

SOUS EMBARGO jusqu'au 9 mars 2023 à 6h

ÉTUDES et RÉSULTATS

mars 2023
n° 1260

En 2019, huit bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé sur dix disposaient d'au moins une garantie inférieure à celles fixées depuis par le 100 % santé

Avant la réforme du « 100 % santé », le reste à charge (RAC) financé par les ménages, qu'ils soient couverts ou non par une complémentaire santé, pouvait être particulièrement important pour les prothèses dentaires (250 euros en moyenne en 2017), les audioprothèses (1 600 euros) et les lunettes (250 euros pour une paire à verres complexes). Pour faciliter l'accès à ces biens, la réforme du 100 % santé, progressivement déployée entre 2019 et 2021, permet désormais à chaque bénéficiaire d'un contrat de complémentaire santé responsable d'accéder à un panier de biens sans reste à charge en dentaire, audiologie et optique, auquel il est libre de recourir.

En 2019, au global, plus de huit bénéficiaires sur dix disposaient d'au moins une garantie de niveau inférieur à celles désormais imposées par la réforme du 100 % santé. Dans le détail, sept bénéficiaires de complémentaire santé sur dix disposaient d'une garantie de remboursement inférieure à celle fixée par la réforme pour la pose d'une prothèse dentaire ainsi que pour l'achat d'une paire d'audioprothèses. En optique, en revanche, moins d'un bénéficiaire sur dix avait des garanties de remboursement inférieures.

Or au cours de l'année 2021, le recours au panier 100 % santé est nettement plus marqué en audiologie et en dentaire qu'en optique. Ce résultat très contrasté est probablement lié à la faiblesse de la part des bénéficiaires qui étaient couverts avant la réforme par un contrat de complémentaire offrant des garanties inférieures à celles imposées depuis par le 100 % santé, pour l'achat de verres de lunettes.

Valentin Guilloton (DREES)

Pour faciliter l'accès aux soins optiques, dentaires et audiologiques, les pouvoirs publics ont entrepris la réforme dite du « 100 % santé ». Le dispositif, voté en 2019, permet à tous les bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé responsable¹ d'avoir accès à un panier de biens sans reste à charge (RAC).

Avant la réforme, alors que 96 % de la population française est couverte par un contrat de complémentaire santé (Fouquet, 2020), les restes à charge que les ménages doivent supporter sont parfois élevés, notamment sur les biens comme l'optique, le dentaire et l'audiologie. ●●●

1. Contrat qui respecte les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Sous réserve de respect des obligations et limites de remboursement, il permet à l'employeur et aux salariés de bénéficier d'exonérations fiscales et d'une moindre taxation des contrats (taux de taxe de solidarité de 13,27 %, contre 20,27 %).

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)

Des postes de soins à fort reste à charge pour les ménages

En 2017, le reste à charge moyen après intervention éventuelle de l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) s'établissait à 103 euros pour une paire de lunettes à verres simples et à 254 euros pour une paire de lunettes à verres complexes, soit environ un quart de la dépense totale engagée (d'après le modèle de micro-simulation Ines-Omar 2017 développé par la DREES) [Fouquet, 2021]. Pour les prothèses dentaires, il s'élevait à 324 euros. Enfin, pour une paire d'audioprothèses, le RAC AMC moyen atteignait 1 587 euros.

Les RAC AMC pouvaient donc *in fine* représenter un poids élevé sur les dépenses des ménages, en particulier pour les personnes avec des contrats de complémentaires santé peu couvrants. Or les restes à charge élevés sont un frein au recours aux soins et peuvent conduire certains à y renoncer. Selon l'Enquête santé européenne (EHIS), en 2019, 8 % de la population de France métropolitaine déclarait ainsi avoir renoncé à des lunettes au cours des douze derniers mois pour raison financière, 11 % à des audioprothèses et 12 % à un soin dentaire.

La réforme du 100 % santé mobilise trois leviers : la mise en place de prix limites de vente² en optique, dentaire et audiologie, la revalorisation de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et l'obligation pour les contrats de complémentaires santé responsables de prendre en charge la totalité du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) sur ce panier d'équipements.

Cette étude décrit la couverture dont bénéficiaient les assurés d'une complémentaire santé avant cette réforme. Elle mobilise les données de l'enquête Organismes complémentaires (*encadré 1*) de la DREES de l'année 2019, qui renseigne notamment sur les garanties³ dont disposaient les assurés sur les trois postes de soins concernés par le 100 % santé. La réforme étant entrée en vigueur progressivement entre 2019 et 2021, les garanties recueillies en 2019 peuvent avoir été affectées par les mesures mises en place dès cette année-là, en audiologie notamment.

