

Document de travail du HCAAM

La place de la complémentaire santé et prévoyance en France

ANNEXES

Ce document de travail du HCAAM sur la place de la complémentaire santé et prévoyance en France constitue un état des lieux juridique, statistique et économique identifiant les questions qui se posent dans le secteur. Il s'agit de la première étape d'un travail qui débouchera sur un avis et un rapport du HCAAM à l'été 2021.

Janvier 2021

Liste des annexes :

- **Annexe 1** : Vue d'ensemble des mécanismes d'encadrement de l'activité des complémentaires santé
- **Annexe 2** : les solidarités mises en œuvre par les différents types de contrats
- **Annexe 3** : Bilan statistique de l'ANI
- **Annexe 4** : Les bénéfices attendus et les écueils de la concurrence sur le marché de l'assurance santé privée : quelques éléments de cadrage théoriques
- **Annexe 5** : Les réseaux de soins
- **Annexe 6** : La demande d'assurance complémentaire d'un point de vue théorique
- **Annexe 7** : Le Régime Local d'Alsace-Moselle

Annexe 1 : Vue d'ensemble des mécanismes d'encadrement de l'activité des complémentaires santé

1) Les obligations de couverture ou de maintien de garanties

Dispositif	Description	Date de création	Cadre juridique	Objectifs
Obligation de couverture des salariés par un contrat collectif	Au 1 ^{er} janvier 2016, toutes les entreprises dont les salariés ne bénéficient pas déjà d'un contrat collectif doivent l'instaurer par décision unilatérale	2013	Article L. 911-7 du code de la sécurité sociale	Assurer la couverture de tous les salariés par un contrat collectif, notamment celle des salariés des PME qui y avaient peu accès
Obligation de prises en charge des suites des états pathologiques préalables à la souscription du contrat	Obligation applicable à toutes les opérations collectives et individuelles	1989	Articles 2 et 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées (« loi Evin »)	Eviter l'exclusion des mauvais risques
Obligation de prise en charge de l'ensemble des pathologies ou affections ouvrant droit au service des prestations en nature de l'assurance-maladie	Obligation applicable aux opérations collectives à adhésion obligatoire	1989	Article 2 de la loi Evin	Eviter l'exclusion des mauvais risques et les discriminations à l'égard de certaines catégories de malades
Obligation de maintien des garanties pour les anciens salariés et les ayants droit du salarié décédé	Obligation applicable aux opérations collectives à adhésion obligatoire Sans condition de durée pour les anciens salariés ; 12 mois pour les ayants droit Plafonnement temporaire des cotisations : 100 % des tarifs applicables aux salariés la première année ; 125 % la	1989	Article 4 de la loi Evin Décret n° 90-769 du 30 août 1990	Maintenir la couverture complémentaire dans des situations de vulnérabilité Organiser la solidarité entre salariés et anciens salariés

	<p>deuxième année ; 150 % la troisième année</p> <p>La proposition de maintien de couverture doit être faite par l'OC à l'intéressé dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou la fin de la période de portabilité</p>			
« Portabilité » de l'assurance complémentaire santé et prévoyance	Obligation de maintien de la couverture collective à titre gratuit dans les 12 mois suivant la perte d'emploi	2013	Article L. 911-8 du code de la sécurité sociale	<p>Maintenir la couverture complémentaire dans des situations de vulnérabilité</p> <p>Organiser la solidarité entre salariés et anciens salariés</p>

2) L'encadrement du panier de soins

Dispositif	Description	Date de création	Cadre juridique	Objectifs
Contrats solidaires et responsables	<p>Incitations fiscales (exonération des cotisations sociales, déductibilité du revenu imposable, TSA de 13,27 % au lieu de 20,27 %) réservées aux contrats remplissant plusieurs conditions notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une prise en charge minimale : ticket modérateur, forfait journalier sans limitation de durée, couverture intégrale du RAC sur le panier « 100 % santé » (optique, prothèses dentaires, audioprothèses). - Une prise en charge maximale : interdiction de couvrir les franchises et les dépassements hors parcours de soins, plafonnement sur l'optique et les audioprothèses hors panier « 100 % santé » ainsi que pour les dépassements d'honoraires médicaux. 	2004	Articles L. 871-1 et R. 871-1 du code de la sécurité sociale	<p>Décourager la présence sur le marché de contrats de trop mauvaise qualité.</p> <p>Assurer la couverture intégrale du panier « 100 % santé ».</p> <p>Limiter la dépense totale de santé (y compris pour les régimes de base) en plafonnant la prise en charge.</p> <p>Limiter les dépassements d'honoraires.</p>
Panier de soins minimal de la couverture complémentaire obligatoire des salariés	Panier de soins des contrats solidaires et responsables + prises en charge minimales pour l'optique et les prothèses dentaires	2013	Articles L. 911-7 et D. 911-1 du code de la sécurité sociale	Assurer un niveau de couverture minimal par un contrat collectif de tous les salariés

	en dehors du panier « 100 % santé »			
Complémentaire santé solidaire	<p>Ticket modérateur ; forfait journalier ; optique, prothèses dentaires et dispositifs médicaux à usage individuel dans des limites fixées par arrêté</p> <p>Non-application des participations forfaitaires sur les actes médicaux et de biologie médicale et des franchises sur les boîtes de médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports sanitaires</p>	1999	<p>Article L. 861-3 du code de la sécurité sociale</p> <p>Article L. 160-15 du code de la sécurité sociale</p>	Panier de soins garanti pour les personnes à revenus très modestes

3) Limites imposées à la tarification au risque et obligations de solidarité

Dispositif	Description	Date de création	Cadre juridique	Objectifs
Interdiction d'augmenter le tarif d'un assuré postérieurement à son adhésion en raison de l'évolution de son état de santé	Obligation applicable aux opérations individuelles et aux opérations collectives à adhésion facultative	1989	Article 6 de la loi Evin	Eviter des primes excessives ou l'exclusion des personnes en mauvaise santé
Interdiction pour les mutuelles et leurs unions de moduler la cotisation en fonction d'autres critères que le revenu, l'âge ou le nombre d'ayants droit	En outre, pour les opérations individuelles et les opérations collectives à adhésion facultative, interdiction de recueillir des informations médicales et de fixer les cotisations en fonction de l'état de santé	?	Article L. 110-2 du code de la mutualité	Eviter des primes excessives ou l'exclusion des personnes en mauvaise santé
Interdiction de la tarification d'après l'état de santé pour les contrats solidaires et responsables	Pour les contrats individuels : interdiction de recueillir des informations médicales + de fixer les primes en fonction de l'état de santé Pour les contrats collectifs : interdiction de fixer les primes en fonction de l'état de santé	2001 (loi de finances rectificative du 28 décembre 2001, article 63)	Article L. 862-4-II du CSS	Eviter l'exclusion des personnes en mauvaise santé Mutualisation entre biens portants et malades
Caractère collectif et obligatoire des contrats en entreprise	L'exonération de cotisations sociales est subordonnée au caractère collectif et obligatoire des contrats. Ceci implique notamment un taux de cotisation et des garanties uniformes pour tous les salariés d'une même catégorie et un encadrement de	2003 (loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, article 113 pour la base légale ; décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 pour la définition	Articles R. 242-1-1 à R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale	Mutualisation entre salariés dans le cadre d'un contrat collectif

	la possibilité de différencier plusieurs catégories de salariés, le critère de l'âge étant notamment interdit.	des critères caractères collectif et obligatoire)		
Principes de solidarité pour la protection sociale des fonctionnaires	<p>Respect de ces règles subordonne le paiement d'une participation par l'employeur public :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapport maximal de 1 à 3 entre la cotisation la plus basse et la cotisation la plus élevée - Absence d'âge maximal d'adhésion - Pas d'augmentation du tarif en fonction du nombre d'enfants au-delà de 3 ; - Pas de différenciation entre agents et retraités ; - Pour la FPE, interdiction du questionnaire médical pour la prévoyance, sauf si l'adhésion est postérieure d'au moins 5 ans à l'entrée dans la fonction publique ; - Pour la FPT, interdiction de la fixation des cotisations en fonction de l'état de santé, interdiction du recueil d'informations médicales, caractère solidaire et responsable, pas de différenciation selon la nature de l'emploi ni le sexe. 	2007	<p>Décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels</p> <p>Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents</p>	Mutualisation entre fonctionnaires, y compris retraités

<p>Degré élevé de solidarité des contrats recommandés par accord de branche</p>	<p>Une branche ne peut recommander un organisme que si les garanties instituées par l'accord de branche présentent un degré élevé de solidarité</p> <p>Au moins 2 % des cotisations doivent être affectées à des actions définies par décret : prise en charge de la cotisation des apprentis, prévention, action sociale. Leur financement est mutualisé au sein d'un fonds.</p>	<p>2013</p>	<p>Articles L. 912-1 et R. 912-1 à R 912-3 du code de la sécurité sociale</p>	<p>Promotion d'actions de prévention ou en faveur de certaines catégories de salariés</p>
---	---	-------------	---	---

4) La sélection ou la recommandation de prestataires

Dispositif	Description	Date de création	Cadre juridique	Objectifs
Recommandations de branches	Accords de branche instaurant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité peuvent recommander 1 ou plusieurs organismes, sélectionnés après appel à concurrence	2013	Articles L. 912-1 et D. 912-1 à D. 912-13 du CSS	Obtenir un meilleur rapport qualité / prix grâce à la sélection
Sélection des organismes habilités à bénéficier de la participation des employeurs dans la fonction publique	<p>Dans la FPE, l'employeur procède à la désignation d'un ou plusieurs organismes de référence après une procédure d'appel public à la concurrence</p> <p>Dans la FPT, l'employeur a le choix entre deux modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le versement de la participation pour ton contrat labellisé par un prestataire habilité par l'ACPR ; - le conventionnement avec un organisme choisi après une procédure de mise en concurrence. 	2007	<p>Décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels</p> <p>Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents</p>	<p>Obtenir un meilleur rapport qualité / prix grâce à la sélection (pour le référencement dans la FPE et le conventionnement dans la FPT)</p> <p>S'assurer que les conditions de solidarité fixées par décret sont remplies (pour la labellisation dans la FPT)</p>

