

Les assurances maladie complémentaires

Les assurances complémentaires en santé ont pour objet de prendre en charge tout ou partie des dépenses de santé non couvertes par l'assurance maladie obligatoire. Un récent rapport du sénateur Alain VASSELLE¹ souligne que « *bien que facultative, la couverture santé complémentaire constitue aujourd'hui un élément clé de l'accès aux soins* ».

Selon une étude récente de l'IRDES², 93% de Français sont aujourd'hui couverts par une complémentaire. Dans cette même étude, l'IRDES souligne que le taux de couverture des dépenses de soins et de biens médicaux par l'assurance maladie obligatoire est de 78% environ. Une part de 13% est prise en charge par les complémentaires santé (pour ceux qui en ont une) et les 9% restants sont à la charge des ménages. Cependant, 15% des personnes vivant avec moins de 840 euros par mois sont « sans mutuelle ». En effet, malgré leurs très faibles revenus, elles dépassent le plafond fixé à 606 euros par mois pour pouvoir bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Les complémentaires santé peuvent être des départements santé de compagnies d'assurance, des « mutuelles » régies par le code de la mutualité (les assurances complémentaires sont en effet souvent abusivement appelées mutuelles) ou des institutions de prévoyance.

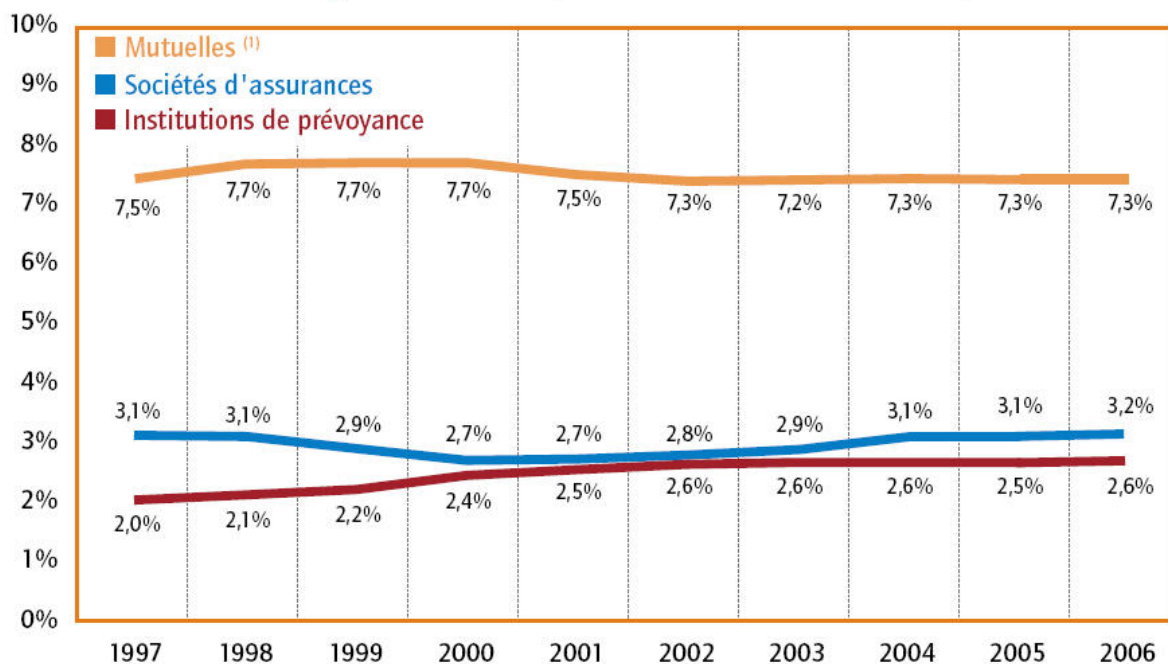
Les sociétés d'assurances ou les mutuelles proposent une couverture de base qui prend en charge le ticket modérateur (la part de la dépense que ne rembourse pas la Sécurité sociale) ou des prestations plus étendues :

- les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, actes et frais de chirurgie ;
- le forfait journalier hospitalier et, parfois, le supplément en chambre particulière ;
- les consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes ;
- les frais pharmaceutiques ;
- les frais d'analyse et de laboratoire ;
- les actes de pratique médicale courante et les actes d'auxiliaires médicaux ;
- les actes d'électroradiologie, de neuropsychiatrie, d'obstétrique ;
- les frais d'optique : montures, verres et lentilles ;
- les frais de soins et de prothèses dentaires ;
- les frais d'orthopédie et de prothèses.

