

*Fédération  
Française  
des Sociétés  
d'Assurances*

# Atelier Santé du 2 octobre 2008

---

- **Les dépenses de soins**
- **Les financeurs**
- **Le contrat complémentaire santé**

# Les dépenses de soins

---

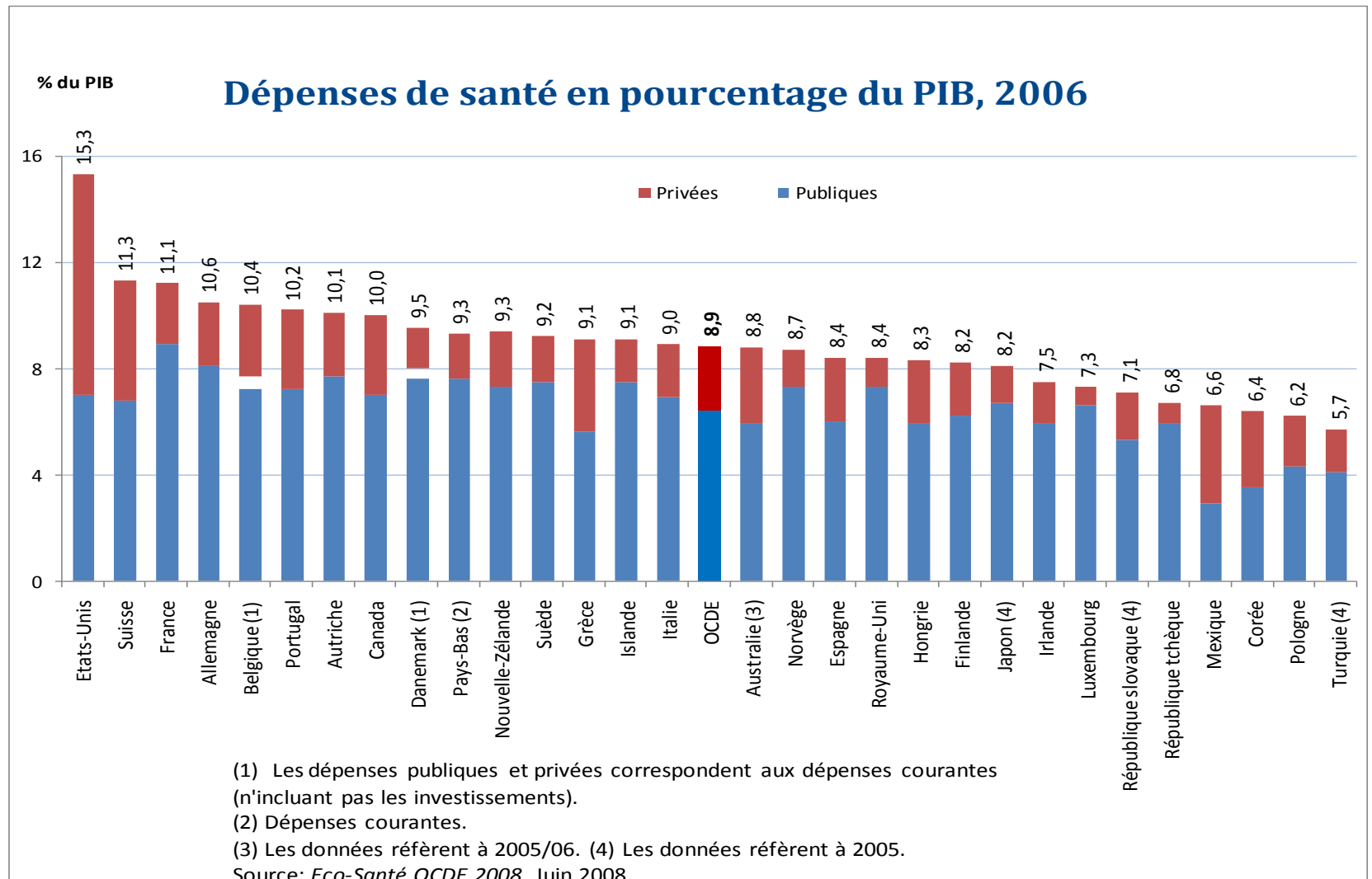
**Dépenses de santé en pourcentage du PIB**

**Typologie et évolution des soins et  
consommateurs**

**Concentration des dépenses de santé**

**Nombre de personnes couvertes par une  
complémentaire santé y compris CMUC en  
2006**

# Les dépenses de soins



# Les dépenses de soins

## Typologie et évolution des soins et consommateurs

- Dépenses de santé moyenne d'un français par an

Selon les comptes nationaux de la santé, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève **en 2007 à 162,8 milliards d'euros**, soit une progression en valeur de + 4,7 % par rapport à 2006. **La CSBM par habitant est de 2 577 €** en augmentation de 4,1 % par rapport à 2006.

- Evolutions des dépenses de santé (rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2004) :

L'écart entre la croissance des dépenses d'assurance maladie et la croissance des recettes est la variable centrale déterminant les projections sur longue période. Les évolutions passées des dépenses de santé mènent à ce constat :

- Les dépenses d'assurance maladie remboursées par le Régime général ont **progressé**, en valeur, **de 6,2%** par an en moyenne **de 1982 à 2002** ;
- déflatées des prix du PIB, les dépenses d'assurance maladie ont progressé de **3,2%** soit **1,1% de plus que le PIB**.

# Les dépenses de soins

## Concentration des dépenses de santé

5 % de la population représente 51 % des dépenses de santé

20 % de la population représente 77 % des dépenses de santé

	Dépense moyenne (€)	% cumulé		% cumulé inverse	
		Dépenses	Population	Dépenses	Population
0 %-5 %	9	0%	5%	100%	100%
5 %-10 %	39	0%	10%	100%	95%
10 %-15 %	71	0%	15%	100%	90%
15 %-20 %	109	1%	20%	100%	85%
20 %-25 %	151	1%	25%	99%	80%
25 %-30 %	199	2%	30%	99%	75%
30 %-35 %	252	2%	35%	98%	70%
35 %-40 %	315	3%	40%	98%	65%
40 %-45 %	386	4%	45%	97%	60%
45 %-50 %	470	6%	50%	96%	55%
50 %-55 %	569	7%	55%	94%	50%
55 %-60 %	687	9%	60%	93%	45%
60 %-65 %	831	12%	65%	91%	40%
65 %-70 %	1 011	15%	70%	88%	35%
70 %-75 %	1 241	18%	75%	85%	30%
75 %-80 %	1 550	23%	80%	82%	25%
80 %-85 %	2 013	28%	85%	77%	20%
85 %-90 %	2 757	36%	90%	72%	15%
90 %-95 %	4 360	49%	95%	64%	10%
95 %-100 %	17 784	100%	100%	51%	5%