5) La prise en charge des cotisations ou le cofinancement

Dispositif	Description	Date de création	Cadre juridique	Objectifs
Complémentaire santé solidaire	Prise en charge intégrale de la couverture complémentaire santé jusqu'à un plafond de ressources ; limitée à une participation financière fixée en fonction des revenus et de l'âge jusqu'à 135 % du plafond	1999	Articles L. 861-1 et suivants du code de la sécurité sociale	Garantir l'accès aux soins des personnes aux revenus les plus modestes
Cofinancement à 50 % de l'employeur privé	Employeur doit prendre en charge au moins la moitié de la cotisation du contrat collectif	2013	Article L. 911-7-III du code de la sécurité sociale	Solvabiliser l'accès aux contrats collectifs des salariés
Versement santé	Versement par l'employeur aux salariés en contrat temporaire d'une somme équivalente au financement du contrat collectif, pour la souscription d'un contrat individuel	2015	Article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale	Assurer la couverture des salariés précaires, non couverts par la généralisation des contrats collectifs
Contrats Madelin	Déductibilité de l'impôt sur le revenu (BIC et BNC) des primes versées par les travailleurs non-salariés au titre de contrats d'assurance de groupe	1994 (Loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle)	Article 154 bis du code général des impôts Article L. 144-1 du code des assurances	Solvabiliser l'accès des travailleurs indépendants à la protection sociale complémentaire

Annexe 2 : Les solidarités mises en œuvre par les différents types de contrats

Les solidarités mises en œuvre diffèrent selon les différents types de contrats, comme le résume le tableau ci-dessous.

Solidarités entre entreprises :

- **Contrats collectifs standards** : ils sont élaborés en vue d'être souscrits par un nombre important d'entreprises appartenant éventuellement à des branches différentes. De fait, ils opèrent une mutualisation des risques entre toutes les entreprises souscriptrices du contrat et peuvent organiser des solidarités entre entreprises ayant des niveaux de sinistralités différents.
- **Contrats collectifs standards recommandés** (par l'accord de branche ou la convention collective) : les solidarités mises en œuvre sont les plus importantes car leur tarif ne pouvant varier d'une entreprise souscriptrice à l'autre¹. Mais l'adhésion à ces contrats étant facultative, leur champ se limite à celui des entreprises souscriptrices².
- **Contrats collectifs standards non recommandés** : leur tarif varie alors d'une entreprise souscriptrice à l'autre et prend en compte pour chaque entreprise l'âge moyen de ses salariés³. La solidarité s'opère à âges moyens des salariés identiques, des entreprises à plus faible sinistralité vers celles à plus forte sinistralité. Elle est atténuée le cas échéant par les pratiques de tarification consistant à prendre en compte la sinistralité passée dans l'élaboration ou l'ajustement du tarif (*experience rating*), pratiques qui semblent être variables selon les organismes complémentaires.
- **Contrats collectifs sur mesure** : Ils sont le fait des grandes et moyennes entreprises⁴. Ils sont élaborés pour répondre au mieux aux besoins de l'entreprise en termes de garanties, tout en n'excédant pas la capacité à payer de l'employeur comme des salariés. Le périmètre de la mutualisation s'arrête par définition aux salariés de l'entreprise. Le tarif est unique et vaut pour tous les salariés. Il dépend des caractéristiques des salariés (structure par âge, proportion de femmes, domiciliation, type d'emplois) et de la sinistralité passée du portefeuille.

Solidarités entre classes d'âge :

- **Contrats collectifs** : Du fait de l'obligation réglementaire de ne pas moduler le tarif individuellement selon l'âge des salariés, les contrats collectifs génèrent des subventions croisées des plus jeunes salariés vers les plus âgés, opérant ainsi une solidarité entre classes

¹ En particulier, il ne peut ni être ajusté en fonction du profil par âge des salariés, ni en fonction de la sinistralité de l'entreprise souscriptrice, ce qui n'est d'ailleurs pas sans soulever des interrogations sur la viabilité dans le temps du tarif, compte tenu des phénomènes d'anti-sélection susceptibles d'être à l'œuvre.

² L'obligation d'adhérer au contrat désigné du temps des clauses de désignation permettait d'opérer des solidarités à l'échelle de toute la branche ou de la convention collective, et pas seulement des entreprises souscriptrices. De ce point de vue, leur suppression a fait reculer la solidarité *intra* branche, même si celle-ci a de toute façon toujours eu ses limites car il peut y avoir de fortes corrélations de risques entre les salariés d'une même branche.

³ La solidarité entre entreprises mise en œuvre ne prend donc pas la forme de subventions croisées des entreprises aux salariés plus âgés vers celles aux salariés plus jeunes.

⁴ Dans la pratique, dès une centaine de salariés voire moins, une entreprise peut se voir proposer un contrat sur mesure.

d'âge de salariés. L'ampleur de cette solidarité dépend toutefois - du profil par âge de la population couverte par le contrat⁵.

- **Contrats individuels :**

- **Cas général :** tarification en fonction de l'âge avec des pratiques de tarification de plus en plus convergentes entre les mutuelles et les assurances privées.
- **Contrats de fonctionnaires :** écarts de primes entre les plus jeunes et les plus âgés (y compris des retraités) ne pouvant excéder un rapport de un à trois.
- **Contrats de sortie de Loi Evin :** L'article 4 de la loi Evin obligeant l'assureur à proposer aux salariés partant à la retraite qui le désirent de rester couvert par le contrat collectif, avec un encadrement des primes sur les 3 premières années. En cas de recours à la loi Evin s'ajoute à la solidarité entre salariés d'âge différents une solidarité entre les salariés et les retraités de moins de 3 ans couverts par le contrat de sortie de loi Evin⁶.

Solidarités selon les niveaux de revenu :

En 2016, un quart des personnes couvertes en individuel le sont par un contrat de mutuelle dont le tarif dépend du revenu. Ces contrats, en général proposés par des mutuelles de fonctionnaires ou de grandes entreprises, opèrent aussi systématiquement une forte solidarité entre classes d'âge en proposant des tarifs augmentant relativement peu avec l'âge et n'imposant que très marginalement des limites d'âge à la souscription. Ces contrats solidaires entre niveaux de revenu sont quasiment tous des contrats moyennement couvrants (de classe 2). Symétriquement, 39 % des bénéficiaires de contrats collectifs ont un contrat dont le tarif dépend du revenu. Ce sont plus les grandes entreprises que les petites qui souscrivent ce type de contrats. Si en individuel la tarification au revenu reflète plutôt la politique de l'organisme assureur ; en collectif, celle-ci résulte davantage d'un choix de la part de l'entreprise, après négociations avec les salariés ou leurs représentants. La tarification au revenu est restée relativement stable depuis 2006 pour les trois familles d'organismes⁷.

Autres formes de solidarités :

Solidarités entre les célibataires et les familles : Le cas échéant, les tarifs « famille » mettent en œuvre des subventions croisées des célibataires vers les individus en couple/en famille, d'importance plus ou moins grande selon la force des solidarités engendrées par le tarif⁸.

Selon le lieu géographique, compte tenu des variations géographiques dans la consommation de soins.

⁵ La solidarité serait par exemple très forte dans le cas d'un contrat (standard, sur mesure, recommandé ou non) couvrant une population composée pour moitié de salariés de moins de 25 ans et pour moitié de plus de 60 ans. Inversement elle serait nulle dans le cas d'un contrat couvrant des salariés qui auraient tous exactement le même âge.

⁶ Ceci est vrai sous l'hypothèse (probable) où le tarif de sortie de loi Evin, même majoré par rapport au tarif des salariés, est plus faible que celui d'un contrat individuel offrant les mêmes garanties.

⁷ Source : Drees, Panorama de la complémentaire santé, édition 2019.

⁸ Laquelle dépend de l'ampleur de l'écart entre le tarif pratiqué et le tarif actuariel.

Tableau : Les solidarités mise en œuvre selon le type de contrat

Type de contrat			Solidarités		
			Entre entreprises	Entre classe d'âge	Selon les revenus
Collectif	Standard	Pas Recommandé	Oui, selon le degré de prise en compte de la sinistralité passée	Oui, à l'intérieur de l'entreprise, selon la structure par âge	Pour 40 % des personnes couvertes par un contrat collectif
		Recommandé	Oui	Oui, entre entreprises souscriptrices et à l'intérieur des entreprises	Pour 40 % des personnes couvertes par un contrat collectif
	Sur mesure		Sans objet	Oui, à l'intérieur de l'entreprise, selon la structure par âge	Pour 40 % des personnes couvertes par un contrat collectif
	Madelin		Sans objet	Très peu : tarification en fonction de l'âge de plus en plus actuarielle	Non
Individuel	Cas général		Sans objet	Très peu : tarification en fonction de l'âge de plus en plus actuarielle	Non

	Contrat fonctionnaires		Oui, du fait du rapport de 1 à 3 maxi	Oui
	Sortie de loi Evin	Entre entreprises souscriptrices de contrats collectifs standards selon qu'elles ont ou non des sorties de Loi Evin.	Pendant les 3 années suivant le passage à la retraite	Non, sauf exception

Source : SG du HCAAM.

