éventuels bénéfices mis en réserve année après année) permettant de faire face aux chocs ou aux cas dans lesquels les provisions techniques s'avèreraient insuffisantes (crise financière, nombre de sinistres à indemniser plus important que prévu, pertes de contrats, etc.). Les fonds propres sont également représentés par divers actifs : actions, obligations, etc.

### Des organismes d'assurances exposés à de nombreux risques

Les organismes d'assurances sont exposés à de nombreux risques pouvant mettre en péril leur solvabilité. Certains sont liés à leurs activités d'assurances *stricto sensu*. Ainsi, le risque de mortalité et d'espérance de vie se définit par la sur ou sous-mortalité due à un choc externe imprévu ; le risque de souscription par un profil de souscripteurs pouvant être différent de ce que l'assureur avait anticipé, les contrats pouvant alors se révéler déficitaires ; et, enfin, le risque opérationnel qui se

résume aux conséquences de défaillances ou de négligences au sein de l'organisme, de fraudes de la part des assurés.

D'autres risques sont liés aux placements des cotisations. Le risque de défaut ou de contrepartie renvoie à la faillite d'un État ou d'une entreprise dont l'assureur détient des actifs ; le risque de marché est lié aux actifs qui perdent de leur valeur ; le risque de concentration existe quand le portefeuille de l'assureur comporte trop d'actifs du même émetteur, entreprise ou pays, ce qui l'expose fortement en cas de faillite de celui-ci. Enfin, le risque de liquidité renvoie à la plus grande difficulté de trouver des acheteurs rapidement pour certains actifs.

### Le régime Solvabilité II renforce les exigences de solvabilité et limite l'impact économique pour les assureurs européens

Le régime Solvabilité II est entré en application le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et se substitue au régime Solvabilité I pour une majorité des organismes du secteur. Bien que révisé partiellement en 2002, le cadre prudentiel datait des années 1970. Les évolutions économiques et politiques, comprenant l'intégration croissante des marchés financiers et assurantiels au niveau mondial, ainsi que la volonté de créer un véritable marché unique européen justifiaient une modification en profondeur de Solvabilité I.

Ce dernier imposait notamment des contraintes sur le placement des actifs en représentation des provisions techniques (pas plus de 65 % d'actions, pas plus de 40 % d'actifs immobiliers...) et orientait ainsi les investissements des assureurs vers certains types d'actifs seulement.

Le régime Solvabilité II affirme le principe de liberté d'investissement pour les assureurs européens afin qu'ils accomplissent leur mission d'investisseurs et soient plus compétitifs face à leurs concurrents internationaux. En contrepartie, les règles de prudence doivent être mieux proportionnées aux risques

réellement encourus par les organismes. Ainsi, la détention d'actions d'entreprises nécessite désormais davantage de fonds propres que la détention d'actifs moins risqués comme les obligations d'État ou les biens immobiliers. En harmonisant les règles entre pays européens et en renforçant la transparence, Solvabilité II doit également permettre de réduire les distorsions de concurrence et favoriser un marché européen unique de l'assurance. Les groupes d'assurances, notamment internationaux, sont également mieux suivis. Ces mesures visent à garantir une protection uniforme et améliorée des assurés dans toute l'Union européenne et à faire baisser les prix des contrats.

Le régime Solvabilité II repose sur trois exigences : quantitatives (mesures chiffrées des besoins en capitaux garantissant la solvabilité), qualitatives (règles régissant la gouvernance et la structure des organismes) et des exigences de transparence (communication de données au superviseur et d'information auprès du public). Le respect de ces règles, définies par une directive européenne, est assuré par l'autorité de contrôle nationale de chaque pays. L'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (AEAPP ou EIOPA en anglais) coordonne la mise en œuvre de cette réglementation au niveau européen. Ainsi, l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), autorité administrative indépendante adossée à la Banque de France, veille au respect des exigences de solvabilité de l'ensemble des organismes d'assurances agréés en France, avec pour mission de protéger les intérêts des assurés et de veiller à la stabilité du système financier.

### Des indicateurs quantitatifs pour mieux mesurer la solvabilité des organismes d'assurances

Deux nouveaux indicateurs quantitatifs seront particulièrement surveillés : le capital de solvabilité requis (*Solvency capital requirement* - SCR) et le minimum de solvabilité requis (*Minimum capital requirement* - MCR). Le SCR correspond au montant de fonds propres nécessaires pour limiter à 0,5 % la probabilité de ruine au cours d'une année (soit en moyenne une faillite tous les deux cents ans). Il s'agit donc d'un montant cible permettant d'exercer une activité d'assurance dans

la durée. Toutes les pertes potentielles doivent être évaluées pour les différents risques auxquels les assureurs sont exposés (risques de marché, de souscription, de concentration...). Une « formule standard » et harmonisée de calcul du SCR est proposée par la réglementation de Solvabilité II, mais les organismes peuvent aussi développer leurs propres modèles. Ces modèles internes, qui peuvent concerner tout ou partie des modules de risques, doivent recevoir une approbation préalable de l'autorité de contrôle nationale. Le SCR peut ainsi devenir un outil de pilotage pour les organismes. Pour les groupes d'assurances, un SCR au niveau du groupe est aussi calculé.

Le minimum de solvabilité requis (MCR) correspond, lui, au niveau de fonds propres en dessous duquel les intérêts des assurés sont considérés comme étant en danger. Il déclenche le retrait de l'agrément qui permet d'exercer l'activité d'assurance, s'il n'est pas rétabli dans les trois mois.

Enfin, les organismes doivent classer leurs fonds propres en trois niveaux selon leur qualité, c'est-à-dire selon leur capacité à absorber les pertes, à être rapidement mobilisables, disponibles en permanence et sans charge financière. 50 % du SCR et 80 % du MCR doivent être couverts par des fonds propres de la meilleure qualité (niveau 1).

### Des exigences sur la gouvernance des organismes

Les risques ne peuvent être correctement appréhendés et gérés qu'au moyen d'exigences envers la gouvernance des organismes, et pas uniquement par la surveillance d'indicateurs quantitatifs. Ainsi, chaque organisme d'assurances doit désormais procéder à une évaluation interne de ses risques et de sa solvabilité (*Own Risk and Solvency Assessment* - ORSA). Cette évaluation fait l'objet d'un rapport, transmis à l'autorité de contrôle. Il doit également désigner deux dirigeants effectifs faisant preuve d'un niveau suffisant de « compétence et d'honorabilité ». Sa structure organisationnelle doit être plus transparente et les responsabilités doivent être clairement définies entre les quatre fonctions clés que sont la gestion des risques, la vérification de la conformité, l'audit interne et la fonction actuarielle.

