

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 plus de 95 % de la population. Si elle est essentiellement gérée par des acteurs privés, elle n'en est pas moins très régulée. Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics ont mis en place un encadrement croissant des niveaux de prise en charge avec un objectif triple : responsabiliser financièrement les patients, assurer un socle de prise en charge minimal et contenir les prix pratiqués par les professionnels de santé. Une des dernières mesures en date visant à renforcer l'accès à la complémentaire santé a été la généralisation de la complémentaire d'entreprise, entrée en application le 1^{er} janvier 2016. À sa suite, près de neuf salariés sur dix sont couverts par un contrat collectif en 2017, contre sept sur dix en 2014. Il s'agit surtout d'un transfert de couverture de l'individuel vers le collectif plus que d'un élargissement du champ des personnes couvertes. Dans l'ensemble, les niveaux de couverture ont continué à progresser, mais des inégalités demeurent, et les dispositifs pour les plus modestes restent indispensables.

L'assurance complémentaire joue un rôle important dans le système d'assurance maladie français

Avec une dépense de santé de près de 3 000 euros par habitant en 2017, 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 directement à la charge des ménages y est la plus faible (7,5 %). Ceci s'explique par un système d'assurance mixte (voir fiche 04). L'assurance maladie de base, obligatoire, publique et universelle, prend en charge 77,8 % de la dépense (voir fiche 02). Elle intervient sur un panier de soins large à l'hôpital comme en ville, et laisse des copaiements aux assurés de droit commun. Certains soins, en particulier ceux dispensés au titre des maladies chroniques *via* le système des affections de longue durée (ALD), sont pris en charge à 100 %. L'assurance maladie obligatoire (AMO) est complétée par un système d'assurance complémentaire, qui intervient sur le même panier de soins, et prend en charge une partie des copaiements ainsi que des dépenses qui découlent de la liberté tarifaire (dépassements d'honoraires et tarifs libres sur certains actes et produits) [voir fiche 01]. L'assurance complémentaire santé (AMC), qui couvre plus de 95 %

de la population, est principalement assumée par des organismes privés et représente près de 36 milliards d'euros de chiffre d'affaires (en cotisations collectées en 2016) [voir fiche 03]. Une particularité française de l'AMC est qu'elle est très régulée, sur un marché comportant un grand nombre d'acteurs (474 en 2017), même si celui-ci est de plus en plus concentré (voir fiche 07). Malgré les dispositifs d'exonération, notamment pour les soins au titre des maladies chroniques (ALD), les dépenses de santé après remboursements par l'AMO peuvent atteindre des niveaux très élevés. Ainsi, chaque année, 10 % des assurés sont exposés à des restes à charge supérieurs à 2 000 euros et 1 % à des restes à charge supérieurs à 5 000 euros. Ce risque potentiellement très élevé a conduit les pouvoirs publics à promouvoir l'accès à l'assurance complémentaire.

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

L'assurance complémentaire forme un deuxième étage de prise en charge, dont l'universalisation progressive a été appuyée par les pouvoirs publics par différents dispositifs (voir annexe 1). La dernière réforme majeure en date a été la généralisation de



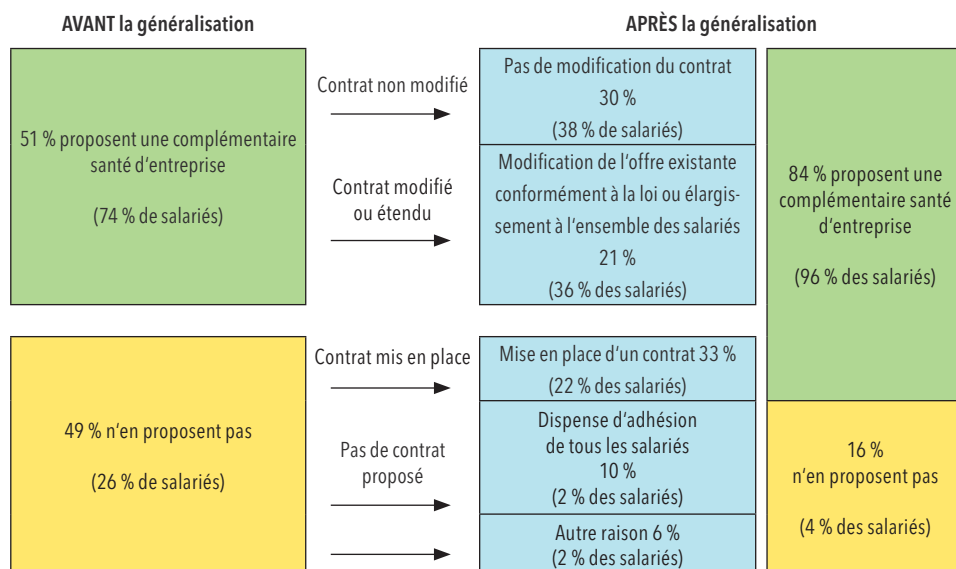
la complémentaire d'entreprise, inscrite dans la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013, à la suite de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 (ANI). Cette loi a rendu obligatoires à partir du 1^{er} janvier 2016 la souscription d'une offre de complémentaire santé par les entreprises du secteur privé à destination de tous leurs salariés, ainsi que l'adhésion des salariés à la complémentaire santé d'entreprise. En 2017, 84 % des établissements, employant 96 % des salariés, proposent désormais un contrat de complémentaire santé à leurs salariés, contre 51 % des établissements, employant 74 % des salariés, auparavant (schéma 1). Les établissements nouvellement couverts dépendent en premier lieu d'entreprises de petite taille, dans les secteurs de l'enseignement, de la santé et de l'action sociale, et des autres activités de services (voir fiche 13). À la suite de la généralisation, 14 % des salariés ont fait valoir une dispense d'adhésion (voir fiche 26). Dans certaines entreprises, en particulier de petites tailles,