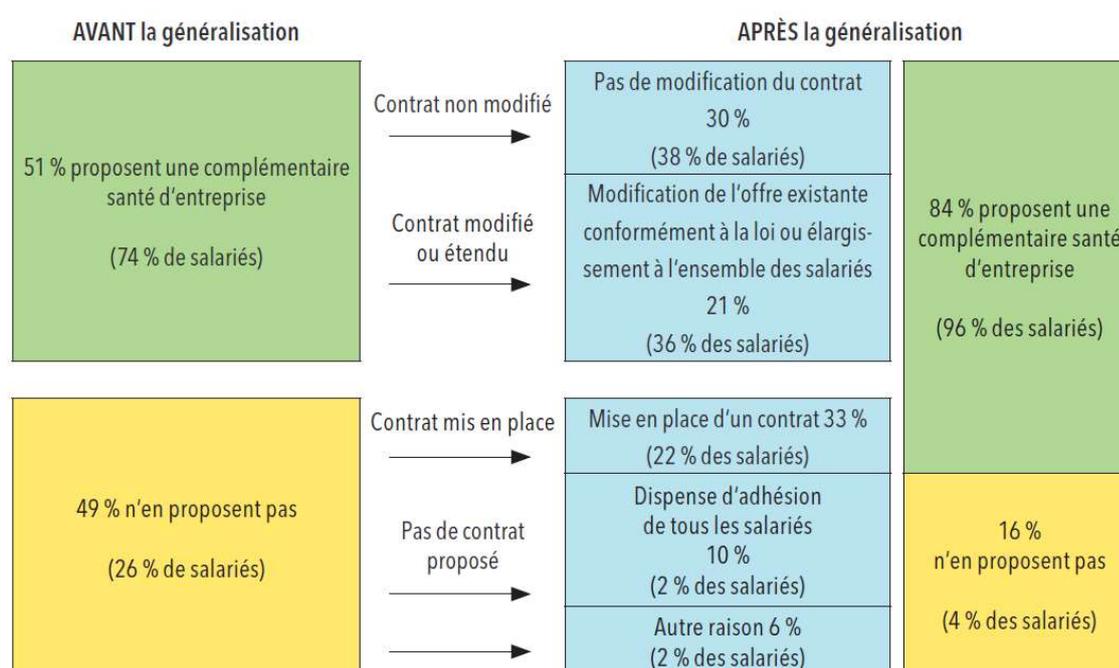
Annexe 3 : Bilan statistique de l'ANI

La généralisation de la couverture santé d'entreprise a fortement accru la part des établissements offrant un contrat de complémentaire santé

Suite à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, 84 % des établissements (regroupant 96 % des salariés) proposent une couverture santé d'entreprise, contre 51 % (regroupant 74 %) avant la généralisation.

Le principal motif d'absence de couverture est le fait que tous les salariés sont dispensés d'adhésion (56,4 % des cas).

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 d'au moins un salarié au 31 décembre 2015.

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

Seul un établissement sur 10 différencie le contrat selon les catégories de salariés.

Seuls 11 % des établissements (employant 21% des salariés) différencient la CSE selon les catégories de salariés. Les différenciations d'offre de couverture sont :

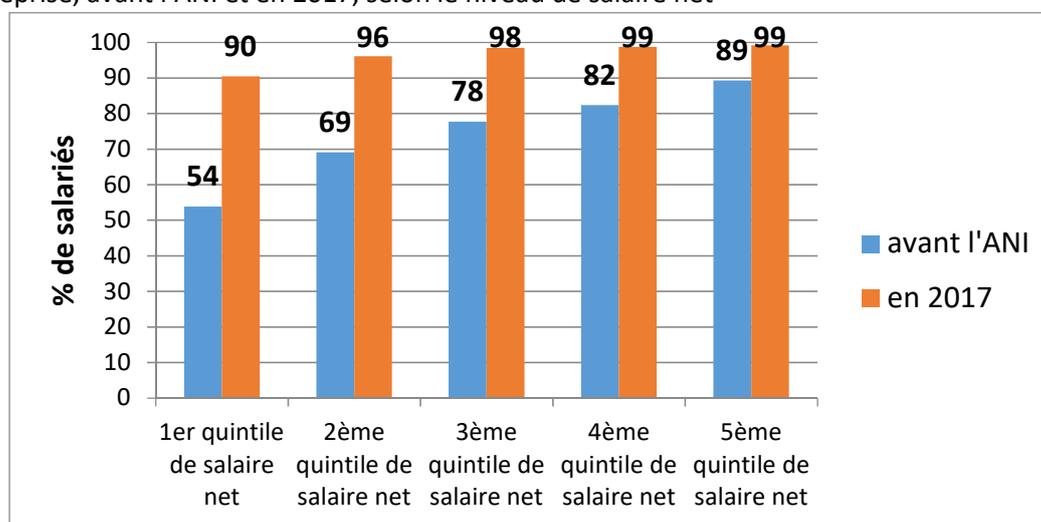
- Moins fréquentes dans les établissements des TPE, mais également dans ceux des entreprises de 500 salariés et plus ;
- Plus fréquentes dans l'industrie (20 % des établissements employant 35 % des salariés) ;
- Concernent plus fréquemment les ouvriers qualifiés et non qualifiés (près de 30 % travaillent dans un établissement différenciant son offre).

En conséquence, les différences présentées ci-dessous entre catégories de salariés en fonction de leur niveau de rémunération pour les niveaux de couvertures, la participation de l'employeur, ou la possibilité d'extension de la couverture aux proches... sont la conséquence de disparités inter-entreprises ou inter secteur d'activités. Ce n'est qu'à titre marginal que ces différences résultent de disparités intra-entreprises.

La généralisation a permis d'atténuer fortement les inégalités entre salariés en termes d'offre de couverture collective.

La progression de l'offre est particulièrement forte parmi les établissements rattachés aux entreprises de 1 à 4 salariés et chez les salariés les moins rémunérés. Même s'il subsiste un léger gradient social, celui-ci a été fortement atténué.

Graphique : Part des salariés travaillant dans un établissement offrant une complémentaire santé d'entreprise, avant l'ANI et en 2017, selon le niveau de salaire net



Source : Drees-IRDES. Enquête PSCE 2017 – volet établissements - DADS 2015

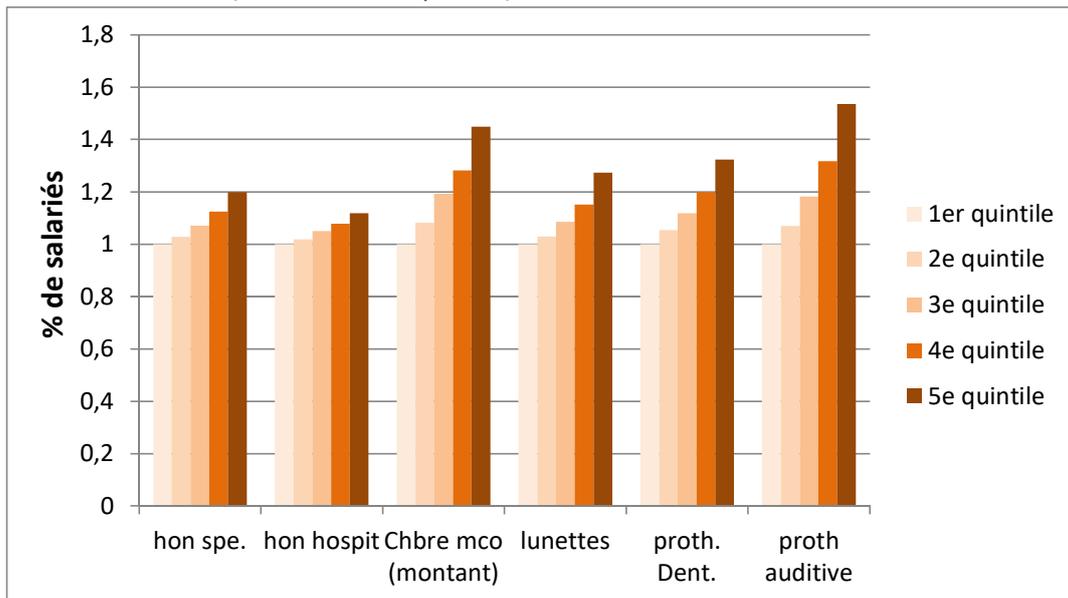
Champ : Ensemble des établissements enquêtés.

A l'issue de l'ANI, des inégalités subsistent toutefois aussi bien en termes de niveau de couverture que de niveau de participation de l'employeur.

- **En termes de niveaux de couverture :**

Les remboursements moyens sont selon les garanties jusqu'à 1,6 fois plus élevés pour les 20 % de salariés gagnant le plus par rapport aux 20 % gagnant le moins.

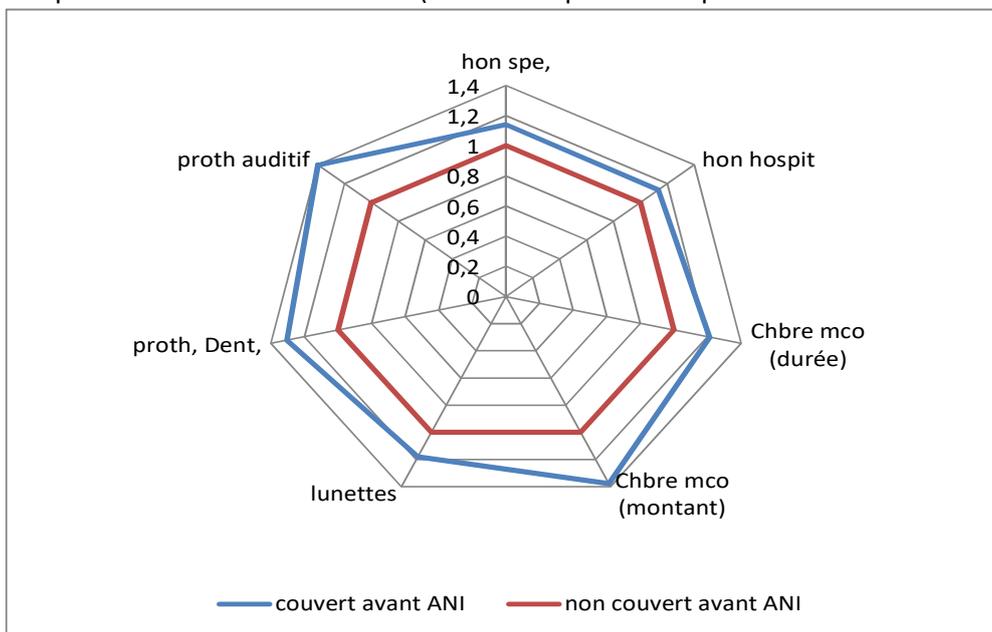
Graphique : Comparaison des niveaux de remboursement moyens auxquels les salariés ont accès selon le quintile de salaire net (référence : 1^{er} quintile)



Source : Drees-IRDES. Enquête PSCE 2017 – Volet « établissements » - DADS 2015
 Champ : salariés des établissements offrant une CSE en 2017

Les contrats offerts par les entreprises qui ne proposaient pas de complémentaire santé avant l'ANI sont en moyenne moins avantageux en termes de remboursements.

