

Vue d'ensemble <

Fiches thématiques

Annexes

L'assurance maladie complémentaire (AMC), qui constitue un deuxième étage de couverture après l'assurance maladie obligatoire (AMO), couvre 96 % de la population. Si elle est essentiellement gérée par des acteurs privés, elle n'en est pas moins très régulée, avec un objectif triple : assurer un socle de prise en charge minimal, responsabiliser financièrement les patients et contenir le prix des soins. Quelques années après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des salariés en 2016, la complémentaire santé a fait l'objet de deux réformes majeures en 2019. La complémentaire santé solidaire (CSS) a été mise en place pour faciliter l'accès pour les ménages modestes à une couverture complémentaire avec un panier de soins plus large sans reste à charge. La réforme du 100 % santé, progressivement montée en charge jusqu'en 2021, a rendu accessible à tous les assurés des soins sans reste à charge sur les prothèses dentaires et auditives et en optique. Malgré ces réformes qui visent à réduire le reste à charge des ménages, des inégalités de coût de la santé continuent de peser sur les ménages âgés et modestes.

L'assurance complémentaire joue un rôle important dans le financement des dépenses de santé en France

Avec une dépense de santé de près de 3 500 euros par habitant en 2022, la France est l'un des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui consacre la part la plus élevée de sa richesse à la santé. Pour autant, la part de la dépense restant à charge des ménages y est la plus faible (fiche 14). La France se caractérise par un système d'assurance mixte, avec une assurance maladie publique obligatoire et un cofinancement des dépenses de santé par l'assurance complémentaire qui couvre 96 % de la population, taux le plus élevé des pays de l'OCDE (fiche 05).

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement des dépenses de santé. Cette assurance maladie de base, obligatoire, publique et universelle, finance 187,6 milliards d'euros de prestations (79,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux [CSBM] en 2022, fiche 03). Elle intervient sur un panier de soins large, à l'hôpital comme en ville, et laisse des copaiements aux assurés (fiche 01). Certains soins, en particulier ceux dispensés au titre des maladies chroniques, sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie

obligatoire (AMO) via le dispositif d'affectation de longue durée (ALD).

L'assurance maladie complémentaire (AMC) est le deuxième plus important financeur de la santé après l'AMO (29,7 milliards d'euros de prestations, soit 12,6 % de la CSBM en 2022). Elle complète les remboursements de l'AMO, en majeure partie sur le même panier de soins, et prend en charge une partie des copaiements ainsi que des dépenses qui découlent de la liberté tarifaire des professionnels de santé (dépassements d'honoraires et tarifs libres sur certains actes et produits). En dehors de la complémentaire santé solidaire (CSS) qui relève de la Sécurité sociale, l'AMC est assumée par des organismes privés (mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance), et représente un marché de 40,5 milliards d'euros de chiffre d'affaires (en cotisations collectées en santé) en 2022, soit près de la moitié des cotisations collectées par les organismes d'assurance dans le champ des risques sociaux (fiche 04). Les organismes complémentaires proposent deux types de contrats : des contrats individuels auprès de personnes physiques, et des contrats collectifs auprès de personnes morales (notamment des entreprises). La part de la dépense de santé financée par l'AMC



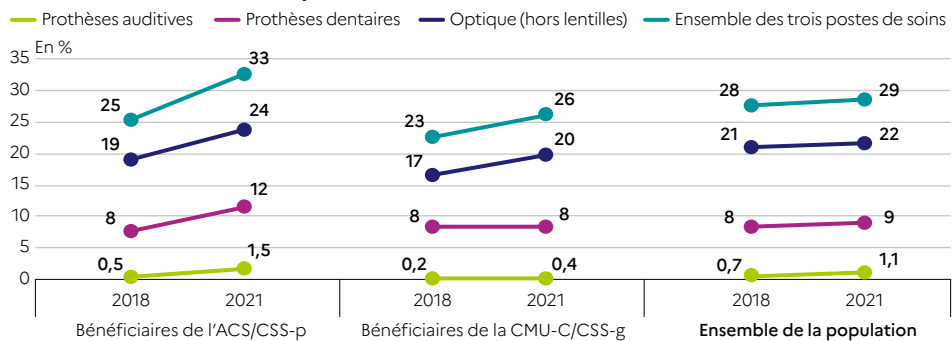
a fortement diminué en 2020 du fait de la crise sanitaire et reste en 2022 en deçà de son niveau d'avant crise (fiche 03). Une particularité française de l'assurance maladie complémentaire est qu'elle est très régulée, sur un marché comportant un grand nombre d'organismes complémentaires (près de 400 en 2022). La concentration du marché reste faible par rapport aux autres pays européens, bien que le nombre d'organismes ait été divisé par quatre en vingt ans (fiche 07). La part restant à la charge des ménages est de 7,2 % en 2022 (fiche 03).