cette dispense concerne l'ensemble des salariés, et constitue ainsi le principal motif de non-couverture des établissements (voir fiche 24).

Un basculement modéré de la couverture individuelle vers la couverture collective

La quasi-totalité des salariés (97 %) bénéficiaient d'une complémentaire santé, individuelle ou collective, avant 2016. La réforme a donc 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 couverture complémentaire individuelle vers une complémentaire collective. Ainsi, si 71 % des salariés hors ceux du particulier employeur étaient déjà couverts en 2014 par une complémentaire santé collective, soit en tant qu'ouvriers droit, soit en tant qu'ayants droit, on estime qu'ils sont entre 87 % et 89 % après la généralisation, dont 4 % à 6 % en tant qu'ayants

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



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

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

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

droit (voir fiche 12). Au niveau macro-économique, la perte de marché des contrats individuels reste contenue : le montant des cotisations des contrats collectifs a augmenté de 11 % entre 2015 et 2017, et celui des contrats individuels a baissé de 0,7 % (voir fiche 06).

Les mutuelles perdent du terrain au profit des sociétés d'assurances

Cette évolution globale masque cependant des différences selon les trois types d'organismes qui se partagent le marché de la complémentaire santé : les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance (voir fiche 07). Le transfert de contrats individuels vers des contrats collectifs, à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, a davantage bénéficié aux sociétés d'assurances : entre 2015 et 2017, le chiffre d'affaires des contrats collectifs des sociétés d'assurances a augmenté de 22,3 %, alors que, dans le même temps, la hausse était de 9,0 % pour les institutions de prévoyance et de 3,1 % pour les mutuelles. Durant la même période, le chiffre d'affaires des contrats individuels des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance a diminué respectivement de 1,2 % et de 2,2 %, tandis que celui des mutuelles est resté relativement stable (-0,3 %).

Les mutuelles, premier acteur du marché de la complémentaire santé regroupant 73 % des organismes et 51 % du chiffre d'affaires total, sont en effet surtout actives sur le marché de l'assurance individuelle (70 % de leurs bénéficiaires et de leur chiffre d'affaires). Elles s'adressent souvent à des populations ciblées (fonctionnaires d'une administration, salariés ou retraités d'une branche professionnelle, etc.) et détiennent la part la plus élevée de souscripteurs de 60 ans ou plus. Compte tenu de leur positionnement majoritaire sur le marché de l'individuel, on pouvait s'attendre, avec l'extension de la complémentaire collective à l'ensemble des entreprises du secteur privé, à une perte de part de marché pour les mutuelles. Or, celle-ci a certes reculé, passant de 54 % en 2013 à 51 % en 2017, mais cela prolonge une tendance à la baisse depuis plusieurs années (voir fiche 07).

D'après l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCÉ), les entreprises ayant mis

en place ou modifié leur offre à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise se sont davantage tournées vers les sociétés d'assurances et moins souvent vers des mutuelles que les entreprises qui étaient déjà couvertes et n'ont pas modifié leur contrat (voir fiche 25), même si les mutuelles restent l'interlocuteur privilégié. Lors de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les branches d'activité avaient la possibilité de recommander un organisme complémentaire. Néanmoins, à peine un quart des établissements ayant mis en place une complémentaire santé ou revu leur offre ont reçu une recommandation de leur branche. Parmi eux, un peu plus de la moitié l'ont suivie (voir fiche 25).