En 2019, 7 bénéficiaires sur 10 disposaient d'un niveau de garantie en dentaire inférieur à celui offert depuis par le 100 % santé

Concernant les soins dentaires, les organismes complémentaires ont été interrogés sur les garanties proposées pour les prothèses céramo-métalliques sur dent visible, des produits qui ont été intégrés dans le panier 100 % santé lors de la mise en place de la réforme. Ces prothèses représentent 40 % de l'ensemble des couronnes dentaires sur dent visible vendues en 2019⁴.

En 2019, la dépense moyenne pour une prothèse céramo-métallique sur dent visible était d'environ 530 euros⁵ (SNDS). Pour ce bien, l'assurance maladie obligatoire (AMO) remboursait 70 % du tarif de convention établi à 120 euros, soit 84 euros, conduisant à un reste à charge après AMO de 446 euros. D'après l'enquête OC, un bénéficiaire de complémentaire santé sur deux avait une garantie de remboursement inférieure à 300 euros. Le montant de garantie était très hétérogène selon les contrats, notamment entre contrats individuels d'une part et contrats collectifs de l'autre. Les bénéficiaires de contrats individuels avaient une garantie moyenne de 243 euros, contre 332 euros pour les bénéficiaires de contrats collectifs.

Depuis 2020, la réforme impose un prix limite de vente de 500 euros sur les prothèses céramo-métalliques du panier 100 % santé. Ce prix limite est inférieur au coût moyen d'une prothèse en 2019, s'élevant à 530 euros (vendue à ce prix dans 55 % des cas). La part prise en charge par l'AMO n'a pas changé, ce qui implique pour les organismes l'obligation de rembourser la totalité du RAC AMO, soit jusqu'à 416 euros⁶ (*encadré 2*).

En 2019, pour près de trois quarts des bénéficiaires de contrats souscrits (72 %), le montant pris en charge par l'OC en cas de recours était donc inférieur au montant de 416 euros imposé par la réforme pour une prothèse vendue au prix limite de 500 euros, en particulier pour les contrats individuels (9 sur 10) [*graphique 1*]. Pour ces derniers, 40 % des bénéficiaires disposaient d'une garantie plus de deux fois plus faible que le montant désormais remboursé dans le cadre du 100 % santé.

Encadré 1 L'enquête auprès des organismes de complémentaires santé

L'enquête auprès des organismes de complémentaires santé de la DREES (enquête OC) a pour objet de connaître l'activité des organismes offrant des couvertures complémentaires santé, la population qu'elles couvrent, les garanties qu'elles offrent et leurs modes de tarification. L'enquête sur les informations relatives à l'année 2019 a été réalisée entre septembre 2020 et janvier 2021 auprès des trois types d'organismes : mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances. Pour améliorer la représentativité de l'enquête, le champ des contrats enquêtés a été élargi aux dix plus gros contrats de chaque type (individuel, collectif ou surcomplémentaire) par OC, contre trois dans les enquêtes précédentes.

Cette évolution du champ s'est accompagnée d'une modification du protocole de collecte de l'enquête et de changements méthodologiques sur le calcul des pondérations (Guilloton, Lapinte, 2022).

Cette enquête permet de comparer les niveaux de couverture proposés par les complémentaires en 2019 avec ceux imposés par la réforme du 100 % santé. En revanche, elle ne permet pas de savoir comment les organismes complémentaires ont pu modifier leur offre de couverture santé à la suite de la mise en place de la réforme, qui a commencé en 2019.

De plus, les niveaux de garantie des contrats sont des montants théoriques de remboursement auxquels chaque bénéficiaire peut prétendre. Les garanties sont calculées pour un bien de référence dont le prix est choisi par la DREES pour traduire les contrats dans une même unité. Le bien de référence est fixé de manière à avoir un étalement des garanties et ainsi, identifier les contrats couvrant le mieux. Les résultats présentés dans cette étude ne sont que marginalement affectés par la valeur attribuée aux biens de référence. Il ne s'agit pas des remboursements effectivement perçus par les assurés. Les remboursements ne sont perçus qu'en cas de recours aux soins.

2. Le prix limite de vente est le prix maximal autorisé. Il n'est pas possible de le dépasser sous peine de sortir du dispositif 100 % santé.

3. La garantie est le montant maximal versé par l'assureur complémentaire en cas de consommation de soins ou de biens médicaux, pour les individus couverts.

4. Il n'est pas possible dans l'enquête d'interroger les organismes sur toutes les garanties offertes pour chaque poste de soins, c'est pourquoi un bien de référence, en l'occurrence les prothèses céramo-métalliques sur dent visible, a été retenu.

