

**Vue d'ensemble** ◀  
Fiches thématiques  
Annexes

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

## Des contrats individuels ou collectifs

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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