### Des exigences de transparence pour favoriser le contrôle et la discipline de marché

Enfin, les organismes doivent fournir aux autorités de contrôle les données trimestrielles et annuelles complémentaires aux SCR et MCR, dont elles ont besoin pour assurer leur mission. Afin de renforcer les mécanismes de concurrence et la discipline au sein du secteur, les organismes et groupes d'assurances doivent aussi fournir au public un rapport annuel présentant leur situation financière, leurs comptes et leur niveau de solvabilité.

### Une première révision en 2018 pour Solvabilité II

Le cadre réglementaire de Solvabilité II prévoyait une première révision en 2018. Cette première révision concerne le calibrage de l'exigence en capital (SCR). Son objectif est de simplifier la formule de calcul standard. Une autre révision est prévue pour 2020. ■

#### Pour en savoir plus

- > **Dreyfuss, M.-L.** (2015). *Les grands principes de Solvabilité II (3<sup>e</sup> édition)*. Paris, France : Les fondamentaux de l'Argus de l'assurance.
- > Règlement délégué 2015/35 complétant la directive 2009/138/CE sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (Solvabilité II).

# Les sources de données sur la couverture complémentaire

Le nombre et la complexité des questions soulevées par le thème de la couverture complémentaire santé conduisent à disposer d'informations collectées auprès de trois catégories d'acteurs : les organismes complémentaires (1 et 2), les ménages (3, 4) et les entreprises (4). C'est donc sur ce triptyque, complétés par les données de santé issues de sources administratives (5) que repose le dispositif d'observation de la complémentaire santé.

### 1) L'enquête de la DREES auprès des organismes de complémentaire santé sur leurs contrats les plus souscrits

*(Fiches 9, 10, 11, 15, 19, 20, 22, 23)*

Afin de mieux connaître les contrats commercialisés par les organismes complémentaires, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a mis en place en 2000 une enquête auprès des mutuelles et qui s'est ensuite étendue aux institutions de prévoyance, puis aux sociétés d'assurances.

L'enquête est menée conjointement auprès des trois types d'organismes depuis 2002. Initialement, les questions portaient sur trois points de référence dans le marché des contrats individuels et collectifs : le contrat « minimum » (ou contrat d'entrée, offrant la plus faible couverture en soins dentaires et en optique), le contrat « maximum » (offrant la plus forte couverture en soins dentaires et en optique) et entre ces deux extrêmes le contrat « modal » le plus souvent souscrit.

Au cours de l'année 2005, l'enquête a fait l'objet d'une refonte complète et le questionnaire a été profondément remanié, significativement allégé et recentré sur l'offre de soins proposée par les contrats les plus souscrits. Cette enquête détient depuis 2005 le label d'intérêt général et de qualité statistique avec obligation de réponse, délivré par le Conseil national de l'information statistique (CNIS). Dans l'enquête rénovée, les organismes complémentaires sont interrogés sur un champ plus vaste de leur activité ; ils décrivent les caractéristiques et les niveaux de garantie de leurs trois contrats individuels et, initialement, leurs deux contrats collectifs les plus souscrits, appelés « contrats modaux ».

Depuis l'enquête 2011, les organismes complémentaires sont interrogés sur les trois contrats collectifs les plus souscrits. En 2013, des questions sur les réseaux de soins en optique et en dentaire ont été introduites.

En 2016, le questionnaire a été étendu aux contrats surcomplémentaires modaux. On définit un contrat surcomplémentaire comme un contrat d'assurance maladie complémentaire qui intervient explicitement après un (ou plusieurs) autre(s) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire (AMC). Le contrat surcomplémentaire peut être souscrit auprès du même organisme d'assurances que le contrat socle, qu'il complète, ou auprès d'un organisme différent. Il peut être souscrit individuellement ou collectivement. L'adhésion peut être facultative ou obligatoire. Dans tous les cas, il s'agit d'un contrat juridiquement distinct du contrat socle.

Les questions portent sur le nombre d'assurés, de bénéficiaires et sur les cotisations collectées pour chacun des contrats. Des précisions sont apportées sur la formation du montant des cotisations, puis sur les clauses particulières des contrats. Les organismes détaillent ensuite les niveaux de remboursement des garanties regroupées en sept grands thèmes : honoraires et soins ambulatoires, pharmacie, appareillage, optique, dentaire, hospitalisation et prévention.

Les modes d'expression des garanties varient entre contrats. Pour une garantie donnée, certains contrats expriment le niveau de leurs remboursements en euros, d'autres en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, certains en pourcentage des frais réels... Il est toutefois possible de comparer entre eux des contrats aux modes

d'expressions différents, il suffit pour cela de traduire leur prise en charge dans une seule et même unité, en considérant un bien de référence d'un tarif donné et en regardant pour ce bien type quel montant en euros est remboursé à l'assuré. Ce procédé est mis en œuvre pour décrire les niveaux de prise en charge sur un poste donné (fiches 19, 20, 22 et 23) mais aussi pour classer les contrats (fiche 11).

Les contrats couvrant les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont hors champ de l'enquête. L'enquête porte sur les organismes exerçant leur activité en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

En 2016, le taux de couverture des bénéficiaires par les contrats modaux (entendu comme la part des personnes couvertes par les contrats modaux parmi l'ensemble des personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé) est de 47 % sur le champ des contrats individuels et de 23 % sur le champ des contrats collectifs. Le taux de couverture par les contrats modaux collectifs est plus faible que celui des contrats modaux individuels car l'offre de contrats est beaucoup plus hétérogène sur le champ de la couverture collective, de nombreux contrats d'entreprise étant des contrats sur mesure. Depuis 2006, le taux de couverture par les contrats modaux est relativement stable en collectif ; celui des contrats individuels décroît progressivement : en 2006, il était de 62 % en individuel et de 22 % en collectif.

De plus, les caractéristiques des contrats modaux peuvent être différentes de celles de l'ensemble des contrats. Aussi, on extrapole dans les fiches les résultats à l'ensemble de la population.

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

(Fiches 2, 3, 4, 6, 7, 8, 16, 17)

Les organismes qui pratiquent une activité de complémentaire santé en France sont assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA), collectée au profit du Fonds CMU. Cette taxe permet au Fonds CMU de financer la CMU-C et

l'ACS. Elle porte sur l'ensemble des cotisations que les organismes collectent dans l'année au titre de leur activité de complémentaire santé souscrite par des personnes physiques ou morales résidant en France.