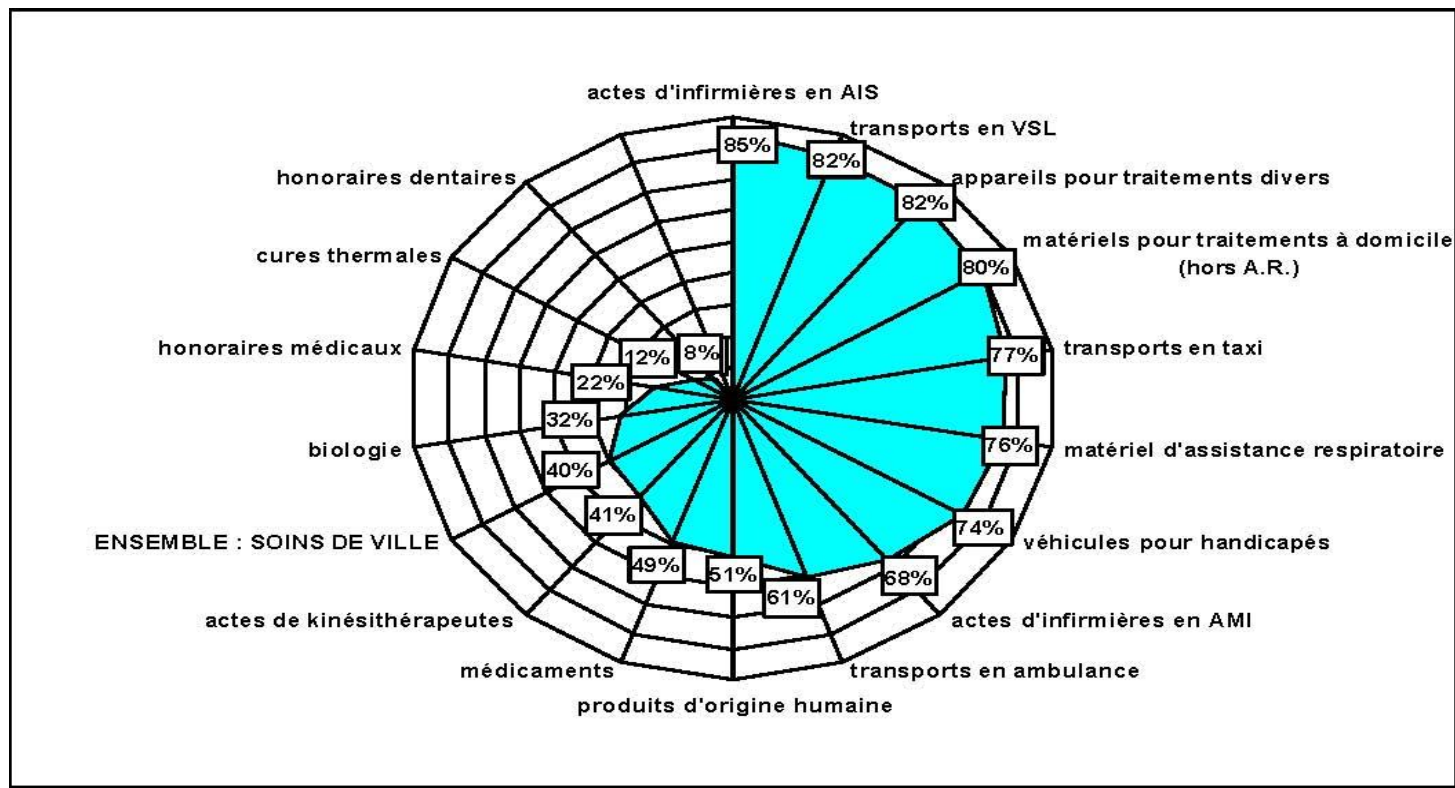
CNAMTS-DSE/DEPAS

Source : EPAS (1/600ème) Régime Général (hors SLM) Métropole

# Les dépenses de soins

## Part des dépenses de soins de ville consacrées aux personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) par type de prestations

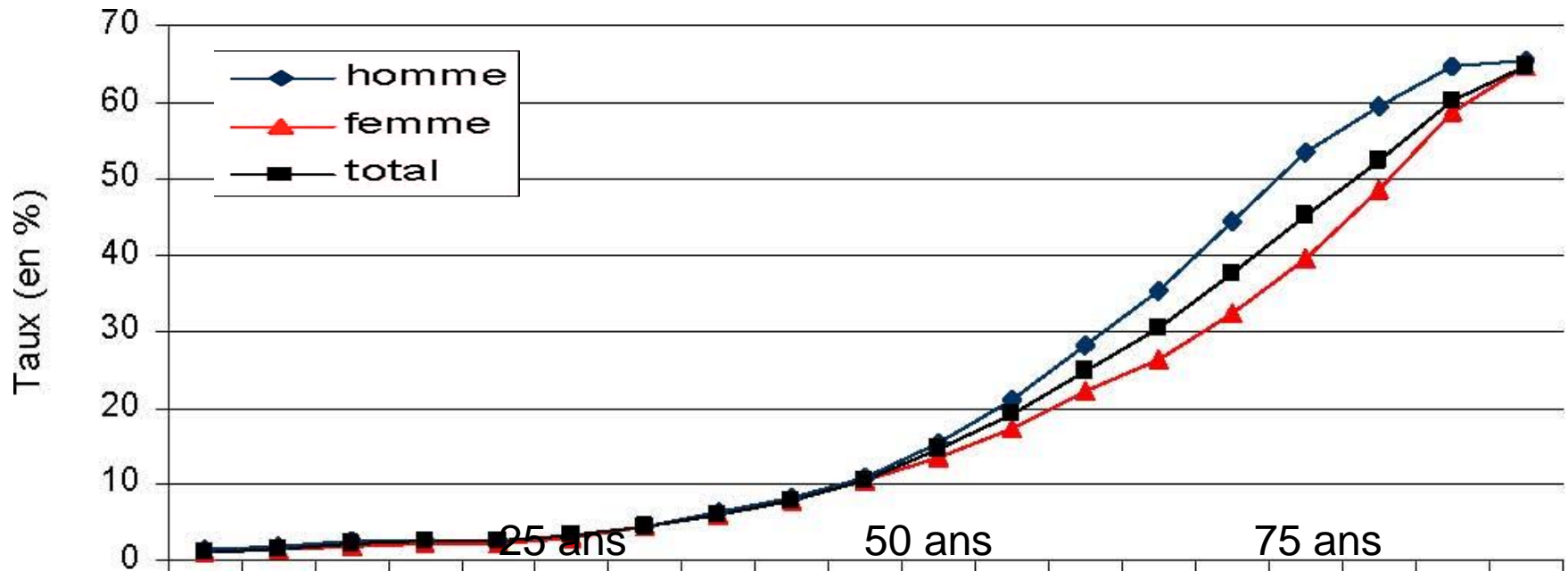
(source : risque maladie – remboursements de l'année 2002- régime général)