5. Les dépenses moyennes et les RAC AMO sont issus du Système national des données de santé (SNDS).

6. La quasi-totalité des prothèses céramo-métalliques du panier 100 % santé sont vendues au prix limite en 2021 (97 %). C'est le cas également pour les autres biens considérés dans cette étude : verres simples (99 %), verres complexes (98 %), monture (96 %), audioprothèse (90 %).

En 2019, seuls 7 % des bénéficiaires disposaient d'une garantie en optique inférieure au montant remboursé dans le panier 100 % santé

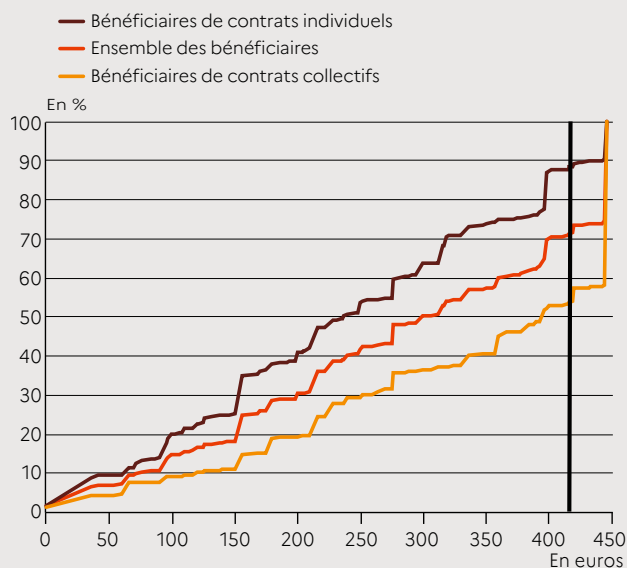
En optique, la réforme du 100 % santé prévoit la création des équipements (montures et verres⁷) respectant des critères de qualité et soumis à un prix limite de vente qui doit être pris intégralement en charge par l'AMO et l'AMC.

En 2019, la dépense moyenne pour une paire de lunettes à verres simples est de 339 euros. Pour ce bien, l'AMO rembourse 60 % de la base de remboursement fixée à 7,42 euros, soit 4,45 euros. Aussi, le RAC AMO moyen est de 335 euros ; 10 % des RAC AMO sont inférieurs à 179 euros quand 10 % sont supérieurs à 510 euros (SNDS). À partir de 2020, le prix limite de vente d'une paire de lunettes à verres simples dans le panier 100 % santé est fixé à 95 euros avec une base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) rehaussée à 28,5 euros (**encadré 3**). La part de l'AMO s'établit toujours à 60 %, soit un remboursement de 17,1 euros (hausse de la participation de l'AMO de 12,65 euros). Les bénéficiaires choisissant la paire de lunettes dans le panier 100 % santé vendue au prix limite perçoivent alors un remboursement de 77,9 euros de la part de leur complémentaire santé.

En 2019, seuls 7 % des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé (**graphique 2**) avaient une garantie inférieure à ce montant, davantage pour les bénéficiaires de contrats individuels (12 %) que de contrats collectifs (2 %). Pour les moins bien couverts⁸, la mise en place de la réforme du 100 % santé a conduit à l'augmentation du montant de prestations versées par l'organisme complémentaire en cas de recours à des lunettes dans le panier 100 % santé.

En optique complexe, en 2019, la dépense moyenne pour une paire de lunettes était de 632 euros. Pour ce bien, l'AMO remboursait 60 % de la base de remboursement fixée à 23,58 euros, soit 14,15 euros.

Graphique 1 Distribution des garanties des contrats souscrits auprès des complémentaires santé pour la pose d'une prothèse céramo-métallique sur dent visible en 2019 (part cumulée des bénéficiaires)



Note > La garantie de remboursement de 416 euros (barre verticale) correspond au montant versé par l'organisme complémentaire, à partir de 2020, pour une prothèse céramo-métallique sur dent visible du panier 100 % santé, vendue au prix limite de vente.

Lecture > En 2019, 72 % des bénéficiaires avaient une garantie de remboursement inférieure à 416 euros pour la pose d'une prothèse céramo-métallique sur dent visible facturée 530 euros (bien de référence).

Champ > Bénéficiaires de contrats de complémentaires santé hors ACS, CMU-C, CSS, France.

Source > Enquête OC 2019, calculs DREES.

> *Études et Résultats* n° 1260 © DREES

Encadré 2 La réforme du 100 % santé en dentaire

La réforme du 100 % santé en dentaire ne crée pas de nouveaux biens mais classe les prothèses dentaires déjà existantes dans trois paniers en fonction de la position de la dent. Elle s'est déployée en une seule fois à compter du 1^{er} janvier 2020.