Afin d'assurer sa mission de contrôle prudentiel, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) collecte aussi chaque année, auprès des organismes complémentaires, divers éléments comptables et financiers, appelés « états comptables et prudentiels ». L'ACPR collecte également, pour le compte de la DREES, des états supplémentaires, appelés « états statistiques », qui permettent d'alimenter le rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, ainsi que les comptes de la santé et ceux de la protection sociale dont la DREES a la charge. Ces états comptables, prudentiels et statistiques permettent notamment de connaître, outre les cotisations collectées en santé, le montant des prestations versées, les frais de fonctionnement des organismes et la rentabilité de leur activité santé (excédents ou déficits). Toutefois, les données de l'ACPR couvrent un champ plus large que celui de la stricte complémentaire santé, nommé « risque santé ». En effet, le risque santé inclut également les contrats qui couvrent des personnes qui ne sont pas à la charge du régime obligatoire d'assurance maladie français (par exemple des travailleurs frontaliers) et nommés « contrats au 1<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'assurances (par exemple, une assurance accident ou invalidité contenant une garantie accessoire santé couvrant les frais de transport en cas d'hospitalisation). Les écarts entre les montants de cotisations selon les deux sources de données (ACPR et Fonds CMU) s'expliquent aussi par des décalages comptables d'enregistrement (la TSA est liquidée chaque trimestre et, au plus tard, un mois après la fin de celui-ci tandis que les comptes pour l'ACPR sont établis au 31 décembre de l'année considérée) et par la présence de sociétés

d'assurances étrangères. En effet, celles-ci peuvent proposer des contrats de complémentaire santé en France et donc être assujetties à la TSA sans fournir leurs comptes à l'ACPR, étant contrôlées par l'autorité prudentielle de leur pays.

Des écarts existent aussi entre l'ACPR et le Fonds CMU sur le dénombrement des organismes exerçant une activité de complémentaire santé. Outre les raisons évoquées précédemment (sociétés d'assurances étrangères, etc.), dans certains groupes de protection sociale, une ou plusieurs sociétés peuvent s'acquitter de la TSA au titre d'autres organismes du groupe, alors que chaque organisme est supposé fournir ses comptes à l'ACPR. Enfin, les organismes ayant cessé leur activité en cours d'année (à la suite d'une absorption ou d'une liquidation, par exemple) peuvent être dénombrés par le Fonds CMU, mais pas par l'ACPR.

Les données de l'ACPR et du Fonds CMU alimentent le rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (DREES, 2017). Elles alimentent aussi les comptes de la santé qui recensent l'ensemble des dépenses de santé (et ses agrégats phares, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et le reste à charge des ménages) et l'ensemble des financeurs de ces dépenses (Gonzalez *et al.* 2018, septembre). Elles alimentent enfin les comptes de la protection sociale (Gonzalez *et al.*, 2018, juin) en éclairant l'intervention des organismes d'assurances sur le champ des risques sociaux (santé, mais aussi invalidité, dépendance, retraite, etc.).

Les comptes de la santé (Gonzalez *et al.*, 2018, septembre) retracent les dépenses et analysent de façon détaillée la consommation finale de soins de santé en France et les financements correspondants, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages.

Élaborés par la DREES, les comptes de la santé constituent l'un des satellites des comptes nationaux de l'Insee, dont ils adoptent la méthodologie. Ils servent également de base à l'élaboration des comptes de la santé présentés dans les instances internationales (système SHA de l'Organisation de coopération et développement économique [OCDE]), d'Eurostat et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et

permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales sur des bases fiables et harmonisées.

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

(Fiche 12)

Jusqu'alors, l'enquête auprès des ménages qui permettait d'éclairer les questions ayant trait à la couverture complémentaire était l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes).

Cette enquête était menée tous les deux ans auprès de 8 000 ménages ordinaires de France métropolitaine, soit environ 20 000 individus. Les étudiants vivant en résidence étudiante et les personnes âgées vivant en institution en étaient donc exclus. Elle permettait d'étudier les modes d'accès à la complémentaire (par l'employeur ou de la propre initiative des assurés) et surtout de caractériser finement les populations qui étaient couvertes et celles qui ne l'étaient pas, selon leurs caractéristiques socio-démographiques, de niveau de vie, d'état de santé, etc. La dernière édition a eu lieu en 2012.

En 2014, l'enquête ESPS a été combinée avec l'enquête santé européenne (EHIS) et se dénomme ainsi EHIS-ESPS. EHIS-ESPS 2014 recense pour chaque ménage les contrats de complémentaire santé ainsi que la liste des personnes qu'ils couvrent, le mode d'obtention (par l'entreprise ou par une démarche individuelle), le niveau de prime, l'opinion sur les garanties, l'ancienneté du contrat.

Un module destiné aux personnes qui ne sont couvertes par aucun contrat recueille les motifs d'absence de couverture, l'existence d'une couverture passée et, le cas échéant, l'ancienneté et le motif de la perte de couverture. L'enquête recueille également des données socio-économiques telles que l'âge et le sexe, le revenu, la situation vis-à-vis de l'emploi, la catégorie professionnelle, le niveau d'études, la composition du ménage et le type de ménage.

La dernière édition de l'enquête ESPS a eu lieu en 2014. Après cette date, les informations sur la couverture complémentaire santé seront obtenues à partir de deux enquêtes. La première est l'enquête annuelle Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee dans laquelle des questions sur la couverture complémentaire sont posées

tous les trois ans. La première vague a eu lieu en 2017 (données disponibles au printemps 2019), la seconde aura lieu en 2022, puis tous les trois ans. La deuxième est l'enquête santé European Health Interview Survey (EHIS) de la France, réalisée par la DREES et l'Irdes, dont la prochaine édition se déroulera en 2019. La version française de l'enquête EHIS intégrera tous les six ans des questions spécifiques sur la couverture complémentaire santé.

Dans les enquêtes auprès des ménages, les données recueillies sur le niveau de couverture sont sommaires, car cette information, très technique, est difficile à appréhender et à restituer.

Les données d'ESPS-EHIS sont appariées avec les données de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Une expérimentation a été réalisée sur les données relatives à l'année 2012 pour un appariement avec celles des organismes complémentaires volontaires (Monaco). Cette expérimentation a permis de trouver des solutions techniques pour l'appariement des données de l'AMO et de l'AMC, sans toutefois disposer de données représentatives.

Les données d'enquête appariées aux données de liquidation des soins permettent donc de bien connaître, au niveau individuel, les prestations versées par l'AMO, mais pas encore par les organismes complémentaires. Faute de données individuelles représentatives et disponibles en routine sur les remboursements des organismes d'assurances complémentaires, la DREES a développé des travaux de simulations : le modèle OMAR est un outil de micro-simulation pour l'analyse des restes à charge après remboursements des assurances obligatoires et complémentaires (voir point 6).