La réforme de la complémentaire santé solidaire pour les plus modestes

Afin de favoriser l'accessibilité financière à la complémentaire santé pour les ménages modestes, la CSS a remplacé au 1^{er} novembre 2019 la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), avec notamment pour objectifs la simplification des dispositifs et la baisse du non-recours à ces aides. Accessible gratuitement ou avec une participation financière contenue, elle permet aux plus modestes de bénéficier de tarifs opposables sur les

consultations, d'être exonérés des tickets modérateurs, du forfait journalier hospitalier, des franchises et participations forfaitaires, d'avoir droit à un panier sans reste à charge pour les soins auditifs, dentaires ou optiques, et d'être dispensés d'avance de frais (tiers payant intégral). La CSS couvre 10,9 % de la population française fin 2022 (7,39 millions, dont 5,91 millions de bénéficiaires de la CSS gratuite [CSS-g], ex-CMU-C, et 1,48 million de bénéficiaires de la CSS payante [CSS-p], ex-ACS) [fiche 18]. Parmi les personnes éligibles, seules 56 % y ont effectivement recours en 2021, la réforme n'ayant que faiblement augmenté le recours au dispositif (fiche 28). Cependant, les personnes qui en bénéficient ont été relativement plus nombreuses à recourir, au moins une fois en 2021, aux prothèses auditives, dentaires et à l'optique¹ que les bénéficiaires des anciens dispositifs en 2018, en particulier les anciens bénéficiaires de l'ACS (*graphique 1*). À ce dispositif s'ajoute, pour les personnes étrangères en situation irrégulière remplissant certaines conditions de ressources et de durée de résidence, l'aide médicale de l'État (AME). Cette assurance santé publique et gratuite leur permet d'accéder sans reste à charge à un panier de

Graphique 1 Évolution du taux de recours en optique, prothèses auditives et dentaires des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, entre 2018 et 2021



ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSS-g : complémentaire santé solidaire gratuite ; CSS-p : complémentaire santé solidaire payante.

Lecture > En 2021, parmi les bénéficiaires de la CSS-p ayant recours à au moins un soin de santé sur l'année, 12 % ont recours à au moins une prothèse dentaire.

Champ > Personnes ayant eu recours en France au moins une fois dans l'année à des soins ou biens médicaux remboursables par l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'AMO. France entière.

Source > SNDS, données 2018 et 2021, calculs DREES (base RAC).

1. La plupart des garanties associées aux autres postes de soins n'ayant été que très peu modifiées par la réforme.

soins un peu plus restreint que celui de la CSS. Néanmoins, comme pour la CSS, seules un peu plus de la moitié des personnes éligibles (51 %) sont effectivement couvertes (Jusot *et al.*, 2019 ; Marsaudon *et al.*, 2023).

La non-couverture concerne toujours 12 % des personnes les plus précaires

Malgré les réformes successives, et notamment la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise entrée en vigueur en 2016 qui a permis d'améliorer la couverture des salariés précaires et de leurs ayants droit, les personnes non couvertes par une complémentaire santé (moins de 4 % de la population) sont principalement des personnes à faible revenu. Ainsi, près de 12 % des personnes de 15 ans ou plus appartenant au premier dixième de niveau de vie n'ont pas de complémentaire santé (fiche 12). Les retraités modestes sont également davantage concernés par la non-couverture (à hauteur de 11 % pour ceux faisant partie des 20 % les plus modestes), ainsi que les chômeurs (15 % de non-couverts).

Les retraités sont davantage couverts par des contrats individuels, dont le ratio prestations/cotisations est moins bon (fiche 08). Par ailleurs, si les anciens salariés du secteur privé peuvent garder le même organisme assureur au moment du passage à la retraite afin de conserver temporairement un plafonnement des tarifs, ils perdent la participation de l'employeur (fiche 12), et se retrouvent confrontés à une tarification très souvent dépendante de l'âge dans les contrats individuels qui leur est nettement défavorable (fiche 10).

La réforme du 100 % santé a amélioré le recours aux prothèses auditives et dentaires

Mise en place progressivement entre 2019 et 2021, la réforme du 100 % santé offre des paniers de biens avec un reste à charge nul sur l'optique (hors lentilles) et les prothèses dentaires et auditives. En effet, au tout début de la réforme en 2019, la moitié des restes à charge des ménages (après remboursements par l'AMO et l'AMC) provenaient de ces trois postes de soins, cette

proportion s'élevant à près de 60 % pour les personnes de 70 ans ou plus (fiche 14).

Pour chacun des trois postes de soins, les paniers avec un reste à charge nul, dits « 100 % santé », proposent des biens qui, en 2021, sont intégralement pris en charge par l'AMO et par les organismes complémentaires (pour les personnes couvertes par un contrat dit « responsable »). En parallèle, la réforme associe aux biens de ces paniers des prix limites de vente et une augmentation des remboursements par l'AMO (fiche 29). Les personnes peuvent toujours opter pour des biens en dehors du 100 % santé, définis comme des biens d'un panier dit « libre » (ou également des biens du panier dit « modéré » en dentaire). Les prix de ces biens sont libres, mais les modalités de remboursement par l'AMO et par les contrats complémentaires responsables sont régulées.

Entre 2019 et 2021, le nombre de personnes ayant acheté des prothèses auditives a augmenté de façon significative (+ 75 %), 40 % des recourants ayant choisi un bien du panier 100 % santé. Le recours à une prothèse dentaire a quant à lui augmenté de 17 %, 57 % des recourants ayant choisi un bien du 100 % santé en 2021. Les restes à charge directement supportés par les personnes devraient diminuer en dentaire et en prothèses auditives pour les plus de 60 ans principalement. Par ailleurs, sur le panier libre, les garanties moyennes offertes par les contrats de complémentaire santé ont progressé en moyenne de 150 euros pour une paire de prothèses auditives entre 2019 et 2021 (fiche 24), et ont peu évolué en dentaire (fiche 23).

En optique en revanche, l'offre 100 % santé reste peu choisie, et concerne seulement 18 % des personnes ayant acheté un équipement en 2022. En effet, avant la réforme, plus de neuf bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé responsable sur dix disposaient déjà en 2019, en optique, de garanties supérieures à celles ensuite proposées par le 100 % santé (Guilloton, 2023). Sur le panier libre, ces garanties moyennes sont ensuite restées stables, avec une prise en charge, comme pour les autres postes de soins, beaucoup plus forte pour les bénéficiaires de contrat collectif (fiche 22).