Les trois paniers sont :

- le panier 100 % santé avec des prix limites de vente et une obligation pour les organismes complémentaires de rembourser l'intégralité du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (**tableau**) ;

- le panier modéré dans lequel des prix limites de vente sont fixés, mais sans aucune obligation pour les organismes complémentaires de rembourser le reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire, à l'exception du ticket modérateur ;

- le panier libre dans lequel il n'y a pas de prix limite de vente ni d'obligation de remboursement pour les organismes complémentaires, à l'exception du ticket modérateur.

L'exemple retenu est celui des dents visibles – aussi appelées dents du sourire. Pour ces dents, il n'existe pas de panier modéré.

Évolutions réglementaires en lien avec le 100 % santé en dentaire

	Jusqu'en 2019		Depuis 2020	
	Libre Céramo-céramique	100 % santé Céramo-métallique	Libre Céramo-céramique	100 % santé Céramo-métallique
Prix limite de vente (en euros)	Néant	Néant	Néant	500
Base de remboursement de la Sécurité sociale (en euros)	107,5	107,5	120	120
Remboursement AMO en euros (60 % de la base de remboursement)	75,25	75,25	84	84
Remboursement AMC minimal obligatoire en euros	32,25	32,25	36	416
Plafond de remboursement AMC en euros	Néant	Néant	Néant	

Lecture > En 2019, pour une prothèse céramo-métallique, l'organisme complémentaire devait rembourser au minimum 32,25 euros. Depuis 2020, il doit rembourser au minimum 416 euros.

Source > Loi de financement de la Sécurité sociale 2019.

> *Études et Résultats* n° 1260 © DREES

7. Les lentilles de vue, non concernées par la réforme du 100 % santé, ne représentent que 5,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en optique en 2019.

8. Sous réserve de ne pas avoir changé de contrat pour un contrat plus couvrant avant la mise en place de la réforme.

Encadré 3 La réforme du 100 % santé en optique

La réforme s'est déployée en une seule fois à compter du 1^{er} janvier 2020, comme pour le dentaire. Elle comprend :

- la création d'un panier 100 % santé en collaboration avec les professionnels ;
- l'augmentation de la base de remboursement des biens du panier 100 % santé (tableau) ;
- la diminution de la base de remboursement pour les biens en dehors du panier 100 % santé ;

- l'obligation pour les organismes complémentaires de rembourser l'intégralité du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire pour les équipements dans le panier 100 % santé ;
- l'instauration de plafond de remboursement en fonction des verres ;
- la baisse du plafond de remboursement pour la monture du panier libre de 150 euros à 100 euros.

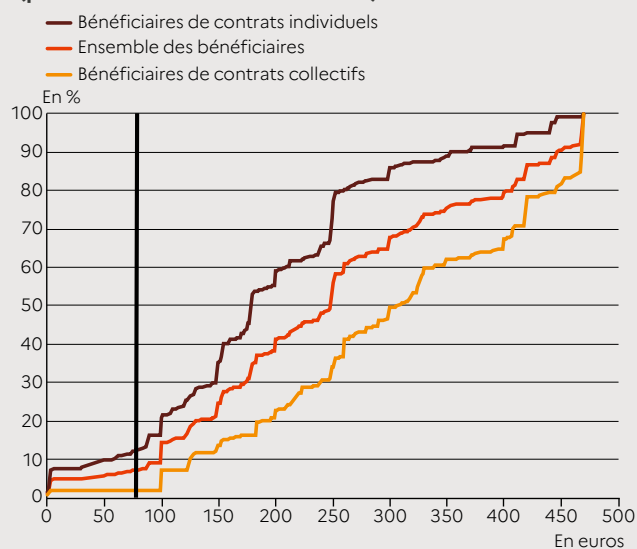
Évolutions réglementaires en lien avec le 100 % santé en optique

	Optique simple			Optique complexe		
	Jusqu'en 2019	Depuis 2020		Jusqu'en 2019	Depuis 2020	
		Libre	100 % santé		Libre	100 % santé
Prix limite de vente (en euros)	Néant	Néant	95	Néant	Néant	210
Base de remboursement de la Sécurité sociale (en euros)	7,42	0,15	28,5	23,58	0,15	63
Remboursement AMO en euros (60 % de la base de remboursement)	4,45	0,09	17,1	14,15	0,09	37,8
Remboursement AMC minimal obligatoire en euros	2,97 ou 50 ¹	0,06 ou 50 ¹	77,9	9,43 ou 200 ¹	0,06 ou 200 ¹	172,2
Plafond de remboursement AMC en euros	Aucun	420		Néant	750	

1. Dans le cas où les contrats responsables décident de rembourser au-delà du ticket modérateur, ils sont soumis à des plafonds de remboursement.
Lecture > Avant la réforme, pour une paire de lunettes à verres simples, l'organisme complémentaire devait au minimum rembourser soit 2,97 euros (qui correspond au ticket modérateur), soit 50 euros. Après la réforme, dans le panier 100 % santé, il doit obligatoirement rembourser 77,9 euros.
Source > Loi de financement de la Sécurité sociale 2019.