L'article 193 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 prévoit la constitution d'un système national des données de santé, appariées avec des données de remboursement des organismes complémentaires. Cet échantillon devrait être réalisé dans le cadre d'un projet d'appariement des données des assurances maladie (ADAM) piloté par la DREES.

Ce projet vise à mettre à disposition à des fins d'étude un échantillon représentatif des données de remboursement par bénéficiaire, transmises par des organismes d'AMC, et défini en concertation avec leurs représentants.

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

(Fiche 13, 15, 24, 25, 26)

L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) a été réalisée pour la première fois par l'Irdes en 2003, uniquement auprès d'établissements. En 2009, la deuxième édition s'enrichit du volet salariés. La troisième édition de l'enquête est réalisée, en 2017, par la DREES et l'Irdes. Elle comporte trois objectifs : décrire le nouveau paysage de la couverture complémentaire santé collective après la mise en œuvre de généralisation de la complémentaire santé d'entreprise instituée par l'article 1 de la loi du 13 juin 2013, évaluer ses effets pour les salariés, répondre à des questions de recherche sur la complémentaire santé.

Le volet établissements couvre le champ des entreprises concernées par la généralisation de la complémentaire santé, à savoir les établissements employant au moins un salarié de contrat de droit privé et répartis sur l'ensemble du territoire (DROM compris). La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ne concerne pas les particuliers employeurs, les établissements menant des activités extraterritoriales et l'administration publique. L'enquête interroge les établissements plutôt que les entreprises, car il s'agit de la plus petite unité au sein de laquelle est menée la négociation en matière de protection sociale complémentaire. Les établissements interrogés sont ceux qui étaient dans le champ d'application de la généralisation au 31 décembre 2015 – date de la base de sondage – et qui en font toujours partie en 2017 au moment de l'enquête. Le volet établissements interroge les établissements sur l'offre d'une complémentaire santé, les caractéristiques des contrats offerts (coût, niveau de couverture, possibilité d'extension du contrat à d'autres membres du ménage, etc.), les changements dans l'offre de couverture depuis la généralisation, les motifs d'absence d'offre.

Cette version recueille, pour la première fois, le coût de la complémentaire santé pour les entreprises. Elle comprend également des informations sur la prévoyance santé d'entreprise et l'indemnisation des trois premiers jours d'arrêts en cas d'absence pour maladie.

Le volet salariés porte sur le champ des salariés travaillant au 31 décembre 2015 dans un des établissements ayant participé à l'enquête, y compris les personnes ayant quitté l'entreprise (en raison d'un départ à la retraite, d'une perte ou d'un changement d'emploi) entre fin 2015 et la date de l'enquête. Ce volet recueille les caractéristiques socio-économiques et médicales, les choix de couverture santé des salariés (dispense d'adhésion, souscription ou non d'une surcomplémentaire) ainsi que la satisfaction des salariés vis-à-vis des garanties et du coût de leur contrat. Enfin, l'enquête questionne les personnes ayant connu une période de chômage sur le fait qu'elles aient conservé ou non le bénéfice de leur ancien contrat collectif.

Au total, 6 125 établissements et 7 533 salariés ont fourni des réponses exploitables pour l'enquête, soit des taux de réponses respectivement de 61 % et 51 %. Les échantillons sont environ trois fois plus importants que ceux de la précédente édition, ce qui permet d'obtenir des estimations plus précises et des analyses plus fines sur des sous-populations.

## 5) Le Système national des données de santé

(Fiches 11, 21)

Le Système national des données de santé (SNDS) rassemble et met à disposition des usagers des données individuelles de santé pseudonymisées issues des principales sources médico-administratives. Ces données sont, à ce jour, disponibles au travers de trois bases de données que sont :

- le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) ;
- les données des hôpitaux et autres établissements de santé disponibles dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- les données statistiques relatives aux causes de décès (BCMD).

Les données du Sniiram sont issues des remboursements effectués par l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Les informations qui concernent le bénéficiaire sont l'âge, le sexe et le lieu de résidence (département et commune), ainsi qu'éventuellement le type de couvertures maladie. Les situations d'affection de longue durée (ALD) ou de maladie professionnelle

sont renseignées et, le cas échéant, la date de décès. Les professionnels de santé qui ont délivré les soins et éventuellement les prescripteurs sont présents dans les données. Les informations concernant l'âge, le sexe, le lieu d'exercice ainsi que la spécialité sont renseignées. La consommation de soins est décrite dans la base : les dates de soins, ainsi que les montants remboursés par l'assurance maladie et payés par le patient sont indiqués. La base comporte également le codage détaillé des médicaments délivrés, des actes techniques des médecins, des dispositifs médicaux, des prélèvements biologiques.

Les données du Sniiram sont restituées *via* trois ensembles que sont la base complète sur les dépenses d'assurance maladie inter régimes (DAMIR) pour le suivi des dépenses, l'échantillon général des bénéficiaires (EGB), au 1/97<sup>e</sup> de la population protégée, et une base de données individuelles des bénéficiaires (DCIR).

Le PMSI permet d'analyser l'activité médicale des établissements hospitaliers. Tout séjour dans un établissement de santé, public ou privé, fait l'objet d'un recueil d'informations administratives et médicales qui sont utilisées pour le financement (tarification à l'activité) et l'organisation de l'offre de soins. Cet entrepôt est géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Le recueil d'informations couvre l'ensemble des hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), en soins de suite et réadaptation (SSR), en psychiatrie et les hospitalisations à domicile (HAD).

## 6) Les outils de microsimulation

(Fiches 5, 14)

INES-OMAR est un outil de microsimulation construit par la DREES à partir du rapprochement de deux outils de microsimulation : OMAR et INES. Il est mobilisé pour analyser la redistribution opérée par l'Assurance maladie sous l'effet des cotisations et des prestations. Il permet aussi de disposer d'éléments sur la distribution des restes à charge en santé pour des sous-populations assez fines.

Le modèle OMAR (outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge), développé par la DREES, permet de simuler au niveau individuel les prestations en nature d'AMO et d'AMC, et donc les restes à charge, et au niveau des ménages les

cotisations d'assurances complémentaires. OMAR est lui-même le regroupement de plusieurs sources de données : l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) 2012 réalisée par l'Irdes, l'appariement de l'ESPS avec les données de l'Assurance maladie disponibles dans les DCIR issues du Sniiram, enrichies des données du PMSI, et les informations récoltées dans l'enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires (voir point 1) menée par la DREES.

