Avec quelles complémentaires santé les personnes peuvent-elles couvrir leurs dépenses de soins non remboursées par la Sécurité sociale ? Quels sont les organismes qui les proposent et avec quelle logique de tarification, quels niveaux de garantie ? Quelles évolutions législatives et réglementaires sont intervenues récemment ?

Pour répondre à ces questions et mieux cerner les pratiques d'un paysage assurantiel en pleine mutation, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) lui consacre un ouvrage à part entière. Celui-ci dresse un panorama de la complémentaire santé, juste avant les nombreuses réformes du secteur entrées en vigueur en 2015 et 2016. Avec 95 % des personnes bénéficiant d'une complémentaire santé, la France figure parmi les principaux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) où la couverture privée est la plus répandue. En 2014, en versant aux assurés près de 27 milliards d'euros de prestations, les organismes complémentaires ont contribué à financer 13,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux.

Des inégalités dans l'accès à la couverture complémentaire

La complémentaire santé joue ainsi un rôle majeur dans l'accès aux soins. Pourtant, toute la population n'y a pas recours de manière homogène. Les salariés bénéficiant d'un contrat proposé par leur employeur profitent, en général, d'une meilleure couverture. Pour les autres, les ressources financières conditionnent, en partie, l'accès à un contrat de qualité. Quant aux ménages les plus modestes, ils disposent en général des garanties les moins généreuses. En outre, une partie d'entre eux ne sont pas couverts, et ce, malgré

l'existence de la CMU-C et de l'aide à la complémentaire santé, destinées aux plus précaires.

Des prises en charge spécifiques selon les soins

Autre particularité de la complémentaire santé, les prises en charge interviennent de manière spécifique pour certains types de soins. Par exemple, les soins optiques ou dentaires sont remboursés à hauteur de 40 % par les organismes complémentaires, alors que les soins

hospitaliers sont très majoritairement financés par l'assurance maladie obligatoire.

Enfin, au cours des dernières années, la concurrence et les exigences réglementaires, notamment en termes de solvabilité, ont contraint les organismes complémentaires à se restructurer pour atteindre une taille critique. Cet

ouvrage passe en revue les principales évolutions toujours en cours, afin d'éclairer le débat public sur l'ensemble des dimensions de la complémentaire santé.