> Études et Résultats n° 1260 © DREES

Graphique 2 Distribution des garanties des contrats souscrits auprès des complémentaires santé pour une paire de lunettes à verres simples en 2019 (part cumulée des bénéficiaires)



Note > La garantie de 77,9 euros (barre verticale) correspond au montant versé par l'organisme complémentaire pour une paire de lunettes à verres simples, à partir de 2020, dans le panier 100 % santé, vendue au prix limite de vente.

Lecture > En 2019, 12 % des bénéficiaires avaient une garantie inférieure à 77,9 euros pour une paire de lunettes à verres simples facturée 500 euros (bien de référence).

Champ > Bénéficiaires de contrats de complémentaires santé hors ACS, CMU-C, CSS, France.

Source > Enquête OC 2019, calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1260 © DREES

Le RAC AMO moyen était donc de 618 euros ; 10 % des RAC AMO étaient inférieurs à 350 euros et 10 % étaient supérieurs à 900 euros. 92 % des bénéficiaires individuels et 67 % des bénéficiaires collectifs avaient une garantie de remboursement inférieure à 618 euros. À partir de 2020, le prix limite de vente pour une paire de lunettes à verres complexes dans le panier 100 % santé est fixé à 210 euros. L'AMO rembourse 37,80 euros (60 % de la BRSS fixée à 63 euros), soit environ 14 euros de plus qu'avant la réforme. Les organismes complémentaires doivent verser, dans ce cas, une prestation de 172,20 euros, correspondant au RAC AMO sur le panier 100 % santé. En 2019, une minorité de contrats souscrits offraient une garantie inférieure à ce montant (8 % des bénéficiaires d'un contrat individuel et 2 % des bénéficiaires d'un contrat collectif) [graphique 3]. Les personnes les moins bien couvertes ont bénéficié de la réforme grâce à la hausse de leur garantie, sous réserve de consommer un bien dans le panier 100 % santé.

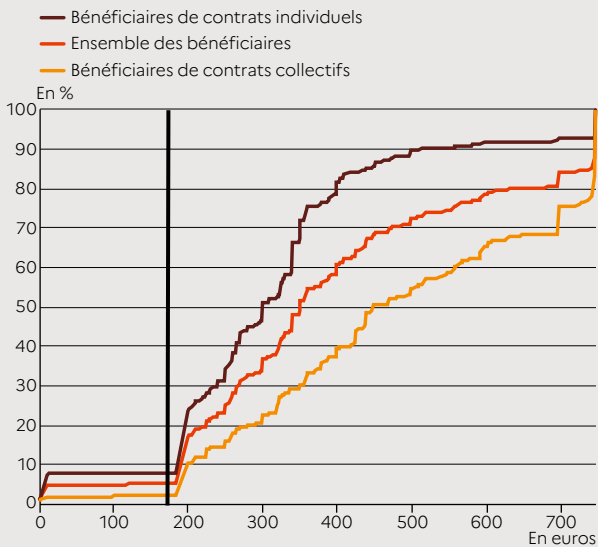
La fixation des plafonds réglementaires de prix limites de vente pour le panier 100 % santé en optique à un niveau très inférieur à celui des lunettes majoritairement consommées et la préexistence d'offres sans reste à charge dans le panier libre⁹ semblent avoir eu pour conséquence un moindre effet de la réforme que pour d'autres biens (Cour des comptes, 2022).

En 2019, 7 bénéficiaires sur 10 disposaient d'une garantie inférieure à celle proposée dans le 100 % santé pour des audioprothèses

L'audiologie se caractérise par des coûts d'équipement particulièrement élevés : en 2019, la dépense moyenne pour une paire d'audioprothèses s'établissait à 3 330 euros. Pour ce bien, l'AMO remboursait 360 euros (60 % de la BRSS fixée à 600 euros), soit un RAC AMO de 2 970 euros. Après assurance complémentaire,

9. Les biens du panier libre ne sont pas soumis à des prix limites de ventes ou à des obligations de remboursement au-delà du ticket modérateur.