# Les dépenses de soins

## Taux de patients en ALD par sexe et par classe d'âge – régime général

(y compris les sections locales mutualistes)  
(source : étude « fréquence et coût des ALD » 2004 - CNAMTS)



# Les dépenses de soins

## Nombre de personnes couvertes par une complémentaire santé y compris CMUC en 2006

- Selon l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), près de 93 % de la population (soit près de 59 millions de personnes) était couverte par une couverture complémentaire y compris CmuC.
- Selon les estimations de la FFSA (à partir des données de l'Irdes et du fonds Cmu), environ 54 % de la population couverte l'était par l'intermédiaire de leur entreprise et 46 % différemment.  
13,3 millions d'individus étaient assurés auprès d'une société d'assurances (soit près de 21 % de la population et environ 22% de la population couverte).
- 4 861 392 de personnes sont bénéficiaires de la CmuC : 621 577 sont assurées auprès d'un organisme complémentaire dont 120 500 auprès d'une société d'assurances.

# Les financeurs

---

**Le système français de sécurité sociale**

**Les régimes complémentaires**

**Les outils de régulation**

**Financement des dépenses de soins de  
santé**

# Les financeurs

## Le système français de sécurité sociale

- La Sécurité sociale est composée de plusieurs régimes obligatoires (3 principaux régimes et des régimes spécifiques dits « spéciaux ») :
- le **régime général**, couvrant les salariés ne relevant pas d'un régime spécial et diverses catégories assimilées ;
  - le **régime agricole**, qui couvre les salariés agricoles, métayers et les exploitants agricoles ;
  - le **régime des professions non salariés non agricoles : le régime social des indépendants (RSI)** qui couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales ;
  - les **régimes spéciaux** : le régime des mines, de la SNCF, de la RATP, d'EDF-GDF, de la Banque de France, de l'Assemblée nationale, du Sénat, le régime des clercs et employés de notaire, etc.

# Les financeurs

## Les régimes complémentaires

➔ Les 3 « familles » d'assureurs complémentaires sont :

- la mutualité, représentée par la Fédération nationale de la mutualité française (**FNMF**),
- les assureurs représentés par la Fédération française des sociétés d'assurances (**FFSA**)
- les Institutions de Prévoyance représentés par le Centre technique des instituts de prévoyance (**CTIP**).
- Elles siègent à l'Unocam (Union Nationale des organismes d'assurances maladie complémentaire) aux côtés de **l'instance de gestion du régime local** d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements **du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle**, du Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances (**GEMA**) et de la Fédération Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles (**FNIM**).

# Les financeurs

- **L'Unocam et l'Uncam** (Union nationale des caisses d'assurance maladie) qui regroupe les trois principaux régimes d'assurance maladie ont été créées par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 dans le but de :
  - coordonner les actions entreprises par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les régimes complémentaires ;
  - créer les conditions d'une participation renforcée des organismes complémentaires au fonctionnement du système de soins ;
  - associer les régimes complémentaires à la politique de gestion du risque développée par les régimes obligatoires d'assurance maladie ;
  - l'Unocam forme, avec l'Uncam et l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), le socle de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie.

# Les financeurs

## Les outils de régulation

- L'Ondam (Objectif national des dépenses de l'assurance maladie), outil de régulation des dépenses de santé
  - Depuis 1996, chaque année, le Parlement vote l'Ondam, pour l'année à venir, dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale. Cet objectif concerne les dépenses remboursées par l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Il ne comprend pas les frais non couverts par l'assurance maladie (le ticket modérateur, les dépassements d'honoraires médicaux, les prestations exclues de par leur nature du remboursement).
  - Cet objectif global est décliné en **quatre objectifs** prévisionnels sectoriels :
    - les dépenses de soins de ville ;
    - les dépenses des hôpitaux ;
    - les dépenses des établissements d'hospitalisation privés ;
    - les dépenses des établissements médico-sociaux (enfance inadaptée et adultes handicapés).

# Les financeurs

## Les outils de régulation

- Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie
  - **Créé par la loi du 13 août 2004**, le comité d'alerte est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'**Ondam**.
  - Chaque année, au plus tard le 1er juin, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur le respect de l'Ondam pour l'exercice en cours. Le risque de dépassement est jugé sérieux si son ampleur prévisible est supérieure à un seuil fixé à 0,75 % et qui ne peut excéder 1 %.
  - Depuis sa création, **l'Ondam a été systématiquement dépassé** à l'exception de la première année de sa mise en œuvre (1997) et en 2005.

# Les financeurs

## Financement des dépenses de soins de santé

### Soins de santé

#### Dépenses de soins de santé

(en milliards d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007
<b>■ Régimes obligatoires</b>	108,6	113,9	118,8	122,7	127,3
<b>■ Organismes complémentaires</b>	17,5	19,0	19,6	20,4	21,3
Sociétés d'assurances	4,0	4,5	4,7	5,0	5,3
Mutuelles <sup>(1)</sup>	10,0	10,7	11,2	11,6	12,1
Institutions de prévoyance	3,5	3,8	3,7	3,8	3,9
<b>■ Ménages</b>	11,8	12,0	12,8	13,5	14,2
<b>■ Ensemble</b>	<b>137,9</b>	<b>144,9</b>	<b>151,2</b>	<b>156,6</b>	<b>162,8</b>