Le modèle INES, développé par la DREES et l'Insee, permet de simuler, pour chaque ménage, les cotisations d'AMO. Les cotisations prises en compte sont : la part des cotisations sociales à la charge des employeurs affectée au risque maladie (hors la part correspondant au financement des indemnités journalières), les cotisations des indépendants et la contribution sociale généralisée (CSG) affectées au risque maladie. En revanche, les cotisations salariales allouées au risque maladie, mais qui sont

plus spécifiquement destinées au financement des indemnités journalières, ne sont pas prises en compte. Le principe du modèle de microsimulation INES consiste à appliquer la législation sociofiscale à un échantillon représentatif de la population. Le modèle est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, les informations administratives de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu. L'échantillon est représentatif de la population vivant en France métropolitaine dans un logement ordinaire (défini par opposition à un logement en résidence offrant des services spécifiques, comme les résidences pour personnes âgées, pour étudiants, de tourisme, à vocation sociale, pour personnes handicapées, etc.). ■

#### Pour en savoir plus

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

> **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam J.-C., Mikou, M. et Ferreti, C.** (2018, juin). *La protection sociale en France et en Europe en 2016. Résultats des comptes de la protection sociale (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

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

### A

**Accord national interprofessionnel (ANI)** : accord qui porte sur les conditions de travail et les garanties sociales dont peuvent bénéficier les salariés au sein des entreprises. Il concerne plusieurs secteurs d'activités, c'est pourquoi on parle d'accord interprofessionnel. Issu d'un dialogue entre les partenaires sociaux, l'ANI est adopté lorsque la majorité représentative des syndicats et du patronat acceptent les modalités de nouveaux droits et garanties sociales tant pour les salariés que pour les employeurs. L'article 1 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, transcrit dans la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013, a généralisé la complémentaire santé à tous les salariés du privé.

**Affection de longue durée (ALD)** : maladie reconnue par l'assurance maladie obligatoire (AMO) comme nécessitant un suivi et des soins prolongés et faisant l'objet d'une prise en charge spécifique. L'ensemble des soins relatifs à ces affections sont notamment pris en charge à 100 % par l'AMO.

**Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)** : aide financière annuelle visant à alléger le coût d'un contrat de complémentaire santé pour les ménages modestes mais non éligibles à la CMU-C. Le montant versé est croissant avec l'âge du bénéficiaire. L'ACS donne aussi droit à une dispense totale de frais sur la part obligatoire et, depuis juillet 2015, au tiers payant intégral (y compris la part complémentaire), ainsi qu'à l'exonération des franchises médicales et des participations forfaitaires. Depuis février 2013, elle donne droit à des tarifs opposables sur les consultations. Depuis octobre 2017, les professionnels de santé doivent respecter des tarifs maximum fixés par arrêté pour les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Depuis juillet 2015, elle est en outre réservée à des contrats de complémentaire santé

sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence par appel d'offres, en vue d'en améliorer le rapport qualité-prix.

**Apériteur** : En co-assurance, désigne l'organisme qui gère pour le compte de tous les co-assureurs.

**Assurance maladie complémentaire (AMC)** : assurance pour financer les frais de soins en complément de l'AMO.

**Assurance maladie obligatoire (AMO)** : désigne les quatre régimes de protection sociale couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, la maternité et les accidents privés ou professionnels, les maladies professionnelles et les couvertures d'invalidité : le régime général, la Sécurité sociale pour les indépendants, le régime agricole, les régimes spéciaux. En fonction de son statut professionnel, chaque individu est rattaché à l'un de ces régimes obligatoires.

**Attestation ACS** : attestation transmise aux bénéficiaires de l'ACS lorsque leur demande est accordée. Elle permet de bénéficier d'une réduction sur la cotisation lors de la souscription d'un contrat auprès des organismes partenaires (chèque ACS), ainsi que d'autres avantages liés au dispositif tels que la dispense d'avance de frais, l'exonération des franchises médicales et des participations forfaitaires de 1 euro, l'opposabilité des tarifs, des tarifs maximum pour les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale.

**Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)** : autorité administrative chargée du contrôle des banques et des assurances. Elle veille à la préservation de la stabilité du système financier et à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des personnes soumises à son contrôle. Elle assure également la mission de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du

terrorisme. Le code monétaire et financier établit son indépendance pour l'exercice de ses missions et l'autonomie financière. Pour son fonctionnement, l'ACPR est adossée à la Banque de France, qui lui procure ses moyens, notamment humains et informatiques. L'ACPR supervise le secteur des assurances dans le cadre d'une harmonisation de la réglementation européenne promue par l'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (EIOPA, ou AEAPP) et à laquelle l'ACPR participe activement.

## B

**Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)** : elle sert à définir le montant remboursé par la Sécurité sociale après un acte médical. On parle aussi de « tarif de convention » ou « tarif de responsabilité ». La base de remboursement de la Sécurité sociale sert aussi de référence aux complémentaires santé pour fixer leurs niveaux de remboursement.

## C

**Capital requis** : voir Exigence de marge de solvabilité.

**Charges de gestion** : charges liées au fonctionnement des organismes pour leur activité d'assurances correspondant aux frais de gestion des sinistres, frais d'acquisition, frais d'administration et autres charges techniques nettes.

**Clauses de désignation** : dispositions prévues dans un accord de branche visant à imposer aux entreprises relevant de la convention collective concernée un organisme d'assurances pour la gestion de leur contrats prévoyance ou santé. Elles ont pour objectif de favoriser la mutualisation des risques entre les entreprises au niveau de la branche. Pouvant être considérées comme un frein à la concurrence entre assureurs, le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 13 juin 2013, les a interdites en les remplaçant par des clauses de recommandation.

**Clauses de recommandation** : voir clauses de désignation.

**Complémentaire santé d'entreprise** : contrat de complémentaire santé collectif conclu par un employeur pour ses salariés.

**Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)** : agrégat central des comptes de la santé, elle représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD). Elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense liées notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisées dans la dépense courante de santé. La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national par les assurés sociaux relevant des régimes français et les personnes prises en charge au titre de l'aide médicale de l'État (AME) ou des soins urgents (soins des personnes en situation irrégulière sur le territoire français).

**Contrat d'accès aux soins (CAS)** : les médecins généralistes ou spécialistes de secteur 2 adhérant à ce contrat, entré en vigueur en 2013, s'engagent à respecter un taux de dépassement moyen calculé sur la base de leur activité passée et à respecter une certaine part de tarifs opposables. En contrepartie, ils obtiennent plusieurs avantages, dont un allègement de charges sociales. Les patients qui se tournent vers les professionnels adhérant au CAS peuvent, eux, profiter de tarifs plus avantageux et d'un montant de prise en charge par l'AMO plus élevé. Il est remplacé par l'Optam en 2017.