En définitive, en 2022, les organismes complémentaires sont le principal financeur de ces trois postes de soins : ils prennent en charge 61 % de la dépense en optique, prothèses dentaires et auditives (contre 13 % de la dépense tous postes de soins confondus [fiche 19]). La dépense financée par les organismes complémentaires a fortement augmenté (+ 2,4 milliards d'euros entre 2018 et 2022). La part de la dépense financée par l'AMO a également augmenté (passant de 14 % à 18 % entre 2018 et 2022, sur ces trois postes de soins) [graphique 2]. À l'inverse, la part de la dépense restant à la charge des ménages baisse : de 32 % en 2018 à 21 % en 2022 sur ces trois postes de soins.

Une relative stabilité des garanties depuis 2019 sur les autres postes de soins

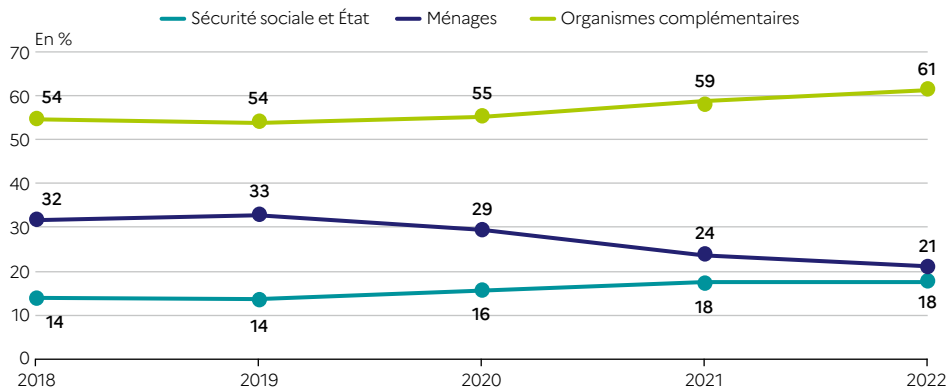
Les garanties des contrats de complémentaire santé sont, depuis de nombreuses années, très encadrées par les pouvoirs publics, avec des objectifs multiples : réduire les restes à charge des patients et améliorer l'accès aux soins, les inciter à respecter le parcours de soins, contenir les prix pratiqués par les professionnels de santé. Cela

conduit à homogénéiser l'offre de garanties entre les contrats sur de nombreux postes de soins. En dehors des postes de soins concernés par la réforme du 100 % santé, les garanties ont peu changé entre 2019 et 2021², que ce soit pour les dépenses de spécialistes (fiche 20), hospitalières (fiche 21), ou pour les médicaments (fiche 25). Cependant, les bénéficiaires de contrat collectif continuent de disposer d'un niveau de couverture global plus élevé en moyenne que les bénéficiaires de contrat individuel (fiche 27). Ces écarts de couverture s'expliquent principalement par les différences de garanties sur les paniers libres en optique, dentaire et audiologie.

Une différenciation des contrats via des réseaux de soins et une prise en charge des soins non remboursables par l'assurance maladie obligatoire

Au-delà de la prise en charge des dépassements, les contrats se différencient également sur des actes de prévention ou sur des soins non pris en charge par l'AMO. Par exemple, des consultations de soins non conventionnels sont prises en charge pour plus de huit bénéficiaires de

Graphique 2 Part de la dépense en optique, prothèses auditives et dentaires financée par chaque acteur, entre 2018 et 2022



Note > Pour les prothèses auditives, les dépenses 2018 et 2019 des organismes complémentaires sont estimées statistiquement, les données n'ayant été récoltées qu'à partir de l'année 2020.

Lecture > En 2018, 54 % de la dépense totale en optique, prothèses auditives et dentaires était prise en charge par les organismes complémentaires, 32 % par les ménages, et 14 % par la Sécurité sociale ou l'État.

Sources > DREES, comptes de la santé.

2. Un changement méthodologique conséquent dans l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) ne permet pas de comparer les chiffres de 2019 avec les années antérieures. La comparaison avec les données du précédent Panorama (Barlet et al., 2019) n'est de ce fait pas possible (annexe 3).

contrat de complémentaire sur dix (fiche 26). Les prestations connexes, de confort ou situées à la périphérie du système de soins, restent très minoritaires dans les prestations versées par les organismes (environ 7 %) [fiche 19]. Les contrats se différencient également par l'offre de réseaux de soins (fiche 09), qui a moins d'intérêt suite à la réforme du 100 % santé, mais peut rester intéressante pour des biens du panier libre. Sept organismes complémentaires sur dix sont ainsi liés à un réseau d'opticiens et quatre sur dix à un réseau de dentistes. L'offre de ces prestations progresse peu sur la période récente.