Graphique : Comparaison des niveaux de remboursement moyens selon que l'établissement offrait ou non une complémentaire santé avant l'ANI (référence : pas de complémentaire santé avant)



Source : Drees-IRDES. Enquête PSCE 2017 – Volet « établissements »
 Champ : contrats des établissements offrant une CSE en 2017.

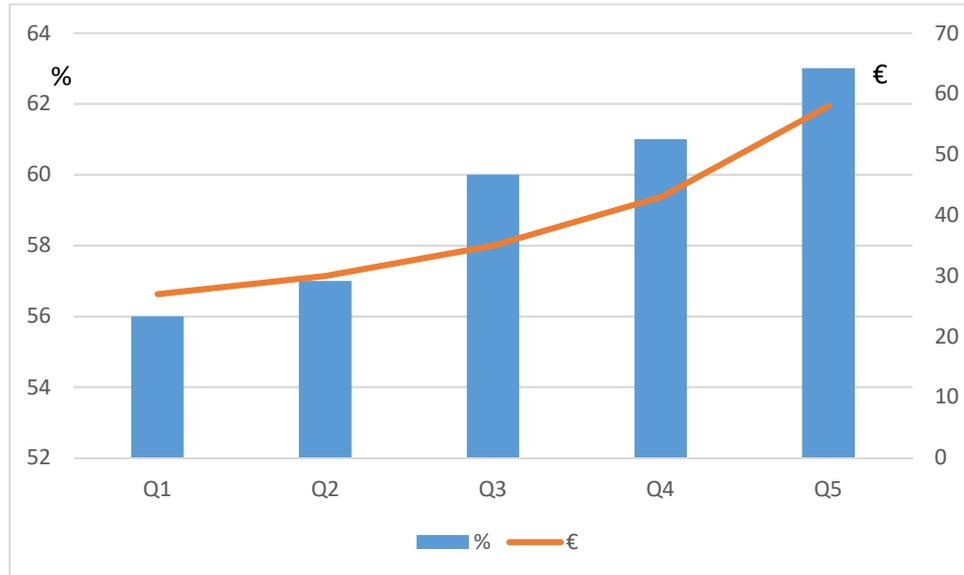
Les salariés des établissements qui n'offraient pas de complémentaire santé avant l'Ani sont nettement plus nombreux à s'être fait dispenser d'adhésion et lorsqu'ils sont couverts à exprimer une insatisfaction vis-à-vis de leur contrat.

- **En termes de participation de l'employeur :**

En moyenne, le niveau de participation des employeurs est de 60 % de la prime. Près de 61 % des contrats (concernant 54 % des salariés) offrent la participation minimum de 50 %.

Les taux de participation sont plus avantageux chez les cadres (63 % de la prime) et chez les salaires élevés (63 % de la prime également). Ils tendent à être plus faibles dans les établissements qui n'offraient pas de complémentaire santé avant l'ANI⁹. En revanche, ils dépendent peu de la taille de l'entreprise ou du secteur d'activité.

Graphique : Participation de l'employeur selon le quintile de salaire



Sources : Drees-IRDES. Enquête PSCE 2017, volet Etablissements - DADS 2015.

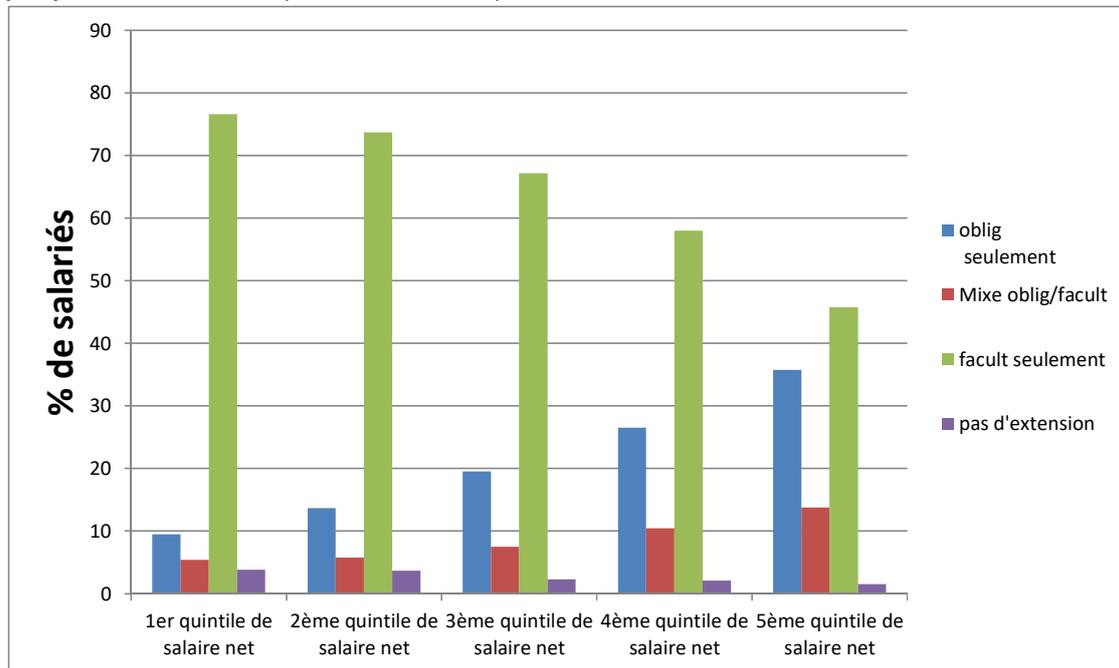
Champ : Ensemble des salariés au 31 décembre 2015 des établissements offrant une complémentaire santé en 2017 qui ont été apparés à un contrat, et pour lesquels la participation est renseignée ou imputée (n=298 228).

⁹ La participation y est en moyenne de 57 % contre 63 % dans les établissements qui offraient une CSE. 76 % des contrats sont au plancher de 50 % contre 51 % des contrats pour les établissements qui offraient une CSE.

- **En termes de possibilités d'extension du contrat aux proches :**

Plus on s'élève dans l'échelle des salaires, plus les contrats couvrent automatiquement les proches.

Graphique : Extension aux proches selon le quintile de salaire net



Source : Drees-IRDES. Enquête PSCE 2017 – Volet « établissements » - DADS 2015

Champ : salariés des établissements offrant une CSE en 2017

Pour la plupart des entreprises déjà couvertes, la définition d'un panier de soins minimum ne semble pas avoir été l'occasion de diminuer le niveau des garanties.

Quatre établissements sur dix proposant une complémentaire santé à leurs salariés avant la généralisation (soit 21 % de l'ensemble des établissements) disent avoir revu leur offre en raison de la généralisation de la complémentaire d'entreprise.

Les changements déclarés les plus fréquents concernent :

- Les niveaux de remboursements (18 % des établissements couverts avant la généralisation) et, ce, autant à la hausse qu'à la baisse : la définition d'un panier de soins minimum ne semble donc pas avoir été l'occasion pour la plupart des entreprises déjà couvertes de diminuer le niveau des garanties.
- Le coût de la couverture (16 %). Dans la moitié des cas, il s'agit d'une augmentation de coût et, dans l'autre moitié, d'une diminution.
- La participation employeur (8 %). Dans la majorité des cas, il s'agit d'une révision à la hausse dont l'objectif est notamment d'atteindre le plancher de 50 % imposé par la loi. Les autres cas, minoritaires, correspondent aux établissements qui ont choisi de réduire leur participation pour compenser des surcoûts liés à une augmentation des garanties, à une extension de la couverture à des catégories auparavant non couvertes, ou qui se sont alignés sur le minimum imposé par la loi.
- L'organisme assureur : 7 % des établissements proposant déjà une couverture complémentaire avant la généralisation déclarent avoir souscrit une complémentaire santé auprès d'un autre organisme pour au moins une catégorie de salariés.

La décision unilatérale de l'employeur a été le principal mode de décision des garanties

La décision unilatérale de l'employeur est le principal mode de décision des garanties (44 % des contrats), devant les accords de branche (30 % des contrats) ou les accords d'entreprise (17 % des contrats). Pour 20 % des contrats, un organisme était recommandé par la branche, la recommandation étant suivie alors pour un contrat sur deux en moyenne.

La recommandation a concerné 20 % des contrats et n'a été suivie que pour la moitié d'entre eux

Pour 26 % des contrats, la branche n'a pas désigné et n'a pas recommandé d'organisme. Ces contrats sont d'autant plus fréquents que la taille de l'entreprise est élevée.

Pour 26 % des contrats, l'organisme gestionnaire est issu d'une désignation¹⁰. Ce cas de figure est plus fréquent parmi les établissements des TPE et dans le secteur de l'agriculture et de l'Hôtellerie - restauration.