**Contrats collectifs** : contrats souscrits par une personne morale (une entreprise, un organisme, une association, etc.) au bénéfice de personnes qui ont un lien avec elle (salariés, adhérents à l'association). Ils sont définis dans le Code de la sécurité sociale aux articles L. 932.1 (adhésion obligatoire) et L. 932-14 (adhésion facultative), et dans le Code de la mutualité à l'article L. 221-2.

**Contrats individuels** : contrats souscrits directement par un assuré. Ils s'adressent principalement aux étudiants (pour ceux qui ne sont pas couverts en tant qu'ayants droit de leurs parents), aux salariés de la fonction publique, aux indépendants, aux chômeurs et aux retraités, ainsi qu'aux salariés du privé qui souhaitent compléter leur assurance collective obligatoire par une surcomplémentaire individuelle.

**Contrats modaux** : l'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits interroge les organismes de complémentaire santé sur leurs trois contrats en individuel en collectif et, depuis 2016, de surcomplémentaire, les plus souscrits. On parle alors de contrats modaux.

**Contrats responsables** : pour qu'un contrat de complémentaire santé soit qualifié de responsable, il doit encourager le respect du parcours de soin, prendre en charge certains frais de santé et respecter des minima et maxima de remboursements. Les conditions d'un contrat responsable sont prévues au sein des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale. Le respect des obligations et limites de remboursement des contrats santé solidaires et responsables permet de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales pour l'employeur et le salarié (voir annexe 1).

**Contrats solidaires** : un contrat de complémentaire santé est solidaire lorsque l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts et ne recueille aucune information médicale. Le respect des obligations et limites de remboursement des contrats santé solidaires et responsables permet de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales pour l'employeur et le salarié (voir annexe 1).

**Contribution sociale généralisée (CSG)** : prélèvement obligatoire proportionnel créé en 1991, qui participe au financement de la Sécurité sociale et, depuis 2018, de l'assurance chômage. Elle remplace des cotisations prélevées sur les salaires.

**Cotisation** : voir Prime.

**Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)** : dispositif en faveur des ménages à revenus modestes permettant une prise en charge plus complète que celle des régimes de base d'assurance maladie. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Elle peut être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'Assurance maladie d'affiliation soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour la gérer.

## D

**Dépassements d'honoraires** : sous certaines conditions, les professionnels de santé sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire à facturer des prestations au-delà des tarifs fixés par la Sécurité sociale. C'est le cas, par exemple, des médecins exerçant en secteur 2. Pour fixer le montant des dépassements d'honoraires, les praticiens doivent faire preuve « de tact et de mesure », selon le Code de la santé publique (article 53). La situation financière du patient, la notoriété du praticien, la complexité de l'acte et le temps nécessaire à son exécution doivent être pris en compte.

**Dispenses d'adhésion** : possibilité laissée au salarié de refuser la complémentaire santé que propose l'entreprise dans les cas suivants : s'il est déjà couvert par une autre complémentaire santé collective (d'un membre de sa famille ou du fait d'un autre emploi) ; jusqu'à échéance de son contrat, s'il est couvert par une complémentaire santé individuelle ; s'il était déjà dans l'entreprise au moment où la complémentaire santé a été mise en place par décision unilatérale de l'employeur ; s'il est bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS, s'il est salarié à temps très partiel, ou s'il est en CDD, en contrat de mission ou apprenti.

## E

**Établissement** : unité de production géographiquement individualisée, mais juridiquement

dépendante de l'entreprise. Il s'agit de la plus petite unité dans laquelle est menée la négociation en matière de protection sociale complémentaire.

**Exigence de fonds propres** : voir Exigence de marge de solvabilité.

**Exigence de marge de solvabilité** : dans la réglementation actuelle, l'exigence de marge correspond au minimum de fonds propres qu'une entreprise d'assurance doit détenir. En assurance vie, elle sera fonction des provisions mathématiques des contrats en euros et des contrats en unités de compte, et des capitaux sous risques. En assurance non-vie, elle dépendra du montant des cotisations ou des sinistres. La réassurance peut également être prise en compte. Le vocabulaire évolue avec Solvabilité II : on fait désormais référence à des « exigences de fonds propres » ou à un « capital requis ».

## F

**Fonds CMU** : fonds de financement de la CMU-C et de l'ACS. Le Fonds CMU est un établissement public national à caractère administratif créé par la loi du 27 juillet 1999. Ses trois missions principales consistent à (1) financer la CMU-C et l'ACS, (2) suivre et analyser le fonctionnement des dispositifs et, à ce titre, formuler des propositions d'amélioration et (3) élaborer et publier la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU complémentaire.

**Forfait journalier hospitalier (FJH)** : participation forfaitaire à la charge des patients hospitalisés. Il n'est pas remboursé par la Sécurité sociale mais par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

**Frais d'acquisition** : partie des charges des organismes assureurs qui inclut les commissions d'acquisition, les frais des réseaux commerciaux et des services chargés de l'établissement des contrats, de la publicité, du marketing, ou exposés à leur profit.

**Frais d'administration** : partie des charges d'un organisme assureur incluant les commissions

d'apérition (voir apériteur), de gestion et d'encaissement, les frais des services chargés de la surveillance du portefeuille de contrats, de la réassurance, du contentieux lié aux cotisations.

**Frais de gestion des sinistres** : partie des charges des organismes assureurs qui inclut les frais des services règlements ou exposés à leur profit, les commissions versées au titre de la gestion des sinistres, les frais de contentieux liés aux sinistres. Dans le Code des assurances, le terme utilisé est "Frais de règlement des sinistres".

**Franchise** : montant déduit des remboursements effectués par l'Assurance maladie. Elle s'applique aux médicaments (0,5 euro par boîte), aux actes paramédicaux (0,5 euro par acte) et aux transports sanitaires (2 euros par transport sanitaire). Elle est plafonnée à 50 euros par an et à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux et 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

**Fusion (transferts/absorption)** : les organismes peuvent fusionner avec d'autres entités en transférant leur portefeuille de contrats avec les droits et obligations qui s'y rattachent. Les organismes considérés comme absorbés sont dès lors intégralement dissous. Cette procédure est validée par l'ACPR et fait l'objet d'une publication au Journal officiel.

## G

**Garantie** : couverture d'un risque par l'organisme assureur en contrepartie d'une cotisation.

## H

**Hospitalisation complète** : hospitalisation durant laquelle le patient est hébergé à l'hôpital et installé physiquement dans un lit, en passant au moins une nuit à l'hôpital.

**Hospitalisation partielle** : venue en anesthésie et chirurgie ambulatoire, et séjour dont la durée est inférieure à 24 heures (hors séances).