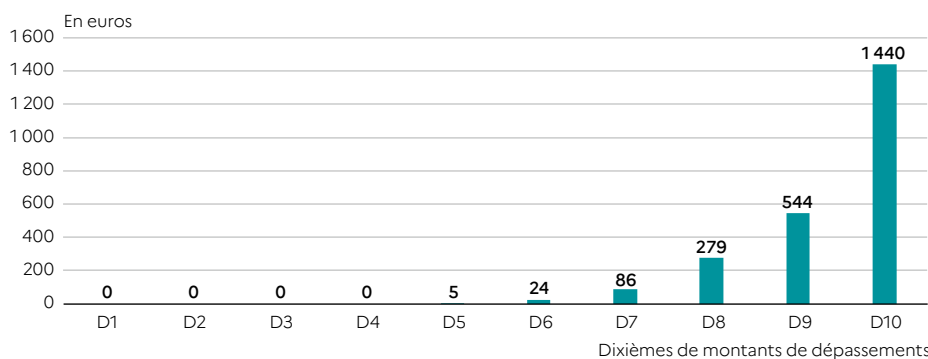
Un risque à couvrir croissant avec l'âge

Suite aux réformes successives, l'intégralité du reste à charge opposable (hors franchises et participations forfaitaires), constitué des tickets modérateurs (sauf pour certains médicaments et les cures thermales) et des forfaits journaliers hospitaliers, est prise en charge pour les personnes assurées par un contrat de complémentaire santé responsable, ainsi que pour les bénéficiaires de la CSS. Ceci correspond à la moitié du risque qu'il

reste à couvrir après l'intervention de l'AMO, sur le champ restreint des dépenses individualisables et remboursables par cette dernière (fiche 02). L'autre moitié est composée de dépassements, qui sont pris en charge de façon variable par les complémentaires santé. Les dépassements hors du panier 100 % santé³ sont très concentrés (45 % des patients n'en ont aucun sur l'année, en 2021) et peuvent représenter une dépense importante : 1 440 euros en moyenne pour les 10 % des patients ayant eu le plus de dépassements dans l'année en 2021 (graphique 3).

Dans ce contexte, le risque de reste à charge extrême est réduit : il concerne les patients non couverts par une complémentaire santé et les patients exposés à de forts dépassements. Le dispositif ALD joue ici un rôle protecteur : en prenant en charge en moyenne 92 % de leurs dépenses de santé⁴ (contre 66 % de celles de la population générale, fiche 02), l'intervention de l'AMO permet à ces patients atteints de pathologies chroniques et coûteuses d'avoir un risque à couvrir comparable à celui de la population générale (hors CSS) à âge donné, en particulier à

Graphique 3 Distribution des montants de dépassements (hors panier 100 % santé) par dixièmes, en 2021



Lecture > Les 10 % des personnes ayant payé le plus de dépassements (D10) dans l'année (hors équipements auditifs, optiques et dentaires du panier 100 % santé), parmi la population ayant eu au moins une dépense de santé dans l'année, ont réglé en moyenne 1 440 euros en 2021. En revanche, plus de 40 % de la population (D1 à D4) ne s'est acquittée d'aucun dépassement.

Champ > Population des consommateurs du Système national des dépenses de santé (SNDS) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'AMO. France entière.

Sources > SNDS, données 2021, calculs DREES (base RAC).

³. Les dépassements liés à un bien du panier 100 % santé sont, eux, obligatoirement et entièrement pris en charge par les contrats responsables.

⁴. Seules les dépenses (hors dépassements) en lien avec leur(s) ALD sont remboursées à 100 % par l'AMO.



partir de 45 ans. Du fait de leurs restes à charge, les patients en ALD ont généralement intérêt à être également couverts par une complémentaire santé pour leurs dépenses hors ALD, prises en charge suivant les règles de droit commun⁵. En revanche, ce système laisse un risque à assurer qui reste très croissant en fonction de l'âge : de 250 euros par personne et par an en moyenne entre 20 et 29 ans à plus de 1 000 euros par an au-delà de 80 ans (fiche 02), notamment en raison de dépassements. Le marché concurrentiel de l'AMC repose donc fortement sur sa capacité à tarifier en fonction de l'âge. Sur le marché de la complémentaire individuelle, les organismes appliquent une tarification à l'âge (pour 95 % des personnes couvertes par un contrat individuel, alors que seules 10 % des personnes couvertes ont une tarification au revenu,

fiche 10). Ainsi, pour un assuré « de référence » (fiche 11), la prime (ou cotisation) mensuelle d'un contrat individuel est de 33 euros en moyenne à 20 ans contre 146 euros à 85 ans, avec d'importantes disparités selon le niveau de prise en charge des contrats.

Les ménages au sein desquels la personne la plus âgée a 70 ans ou plus ont des restes à charge finaux, après remboursements par l'AMO et l'AMC (590 euros annuels, en 2019⁶) trois fois plus élevés que ceux où les membres ont moins de 40 ans (206 euros annuels) [graphique 4 et fiche 15]. Néanmoins, les primes pèsent bien davantage sur les ménages âgés que les restes à charge : les primes des ménages au sein desquels la personne la plus âgée a 70 ans ou plus (1 534 euros annuels en 2019) sont trois fois plus élevées que pour ceux où les membres ont moins de 40 ans (510 euros).

Graphique 4 Partage de la dépense de santé entre financeurs selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage, en 2019

| Tranches d'âge | En euros | | | | |
|-----------------|----------------|--------------|-----------|------------|------------|
| | Dépense totale | AMO | CMU-C | AMC privée | Ménages |
| 20-39 ans | 3 458 | 2 612 | 93 | 545 | 206 |
| 40-59 ans | 5 380 | 4 079 | 68 | 879 | 352 |
| 60-69 ans | 7 431 | 6 100 | 38 | 849 | 443 |
| 70 ans ou plus | 11 729 | 9 974 | 6 | 1 156 | 590 |
| Ensemble | 6 722 | 5 425 | 54 | 855 | 387 |

AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

Note > Montant annuel moyen par ménage (en euros). Les barres sont proportionnelles au sein des colonnes mais pas entre les colonnes.