Graphique 3 Distribution des garanties des contrats souscrits auprès des complémentaires santé pour une paire de lunettes à verres complexes en 2019 (part cumulée des bénéficiaires)



Note > La garantie de 172,2 euros (barre verticale) correspond au montant versé par l'organisme complémentaire, à partir de 2020, pour une paire de lunettes à verres complexes dans le panier 100 % santé vendue au prix limite de vente.

Lecture > En 2019, 8 % des bénéficiaires de contrats individuels avaient une garantie inférieure à 172,2 euros pour une paire de lunettes à verres complexes facturée 850 euros (bien de référence).

Champ > Bénéficiaires de contrats de complémentaires santé hors ACS, CMU-C, CSS, France.

Source > Enquête OC 2019, Calculs DREES.

> *Études et Résultats* n° 1260 © DREES

le reste à charge moyen était de 1 587 euros (Ines-Omar, 2017). La moitié des bénéficiaires avaient un RAC AMC supérieur à 1 043 euros et 10 % un RAC AMC supérieur à 3 689 euros.

Les garanties étaient inférieures pour les bénéficiaires de contrats individuels : 98 % avaient une garantie de remboursement inférieure au RAC AMO médian observé (2 840 euros), contre 88 % pour les contrats collectifs. La garantie médiane s'établissait à 1 215 euros pour les contrats collectifs et à 710 euros pour les contrats individuels.

À partir de 2021, le prix limite de vente pour une paire d'audioprothèses dans le panier 100 % santé est fixé à 1 900 euros et la base de remboursement à 800 euros (**encadré 4**). L'AMO rembourse toujours 60 % de ce tarif de convention, soit 480 euros. Les organismes de complémentaires santé doivent compléter le différentiel, à hauteur de 1 420 euros, pour un reste à charge nul pour les assurés.

En 2019, 69 % des bénéficiaires de contrats de complémentaires disposaient d'une garantie de remboursement inférieure à celle introduite par la réforme 100 % santé (**graphique 4**). Plus précisément, c'était le cas de 84 % des bénéficiaires individuels et de 54 % des bénéficiaires de contrats collectifs. Les personnes les moins bien couvertes ont bénéficié de la réforme grâce à la hausse de leur garantie, sous réserve de consommer des audioprothèses du panier 100 % santé.

Plus de 8 bénéficiaires sur 10 disposaient d'au moins une garantie inférieure au 100 % santé en 2019

En 2019, une majorité de bénéficiaires étaient donc couverts par un contrat offrant un montant de garantie inférieur à ce qu'impose à présent le 100 % santé en audiologie et en dentaire. Si l'on considère les trois postes ensemble, ce sont plus

Encadré 4 La réforme du 100 % santé en audiologie

Le déploiement de la réforme du 100 % santé en audiologie s'est fait sur trois années.

La réforme s'articule autour de quatre points :

- trois relèvements successifs de 100 puis de 50 euros de la base de remboursements aux 1^{ers} janvier 2019, 2020 et 2021 (**tableau**) ;
- une diminution progressive du prix limite de vente aux 1^{ers} janvier 2019, 2020 et 2021 ;

- l'obligation pour les organismes complémentaires de rembourser, pour les biens du panier 100 % santé, l'intégralité du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2020 ;

- l'instauration d'un plafond de remboursement à 1 700 euros (y compris remboursement de l'assurance maladie obligatoire) par oreille appareillée à partir du 1^{er} janvier 2020, pour les biens du panier libre.

Évolutions réglementaires en lien avec le 100 % santé en audiologie

	Avant 2019	2019		2020		2021	
		Libre	100 % santé	Libre	100 % santé	Libre	100 % santé
Prix limite de vente (en euros)	Néant	Néant	1300	Néant	1100	Néant	950
Base de remboursement de la Sécurité sociale (en euros)	199,71	300	300	350	350	400	400
Remboursement AMO en euros (60 % de la base de remboursement)	119,83	180	180	210	210	240	240
Remboursement AMC minimal obligatoire en euros	79,88	120	120	140	890	160	710
Plafond de remboursement AMC en euros	Néant	Néant	1120	1490		1460	