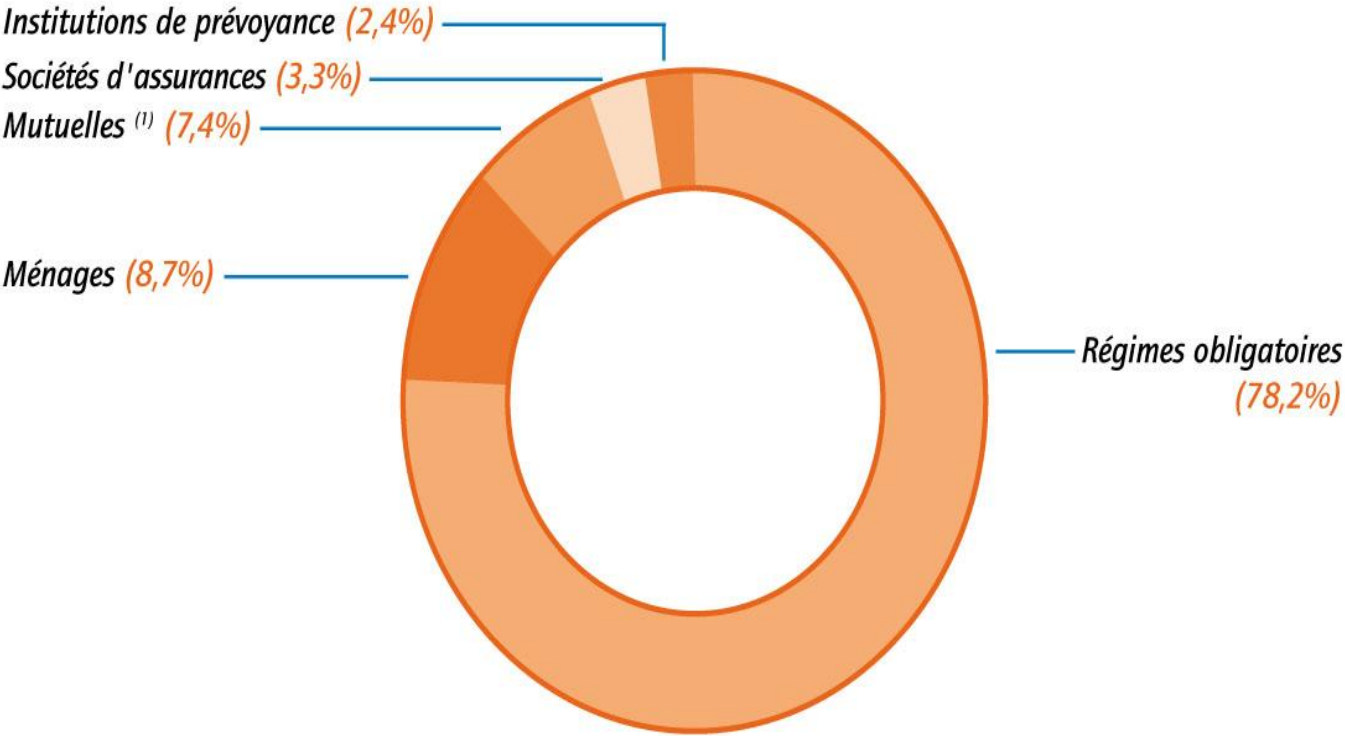
(1) relevant du Code de la mutualité

Sources : Comptes nationaux de la santé et estimations FFSA

# Les financeurs

## Dépenses de soins de santé en 2007

162,8 milliards d'euros



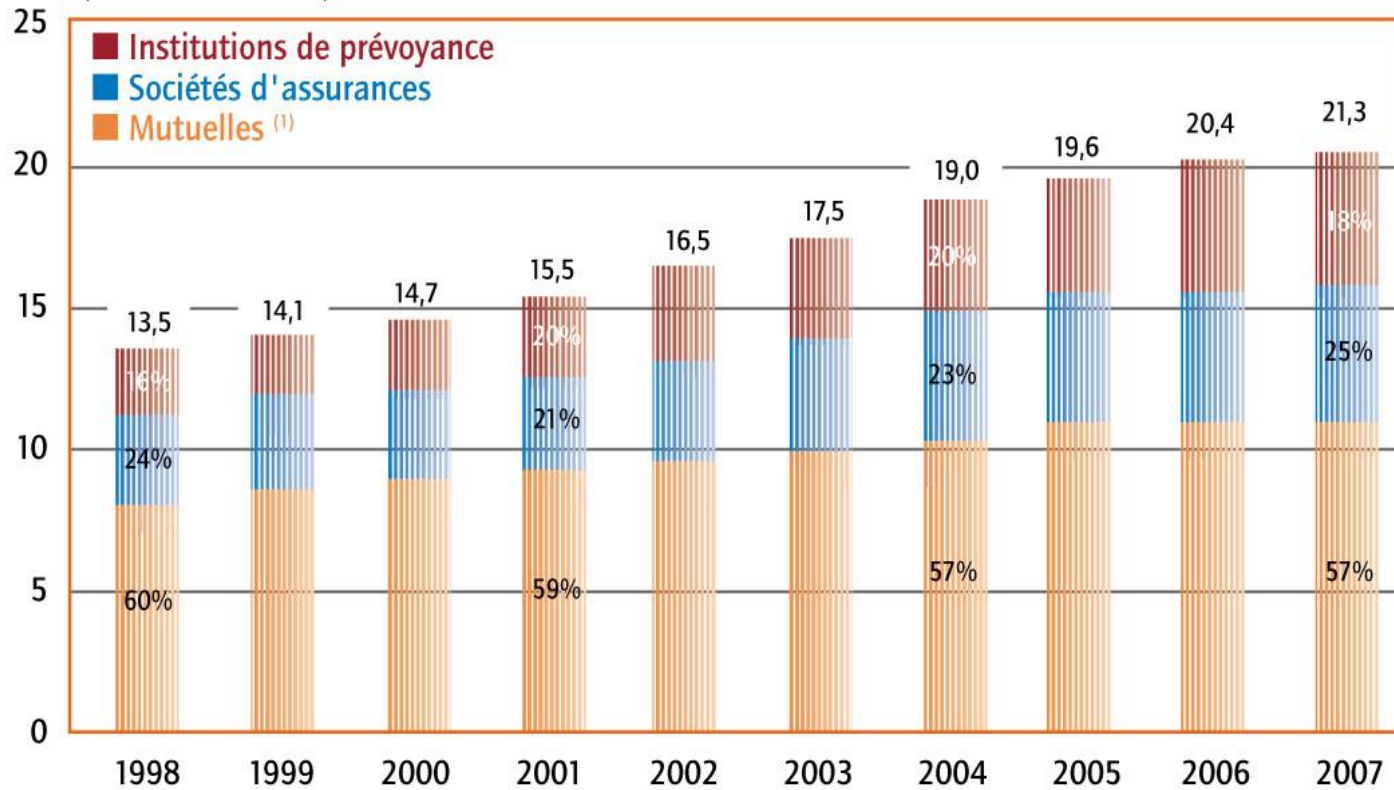
(1) relevant du Code de la mutualité

Source : estimations FFSA

# Les financeurs

## Dépenses des organismes complémentaires

(en milliards d'euros)