¹ http://www.gsk.fr/avenirdelasante/rapport/pdf/rapportSenat_130608.pdf

² Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé :
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes132.pdf>

Part des organismes complémentaires dans les dépenses



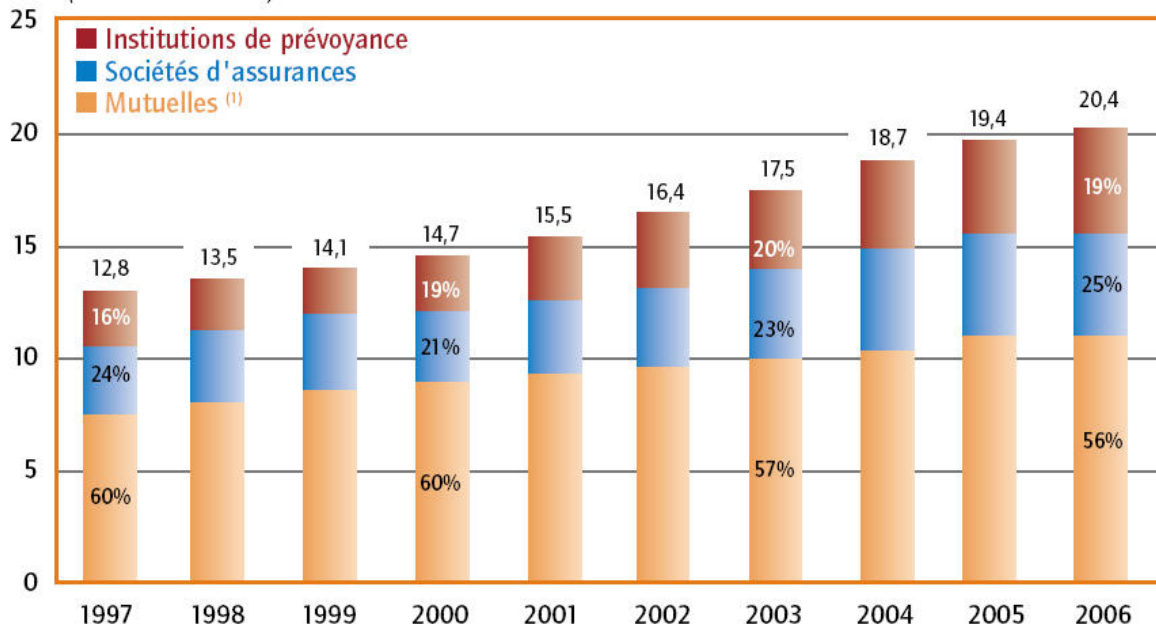
(1) relevant du Code de la mutualité

Sources : Comptes nationaux de la santé et estimations FFSA

Source : Assurances de personnes 2006 – Données clés – www.ffsa.fr

Dépenses des organismes complémentaires

(en milliards d'euros)



(1) relevant du Code de la mutualité

Sources : Comptes nationaux de la santé et estimations FFSA

Source : Assurances de personnes 2006 – Données clés – www.ffsa.fr

Les acteurs

1) Le mouvement mutualiste

La Mutualité revendique 38 millions d'adhérents en France et rassemble un peu plus de 2 000 mutuelles et unions de mutuelles. En dehors de ses prestations assuranciennes, le mouvement mutualiste gère près de 2 000 établissements de soins et d'accompagnement et entreprend des actions de prévention et de prévoyance. On compte ainsi :

- 87 établissements hospitaliers
- 453 cabinets dentaires
- 212 centres d'audioprothèses
- 680 centres d'optique
- 120 établissements pour handicapés
- 373 établissements et services pour personnes âgées