Lecture > Un ménage dont l'individu le plus âgé a 70 ans ou plus a une dépense de santé annuelle moyenne de 11 729 euros en 2019, dont 9 974 euros lui sont remboursés par l'AMO. Il a 1 752 euros de reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO), dont, en moyenne, 6 euros pris en charge par la CMU-C, 1 156 euros par sa complémentaire santé privée éventuelle, et 590 euros restent finalement à la charge du ménage.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

5. Ils sont d'ailleurs 96 % à être couverts par une complémentaire santé, un taux équivalent à celui de l'ensemble de la population.

6. Ces montants, issus du modèle de microsimulation Ines-Omar 2019 (encadré 1), sont calculés avant l'entrée en vigueur de la réforme du 100 % santé ; les équipements dentaires, optiques et auditifs représentaient alors 60 % du montant de liberté tarifaire, et constituaient près de la moitié des RAC AMC (fiche 15). Néanmoins, ces postes de soins continuent de peser davantage dans le budget des personnes plus âgées, en raison de dépassements qui subsistent en optique, dentaire et audiologie où leurs besoins de soins sont plus forts (fiche 02).

Encadré 1 Les sources mobilisées

Cet ouvrage mobilise de nombreuses sources de la statistique publique pour dresser un panorama complet de la complémentaire santé (annexe 2). Les données collectées auprès des organismes complémentaires par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et par l'Urssaf Caisse nationale renseignent les montants relatifs à l'activité des organismes complémentaires. Celles-ci alimentent le cadre plus large des comptes de la santé au sein desquels sont produits les principaux indicateurs macroéconomiques sur les dépenses de santé en France. Ces indicateurs compatibles avec le formalisme du System of Health Accounts (SHA) rendent possibles les comparaisons internationales sur ces données. Des enquêtes de la statistique publique et de la recherche (enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie [SRCV], enquête santé européenne [EHIS] et enquête Santé et Protection sociale [ESPS]) permettent de recueillir des informations auprès d'un échantillon représentatif de ménages sur leur couverture. L'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) les complète avec des informations très précises sur les garanties des contrats les plus souscrits¹. L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) permet de connaître finement les prises en charge proposées par les entreprises du secteur privé à leurs salariés. L'exploitation des données administratives fines et exhaustives du Système national des données de santé (SNDS) permet une vue globale sur l'ensemble des dépenses de santé remboursables par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et sur leurs remboursements par l'AMO, à l'hôpital et en soins de ville, pour l'ensemble de la population française. Si les informations relatives aux remboursements de complémentaire santé n'existent pas à ce jour dans le SNDS, cette source reste néanmoins très utile pour calculer le risque à couvrir par la complémentaire santé. Faute de données individuelles représentatives sur les remboursements de complémentaire santé, le modèle de microsimulation Ines-Omar construit par la DREES rapproche les différentes sources disponibles listées ci-dessus pour étudier la distribution des financements et prestations du système d'assurance maladie français et de ses composantes (assurances publique et privée, reste à charge final pour les ménages).

La DREES met à disposition sur son site internet un outil de datavisualisation relatif aux dépenses et aux restes à charge en santé après remboursement par l'assurance maladie obligatoire sous forme de graphiques interactifs (espace Datavisualisation de la DREES). Par ailleurs, les tableaux détaillés des résultats des différents millésimes de l'enquête OC ainsi que les comptes de résultat technique en santé des organismes complémentaires sont disponibles sur l'espace Open Data de la DREES.

1. L'annexe 3 détaille les changements méthodologiques ayant affecté l'enquête.

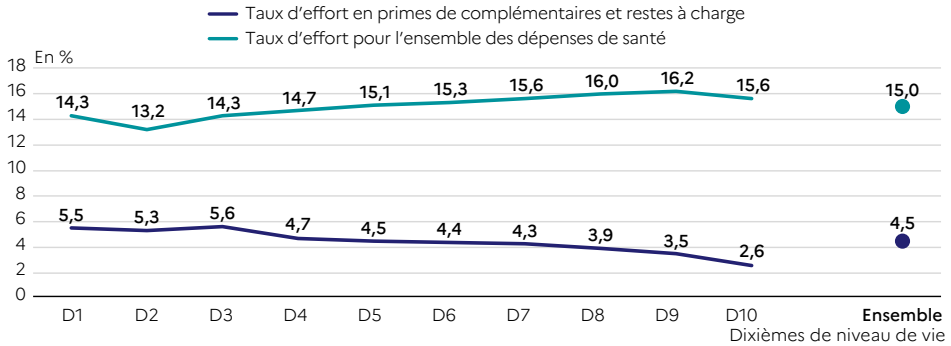
Contrairement à l'assurance publique, l'assurance privée ne réduit pas les inégalités de niveau de vie

Au total, le poids de la santé pour les ménages, comprenant les primes versées aux complémentaires santé ainsi que le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC), s'élevait en 2019 en moyenne à 4,5 % de leur revenu disponible, mais à 7,3 % pour les ménages au sein desquels une personne au moins était âgée de 70 ans ou plus. Ce poids est plus élevé pour les ménages modestes (graphique 5 et fiche 15). En considérant également le financement de l'AMO, le poids de la

santé est croissant avec le niveau de vie (d'environ 14 % pour les ménages les plus modestes à 16 % au-delà du septième dixième de niveau de vie). En effet, contrairement à l'AMO, qui effectue une redistribution entre personnes selon leur niveau de vie grâce à un financement progressif et des prestations élevées pour les ménages modestes, l'AMC privée (hors CSS) induit très peu de transferts entre classes de niveaux de vie (fiche 16). Par ailleurs, en incluant les avantages fiscaux et sociaux, les aides publiques à la complémentaire santé prises dans leur ensemble bénéficient non seulement aux plus précaires grâce à la CSS mais aussi aux 20 % des ménages les plus aisés, via