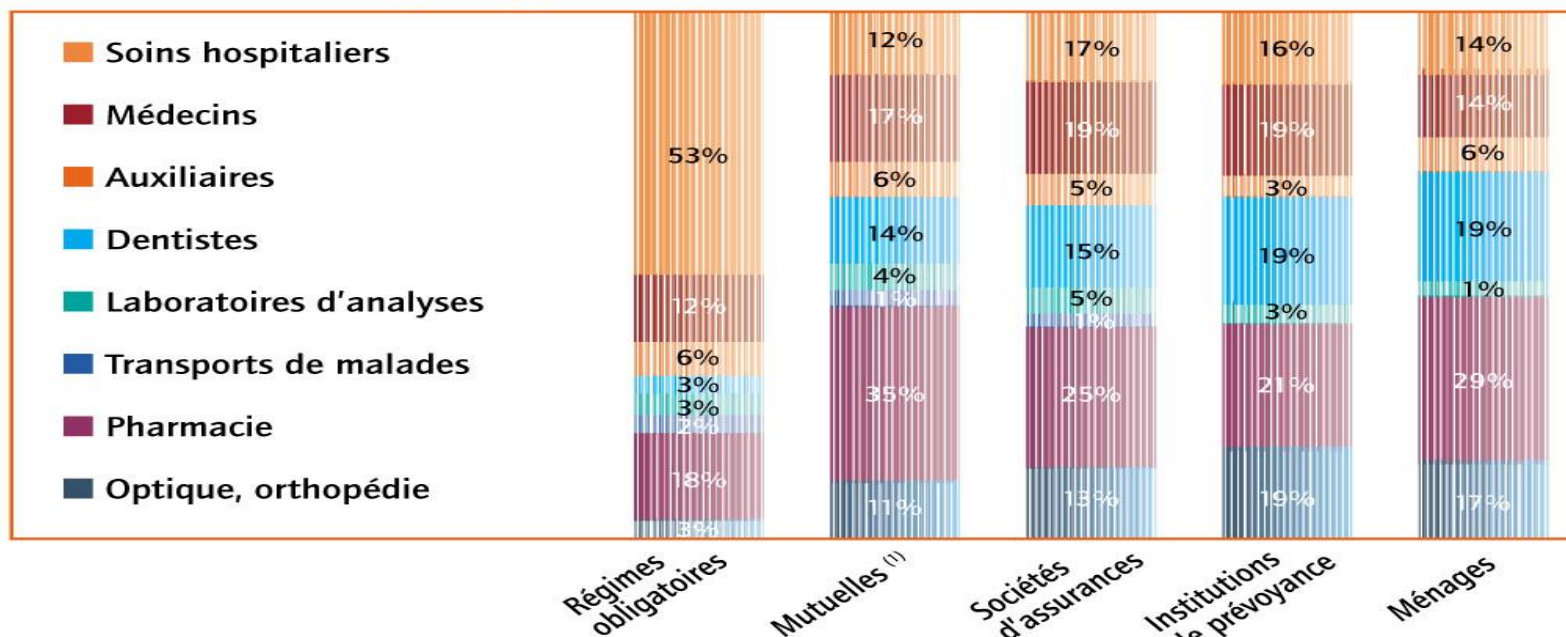
(1) relevant du Code de la mutualité

Sources : Comptes nationaux de la santé et estimations FFSA

# Les financeurs

D'après les estimations de la FFSA portant sur les dépenses de santé, hors les personnes exonérées du ticket modérateur, l'ensemble des complémentaires prend en charge environ 34 % des dépenses de laboratoires d'analyses, plus de 26 % de celles de pharmacie et près de 40 % du poste « autres biens médicaux » constitué lui-même à près de 50 % des frais d'optique.

## Dépenses de soins de santé par type de prestations en 2006



(1) relevant du Code de la Mutualité

Source : Comptes nationaux de la santé

# Le contrat complémentaire santé

---

**Les règles de remboursement de la Sécurité sociale**

**Les types de contrats**

**Une solidarité organisée**

**Les garanties des contrats complémentaires**

**La prime d'assurance**

# Le contrat complémentaire santé

## Les règles de remboursement de la Sécurité sociale

- **Tarif de convention** : le tarif de référence sur lequel se base la Sécurité sociale pour calculer les remboursements. Ce tarif résulte des conventions conclues entre les syndicats des professionnels de santé et la Sécurité sociale.
- **Tarif de responsabilité** : le tarif de base sur lequel la Sécurité sociale détermine son remboursement. Ce tarif est calculé par la Sécurité sociale seule dans la mesure où il n'existe pas de convention établie entre cet organisme et les syndicats des professionnels de la santé.
- **Tarif d'autorité** : le tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes médicaux pratiqués par les professionnels de santé non conventionnés avec la Sécurité sociale.
- **Tarif opposable** : tarif fixé dans le cadre d'un contrat appelé "convention" qui lie la profession de santé concernée à l'Assurance maladie. Ce tarif est dit "opposable" car le professionnel de santé conventionné en secteur 1 ne peut percevoir plus dans le cadre du contrat qu'il a signé.

# Le contrat complémentaire santé

## Les types de contrats

- Les garanties de remboursement des frais de soins et des biens médicaux varient selon les contrats : **de la prise en charge du seul ticket modérateur au remboursement total ou partiel des frais laissés à la charge de l'assuré.** Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé ne sont jamais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire mais peuvent l'être par le contrat complémentaire santé.
- **Le ticket modérateur** : la différence entre le tarif de base (ou tarif de convention) de la Sécurité sociale, et le remboursement qu'effectue cette dernière. Ce taux de remboursement varie en fonction des actes et médicaments, de l'état de santé de l'assuré, du respect ou non du parcours de soins coordonné (passage par le médecin traitant).

Exemple : le tarif d'une consultation d'un médecin généraliste conventionné en secteur 1 est de 22 €. Le taux de remboursement prévu par la Sécurité sociale est de 70 % de cette somme, soit 15,40 €. On soustrait de ce total 1 € au titre de la participation forfaitaire (cf.infra contrat responsable).

C'est ce qu'on appelle le ticket modérateur :  $22 \text{ €} - 15,40 \text{ €} - 1 \text{ €} = 7,60 \text{ €}$

# Le contrat complémentaire santé

## Les types de contrats

- Le contrat complémentaire santé peut être **souscrit soit à titre individuel, soit à titre collectif** en adhérant à un groupe par l'intermédiaire de l'employeur ou d'associations, professionnelles ou non.
- **Contrat individuel** : le tarif est calculé en fonction des garanties choisies par le souscripteur. Celui-ci paye intégralement sa cotisation.
- **Contrat collectif** : le tarif est également calculé en fonction des garanties choisies. Le contrat collectif est à **adhésion facultative ou obligatoire** :
  - l'employeur prend en charge une partie des cotisations, généralement 60 %. Lorsqu'il est à adhésion obligatoire (et sous réserve qu'il revête un caractère « responsable » cf. infra), le contrat collectif est assorti d'exonérations sociales pour l'employeur et d'exonérations fiscales pour les salariés ;
  - l'adhésion obligatoire résulte nécessairement d'une convention ou d'un accord collectif de travail, d'un référendum ou d'une décision unilatérale de l'employeur.