## I

**Institutions de prévoyance** : créées par la loi d'août 1994 obligeant la séparation des activités retraite et prévoyance-santé au sein des caisses de retraite complémentaire, les institutions de prévoyance sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif, régies par le Code de la sécurité sociale. Elles sont dirigées paritairement par les représentants des employeurs et des salariés. Les risques qui peuvent être couverts par une institution de prévoyance sont l'assurance vie, la santé, les autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance) et le chômage.

## L

**Liberté tarifaire** : dépense de santé issue des dépassements d'honoraires et des prix libres.

**Liste de rétrocession** : voir Médicaments rétrocédables.

**Liste des produits et prestations (LPP)** : répertoire des biens médicaux remboursables par l'Assurance maladie, distinguant quatre types de produits : dispositifs médicaux, aliments, pansements (titre I) ; orthèses et prothèses externes (titre II) ; dispositifs médicaux implantables (DMI), implants, greffons (titre III) ; véhicules pour handicapés physiques (titre IV).

**Liste en sus** : liste de médicaments ou de dispositifs médicaux faisant l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation, en vertu de l'article L. 162-22-7 du Code de la sécurité sociale. Ce dispositif doit garantir le financement de traitements innovants et onéreux et favoriser leur accès aux patients.

## M

**Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)** : terme utilisé pour désigner les activités de soins aigus de courte durée réalisées dans les

établissements de santé, en hospitalisation (avec ou sans hébergement) ou en consultations externes.

**Médecin traitant** : médecin référent déclaré par tout assuré social, dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Il assure notamment le premier niveau de recours aux soins, coordonne et oriente le suivi médical des patients, établit un protocole de soins en cas d'affection de longue durée et assure une prévention personnalisée.

**Médicaments rétrocédables** : la liste des médicaments disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) ou d'une Autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte qui peuvent, pour des raisons de santé publique, être vendus au public au détail, est arrêtée par le ministre chargé de la Santé après avis ou sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Cette liste est communément appelée « liste de rétrocession ».

**Minimum capital requirement (MCR)** : minimum de capital requis dans le cadre de la réglementation européenne Solvabilité II (voir annexe II). Le MCR correspond au montant minimum de fonds propres réglementaire, dont le non-respect constitue le seuil déclencheur du retrait d'agrément.

**Mutuelles** : personnes morales de droit privé à but non lucratif relevant du Code de la mutualité. Les mutuelles sont financées par les cotisations de leurs adhérents. Les mutuelles ne peuvent assurer que certains risques comme la santé, le chômage, l'invalidité après un accident du travail, l'assurance vie, la protection juridique et la caution.

## O

**Opposabilité des tarifs** : droit permettant de ne pas se voir appliquer des dépassements d'honoraires par les médecins, que ces derniers exercent en ville ou à l'hôpital et quel que soit leur secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2). Ce principe d'opposabilité des tarifs s'applique à tout détenteur d'attestation ACS et aux bénéficiaires de la CMU-C.

**Optam** : option de pratique tarifaire maîtrisée. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'Optam pour les médecins de secteur 2 et l'Optam-Co pour les chirurgiens et obstétriciens remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS). L'Optam se différencie du CAS par la durée du contrat (un an par tacite reconduction, contre trois ans) et par des avantages financiers pour le médecin légèrement différents.

**Optique complexe** : équipement de correction visuelle avec des verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et +8,00 dioptries, ou encore avec des verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries, ou avec des verres à simple foyer dont la sphère est inférieure à -6,00 ou supérieure +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00.

**Optique simple** : équipement de correction visuelle avec des verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

## P

**Parcours de soins coordonnés** : circuit instauré par la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004, que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, et disposer d'un meilleur remboursement de leurs soins. Le parcours de soins coordonnés consiste pour un patient à consulter en priorité un médecin traitant pour son suivi médical. L'assuré garde la possibilité de consulter directement un médecin sans passer par son médecin traitant, mais il est alors moins bien remboursé par la Sécurité sociale.

**Participation forfaitaire** : participation d'un euro à la charge des patients âgés de plus de 18 ans pour les consultations ou actes réalisés par un médecin, ainsi que sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. Elle est plafonnée à 4 euros par jour pour un même professionnel de santé et par laboratoire, et à 50 euros par an. Elle est déduite des remboursements de l'AMO, et ne peut être prise en charge par les complémentaires santé responsables.

**Portabilité des contrats** : possibilité laissée aux salariés de continuer à bénéficier de la complémentaire santé de l'entreprise après la fin de leur contrat de travail, sous certaines conditions. Ceux-ci doivent avoir adhéré à la couverture complémentaire santé d'entreprise, avoir fait l'objet d'une rupture de contrat de travail pour un motif autre que la faute lourde. De plus, il faut que la cessation du contrat de travail ouvre droit aux assurances chômage. L'employeur doit informer l'organisme assureur de la rupture du contrat de travail du salarié concerné. Le salarié doit, lui, adresser un justificatif de sa prise en charge par l'assurance chômage à l'organisme assureur. La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a généralisé ce dispositif de portabilité au niveau des entreprises et sa durée a été allongée.

**Prestation de santé** : soin prodigué ou matériel médical fourni par un professionnel de santé.

**Prévoyance** : couverture des risques liés à la personne (comme la maladie ou l'accident), ou à la durée de la vie (comme le décès, la retraite ou la dépendance). La prévoyance permet, selon les garanties souscrites, de faciliter l'accès aux soins, d'assurer un maintien partiel ou total des revenus, de bénéficier d'un complément financier, ou enfin de percevoir un capital ou une rente. Elle complète les prestations des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

**Prime (ou cotisation)** : somme payée par l'assuré en contrepartie des garanties accordées par l'assureur. On nomme prime pure, la prime qui permet statistiquement de régler les sinistres ; prime nette (ou prime commerciale), la somme de la prime pure et des chargements et accessoires qui permettent de couvrir les frais de gestion des organismes assureurs ; prime totale (payée par le souscripteur), la somme de la prime nette et des taxes.

## R

**Régime d'assurance maladie** : statut de rattachement à un groupe d'assurés, en fonction de sa situation personnelle et professionnelle. Les principaux

régimes sont le régime général, le régime des indépendants et le régime agricole.

**Reste à charge (RAC)** : montant qu'il reste à payer par une personne après intervention d'un assureur.

**Reste à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC)** : montant qu'il reste à payer par l'assuré après intervention de l'AMO et de l'AMC.

**Reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO)** : montant qu'il reste à payer par l'assuré après intervention de l'AMO.