Pour 20 % des contrats, un organisme était recommandé. La recommandation a alors été suivie pour un contrat sur deux en moyenne, d'autant moins fréquemment que la taille de l'entreprise dont dépend l'établissement est importante¹¹.

Pour 7 % des contrats, l'établissement déclare n'être pas rattaché à une branche¹².

Un quart des salariés ont souscrit une option ou un contrat de surcomplémentaire

Parmi les salariés en emploi dans le secteur privé en 2017, et couverts par leur entreprise, près d'un quart ont souscrit une option ou un contrat de surcomplémentaire leur permettant de bénéficier de niveaux de garanties plus élevés que ceux de la formule de base¹³. La souscription d'une surcomplémentaire ou d'une option est liée aux besoins de soins et peu au milieu social. Elle est associée à des niveaux de garanties du contrat de base en moyenne plus faibles que ceux ayant souscrit la base seule.

L'ANI n'a pas occasionné de bouleversement majeur du marché de la complémentaire santé

L'ANI n'a pas bouleversé le partage entre individuel et collectif. En 2017 les cotisations des contrats collectifs représentent 47 % des cotisations, contre 46 % en 2016, et 44 % en 2015. L'augmentation plus rapide des cotisations en collectif, tendance qui était déjà à l'œuvre avant l'ANI, s'est poursuivie : entre 2016 et 2017, les cotisations en collectif ont augmenté de 5 %. Avec une hausse de 0,7 % des cotisations en individuel entre 2016 et 2017, la perte de marché des contrats individuels est restée relativement contenue. Il peut sembler étonnant que la part de marché du collectif n'ait pas davantage progressé, sous l'effet des mouvements d'assurés de l'individuel vers le collectif provoqués par l'ANI.

Comme le montrent les analyses de la Drees, il y a eu une montée en gamme des contrats individuels vendus sur la période 2011-2016 : la vente de contrats plus couvrants et donc plus chers a compensé en partie le départ des assurés vers le collectif. Dans le même temps, il n'y a pas eu de montée en gamme des contrats collectifs alors que ceux-ci étaient fortement montés en gamme sur la période antérieure 2006-2010.

¹⁰ Les désignations courraient en principe jusqu'à la mi-2018.

¹¹ La recommandation est suivie pour 59 % des contrats des entreprises de moins de 10 salariés, 48 % des contrats des entreprises 10 à 99 salariés et 39 % des contrats des entreprises de 100 salariés et +.

¹² Enfin, pour 12 % des contrats, l'établissement n'a pas répondu.

¹³ 72 % sont restés sur la formule de base et 5,1 % n'ont pas répondu ou ne savaient pas.

Finalement il y a eu sur les contrats individuels un effet prix (hausse des garanties) doublé d'un effet volume (baisse des personnes couvertes), tandis que sur les contrats collectifs, il y a eu seulement un effet volume (hausse des personnes couvertes) sans effet prix (stagnation des garanties).

A peine plus d'un salarié sur deux conserve le bénéfice du contrat collectif lors d'un épisode de chômage

Garder le bénéfice de leur ancien contrat collectif pendant 12 mois, avec un financement à 100% de leur ancien employeur, est un droit pour les chômeurs, qui a été consolidé avec l'ANI par rapport à la loi Evin qui limitait cette durée à 9 mois.

Pourtant, seulement 56% des anciens salariés qui ont connu une période de chômage après leur départ de l'entreprise ont effectivement bénéficié de ce droit. Avec des inégalités entre salariés, au détriment des bas salaires (46% pour les deux premiers quintiles de niveau de salaires vs 63% au delà) et des précaires (47% pour les CDD vs 62% pour les CDI).

Parmi ceux qui n'ont pas exercé ce droit, un tiers affirme ne pas avoir su que c'était possible, un tiers qu'ils étaient déjà couverts par un autre contrat, un cinquième que c'est un choix personnel, et un dixième qu'ils ne remplissaient pas les conditions pour être éligibles.

FOCUS SUR LA PREVOYANCE :

La généralisation de la complémentaire a été l'occasion d'étendre la diffusion de la prévoyance

77 % des établissements (employant 91 % des salariés) offrent un contrat de prévoyance santé à tous leurs salariés ou à une partie d'entre eux, 23 % des établissements (employant 8 % des employés) n'offrent pas de prévoyance santé.

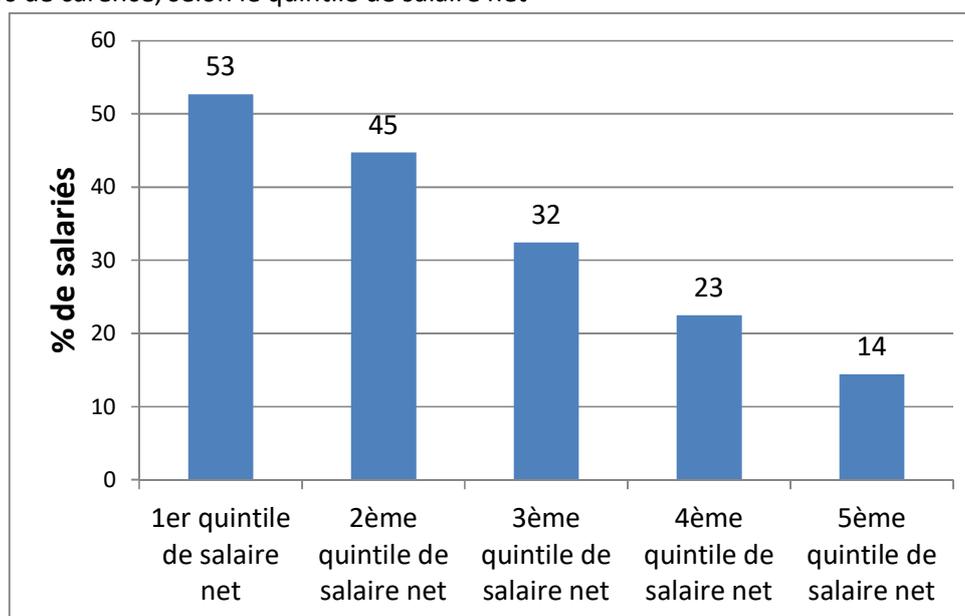
10 % des établissements déclarent avoir mis en place un contrat de prévoyance à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise¹⁴. A l'inverse seuls 1 % des établissements ont abandonné leur prévoyance suite à la généralisation.

Mode de mise en place du contrat de prévoyance

A l'inverse de ce qui est observé concernant la mise en place des garanties de complémentaire santé d'entreprise, celles de prévoyance découlent majoritairement d'un accord de branche¹⁵. Les accords de branche sont d'autant plus fréquents que la taille de l'entreprise de l'établissement est petite. Les accords de branche sont particulièrement fréquents dans l'agriculture (75 % des établissements) et dans l'hébergement-restauration (72 % des établissements).

Des fortes inégalités en termes de couverture de prévoyance

Graphique : Part des salariés qui travaillent dans un établissement ne proposant aucune couverture des 3 jours de carence, selon le quintile de salaire net



Source : Drees-IRDES. Enquête PSCE 2017 – Volet « établissements » - DADS 2015

Champ : Ensemble des établissements.

¹⁴ Ce taux atteint 15 % lorsqu'on se restreint aux établissements qui n'avaient pas de CSE avant l'ANI.

¹⁵ Dans 54% des établissements, le contrat de prévoyance lourde a été mis en place par un accord de branche.

Dans 22% des établissements, le contrat a été mis en place par une DUE

Dans 10% des établissements, le contrat a été mis en place par un accord d'entreprise.

Dans 5% des établissements, la mise en place du contrat relève d'un mode de décision mixte.

Dans 1% des établissements, le contrat est mis en place par un autre moyen et dans 8%, par un mode inconnu.

Annexe 4 : Les bénéfices attendus et les écueils de la concurrence sur le marché de l'assurance santé privée : quelques éléments de cadrage théoriques

Cette annexe est tirée de la présentation de J. Wittwer « Quelle place pour la concurrence sur le marché de l'assurance complémentaire en France ? Eléments de cadrage » à la matinée du collège des économistes retracée dans la lettre du Collège d'avril 2020 « La concurrence sur le marché de la complémentaire : Actes de la 19^e Matinée thématique du 6 novembre 2019 ».

▪ **Bénéfices attendus :**

- **La maîtrise des coûts :**

Sur un marché concurrentiel où les clients sont mobiles, une amélioration du rapport qualité-prix au regard des concurrents permet d'attirer davantage de clients. Dans ces conditions, la concurrence sur le marché de l'assurance santé attiserait les efforts de gestion des assureurs pour maîtriser les coûts, les instruments mobilisés portant sur les assurés (informations sur les tarifs des professionnels, conseils sur le parcours de soins...) ou sur les professionnels de santé (principalement leur mise en concurrence en vue de faire baisser leurs tarifs). Ces instruments peuvent également être mis en œuvre par un assureur unique¹⁶. Du coup, la question est de savoir si sous la pression concurrentielle, les assureurs en concurrence réalisent des niveaux d'efforts de gestion plus importants que ceux d'un assureur en monopole.

- **Une offre plus diversifiée et donc plus à même de répondre aux besoins hétérogènes**

La concurrence peut être un outil de régulation performant quand il s'agit de répondre à une demande et des besoins hétérogène. Un marché concurrentiel peut déboucher sur une situation de « concurrence monopolistique », chaque contrat spécifique constituant une niche qui attirent des assurés avec des besoins particuliers. Cette capacité à proposer une offre adaptée à chaque besoin est plus faible pour un assureur unique qui n'a pas besoin d'ajuster régulièrement son offre de contrat pour conserver ou gagner des parts de marché.