Graphique 5 Taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé selon leur niveau de vie, en 2019



Note > Montant annuel moyen par ménage exprimé en pourcentage du revenu disponible, après puis avant prélèvement du financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Lecture > Un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) consacre en 2019 en moyenne 5,5 % de son revenu disponible aux primes de complémentaire santé (y compris TSA, hors participation employeur et chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS] éventuels) et au reste à charge final non couvert en santé. Il consacre en moyenne 14,3 % de son revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO à l'ensemble de ses dépenses de santé (contribution au financement de l'AMO, primes, reste à charge).

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

notamment l'abattement d'impôt sur le revenu sur les cotisations de complémentaire santé d'entreprise ou les d'aides socio-fiscales pour les indépendants, au détriment des classes moyennes et des retraités (fiche 16 et Fouquet, Pollak, 2022). Le partage entre AMO et AMC a donc une influence conséquente sur la redistribution opérée par le système d'assurance maladie (encadré 2).

96 % des salariés ont accès à une complémentaire santé d'entreprise à la suite de sa généralisation en 2016

L'accès à une assurance complémentaire s'est étendu progressivement dans la population, passant de 84 % de la population française de 15 ans ou plus couverte en 1996 à 96 % en 2019 (fiche 12). Une réforme majeure a été la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, à la suite de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 entré en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Depuis cette date, tout employeur de droit privé doit proposer une complémentaire santé à ses salariés et participer au paiement de la prime d'assurance à hauteur de 50 % au minimum (fiche 13). Les salariés ont

obligation de la souscrire, sauf situations particulières de dispense. Ainsi, 84 % des établissements du secteur privé employant au moins un salarié proposaient en 2017 une complémentaire santé à leurs salariés, contre 51 % avant la loi de 2016. L'accès à la complémentaire santé d'entreprise a principalement profité aux salariés les plus précaires et à leurs ayants droit, ainsi qu'à une partie des chômeurs. Pour autant, des disparités perdurent, avec une moindre couverture des salariés dont les salaires sont les plus bas ou ceux en contrat de travail à durée déterminée (CDD). Par ailleurs, 38 % des salariés qui ont accès à une complémentaire santé d'entreprise en sont soit dispensés, soit auraient aimé l'être, en particulier parmi les jeunes et les plus modestes (fiche 13). L'encadrement de l'AMC est propice au développement d'un troisième étage de couverture, et plusieurs acteurs, en particulier les institutions de prévoyance et les mutuelles, se sont positionnés en développant de nouveaux produits : les surcomplémentaires santé. Ces contrats, principalement commercialisés en collectif (dans sept cas sur dix), couvrent 2,8 millions de personnes en 2021 (fiche 17).

Encadré 2 Les réformes possibles de l'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire

Afin d'améliorer l'efficacité du système d'Assurance maladie français, des réflexions sur l'articulation entre assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMC) et sur une éventuelle réorganisation de leur répartition existent de longue date (voir par exemple Briet, Fragonard [2007], Geoffard, de Lagasnerie [2012], Dormont, Geoffard, Tirole [2014], Cour des comptes [2016]... et de nombreuses tribunes comme celle de M. Hirsch et D. Tabuteau [2017]). Un travail collégial du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) s'est récemment inscrit dans cette lignée, et le rapport publié en janvier 2022¹ a précisé et chiffré quatre scénarios possibles pour améliorer et clarifier l'articulation entre Sécurité sociale et assurance maladie complémentaire. Le premier scénario propose des réformes visant à répondre à certaines limites du système actuel, sans modifier son architecture ; le deuxième scénario propose l'instauration d'une assurance privée obligatoire, universelle et mutualisée ; le troisième scénario (appelé « Grande sécu ») propose qu'une augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale vienne se substituer en grande partie au marché de la complémentaire privée ; et le quatrième scénario propose une séparation des postes de soins remboursés par la Sécurité sociale et les assurances privées, redonnant ainsi une plus grande liberté de définition des garanties proposées par les assurances privées (scénario de « décroisement »). Ce Panorama n'aborde pas cette thématique de réformes envisageables, mais il complète ces réflexions – qui restent d'actualité – en apportant la photographie la plus récente possible du système de remboursements et restes à charge, ainsi que des éléments d'évaluation des réformes menées ces dernières années (100 % santé, remplacement de la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS] par la complémentaire santé solidaire [CSS]).

1. Voir HCAAM (2022).

Les contrats collectifs offrent une meilleure couverture, pour une population en moyenne plus jeune

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016 a conduit à accroître la part de salariés couverts par une complémentaire collective, en partie du fait de salariés nouvellement couverts, mais principalement *via* un transfert de salariés couverts par une complémentaire individuelle vers une complémentaire collective. Ainsi, en 2019, 81 % des salariés du secteur privé déclarent être couverts par un contrat collectif (*graphique 6* et *fiche 12*). Les contrats collectifs concernent aussi, *via* les ayants droit notamment, 13 % des salariés du secteur public, 10 % des travailleurs indépendants, 43 % des étudiants et 22 % des chômeurs (ces derniers étant sinon couverts pour 36 % d'entre eux par une complémentaire santé individuelle privée et pour 27 % par la CMU-C/CSS). Du fait de leur retrait du marché du travail et de la composition

de leur ménage, les retraités sont presque exclusivement couverts par des contrats individuels, à hauteur de 93 %.