**Reste à charge opposable** : part de la dépense composée du ticket modérateur et des franchises médicales.

**Résultat net** : bénéfice ou perte de l'exercice. Différence entre l'ensemble des ressources et l'ensemble des charges, que ces ressources et charges soient techniques, c'est-à-dire liées à l'activité assurantielle, ou non techniques, comme les produits financiers issus des placements des fonds propres, la fiscalité, etc.

**Résultat technique** : différence entre les ressources (cotisations et produits financiers) et les charges (indemnisation des sinistres, charges de gestion, etc.) liées à un périmètre d'activité assurantielle.

## S

**Secteur 1 / secteur 2** : un médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel, c'est-à-dire le tarif fixé par la Sécurité sociale. Il peut néanmoins appliquer un dépassement d'honoraires, c'est-à-dire des tarifs supérieurs à ceux établis par la Sécurité sociale, pour « exigence particulière » du patient. Un médecin conventionné de secteur 2, qu'il soit généraliste ou spécialiste, définit librement ses honoraires. Il peut donc pratiquer des tarifs supérieurs à ceux établis par la Sécurité sociale.

**Sociétés d'assurances** : elles sont soumises au Code des assurances. On distingue deux grands types de sociétés d'assurances. D'une part, les compagnies d'assurances sont des sociétés commerciales à but lucratif. Le financement de ces sociétés s'effectue d'abord par les actionnaires qui reçoivent ensuite les bénéfices sous forme de dividendes. D'autre part, les sociétés d'assurances mutuelles (ou mutuelles d'assurance) sont des sociétés civiles à but non lucratif. Le financement de la société se fait par les cotisations mensuelles des assurés, alors dénommés sociétaires. Les bénéfices sont réinvestis au service de l'activité d'assurance, dans les cotisations, les prestations, les niveaux des garanties, l'action sociale, etc.

**Soins de ville** : ensemble des prestations de santé autres que celles prodiguées lors d'une hospitalisation ou d'un hébergement en établissement de santé.

**Soins (non) remboursables par la Sécurité sociale** : tous les soins ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale, notamment (sauf conditions particulières) les implants dentaires, la parodontologie, l'orthodontie à partir de 16 ans, les lentilles de contact, la chirurgie réfractive, la médecine non conventionnelle et certains soins de prévention ou médicaments. Pour les soins remboursés, le montant remboursé par la Sécurité sociale résulte d'un taux de remboursement appliqué à une base de remboursement, minorée parfois de franchises ou de participations forfaitaires.

**Solvency Capital Requirement (SCR)** : capital cible requis dans le cadre de la réglementation européenne Solvabilité II (voir annexe 2). Le SCR correspond au montant de fonds propres estimé comme nécessaire pour absorber le choc provoqué par une sinistralité exceptionnelle et limiter le risque de ruine à 0,5 %. Son calcul est basé sur l'exposition aux risques liés à l'activité des organismes d'assurances, c'est-à-dire principalement le risque de souscription, le risque de crédit, le risque opérationnel, le risque de liquidité et le risque de marché. Les compagnies peuvent choisir entre deux modèles de calcul du SCR : une approche standard ou un modèle interne.

**Souscripteur** : entité (personne physique ou morale) qui signe le contrat d'assurance et paie la cotisation, et qui peut être différent de l'assuré (entité qui court le risque). En assurance complémentaire santé collective par exemple, l'entreprise souscrit et le salarié est l'assuré.

**Substitution** : une convention de substitution permet à une mutuelle (dite « substituée ») de transférer tout ou partie de son risque assurantiel à une autre mutuelle (dénommée « substituante »), tout en conservant une autonomie juridique et la relation avec ses adhérents. La conclusion d'une telle convention n'entraîne pas la disparition de l'entité substituée, contrairement à la fusion, opération au terme de laquelle la mutuelle absorbée est dissoute. La substitution diffère de la réassurance principalement sur le plan juridique : les mutuelles substituées ne sont pas soumises aux dispositions fixant les règles prudentielles et n'ont donc pas besoin d'un agrément pour exercer leur activité. En revanche, la substituante doit obligatoirement être agréée pour les branches prises en substitution. Pour une mutuelle substituante, les opérations prises en substitution sont considérées comme des opérations directes et doivent être intégrées dans les comptes de l'organisme.

**Surcomplémentaire santé** : contrat d'assurance santé distinct venant compléter les remboursements du contrat de complémentaire santé (appelée aussi couverture de troisième niveau). La surcomplémentaire s'adresse notamment aux salariés qui souhaitent une meilleure couverture que celle offerte par la complémentaire santé imposée par leur entreprise.

## T

**Tarif de convention** : voir base de remboursement de la Sécurité sociale.

**Tarif de responsabilité** : voir base de remboursement de la Sécurité sociale.

**Tarif opposable** : tarif fixé la Sécurité Sociale pour les actes pratiqués par des professionnels de santé

(médecins, spécialistes, professions paramédicales). Ces tarifs sont fixés dans le cadre d'une convention signée entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie.

**Taux d'effort (à l'acquisition d'une complémentaire santé)** : rapport entre la somme des primes payées par le ménage (hors participation employeur) et du RAC AMO et les revenus du ménage.

**Taux de recours** : rapport entre le nombre de personnes bénéficiant d'un dispositif et le nombre de personne y étant éligibles.

**Taux de remboursement** : pour les soins remboursables par la Sécurité sociale, taux appliqué à la base de remboursement afin de déterminer le montant du remboursement de la Sécurité sociale. Selon le soin, des franchises ou des participations forfaitaires peuvent aussi diminuer ce montant.

**Taux d'utilisation (attestation ACS)** : rapport entre le nombre de personnes ayant utilisé l'attestation ACS pour souscrire un contrat et le nombre de personnes total disposant de l'attestation.

**Taxe de solidarité additionnelle (TSA)** : taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurances. Elle est prélevée en France sur tous les contrats de complémentaire santé au profit du Fonds CMU et permet de financer la CMU-C et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

**Ticket modérateur** : montant qui reste à la charge de l'individu (hors participation forfaitaire) après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire, sur la base du tarif de convention.

## U

**Union de mutuelles** : personne morale de droit privé à but non lucratif, créée par plusieurs mutuelles ou unions et susceptible d'accepter ultérieurement l'adhésion d'autres mutuelles. On distingue les unions de mutuelles des unions de groupe mutualiste (UGM) et des unions

mutualistes de groupe (UMG). Les UGM sont des unions dans lesquelles chaque membre demeure directement responsable de la garantie de ses engagements. Les UMG peuvent regrouper des mutuelles, des unions de mutuelles, des institutions de prévoyance relevant du Code de la sécurité sociale ou des sociétés d'assurance relevant du Code des assurances.