▪ **Limites :**

- **L'information imparfaite des assurés :**

Pour que l'aiguillon de la concurrence puisse engendrer une pression sur les coûts et que la diversité de l'offre permette de bien coller aux besoins, encore faut-il que les assurés se dirigent là où est leur intérêt (et non pas là où la publicité est la meilleure), que les choix des patients soient réellement éclairés. Si les choix ne sont pas éclairés, si les personnes sont mal informées, l'efficacité de la concurrence tombe. Pour éclairer les choix des assurés et stimuler une vraie concurrence en prix, un levier consiste à améliorer la lisibilité des contrats en standardisant l'expression des garanties ou à l'extrême en définissant des contrats-types (comme en Suisse, aux Etats-Unis dans le cadre des marchés organisés de l'Obamacare ou en France pour l'ACS).

- **Le pouvoir de marché des offreurs de soins :**

Dans la pratique il est difficile de mettre en concurrence des offreurs de soins qui ont la capacité de s'organiser efficacement pour faire face aux financeurs et pour limiter ou annuler l'effet potentiel de

¹⁶ La « mise en concurrence des offreurs de soins » peut être réalisée sans concurrence entre assureurs. Par exemple, en Grande-Bretagne, le système étatisé du NHS organise la concurrence entre les établissements hospitaliers. Dans le système avec assurance publique obligatoire français, la T2A peut être comprise comme un système concurrentiel. Reste donc à savoir si la concurrence entre assureurs est le meilleur moyen pour mettre en œuvre cette concurrence entre offreurs de soins.

la concurrence entre financeurs sur la baisse de prix des soins. Pour contraindre le pouvoir de marché des professionnels de santé, la solution fréquente est l'intégration verticale. C'est une partie de l'expérience américaine des quarante dernières années. Un autre moyen, moins lourd, est la création, comme les assureurs complémentaires l'ont fait en France pour l'optique et dans une moindre mesure sur le dentaire, de réseaux de soins sous la forme d'une contractualisation des professionnels de santé du réseau avec l'assureur. Cette contractualisation se limite en pratique aux chirurgiens-dentistes, aux opticiens-lunetiers et aux audioprothésistes, la loi interdisant les engagements en matière tarifaire pour les autres professions et notamment pour les médecins¹⁷.

- **Les coûts de la concurrence :**

La concurrence occasionne en tant que telle plusieurs types de coûts :

- Coûts de publicité ;
- Coût de l'acquisition de l'information pour les patients qui doivent choisir au sein d'une offre complexe.
- Coût de la régulation, un marché de l'assurance santé concurrentiel nécessite une régulation forte en raison notamment du risque de pratiques de sélection (voir *infra*) ;

- **Les pratiques de sélection :**

La sélection (directe ou indirecte) des personnes couvertes peut aussi permettre aux assureurs de maîtriser leurs coûts. Quand elles sont avérées, ces pratiques de sélection occasionnent des difficultés d'accès à l'assurance pour certains assurés et à l'extrême, peuvent conduire certains à ne pas pouvoir s'assurer, mettant alors à mal l'objectif de mutualisation des risques.

Eviter ou, à tout le moins, limiter ces pratiques délétères suppose une régulation forte (interdiction réglementaire ou légale de refuser de couvrir une personne, mise en place de caisses de péréquation comme en Suisse ou aux Pays-Bas permettant de corriger *ex post* les différences de risques couverts pour supprimer au maximum les incitations économiques à sélectionner les assurés).

Ainsi dès lors qu'on vise des objectifs de mutualisation ambitieux, la concurrence en assurance santé ne contribue pas à simplifier la régulation, voire la complexifie, comme en témoigne le système des Pays-Bas où la régulation est très régulièrement ajustée pour faire face aux effets indésirables de la concurrence.

¹⁷ Article L. 863-8 du code de la sécurité sociale.

Annexe 5 : Les réseaux de soins

Cette fiche s'appuie principalement sur la section sur les réseaux de soins du rapport annuel du HCAAM de 2013 (p 217 et suivantes) et sur le rapport de l'IGAS de 2017 sur les réseaux de soins.

Eléments historiques :

Nés il y a plus de 15 ans, les réseaux de professionnels de santé organisés par les complémentaires peuvent être définis comme un partenariat contractuel entre un ou plusieurs OC regroupés et des professionnels de santé¹⁸.

Au fil du temps, les logiques de mutualisation entre opérateurs les ont conduits à déléguer leur gestion à des sociétés de services tierces qui accueillent aujourd'hui d'autres clients que les OC fondateurs¹⁹.

Aujourd'hui ces sociétés de services sont en liaison avec les plateformes de tiers payant qui permettent un contrôle *a priori* des actes. Certaines d'entre elles assurent également une fonction de conseil sur les devis ; elles peuvent aussi se positionner comme les acteurs d'une ingénierie des garanties auprès des complémentaires qui les soutiennent.

Selon la nature de la contractualisation effectuée avec les professionnels, les réseaux de soins offrent aux assurés différents avantages :

- Tiers-payant seul ;
- Limitation des tarifs pratiqués ;
- Remboursements différenciés ;
- Engagement qualité.

Dans tous les cas, les assurés ne sont pas tenus de s'adresser aux professionnels du réseau mais ils peuvent bénéficier s'ils le font, outre des tarifs maxima garantis, de meilleurs remboursements. Ces réseaux s'apparentent ainsi aux « *Preferred Provider Organization* » (PPO) des assureurs américains.

Une très grande diversité de réseaux de soins :

La définition posée par la Loi Leroux²⁰ recouvre un champ très vaste : depuis les opérateurs de tiers payant plus ou moins « améliorés »²¹ jusqu'aux « plateformes de gestion »²² en passant par des réseaux constitués directement par des organismes complémentaires avec des professionnels de santé ou des établissements de santé.

Dans son rapport de 2017 sur les réseaux de soins, l'IGAS distingue :

- D'une part, les « réseaux directs » constitués et gérés par un ou plusieurs organismes complémentaires, sans intermédiaire ; d'autre part, les « réseaux indirects » gérés par un tiers

¹⁸ Cette contractualisation est différente du conventionnement opéré par le régime maladie obligatoire :

- Dans le cas d'un réseau, elle est individuelle et volontaire ;
- Dans le cas des conventions, elle est collective et « obligatoire » pour l'ensemble de la profession.

¹⁹ Elargissant ainsi leur « surface » en terme d'assurés couverts et accroissant leur capacité de négociation face aux professionnels.

²⁰ Aux termes de l'article 2 de la loi Le Roux du 27 janvier 2014, un « réseau de soins » est constitué par un ou plusieurs organismes complémentaires qui, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, concluent avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé des conventions comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service, aux services rendus ou aux prestations ainsi qu'aux tarifs ou aux prix (source : Rapport IGAS juin 2017 sur les réseaux de soins).

²¹ Alмеры, i-santé, Korelio, Viamedis, ACTIL, SP-Santé, OPTILYS...

²² Santéclair, Kalivia, Itelis, Sévéane, CarteBlanche, Istya.

(une « plateforme », disposant de la personnalité morale), pour le compte d'un ou plusieurs organismes complémentaires ;

- Les réseaux « fermés » soumis à *numerus clausus* (c'est-à-dire avec un nombre limité de professionnels de santé, uniquement les réseaux d'optique selon la Loi) et les réseaux « ouverts²³ » sans *numerus clausus* (voir annexe 1) ;
- Les réseaux qui se limitent au tiers payant et ceux qui y ajoutent d'autres engagements (tarifs, qualité de service, orientation des assurés...), conformément à l'esprit de la Loi Le Roux.

La combinaison de ces critères aboutit à une très grande variété de réseaux.

Etendue de leur champ :

En 2016, la moitié des organismes complémentaires, couvrant 79 % des bénéficiaires, sont liés à un réseau d'opticiens ; un tiers, couvrant 58 % des bénéficiaires, sont associés à un réseau de dentistes. Une part significative des 45 millions d'assurés ayant accès à ces réseaux bénéficient de garanties plus élevées pour leurs soins réalisés dans le réseau²⁴.

En 2016, 45 millions d'assurés avaient accès aux 6 plateformes de gestion, qui comptent chacun plusieurs milliers de professionnels de santé (voir encadré 2)²⁵.

Intérêt des réseaux :

- **Pour les assurés :**

Ils autorisent une limitation des restes à charge grâce à un triple effet :

- Les prix négociés dans les réseaux sont moins élevés²⁶ ;
- Les remboursements peuvent être plus intéressants si les achats s'effectuent dans le réseau ;
- Enfin les remboursements sont effectués en tiers payant.

- **Pour les complémentaires :**

Ils n'entraînent pas nécessairement une diminution de leurs dépenses (l'effet volume couplé à de meilleurs remboursements pourrait l'emporter sur l'effet prix). A noter que les données actuellement disponibles ne permettent pas d'éclairer ce point.

Leur intérêt réside surtout dans leur capacité à conserver et à attirer une « clientèle » soucieuse de restes à charge plus faibles.

- **Pour les professionnels :**

Les intérêts des assureurs et des assurés sont convergents, parfois contre ceux des professionnels, ce que souligne l'Autorité de la concurrence en 2009²⁷.

²³ Pour la mission IGAS, « certains réseaux « ouverts » sont très sélectifs (critères de sélection très exigeants, sur la base d'un maillage territorial fin ; admission de nouveaux entrants à une fréquence très lente) et constituent des réseaux « restreints », assez comparables dans leur fonctionnement aux réseaux « fermés » ».

²⁴ Source : Panorama de la complémentaire santé, édition 2019. Drees.

²⁵ Source : rapport IGAS. Voir chiffres détaillés de l'annexe 2.

²⁶ Sans que l'on puisse pour autant l'attribuer à la capacité des réseaux à faire baisser les prix : voir annexe 2.