La généralisation de la complémentaire santé au sein de la fonction publique, prévue à partir de 2025 (*annexe 1*), augmentera encore la segmentation des risques santé entre les contrats collectifs, qui couvrent une population plus jeune, et les contrats individuels, au sein desquels la moyenne d'âge des personnes couvertes augmente (*fiche 12* et *Fouquet, 2020 ; Pierre, 2022*). Or, les contrats collectifs sont en moyenne plus couvrants que les contrats individuels, puisque 58 % des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'un contrat classé comme « très couvrant », contre seulement 11 % des bénéficiaires de contrat individuel (*fiche 27*). Par ailleurs, les contrats collectifs reversent sous forme de prestations une plus grande part des cotisations et sont ainsi plus intéressants du point de vue des assurés.

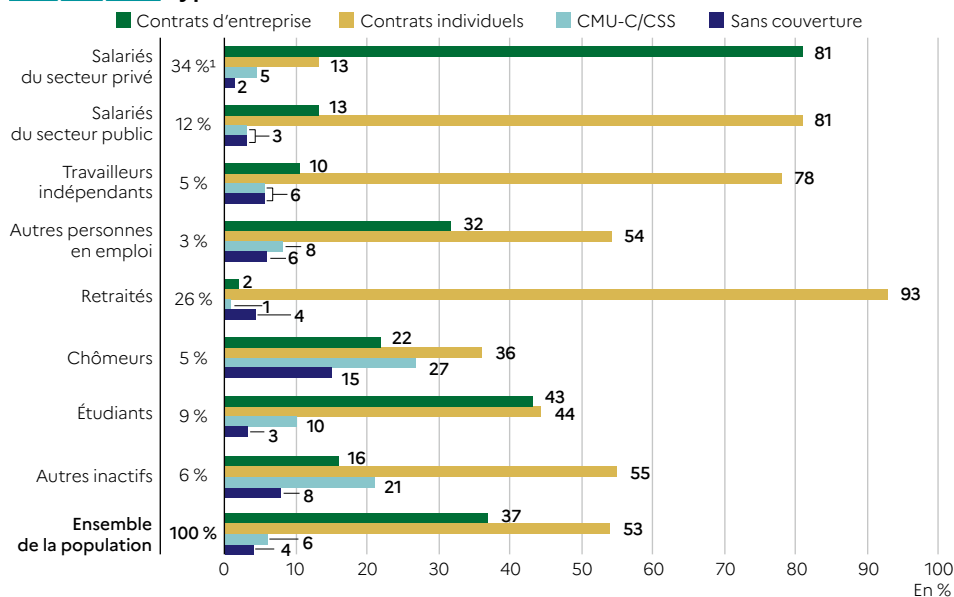


Le ratio entre prestations et cotisations est de 87 % contre 74 % pour les contrats individuels en raison de charges de gestion moindres (graphique 7 et fiche 08). En moyenne, les organismes complémentaires réalisent des

excédents sur les contrats individuels, et des déficits sur les contrats collectifs.

Enfin, les contrats collectifs ont une tarification plus solidaire, qui ne dépend pas de l'âge et plus souvent du revenu, et qui est un peu

Graphique 6 Types de couverture selon la situation sur le marché du travail, en 2019



CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSS : complémentaire santé solidaire.

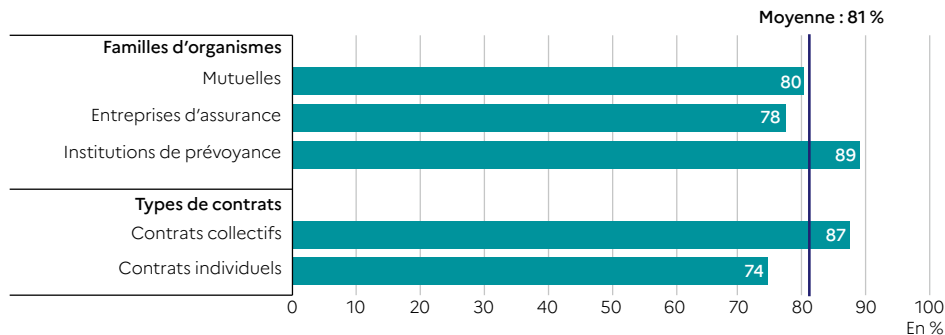
1. Les chiffres de cette colonne indiquent la part de chaque catégorie dans la population totale.

Lecture > En 2019, 13 % des salariés du secteur privé (qui représentent 34 % de la population) sont couverts par un contrat individuel de complémentaire santé.

Champ > Population française métropolitaine âgée de 15 ans ou plus.

Sources > DREES, EHS 2019.

Graphique 7 Rapport prestations sur cotisations, en 2022



Lecture > En 2022, les mutuelles reversent à leurs assurés 80 % des cotisations sous forme de prestations.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) en 2022 et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2022.

Source > ACPR, calculs DREES.

plus favorable aux familles. L'avantage financier pour les familles se manifeste néanmoins moins fréquemment qu'avant par un contrat « forfait famille » proposant la gratuité dès le premier enfant, et désormais plus souvent par une gratuité seulement à partir du 2^e, 3^e, ou 4^e enfant (fiche 10).