# Le contrat complémentaire santé

## Une solidarité organisée

→ La loi Evin du 31 décembre 1989

- **Les garanties** couvrant les frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident **sont viagères**, dès la souscription du contrat. **L'assureur ne peut donc pas résilier le contrat** et les assurés, quant à eux, ont le droit de résilier avec en général seulement un préavis de 2 mois.
- La couverture santé du contrat collectif à adhésion obligatoire est maintenue au bénéfice des salariés quittant l'entreprise, le tarif proposé ne peut être supérieur de plus de 50% au tarif global applicable aux salariés actifs.
- Dès la souscription des garanties couvrant les frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, **l'assureur ne peut ni réduire les garanties, ni majorer le tarif d'un assuré individuellement.**
- Les **états pathologiques antérieurs à la souscription du contrat santé sont obligatoirement pris en charge** par l'organisme complémentaire.

# Le contrat complémentaire santé

## Une solidarité organisée

➔ Le contrat responsable créé par la loi du 13 août 2004

- **Les garanties des contrats responsables doivent répondre à un cahier des charges** commun à tous les contrats complémentaire santé, **qu'ils soient individuels ou collectifs** et à tous les organismes complémentaires.
- **Le cahier des charges des contrats responsables définit des obligations et des interdictions de prise en charge** de certains remboursements en complément de l'AMO pour les organismes complémentaires.

A titre d'exemple, dans le parcours de soins, les contrats responsables doivent rembourser au moins 30 % du tarif opposable pour les consultations du médecin traitant et du médecin correspondant et hors du parcours de soins, les contrats responsables ont interdiction de rembourser la partie correspondant à la baisse du remboursement de l'AMO pour non respect du parcours de soins.

# Le contrat complémentaire santé

## Une solidarité organisée

### → Le contrat responsable

- Dans tous les cas, les contrats responsables ne prennent pas en charge le forfait d'1€ sur les consultations, les actes de médecins et les actes de biologie. De la même manière, ils ne remboursent pas les 3 nouvelles franchises médicales mises en place depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008.
- Les contrats responsables doivent également prendre en charge 100 % du ticket modérateur de 2 prestations de prévention à choisir sur une liste définie par le ministère de la Santé (arrêté du 8 juin 2006).
- **Le respect de ce cahier des charges et du caractère « solidaire » du contrat santé (cf.infra) entraîne l'exonération de la taxe de 7 % sur les conventions d'assurance.**

# Le contrat complémentaire santé

## Une solidarité organisée

### → Le contrat solidaire

- L'organisme complémentaire **ne recueille pas d'informations médicales** sur son assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, et **ne fixe pas les cotisations ou les primes en fonction de l'état de santé de l'assuré.**
- Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2002, l'exonération de la taxe de 7 % sur les conventions d'assurance est subordonné au respect du caractère « solidaire » des contrats santé. Ainsi dans la pratique, les contrats sont soit solidaires et responsables soit ni l'un ni l'autre étant donné que le bénéfice de l'exonération de TCA est soumis au respect du caractère solidaire et responsable du contrat santé.
- En ce qui concerne les sociétés d'assurance : **tous les contrats collectifs à adhésion obligatoire sont « responsables » et « solidaires »** et s'agissant des **contrats individuels : 98 % des affaires nouvelles.**

# Le contrat complémentaire santé

## Les garanties des contrats complémentaires

- Un produit santé peut se résumer en **5 postes de remboursements** :
  - **les médicaments**
  - **l'hospitalisation**
  - **la médecine ambulatoire (les soins courants)**
  - **l'optique**
  - **le dentaire**
  
- Sur chaque poste, la garantie comprend :
  - **des remboursements en complément de la Sécurité sociale** :  
par exemple,  
100% du tarif de convention (TC), remboursement du régime obligatoire (RO) inclus des forfaits en euros indépendants du TC et/ou de la prise en charge par le RO.
  - **des services innovants** : l'assistance, les réseaux de professionnels de santé, l'accompagnement et la prévention.

# Le contrat complémentaire santé

<b>Pharmacie</b>	100 % du TM aux frais réels
<b>Hospitalisation</b>	TM à 500 % B.R
<b>Soins courants</b>	TM à 400 % B.R
<b>Optique</b>	En % du TC / des forfaits en €
<b>Dentaire</b>	En % du TC / des forfaits par dent (€) / des forfaits globaux (€)

# Le contrat complémentaire santé

## Pharmacie : des garanties en complément de la Sécurité sociale

	Remboursement AMO	Remboursement AMC	Assuré
Vignette blanche -> les médicaments à SMR* fort	65 % du TC	De 35 % du TC à frais réels	0 sauf si refus d'un médicament générique
Vignette bleue -> les médicaments à SMR faible	35 % du TC	70% à 100% du TC	0 à 30 % du TC
Vignette orange -> les futurs médicaments déremboursés	15 % du TC	De 0 à 85 % du TC	De 0 à 85 % du TC

\* SMR : Service médical rendu

Des prix encadrés sans dépassement possible (sauf refus générique, le client a alors un reste à charge de l'ordre de 20 % qui peut être pris en charge par la complémentaire si celle-ci propose une couverture aux frais réels).

Un service de tiers payant généralisé (part AMO et AMC) qui permet la dispense d'avance de frais sur des expressions de garanties précises (100 % du TC, ...)

# Le contrat complémentaire santé

➔ Pharmacie : un périmètre non pris en charge par la Sécurité sociale qui s'accroît

- Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale :
  - certaines techniques de sevrage tabagique
  - la pilule microdosée
  - l'homéopathie
  - vaccins prescrits
  
- Des prix souvent libres
  
- Une franchise de 50 centimes d'euro par boîte de médicaments
  
- Une gestion manuelle de montants unitaires faibles, sans possibilité de moduler la garantie selon le produit
  
- Les assureurs complémentaires proposent de plus en plus souvent des forfaits annuels en € permettant de rembourser une partie de ces médicaments ainsi que des réseaux de pharmaciens garantissant un prix et un panier de biens adéquats.
  - En attendant la généralisation des expérimentations Babusiaux

# Le contrat complémentaire santé

## ➔ Pharmacie et automédication

- **Automédication : plus qu'un service, une évolution**
  - Certaines compagnies mettent en ligne des guides de l'automédication
  - Ces guides, permettent à chacun des assurés de savoir quel médicament utiliser pour les petits tracas de la vie quotidienne et de connaître le cas échéant le prix moyen de vente du produit.

# Le contrat complémentaire santé

## Hospitalisation : du complément Sécurité Sociale aux Services

En complément de la SS	<b>Honoraires Médicaux</b>	100 % à 500 % de la BR
	<b>Frais de Séjour</b>	100 % des frais réels
Non pris en charge par la SS	<b>Chambre Particulière</b>	Forfait € / Jour (0 à frais réels)
	<b>Forfait Journalier</b>	100 % des frais réels
	<b>Lit Accompagnant</b>	Forfait € / Jour

Sur l'ensemble de ces postes, hors honoraires médicaux, la dispense d'avance de frais suite à prise en charge est largement pratiquée.