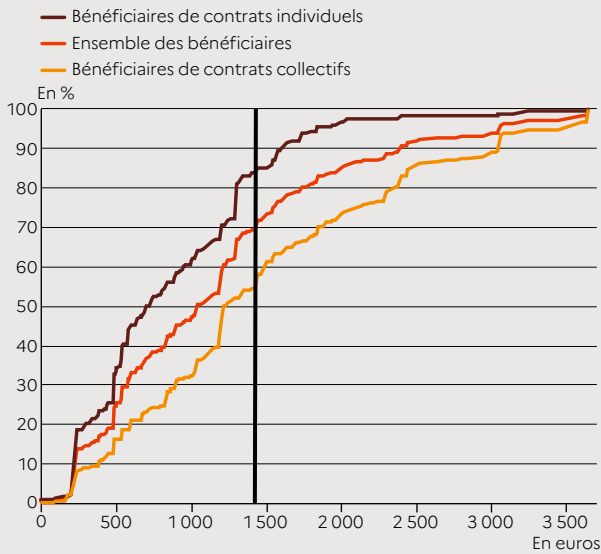
Lecture > Avant 2019, pour un appareil auditif, l'organisme complémentaire devait rembourser au minimum le ticket modérateur soit 79,88 euros.

À partir de 2021, pour un appareil auditif dans le panier 100 % santé, il devra rembourser 710 euros.

Source > Loi de financement de la Sécurité sociale 2019.

> *Études et Résultats* n° 1260 © DREES

Graphique 4 Distribution des garanties des contrats souscrits auprès des complémentaires santé pour une paire d'audioprothèses dans le panier libre en 2019 (part cumulée des bénéficiaires)



Note > La garantie de 1 420 euros (barre verticale) correspond au montant maximal versé par l'organisme complémentaire, à partir de 2020, pour une paire d'audioprothèses dans le panier 100 % santé, vendue au prix limite de vente.

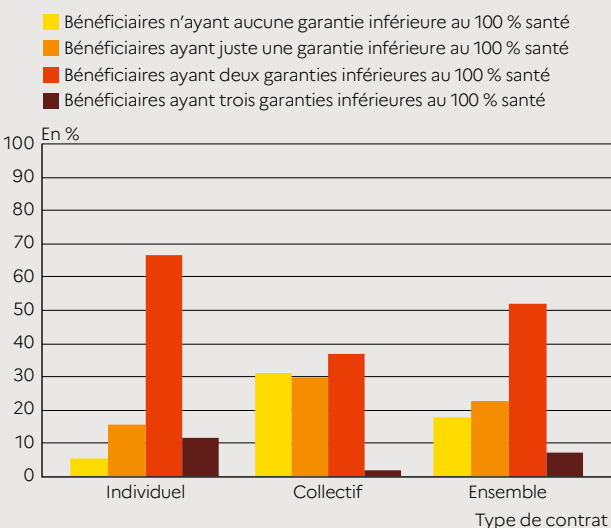
Lecture > En 2019, 84 % des bénéficiaires de contrats individuels avaient une garantie inférieure à 1 420 euros pour une paire d'audioprothèses dans le panier libre, facturée 4 000 euros (bien de référence).

Champ > Bénéficiaires de contrats de complémentaires santé hors ACS, CMU-C, CSS, France.

Source > Enquête OC 2019, calculs DREES.

> *Études et Résultats* n° 1260 © DREES

Graphique 5 Répartition des bénéficiaires selon le nombre de garanties inférieures au niveau du 100 % santé en 2019



Lecture > 16 % des bénéficiaires de contrats individuels avaient une seule garantie inférieure à celle imposée par le 100 % santé parmi les trois postes de la réforme (audiologie, optique ou dentaire), en 2019.

Champ > Bénéficiaires de contrats de complémentaires santé hors ACS, CMU-C, CSS, France.

Source > Enquête OC 2019, calculs DREES.

> *Études et Résultats* n° 1260 © DREES

de 80 % des bénéficiaires qui disposaient, en 2019, de garanties de remboursements inférieures sur au moins un poste concerné par la réforme, avec des disparités entre les contrats collectifs et les contrats individuels (*graphique 5*). Plus de 30 % des bénéficiaires de contrats collectifs n'avaient aucune garantie inférieure au minimum imposé dans les trois postes de soins, contre seulement 5 % des bénéficiaires de contrats individuels, soit 18 % sur l'ensemble des bénéficiaires. Par ailleurs, 39 % des bénéficiaires de contrats collectifs, contre 79 % des bénéficiaires de contrats individuels, avaient des garanties inférieures au 100 % santé dans deux ou trois postes (généralement audiologie et dentaire).

Les bénéficiaires avec des garanties supérieures au 100 % santé ont pu aussi bénéficier d'un autre levier de la réforme : les prix limites de vente. La réforme peut donc avoir un effet sur l'ensemble des consommateurs, mais dont l'ampleur ne peut être mesurée *a priori* car elle dépend des potentiels réajustements, tant des contrats d'assurances complémentaires santé proposés (garanties et primes) que des prix de vente pratiqués sur des produits de santé en dehors du panier 100 % santé.