Une amélioration des niveaux de couverture des salariés

La généralisation de la complémentaire santé collective a été globalement favorable aux salariés. Les deux tiers de ceux ayant connu des évolutions du coût ou des remboursements de leur complémentaire santé se déclarent satisfaits (voir fiche 26). En effet, les entreprises doivent désormais financer la complémentaire d'entreprise au minimum à hauteur de 50 %. Même si les entreprises nouvellement couvertes se contentent majoritairement d'une participation au niveau du minimum légal (voir fiche 24), le cofinancement des contrats par les employeurs n'a pas baissé et atteint en moyenne 58 % (voir fiche 13). Par ailleurs, les garanties des contrats collectifs sont, le plus souvent, plus élevées que celles des contrats individuels (voir fiche 10) et dépassent souvent le panier minimal défini pour les contrats collectifs (panier ANI). Les garanties sont toutefois moins généreuses pour les entreprises nouvellement couvertes (voir fiche 24). Enfin, les contrats collectifs appliquent des modes de tarification plus solidaires et favorables aux familles que les contrats individuels qui fixent les primes principalement à l'âge (voir fiche 11). Leur retour sur cotisations est également plus élevé (voir fiche 08).

Des dispositifs encore indispensables pour les plus modestes

Les personnes les plus précaires et, en particulier, celles exclues du marché du travail, ne bénéficient



pas, pour la plupart, de la complémentaire collective et de sa généralisation.

Plusieurs dispositifs existent afin de permettre aux ménages modestes de bénéficier néanmoins d'une prise en charge complémentaire à l'AMO, tels que la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). La CMU-C, proposée aux ménages dont les revenus sont les plus modestes, compte 5,5 millions de bénéficiaires en 2017 (voir fiche 16). En 2018, 1,2 million de personnes bénéficient d'un contrat ACS, soit +25 % depuis la réforme du dispositif en 2015 (voir fiche 17). Néanmoins, le taux de recours au dispositif demeure inférieur à celui de la CMU-C, et le reste à charge de ses bénéficiaires reste élevé sur certains postes de soins, notamment pour les prothèses dentaires, l'optique et les audioprothèses. L'ACS sera remplacée par une CMU-C soumise à participation financière en 2019.

Des inégalités de couverture subsistent

Malgré ces dispositifs, les personnes non couvertes par une complémentaire santé (moins de 5 % de la population) sont principalement des personnes à faible revenu : travailleurs précaires, chômeurs ou inactifs. Le potentiel de diffusion de la généralisation de la complémentaire d'entreprise à ces personnes est relativement limité. L'extension de la portabilité des contrats pour les chômeurs jusqu'à un an après la perte d'emploi, prévue dans la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013, est un droit que font valoir la moitié d'entre eux (voir fiche 26). Pour les autres, seulement une partie peut bénéficier indirectement des effets de la généralisation en tant qu'ayant droit d'un salarié. Si les effets sur les ayants droits ne pourront être pleinement mesurés qu'à partir de la prochaine enquête en population générale, les premières estimations indiquent que le taux de non-couverts ne baisserait que d'un point de pourcentage du fait de la généralisation (voir fiche 12). Il subsiste donc des inégalités de couverture, particulièrement pour les personnes n'ayant pas accès à des complémentaires collectives.

Contrairement à l'AMO, l'assurance complémentaire crée peu de redistribution entre les personnes les plus modestes et les plus aisées (voir fiche 05).

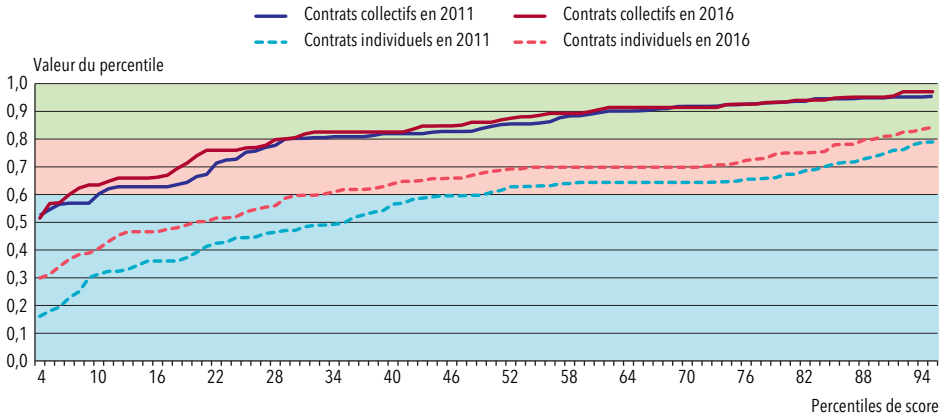
Elle mutualise donc le risque entre les personnes en bonne santé et les malades, mais pas ou peu entre classes d'âge sur le marché individuel pour lequel la tarification à l'âge est la norme. Ainsi, les retraités sont exposés aux primes et aux restes à charge les plus élevés. Ces dépenses pèsent particulièrement sur les revenus des plus modestes d'entre eux (voir fiche 14).