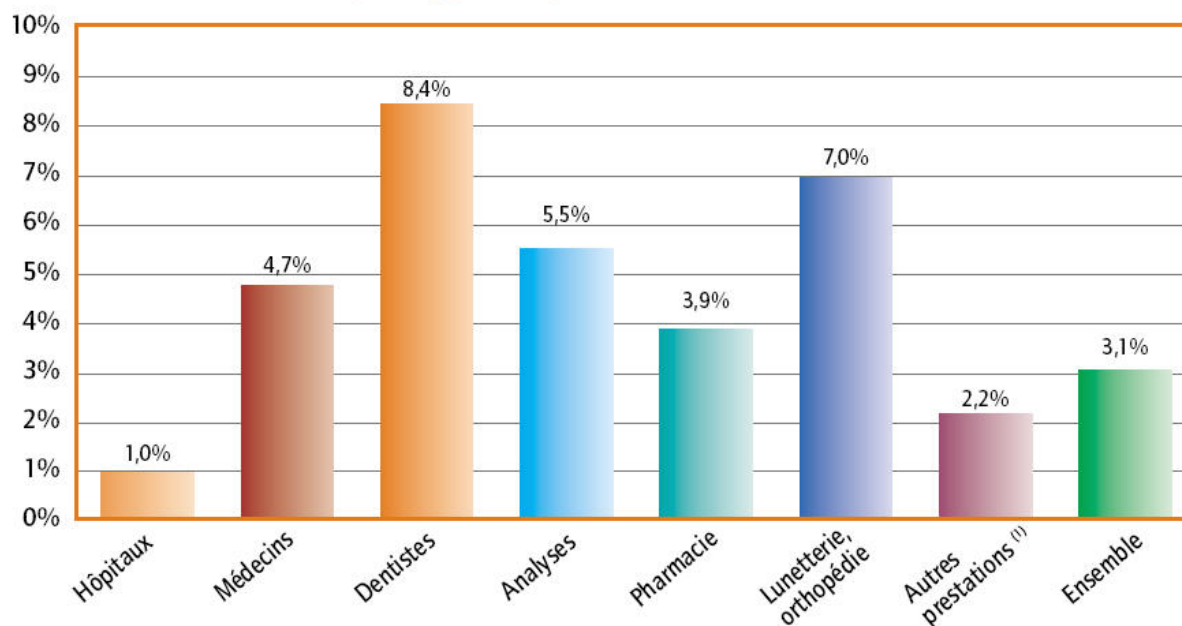
La Mutualité Française milite en faveur de la politique du tiers payant qui permet aux adhérents de ne pas avancer les frais médicaux. Ces frais sont directement pris en charge par les mutuelles dans le cadre de conventions signées entre la Mutualité Française et ses principaux partenaires : la Sécurité sociale, les professionnels de santé et les établissements de soins.

D'autres acteurs estiment que le tiers payant est déresponsabilisant car les bénéficiaires n'ont alors plus notion du coût réel pour la collectivité des dépenses de soins qu'ils occasionnent.

2) Les sociétés d'assurance

Pour compléter les prestations des régimes obligatoires d'assurance maladie, les assureurs proposent des contrats d'assurance en santé. Ces contrats ont pour objet de garantir la maladie, l'accident et la maternité. Les garanties de remboursement des frais de soins et de 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.

Part des sociétés d'assurances dans les dépenses de soins de santé par type de prestations en 2005



(1) auxiliaires, cures et transports

Source : Comptes nationaux de la santé

Source : Assurances de personnes 2006 – Données clés – www.ffsa.fr

Pour compléter les remboursements de la sécurité sociale, les sociétés d'assurances proposent des garanties frais de soins. Celles-ci permettent la prise en charge, de façon plus ou moins étendue, de la part des dépenses non remboursée par le régime obligatoire. La nature des frais de soins garantis varie selon les contrats. Certains assureurs proposent des formules qui englobent des prestations supplémentaires telles que :

- une prime de maternité ou un forfait naissance ;
- la prise en charge d'actes de soins ou de prévention non pris en charge par le régime obligatoire ;
- un forfait pour les cures thermales ;
- un forfait obsèques.