²⁷ La mise en place de réseaux, « axée, de fait, sur la régulation de l'offre, et reposant sur une identité d'intérêts entre l'organisme complémentaire – qui cherche à mieux maîtriser ses coûts – et les assurés – qui souhaitent bénéficier d'un reste à charge nul ou limité et d'une prime d'assurance la moins élevée possible –, soumet les professionnels souhaitant être sélectionnés à l'obligation de respecter des tarifs maximaux, déterminés de manière à freiner ou mettre fin aux hausses constatées sur les marchés concernés. Ainsi, à supposer qu'il y ait uniformisation des tarifs, il y a toute probabilité qu'il s'agisse, d'une uniformisation à un niveau sensiblement moindre qu'en l'absence de tout mécanisme de contractualisation » (Avis N°09-A-46 du 9 septembre 2009).

Les questions qu'ils soulèvent :

Le développement des réseaux pose diverses questions, au-delà des sujets de la libre ou loyale concurrence, examinés à de nombreuses reprises par l'Autorité de la concurrence.

- **Potentiels inconvénients des réseaux fermés en optique ?**

Ils présenteraient, selon certains, plusieurs inconvénients :

- Rétrécissement de la gamme des produits référencés et remboursés par l'assureur ;
- Faible qualité de service ;
- Frein à l'innovation pour des produits novateurs qui ne font pas dans l'immédiat l'objet des négociations tarifaires ;
- Effet anticoncurrentiel en favorisant les nouvelles implantations de magasins en leur apportant une clientèle captive.

Mais plusieurs arguments peuvent être rétorqués :

- D'abord, les cahiers des charges des réseaux intègrent non seulement des référencements de produits mais également des exigences de qualité sur les matériels vendus (traçabilité) et le service aux clients ;
- Ensuite, beaucoup de réseaux référencent périodiquement de nouveaux produits dont ils négocient les prix avec les professionnels ;
- Enfin, de façon plus générale, les OC ont intérêt à une bonne qualité des prestataires, la sanction étant le départ de l'assuré vers d'autres opérateurs.

- **Capacité à réellement agir sur les prix et à stimuler la concurrence ?**

Ainsi, d'après l'Igas, l'écart de prix pour les soins ou les produits consommés *via* un réseau est :

- Dans le secteur de l'optique, d'environ 20 % pour des verres adultes, 10 % pour des montures, et jusqu'à 37 % pour certaines références de verres.
- Dans le secteur des aides auditives, l'écart se situe autour de 10 %.
- En dentaire, les différences de prix sont plus incertaines car elles varient fortement selon les réseaux.

Pour autant, les prix moyens plus faibles enregistrés dans les réseaux ne doivent pas être nécessairement interpréter comme la capacité des réseaux à faire baisser les prix. Car d'une part, il est difficile de raisonner à qualité donnée tant la qualité est difficile à observer, dès lors des prix moindres peuvent s'accompagner d'une moindre qualité ; d'autre part des phénomènes de sélection ne sont pas à exclure²⁸.

- **Légitimité des réseaux à réguler les tarifs ?**

La plupart des professionnels de santé sont défavorables au conventionnement tarifaire par les complémentaires, au nom de la liberté de choix des assurés.

Par ailleurs, la légitimité des OC pour apprécier la qualité de la pratique au-delà du seul aspect tarifaire est contestée par les ordres des professions concernées.

²⁸ Comment l'indique la Drees (*ibid*), des effets de sélection :

- Soit parce que les réseaux sélectionnent des professionnels de santé moins chers ;
- Soit parce que les professionnels de santé plus compétitifs demandent à y adhérer.

Encadré : Réseaux « ouverts » et réseaux « fermés »

- Les réseaux « ouverts »

Ces réseaux accueillent, indifféremment, tout professionnel de santé demandeur sous réserve qu'il respecte des conditions définies par un cahier des charges : ce sont les plus fréquents.

Ils concernent les pharmacies, les chirurgiens-dentistes, les laboratoires d'analyse médicale et s'étendent aujourd'hui aux audioprothèses, à la chirurgie réfractive ou à des professionnels non conventionnés avec la sécurité sociale (diététiciens, sophrologues...).

Ils mettent en œuvre, généralement, le tiers payant et peuvent obtenir l'engagement de modérations ou de plafonds tarifaires. Les conventionnements sont généralement reconduits tacitement.

- Les réseaux « fermés » en optique

Ces réseaux limitent l'accès au réseau à un nombre donné de professionnels par zone géographique, sélectionnés selon des critères qualitatifs et tarifaires. Ils n'existent que dans le secteur de l'optique, caractérisé par une démographie professionnelle très dynamique, une grande densité de l'offre, des produits nombreux et diversifiés et des marges importantes.

Pour être viables, les réseaux fermés doivent remplir plusieurs conditions :

- Ils doivent sélectionner un nombre suffisant de professionnels par zone géographique afin que les assurés disposent d'une offre de proximité ;
- Ils doivent garantir des volumes suffisants aux professionnels en contrepartie des baisses tarifaires qu'ils consentent. De ce fait, la limitation du nombre de professionnels référencés est indispensable ;
- En raison des coûts humains et techniques engendrés par leur création et leur gestion (notamment sélection et contrôle des professionnels), ils doivent avoir une taille suffisante pour garantir aux assureurs un retour sur investissement (fidélisation des assurés, maîtrise des dépenses).

Encadré 2 : Description synthétique des 6 plateformes en 2016

	Carteblanche	Istya	Itelis	Kalivia	Santclair	Seveane
Statut	SAS	SA (EGARESEAUX)**	SA	SAS	SA	GIE
Actionnaires	Swiss Life, Henner Generali, Aviva, MNH, Pacifica Thelem, Sogecap	MGEN	AXA HUMANIS	Harmonie Mutuelle Malakoff Mederic	Allianz COVEA IPECA MGP	Groupama Pro BTP
Date de création	2001	2008	2001	2010	2003	2010
Assurés et ayant-droit (millions)	7	5	6*	12	9	6
Réseaux gérés	Optique Audio Dentaire, Ostéo, Diététique...	Optique Audio	Optique Audio Dentaire Chirurgie réf.	Optique Audio Dentaire	Optique Audio Dentaire Chirurgie, MK, Osteo...	Optique Audio Dentaire

Source : Mission IGAS * Chiffre tiré du rapport Assemblée Nationale (2012)

** EGARESEAUX est propriétaire des réseaux OPTISTYA et AUDISTYA, gérés par EQUASANTE, SA détenue à 51 % par la MGEN (+MATMUT, CNP et FNMF)

Source : RAPPORT IGAS N°2016-107R

Annexe 6 : La demande d'assurance complémentaire d'un point de vue théorique

La demande de couverture individuelle de l'assuré :

Les modèles théoriques de demande d'assurance indiquent qu'un individu averse au risque souhaite s'assurer pour limiter l'aléa sur son revenu. En effet, contre le versement d'une prime, l'assurance complémentaire limite les restes à charge (en niveau comme en dispersion) et permet ainsi de troquer le risque sur le revenu occasionné par les restes à charge après AMO pour un aléa de variance plus faible²⁹.

Plus l'individu est averse au risque, plus il valorise la réduction de l'aléa permise par l'assurance et plus il est disposé à payer une prime élevée pour un niveau d'assurance donné (l'écart avec la prime pure constituant la « prime de risque »).

Plus un individu est averse au risque, plus il souhaite d'assurance. Inversement, plus il valorise le présent, moins il en souhaite. La préférence pour le présent intervient particulièrement dans les décisions de couverture des risques longs comme la dépendance, moins pour la santé qui est un risque court.

La demande de couverture collective de l'employeur :

La couverture collective peut être vue comme un élément de rémunération indirecte pouvant être utilisé par les entreprises pour attirer et retenir la main-d'œuvre³⁰.

Une autre approche consiste à faire l'hypothèse que l'employeur fonde sa décision en agrégeant les préférences individuelles de ses employés, le cas échéant dans le cadre du dialogue avec les organisations syndicales³¹. Sous cette hypothèse, la couverture finalement souscrite par l'employeur sera jugée trop couvrante par certains employés et pas assez couvrante par d'autres.

Enfin, une dernière manière de modéliser le choix du niveau de couverture par l'employeur revient à la modéliser comme une demande d'assurance à proprement parler. En permettant un meilleur accès aux soins et par suite un meilleur état de santé des employés, un niveau de couverture élevé peut limiter le risque d'arrêts de travail potentiels et assurer à l'entreprise une meilleure productivité de ses salariés. Comme dans les modèles de demande individuelle d'assurance, l'aversion au risque de l'employeur rentre alors en ligne de compte pour expliquer le niveau choisi

²⁹ Formellement, sans assurance complémentaire, le revenu aléatoire s'écrit $R_{\text{sans assurance}} = R_0 - RAC_{\text{AMO}}$, où R_0 désigne le revenu courant et RAC_{AMO} la variable aléatoire constituée par le reste à charge total pour le patient après l'intervention de l'AMO, somme des restes à charges (aléatoires) sur les différents postes de soins. Avec assurance, le revenu aléatoire s'écrit cette fois $R_{\text{avec assurance}} = R_0 - P - RAC_{\text{AMC}}$, où P désigne la prime du contrat d'assurance et RAC_{AMC} la somme des restes à charge après intervention de l'AMO et de l'AMC.

³⁰ Voir Currie, J. & Madrian, B. C. (1999). Health, health insurance and the labor market. In O. Ashenfelter & D. Card (Ed.), *Handbook of Labor Economics*, vol. III (pp. 3309-3416). Elsevier.

³¹ Voir par exemple Goldstein, G. S. & Pauly, M. V. (1976). Group Health Insurance as a Local Public Good. In R. Rosett (Ed.), *The Role of Health Insurance in the Health Services Sector*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Annexe 7 : Le Régime Local d'Alsace-Moselle

Aspects historiques :

Le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle est **issu de l'histoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle**.

Pendant le rattachement de ces territoires à l'Empire Allemand, de 1871 à 1918, la population a bénéficié du système d'assurance maladie des **lois de Bismarck**. Ces lois allemandes assuraient une **très forte socialisation de la prise en charge des dépenses de soins**, laissant une fraction modeste à la charge des assurés. Ces lois ont été maintenues en vigueur en Alsace-Moselle jusqu'en 1946.