# Le contrat complémentaire santé

➔ Hospitalisation : des actes non remboursés par la SS

- **Le forfait journalier** : c'est une contribution de l'assuré aux frais d'entretien et d'hébergement entraînés par son hospitalisation. Ce forfait vaut **16 €** par journée d'hospitalisation et est intégralement pris en charge par la complémentaire.
- **La chambre particulière** : son coût n'est pas pris en charge par la S.S. (sauf exigence thérapeutique). Le coût moyen d'une chambre particulière est de **45 €** par jour avec de fortes disparités entre Paris et la province.
- **Le forfait lit accompagnant** : cette prestation prend en charge une partie des frais d'hébergement et de restauration d'un adulte au chevet d'un enfant de moins de 16 ans.

➔ Hospitalisation: au-delà des remboursements, des services reconnus

- **L'aide ménagère, ou la garde des enfants en cas d'hospitalisation** : cette aide très utilisée est organisée et intégralement financée par l'Assistance.
- **Guides des meilleurs hôpitaux** : une information sur la qualité des hôpitaux en fonction de l'acte pratiqué, pouvant comporter également un volet « analyse de devis ».

# Le contrat complémentaire santé

Les soins courants : des garanties progressives

**Généralistes**

TM à 400 % B.R

**Spécialistes**

TM à 400 % B.R

**Médecines Douces**

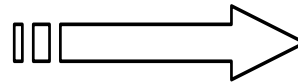
Par consultation en € / forfait annuel

# Le contrat complémentaire santé

➔ Soins courants : les dépassements ne sont pas rares

Si l'Assurance Maladie rembourse sur la base d'un tarif de convention (**22 €** pour les généralistes et **23 € à 45.73 €** pour les spécialistes), certains médecins (secteur 2) sont à honoraires libres. Une franchise forfaitaire de 1€ reste à la charge des assurés couverts par un contrat responsable.

	Secteur 1	Secteur 2
Généralistes	48850	4867
Spécialistes	32770	19511



	Secteur 1	Secteur 2
Généralistes	91%	9%
Spécialistes	63%	37%

Les dépassements pratiqués dépendent de la spécialité et de la zone géographique (le taux moyen de dépassement des spécialistes de secteur 2 avoisine 25 % en Poitou Charente, contre 68 % en Île de France).

En région parisienne, le choix d'une garantie haut de gamme peut s'avérer judicieux.

# Le contrat complémentaire santé

→ Soins courants : les médecines douces

Médecine douces (exemples) :

- Etiopathe                      Diététicien
- Acupuncteur                Ostéopathe
- Chiropracteur            Micro-kinésithérapeute
- Auriculothérapeute

Ces médecines ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale mais sont reconnues à l'international et sont de plus en plus prisées par les Français.

→ Deux types de remboursement existent sur le marché des complémentaires :

- des forfaits par consultation (généralement limités à 3 par an)
- un forfait annuel (plus conséquent) débité à chaque consultation

Les prestations de médecines douces peuvent représenter jusqu'à **2 %** des prestations des produits les proposant.

# Le contrat complémentaire santé

## L'optique

**Forfait Optique**

En % du TC / Forfait (€) /  
Forfaits différenciés Monture et Verres

**Chirurgie Réfractive**

Forfait (€) par œil

**Supplément Réseau**

Forfait en €

**Supplément Multifocal**

Forfait en €

# Le contrat complémentaire santé

## L'optique

L'optique représente **moins de 10 % des remboursements des complémentaires** mais la part prise en charge par la Sécurité sociale est très faible :

### Optique simple (uni-focal)

prix de référence : monture (100 €) + verres (2 \* 50 €) = 200 €

tarif de responsabilité : monture = 2,84 € et 2,29 € pour un verre simple

Remboursements : SS = 4,82 € assureur (moyenne du marché) = 142,60 €

Reste à charge = 52,58 € (soit 26 % des frais réels)

### Optique complexe (multi-focal)

prix de référence : monture (100 €) + verres (2 \* 200 €) = 500 €

tarif de responsabilité : monture = 2,84 € et 1037 € pour un verre complexe

Remboursements : SS = 15,33 € assureur (moyenne du marché) = 148,25 €

Reste à charge = 336,42 € (soit 67 % des frais réels)

Certains assureurs ont mis en place un **supplément multi-focal** pour diminuer le reste à charge des assurés

# Le contrat complémentaire santé

## Optique et réseaux

- La mise en place de réseau : un outil de gestion du risque  
Les réseaux permettent de réduire le reste à charge de l'assuré grâce à la négociation de tarifs sur des équipements prédéfinis (en moyenne, **le tarif peut être réduit de – 20 %**).

La mise en place de bonus, remboursements supplémentaires valables uniquement dans le réseau, fidélise le client.

Le tiers payant pratiqué dans le réseau supprime l'avance de frais.

- La négociation de devis : un plus en dehors du réseau d'opticiens  
En dehors de leurs réseaux d'opticiens, les assureurs contribuent à la maîtrise des dépenses à la charge des clients.

# Le contrat complémentaire santé

## Le dentaire

**Soins dentaires**

En % du T. C.

**Prothèses dentaires**

% du T. C. / Forfait en € par dent  
/ Reserve annuelle

**Supplément Dent  
en Céramique**

Forfait en € par dent

**Orthodontie**  
(par semestre actif)

En % du T. C. / Forfait en €

**Avantage  
dans le réseau**

Forfait en € par dent

**Implantologie**  
(par acte)

Forfait en €

# Le contrat complémentaire santé

## → Les soins dentaires, un minimum incontournable

Les garanties sont progressives, bien qu'il y ait peu de dépassements en pratique (les chirurgiens dentistes ne sont pas autorisés à pratiquer les dépassements mais les spécialistes de secteur 2 comme certains stomatologues le peuvent).

Les praticiens peuvent aussi appliquer des dépassements sur les inlay-onlay qui sont codifiés comme les soins dentaires.

## → Les prothèses dentaires, des coûts moyens variables selon la région

Les prothèses dentaires sont mal remboursées par la Sécurité Sociale (la prise en charge est basée sur un tarif de convention de 107.5 € pour une couronne alors que les prix oscillent de 400 € à 1500 € selon le matériau utilisé et la région).

Certains chirurgiens dentistes qui estiment que les soins sont sous-tarifés en France ont tendance à compenser sur le poste prothèse dentaire où les tarifs sont libres.

Certains assureurs ont mis en place des remboursements en € par dent ou des réserves pour s'affranchir de la codification Sécurité sociale qui peut être source d'erreur (actes sur-côtés et actes mal codifiés).