Les mutuelles continuent de perdre du terrain au profit des entreprises d'assurance

Les mutuelles sont les principaux acteurs du marché de la complémentaire santé : elles regroupent 69 % des organismes et 47 % du chiffre d'affaires total des organismes complémentaires en 2022. Leur part de marché est toutefois en baisse : elle a diminué de 6 points en 10 ans (graphique 8 et fiche 07), principalement au profit des entreprises d'assurance.

Les entreprises d'assurance, dont la part de marché est passée de 30 % en 2012 à 36 % en 2022, ont la spécificité, par rapport aux autres familles d'organismes, d'avoir une activité en santé largement minoritaire dans leur chiffre d'affaires (6 %, contre 48 % pour les institutions de prévoyance et 82 % pour les mutuelles, fiche 06) et d'être des sociétés à but lucratif (à l'exception des sociétés d'assurance mutuelles).

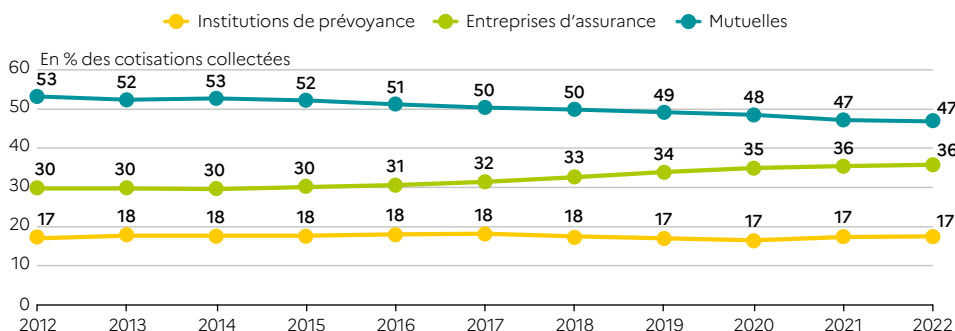
Les institutions de prévoyance, à but non lucratif, représentent 17 % du marché. Elles sont spécialisées dans les contrats collectifs (87 % de

leur chiffre d'affaires en 2021) et reversent en moyenne la plus grande part de leurs cotisations sous forme de prestations (89 %, contre 80 % pour les mutuelles et 78 % pour les entreprises d'assurance, graphique 7). Elles sont déficitaires sur leur activité santé (résultat technique de -2,7 % des cotisations collectées hors taxe en 2022) ; déficit contrebalancé par des excédents sur leurs activités d'assurance-vie (fiche 08).

Les organismes complémentaires peuvent se rapprocher par le biais de groupes d'assurance : 42 % des organismes, représentant 85 % des cotisations en santé, appartiennent à des groupes d'assurance (fiche 07).

Les organismes complémentaires sont soumis à deux prélèvements spécifiques assis sur les cotisations santé qu'ils perçoivent : la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et la contribution au forfait patientèle médecin traitant (FPMT). Le taux moyen effectif de ces prélèvements spécifiques s'élève, en 2022, à 14,1 % des cotisations santé. Ce taux est relativement stable depuis dix ans, à l'exception des années 2020 et 2021 pendant lesquelles a été instaurée une contribution exceptionnelle liée à la crise Covid-19, dans un contexte où les dépenses de gestion de l'épidémie étaient principalement prises en charge par l'AMO et où les dépenses de santé hors Covid-19, en particulier les dépenses de ville (dont la part prise en charge par l'AMC est plus élevée), ont connu un choc ponctuel à la baisse (annexe 1 bis). ■

Graphique 8 Parts de marché de l'assurance santé, de 2012 à 2022



Lecture > En 2022, les mutuelles ont collecté 47 % des cotisations en santé, contre 53 % en 2012.

Champ > Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières). Parts de marché en matière de cotisations collectées.

Source > ACPR, calculs DREES.



Pour en savoir plus

- > Les données en datavisualisation sur les dépenses de santé et leur prise en charge par l'assurance maladie obligatoire en France sont disponibles dans l'espace Datavisualisation de la DREES.
- > Des données complémentaires sur l'enquête OC sont disponibles dans l'espace Open Data de la DREES : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr, thème Santé et système de soins, enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) 2019 à 2021.
- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Barlet, M. et al. (dir.)** (2019). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2019*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Briet, R., Fragonard, B.** (2007, septembre). *Mission Bouclier sanitaire*. Paris, France : La Documentation Française.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS)** (2022). Fiche 3.2 – La réforme du 100 % Santé. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale. Rapport : résultats 2021, prévisions 2022 et 2023*.
- > **Cour des comptes** (2016, septembre). *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*.
- > **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.
- > **Dormont, B., Geoffard, P.-Y., Tirole, J.** (2014). Refonder l'assurance-maladie. *Les notes du conseil d'analyse économique*, 12.
- > **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, septembre). Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 101.
- > **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.
- > **Geoffard, P.-Y., de Lagesnerie, G.** (2012). Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation. *Économie et Statistique*, 455-456.
- > **Guillotot, V.** (2023, mars). 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. DREES, *Études et Résultats*, 1260.
- > **Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)** (2022, janvier). *Rapport du HCAAM. Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire*.
- > **Hirsch, M., Tabuteau, D.** (2017, janvier). Créons une assurance-maladie universelle. *Le Monde*, tribune, 14 janvier 2017.
- > **Jusot, F. et al.** (2019, novembre). Le recours à l'aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 245.
- > **Marsaudon, A., Jusot, F., Dourgnon, P.** (2023, juillet-août). Accès aux soins et lieux de soins usuels des personnes sans titre de séjour couvertes par l'Aide médicale de l'État. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 280.
- > **Pierre, A.** (2022, octobre). Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture : les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Irdes, *Documents de travail*, 89.