Des niveaux de prise en charge de plus en plus encadrés

En parallèle de cette tendance à l'universalisation de la complémentaire santé, les pouvoirs publics se sont attachés à un encadrement croissant des niveaux de prise en charge. Plusieurs objectifs sont poursuivis : responsabiliser financièrement les patients, *via* la création de participations financières ne devant pas être couvertes par les complémentaires santé, et la modulation de la prise en charge selon le respect du parcours de soins (voir fiche 01) ; assurer un socle de prise en charge minimale, *via* des planchers de prise en charge ; contenir les prix pratiqués par les professionnels de santé, *via* la fixation de plafonds de prise en charge, de tarifs opposables, et prochainement de prix de vente plafonnés sur le panier 100 % santé. Une partie importante de la prise en charge des dépenses de santé est donc homogène entre les différents contrats et, de façon générale, le niveau de prise en charge des contrats a augmenté ces dernières années sur le marché individuel (*graphique 1*) [voir fiche 11].

Les évolutions des garanties diffèrent cependant selon les postes de soins. Pour les dépassements d'honoraires, le respect d'un écart de garanties minimal entre les consultations auprès de spécialistes ayant adhéré à un contrat d'honoraires maîtrisés (contrat d'accès aux soins [CAS], puis option de pratique tarifaire maîtrisée [Optam]) et les spécialistes appliquant des honoraires libres, a conduit à une amélioration, pour les contrats les moins couvrants, des garanties dans le CAS plutôt qu'à une baisse des garanties hors CAS. Les montants versés par les complémentaires aux bénéficiaires des contrats les plus couvrants sont, eux, plus faibles en 2016 qu'en 2011, en raison du plafonnement des garanties hors CAS et d'une hausse des remboursements de la Sécurité sociale dans le CAS (voir fiche 19). La prise en charge illimitée du forfait hospitalier par les contrats

Graphique 1 Distribution des bénéficiaires selon le score de prise en charge de leur contrat



Note > Les contrats de classe 1 sont définis comme ceux pour lesquels le score est inférieur à 0,6. Les contrats de classe 2 sont ceux pour lesquels le score est compris entre 0,6 et 0,8. Les contrats de classe 3 sont ceux pour lesquels le score est supérieur à 0,8.

Lecture > En 2016, 29 % des bénéficiaires de contrats collectifs ont un contrat dont le score de prise en charge est inférieur à 0,8.

Champ > Bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016, extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats ; SNDS-DCIR 2016.

responsables depuis 2015 a réduit le risque de restes à charge élevés en cas d'hospitalisation pour de nombreux assurés (voir fiche 23). En optique, si le plafonnement a eu un effet sur les garanties les plus élevées, la tendance globale à la hausse des garanties souscrites se poursuit (voir fiche 20). Pour les prothèses dentaires et auditives, au cours des dernières années, les garanties ont surtout augmenté sur le marché individuel, mais les contrats collectifs continuent d'offrir en moyenne de meilleures prises en charge. Pour la majorité des assurés, les garanties restent nettement en deçà des prix pratiqués (voir fiche 22). Les prises en charge en optique, dentaire et audioprothèses seront substantiellement modifiées dans les années à venir par la mise en œuvre de la réforme « 100 % santé », qui vise à assurer une prise en charge complète de ces soins dans le cadre d'un panier de soins défini (voir annexe 1).

Réactions du marché et développement de nouveaux acteurs

Face à cette régulation du marché de la complémentaire santé par les pouvoirs publics, il est aujourd'hui plus que jamais nécessaire de s'intéresser aux comportements de ses acteurs. Grâce à l'enrichissement

des données d'enquête et l'exploitation des données fines et exhaustives du système national des données de santé (SNDS) [voir annexe 3], cet ouvrage apporte trois nouveaux éclairages en ce domaine. Le premier permet d'illustrer les effets de la régulation des prix et des volumes par la fixation de planchers et de plafonds de prise en charge à partir de l'exemple du marché de l'optique, à la suite de la réforme des contrats responsables de 2015 (voir fiche 21). Le second s'intéresse au développement des réseaux de soins auxquels sont liés désormais, en optique, la moitié des organismes complémentaires – couvrant huit bénéficiaires sur dix – et, en dentaire, un tiers des organismes – couvrant six bénéficiaires sur dix (voir fiche 09). Enfin, l'encadrement de l'AMC est propice au développement d'un troisième étage de couverture, et plusieurs acteurs, en premier lieu les mutuelles, se sont positionnés en développant de nouveaux produits, les surcomplémentaires santé. Ces contrats couvrent 2,4 millions de personnes. Ils sont principalement commercialisés en collectif (dans sept cas sur dix), et plus fréquemment non responsables lorsqu'ils sont uniquement commercialisés sur le marché individuel (voir fiche 15). ■