# Le contrat complémentaire santé

➔ Les prothèses dentaires, une meilleure prise en charge des dents du sourire

Certains produits offrent un supplément pour les dents de devant (incisives, canines, et 1ère pré-molaires) pour diminuer le restant à charge des assurés. Car, ces derniers choisissent plutôt des couronnes en céramique dont le coût est vraiment plus cher.

➔ L'orthodontie, une garantie incontournable

L'orthodontie est également très mal prise en charge par la Sécurité sociale, les traitements sont longs et coûteux (le TR est de 193,5 € pour un semestre de traitement actif avec un maximum de 6 semestres pris en charge par la SS, le coût réel d'un semestre variant entre 500 et 1500 € pour un enfant de moins de 16 ans). Les adultes ne sont en général pas couverts par la Sécurité sociale.

➔ L'implantologie, une alternative à certaines prothèses

L'implantologie n'est pas prise en charge par la SS, alors qu'elle permet dans certains cas de ne pas abimer une dent saine en se posant comme une alternative à un bridge.

# Le contrat complémentaire santé

## Dentaire : réseaux et qualité des soins

→ La mise en place d'un réseau, un défi

La mise en place d'un réseau demande un investissement de la part de l'assureur. Les praticiens souhaitant adhérer doivent répondre à un certain nombre de critères, et signer une charte d'engagement de qualité.

Les prix pratiqués dans le réseau sont négociés et permettent de réduire sensiblement le reste à charge sur certaines prestations comme les prothèses dentaires, voire de rembourser les frais réels.

Un bonus supplémentaire peut également être accordé dans le réseau sur les dents du sourire pour favoriser la pose de couronnes en céramique.

→ En dehors du réseau, l'analyse de devis

En dehors du réseau, l'analyse et la négociation de devis permet de réduire la facture. Ces analyses sont menées par des chirurgiens dentistes rattachés à une plateforme de service.

# Le contrat complémentaire santé

## Les autres types de garantie et de produit



### La prévention

Les complémentaires santé encouragent leurs assurés dans la prévention.

La prévention peut intervenir dans différents domaines :

- Le dentaire, avec la prise en charge intégrale d'une consultation par assuré et par an.
- la nutrition, avec des conseils personnalisés via un site internet par exemple.
- la prise en charge de méthode de sevrage tabagique reconnues.



### La franchise cautionnée

**Principe** : le client paye une prime scindée en 2 : la caution et la prime d'assurance. Ses sinistres sont préalablement remboursés via la caution. A la fin de l'année, le reste de la caution (s'il existe) est reversé à l'assuré.

**Intérêt** : les clients qui sont des faibles consommateurs se voient rétrocéder tout ou partie de leur caution et paye donc au final une prime plus faible. La couverture d'assurance entre en jeu les « mauvaises années » ce qui fait que le client est toujours couvert.

# Le contrat complémentaire santé

---

**La prime d'assurance :**

**les déterminants du risque**

**du coût du risque à la prime d'assurance**

**la prime en assurance individuelle**

**la prime en assurance collective**

**l'évolution de la prime**

# Le contrat complémentaire santé

## La prime d'assurance : les déterminants du risque

- **Le coût du risque assuré est fonction :**
  - **de l'âge** : doublement entre moins de 30 ans et plus de 65 ans
  - **du sexe** : les femmes consomment environ 30 % de plus que les hommes
  - **de la CSP** : un non salarié consomme environ 10 % de moins qu'un salarié
  - **du lieu de résidence** : Paris et PACA coûtent 15 % de plus que le reste du territoire
  - **de la composition familiale** : le risque n'est pas proportionnel au nombre d'enfants
  - **et bien sûr, des garanties** : des garanties élevées
    - remboursent mieux les actes de soins
    - réduisent la « responsabilisation » de l'assuré
    - peuvent être une opportunité pour certains professionnels de santé.

# Le contrat complémentaire santé

## Du coût du risque à la prime d'assurance

→ Les faux amis : ne pas confondre

### ■ Mutualisation et redistribution

- La mutualisation est la mise en commun des risques comparables. Chacun paie pour le risque qu'il représente; seul le « sort » détermine in fine qui aura contribué en net (les bien portants) et qui aura reçu (les malades)
- La redistribution est l'acte de faire payer certains assurés davantage que ce que représente leur risque. Les profils plus risqués sont subventionnés par les moins risqués.

### ■ Segmentation et discrimination

- La segmentation définit une offre et un tarif spécifiques pour une population homogène (les jeunes, les non salariés, etc). Elle organise la mutualisation.
- La discrimination définit des conditions qui ne sont pas justifiées par les profils de risque. Elle est arbitraire.

# Le contrat complémentaire santé

## → Les vrais ennemis

### ■ L'anti-sélection

- L'assuré choisit ses garanties en fonction d'un risque déjà réalisé et connu de lui seul (« j'ai mal aux dents, je choisis une bonne garantie dentaire »)
- Le groupe assuré n'est plus homogène, les autres assurés sont lésés.

### ■ L'éviction

- Le groupe assuré n'est pas homogène. Les prix sont tirés vers le haut par les risques élevés, les autres décident alors de quitter le groupe.

## → Deux constats

- L'information favorise la segmentation et le « juste prix ».
- La redistribution n'est possible que dans des régimes obligatoires (ou perçus comme tels).

# Le contrat complémentaire santé

## La prime en assurance individuelle

→ Quelques exemples de prime mensuelle

**Homme, salarié, vit en province**

	Ticket		
	Modérateur	150%	200%
30 ans	20	30	43
45 ans	28	42	60
60 ans	42	64	95

# Le contrat complémentaire santé

## La prime en assurance collective

→ Le calcul du coût du risque global

Calcul plus ou moins précis, selon les informations disponibles.

→ Les méthodes de répartition du coût

- En fonction de la composition familiale
  - Cotisation uniforme : tous les assurés paient la même prime, quels que soient leurs ayants droit
  - Isolé / Famille : un tarif pour les assurés sans charge de famille, un tarif pour les familles quelle que soit sa taille
  - Adulte / Enfant : la prime est définie en fonction du nombre d'adultes et du nombre d'enfants couverts
- En fonction du salaire
  - Cotisation uniforme : un forfait en Euros, ou un taux sur le plafond de la Sécurité sociale
  - Cotisation proportionnelle : un taux sur le salaire
  - Cotisation proportionnelle plafonnée : un taux sur la tranche A du salaire.

# Le contrat complémentaire santé

## L'évolution de la prime

→ Chaque année, l'assureur calcule :

- une prévision de la future consommation médicale ;
- l'ajustement sur la prévision de l'année passée ;
- l'impact des nouvelles dispositions réglementaires ;

- un taux de majoration est défini pour chaque catégorie homogène
- pas de prise en compte des critères de santé individuels

- prise en compte de l'âge
  - si défini comme critère de tarification au départ (souvent en assurance individuelle, jamais en collective).