3) Les institutions de prévoyance

Les institutions de prévoyance sont des sociétés de personnes de droit privé à but non lucratif. Elles sont régies par le code de la sécurité sociale et relèvent des directives européennes sur l'assurance. Elles gèrent des contrats d'assurance de personnes à caractère collectif, c'est-à-dire dans le cadre exclusif de l'entreprise ou de la branche professionnelle.

La gestion paritaire : Une institution de prévoyance est créée et gérée par les partenaires sociaux (syndicats professionnels) d'une entreprise, d'une branche ou entre plusieurs branches d'activité. Elle dispose d'un Conseil d'administration paritaire, constitué à parts égales de représentants des salariés et de représentants des entreprises. Il a la charge de définir et de mettre en œuvre les garanties dans

l'intérêt exclusif des salariés dans l'entreprise. Comme il n'y a aucun actionnariat à rémunérer, les résultats servent donc à améliorer le niveau des garanties, la qualité des services et la sécurité des engagements.

La gestion des risques : Les institutions de prévoyance proposent aux entreprises pour leurs salariés des garanties contre les risques de la vie : maladie, incapacité de travail et invalidité, décès. Ces garanties viennent compléter les prestations de la Sécurité Sociale et prennent la forme :

- d'indemnités journalières en cas d'incapacité ou d'invalidité
- de capitaux décès et rentes pour les conjoints et orphelins
- de remboursements de frais de santé.

L'action sociale : Du fait de son but à caractère non lucratif et de sa gestion paritaire, l'institution de prévoyance cherche à protéger au mieux le salarié en toute circonstance. Au delà du contrat collectif, une action sociale est donc mise en œuvre. Il s'agit de fonds prélevés sur les cotisations pour apporter un soutien ponctuel à un salarié dans une situation difficile. Elle peut également être un appui pour concrétiser des projets spécifiques et notamment en ce qui concerne la scolarité des enfants. Une partie des fonds est également consacrée aux actions collectives comme le soutien à la recherche médicale, la prévention santé.

Le coût d'une complémentaire

Dans le contexte actuel de crise du pouvoir d'achat, les complémentaires santé représentent un coût non négligeable : le taux d'effort pour acquérir une mutuelle est ainsi de 10,3% pour les ménages les plus pauvres contre seulement 3% pour les ménages les plus riches.

Certaines personnes rebutées par ce taux d'effort arbitrent souvent en défaveur d'une complémentaire santé au risque d'avoir de mauvaises surprises, notamment lorsqu'elles doivent être hospitalisées (forfait hospitalier de 16€ par jour non pris en charge par la Sécurité sociale).

Or, une mutuelle est un gage de bon accès aux soins et y renoncer équivaut souvent à renoncer aux soins. Ainsi, chez les personnes ne possédant pas de mutuelle, ils sont 27% à avoir renoncé à se soigner au cours des 12 derniers mois, contre 14% de la population globale.

Pour tenter d'apporter une solution à ce problème, les pouvoirs publics ont créé, en 2005, une aide financière à l'acquisition d'une complémentaire santé baptisée « chèque santé ». Cette aide représente un coût de 85 millions d'euros par an.

Le chèque santé est ouvert aux personnes dont les revenus sont compris entre 606 et 727,25 euros par mois. Son montant annuel varie selon l'âge du bénéficiaire : il s'élève à 100 euros pour les moins de 25 ans, à 200 euros pour les 25-59 ans et à 400 euros pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

Mal connu, ce chèque a fait l'objet d'une campagne d'information lancée en janvier 2007. Ainsi, en 2008, seuls 610 000 assurés en ont bénéficié, soit un nombre d'assurés certes en augmentation de 17,5% par rapport à 2007 mais loin de la cible

potentielle de bénéficiaires estimée à 2,5 millions de personnes. Par ailleurs, malgré l'annonce par le gouvernement d'une augmentation prochaine (soumise à l'adoption de la loi HPST qui devrait avoir lieu au premier semestre 2009) de son montant à 500 euros (au lieu de 200 à 400 euros actuellement) pour les personnes de plus de 50 ans, le montant de l'aide financière reste bien souvent insuffisant pour couvrir les frais d'une mutuelle, dont le prix moyen annuel s'élevait, selon le fond CMU, à 722 euros en 2007.