Concernant les biens du panier libre, les contrats doivent, comme avant la réforme, couvrir le ticket modérateur mais n'ont pas d'obligation au-delà. Il est donc possible, notamment pour les contrats peu couvrants, que les garanties des biens hors panier 100 % santé aient baissé à la suite de la réforme pour compenser le surcroît de remboursements pour les organismes. Les bénéficiaires pourraient alors être moins bien couverts après la réforme qu'avant pour les biens du panier libre. En cas de maintien par les complémentaires d'une garantie supérieure au montant 100 % santé pour les biens du panier libre, les patients auront le choix entre une consommation sans reste à charge dans le panier 100 % santé, ou le bénéfice d'une couverture supérieure pour accéder à des soins plus onéreux, avec un reste à charge potentiel. Les données de l'enquête OC 2021 (qui seront publiées par la DREES d'ici au printemps 2023) permettront de décrire et de mesurer le possible réajustement des garanties sur les biens du panier libre.

Les biens du panier 100 % santé davantage choisis en dentaire qu'en audiologie et en optique

En 2021, 57 % de l'ensemble des prothèses dentaires vendues sont dans le panier 100 % santé et 21 % dans le panier modéré¹⁰ (Arnaud, *et al.*, 2022). Hors bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS), le taux reste relativement proche : 53 % des actes prothétiques ont été réalisés dans le panier sans reste à charge. La part de prothèses du panier 100 % santé est de 84 % pour les dents visibles, incisives et canines, et de 88 % pour les premières prémolaires (Cour des comptes, 2022).

En 2021, 39 % des prothèses auditives vendues font partie du panier 100 % santé (37 % hors bénéficiaires de la CSS) [Arnaud, *et al.*, 2022]. Entre 2019 et 2021, la réforme aurait augmenté de 8 % le nombre de patients appareillés par rapport à une situation sans réforme ; 52 % des personnes ayant acheté des audioprothèses en 2021 sont des nouveaux recourants, contre 28 % en 2018 (Cour des comptes, 2022). En optique, seulement 16 % des verres et 13 % des montures vendus en 2021 sont dans le panier 100 % santé. Hors bénéficiaires de la CSS, ces taux descendent respectivement à 7 % et 5 %.

¹⁰ Les prothèses dentaires du panier modéré sont soumises à un prix limite de vente. Les organismes complémentaires n'ont cependant aucune obligation de remboursement au-delà de la base de remboursement.

Le recours en optique ne semble pas avoir augmenté sous l'effet de la réforme : le nombre de patients ayant acheté un équipement d'optique en 2021 est proche de celui de 2019 et de 2018. Au final, les taux de pénétration du 100 % santé semblent au moins en partie liés aux niveaux de garantie proposés par les contrats de complémentaires santé avant la réforme. Les taux de pénétration sont nettement plus importants pour le dentaire et l'audiologie, biens pour lesquels les bénéficiaires avaient majoritairement, en 2019, une garantie de

remboursement inférieure à celle imposée par le 100 % santé. À l'inverse, le taux de pénétration est beaucoup plus faible en optique, où presque la totalité des bénéficiaires avaient une garantie supérieure à la fois au prix limite de vente et au niveau de remboursement AMC imposé par le 100 % santé. ●



Télécharger les données associées à l'étude

Mots clés : Dépenses de santé Reste à charge Assurance maladie Complémentaire santé 100 % santé

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G., Mikou, M., Portela, M. (dir.)** (2022, septembre). *Les dépenses de santé en 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Barlet, M, et al. (dir.)** (2019). *La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Cour des comptes** (2022, juillet). *La réforme du 100 % santé*. Communication à la commission des affaires sociales du sénat.
- > **Fouquet, M.** (2020, octobre). Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. DREES, *Études et Résultats*, 1166.
- > **Fouquet, M.** (2021, décembre). Le modèle de micro-simulation Ines-Omar 2017 – Note méthodologique détaillée. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 87.
- > **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, février). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. DREES, *Études et Résultats*, 1220.
- > **Guillot, V., Lapinte, A.** (2022, mars). Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire 2019 – Analyse des changements méthodologiques, révisions des années antérieures et premiers résultats. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 93.
- > **Lardeux, R.** (2022, juillet). « 100 % santé » : fin 2021, un peu plus de la moitié des Français en ont entendu parler. DREES, *Études et Résultats*, 1236.

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Nous contacter**
DREES-INFO@san.te.gouv.fr

> **Contact presse**
DREES-PRESSE@san.te.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Rédactrice en chef technique : Céline Roux
Chargée d'édition : Élisabeth Castaing
Composition et mise en pages : Drapeau Blanc
Conception graphique : DREES
 Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
 ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@san.te.gouv.fr