Après la Seconde Guerre Mondiale, lors de la création du régime général de Sécurité sociale, la population locale s'est mobilisée pour conserver son régime particulier. **Un décret du 12 juin 1946 l'a maintenu à titre provisoire**, dans l'attente que le régime général s'aligne sur son haut niveau de solidarité. Cette perspective ne s'est pas réalisée. **Le Régime Local a été pérennisé par une loi du 31 décembre 1991**.

Statut juridique du Régime Local d'Alsace-Moselle :

Le régime d'Alsace-Moselle (RLAM) est une assurance complémentaire obligatoire dérogatoire au droit commun français. Le RLAM est membre de l'UNOCAM.

Les dispositions juridiques relatives au RLAM relèvent du code de la sécurité sociale.

Ce régime n'entre pas dans le champ des contrats responsables.

Bénéficiaires :

Sont couverts par le RLAM :

- Les salariés du secteur privé³² et contractuels de droit public ;
- Les titulaires de revenus de remplacement ayant cotisés au régime local (pension d'invalidité, pension de réversion, indemnités et allocations de chômage, etc.) ;
- Les titulaires d'une pension de retraite ;
- Les ayants droits de l'ensemble des bénéficiaires du territoire

Ne sont pas couverts par le RLAM :

- Les fonctionnaires des 3 fonctions publiques,
- Les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales, etc.)
- Les salariés de régimes spéciaux sont exclus de ce régime.

Au 1/1/2019, la population couverte par le Régime Local d'Alsace-Moselle représente près de **2,2 millions de bénéficiaires** dont près de 1,6 millions assurés (73 %) et 580 000 ayants droit. **Plus de la moitié** des bénéficiaires sont des actifs et **21 %** sont retraités. **27 %** sont ayants droit de salariés ou retraités. En Alsace-Moselle, **77 %** des assurés du régime général sont bénéficiaires du Régime Local³³.

³² A noter qu'il ne faut pas spécialement travailler dans la région couverte : si l'adresse du siège social des entreprises est située dans l'un des 3 départements, les salariés peuvent bénéficier de ce régime. Cela concerne environ 150 000 bénéficiaires.

³³ Source : <https://regime-local.fr/>

Prestations couvertes et taux de remboursement :

Champ des prestations couvertes par le RLAM : celui du régime de base de la sécurité sociale

Niveau des remboursements :

- Dans la limite du tarif conventionnel. Ainsi il ne rembourse pas les dépassements d'honoraires, et intervient de façon marginale dans la prise en charge des frais d'optique et de dentaire... ;
- Gratuité de l'hospitalisation : prise en charge intégrale du TM et du FJH ;
- TM limité à 10 %³⁴.

Le RLAM ne prend pas en charge les participations forfaitaires pour les consultations, examens radiologiques ou analyses biologiques, ni les franchises applicables aux médicaments, actes des auxiliaires médicaux et transports sanitaires.

Pour le remboursement des honoraires hors parcours de soins, le régime suit les règles de remboursement du régime de droit commun : complète le régime de base jusqu'à 50 % du tarif opposable.

En 2018, les dépenses du Régime Local d'Alsace-Moselle se sont élevées à **533,5 millions** d'euros, en hausse de **+ 7,9 %** par rapport à 2017.

99 % des charges servent à financer les dépenses de santé des assurés, qui s'élèvent en moyenne à 242 € par personne en 2018 et se répartissent comme suit :

- Remboursement du ticket modérateur des prestations maladie de ville (67 %)
- Remboursement du ticket modérateur des frais de séjours hospitaliers (13 %)
- Remboursement du forfait journalier hospitalier (12 %)

1% seulement des charges est consacré au fonctionnement du régime.

Les médicaments et les actes médicaux représentent plus de la moitié des prestations maladie remboursées par le Régime Local d'Alsace-Moselle.

Les actes des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...) représentent 14 % des prestations remboursées avant les produits et prestations (matériels d'aide à la vie, pansements, orthèses et prothèses externes...) et les actes de biologie (8 %) et les actes dentaires (7 %).

Les frais de transport ne représentent que 3 % des prestations, ceux-ci étant le plus souvent pris en charge intégralement par le régime général³⁵.

³⁴ A l'exception des médicaments à 80 % au lieu de 90 % précédemment et pas de prise en charge par le régime local des vignettes remboursées à 15 % par le régime de base pour encourager le recours aux médicaments à service médical rendu effectif (décision du 19 décembre 2005 du conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local prise aussi pour éviter la dégradation de la situation du régime).

NB : certaines prestations facultatives ont été progressivement supprimées pour faire face aux difficultés financières (par exemple : bilan de santé des personnes âgées, remboursement complémentaires des frais d'optique...)

³⁵ Source : <https://regime-local.fr/>

Financement :

En 2018, le Régime Local d'Alsace-Moselle a perçu des produits d'un montant de 540,9 millions d'euros, en progression de 7,3 % par rapport à 2017 dont : 67 % proviennent des cotisations sur salaires et allocations chômage, 20 % des cotisations sur retraites³⁶.

Le régime est financé *via* une cotisation calculée sur l'intégralité du salaire de chaque adhérent depuis 1986 (date à laquelle le plafond a été supprimé). Les employeurs ne le financent pas³⁷.

Les pensions des retraités et pré-retraités imposables ou les allocations des chômeurs font également l'objet d'une cotisation dont le taux est cependant moindre que celui appliqué aux salariés.

En revanche les pensionnés titulaires de rentes d'accident de travail ainsi que les retraités non imposables sont exonérés de cotisation.

La cotisation au RLAM est déductible de l'impôt sur le revenu³⁸.

Le niveau du taux de cotisation et, pour les retraités, de l'assiette des cotisations, sont fixés par l'instance de gestion.

Le niveau peut varier selon les années mais est de l'ordre de 1,6 %, niveau qui permet l'équilibre financier global du régime. Il ne peut varier que « dans la limite d'une fourchette de 0,75 % à 2,5 % », sauf cas d'excédent ou de déficit massif du fonds de réserve.

Depuis 1998, les excédents comptables peuvent être affectés dans la limite de 0,5% des dépenses de prestations à des actions de santé publique ou à des expérimentations sur les filières ou réseaux de soins.

Pilotage et gouvernance :

Le RLAM est autonome et géré par les seuls représentants des organisations syndicales de salariés³⁹.

Le conseil d'administration détermine :

- La nature et le niveau des prestations prises en charge par le régime local ainsi que les assiettes et taux de cotisations (dans une fourchette de taux de cotisations comprises entre 0,75 % et 2,5 % du salaire brut) ;
- Les opérations budgétaires et comptables (établissement d'un état prévisionnel des dépenses, arrêté des comptes, fixation des réserves...) ;
- Les actes de gestion du régime (règlement intérieur du conseil d'administration, nomination du directeur et de l'agent comptable, examen du rapport annuel d'activité...).

Le CA est composé de membres délibérants et de membres consultatifs. Les représentants 9 des assurés sociaux (CFDT, CGT, CGT-FO, CFTC, CFE-CGC5) constituent l'essentiel des vingt-cinq membres délibérants auxquels se joignent une personne qualifiée issue d'une organisation de salariés désignée par le préfet et un représentant de la mutualité, désigné par la Fédération nationale de la mutualité française. Les membres consultatifs, au nombre de cinq, sont le directeur et l'agent comptable de l'instance de gestion, un médecin-conseil, un représentant des associations familiales et un

³⁶ Source : <https://regime-local.fr/>

³⁷ Sauf pour le régime local agricole

³⁸ Cette avantage fiscal dont le montant n'a pas été chiffré constitue d'après la CdC une forme d'aide publique indirecte qui atténue l'effet redistributif du déplafonnement des cotisations.

³⁹ Ce sont les difficultés financières des années 1980-1990 (régime fortement déficitaire) qui ont conduit à réformer le régime vers davantage d'autonomie de gestion.

représentant des retraités et des personnes âgées du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Ainsi les représentants des employeurs ne font-ils pas partie du conseil d'administration du régime local. En revanche, trois d'entre eux, désignés par les unions départementales de l'Alsace-Moselle, peuvent assister aux séances du conseil d'administration.

Pour la CC, la bonne santé financière du régime local est lié aux conditions de régulation et ne dépend pas de facteurs extérieurs comme par exemple des comportements différenciés en matière de recours aux soins et de consommation médicale. Ce qui favorise également la bonne santé financière du régime, c'est que le RLAM intervient sur le TM (et pas le RAC comme les complémentaires : il bénéficie ainsi à plein de la progression de l'exonération ALD prise en charge par le régime général.

Avantages du Régime Local d'Alsace-Moselle :

- Simplicité ;
- Continuité des prestations tout au long de la vie sans rupture par exemple au moment du passage à la retraite ;
- Fort niveau de solidarité pour les assurés modestes, les familles et les retraités ;
- Niveau bas des frais de gestion⁴⁰, grâce une mutualisation des frais de gestion avec le régime de base (Les prestations complémentaires du régime local sont versées par les CPAM et les cotisations sont recouvrées majoritairement par les URSSAF ou la MSA⁴¹).

Limites du Régime Local d'Alsace-Moselle :

Pour la CdC, « on n'observe pas de performance spécifique en matière de pilotage de l'offre de soins : par exemple, les dépassements d'honoraires sont particulièrement développés en Alsace » (rapport CC).

Impact de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise

L'ANI n'a pas remis en cause juridiquement l'existence du régime local⁴².

Néanmoins, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a soulevé la question délicate de son articulation avec le RLAM, dans la mesure où :

- Le champ des prestations couvert par l'ANI est plus large que celui couvert par le régime local⁴³ :

⁴⁰ En 2010, les charges de fonctionnement représentaient 4,3 millions d'euros (<1% du montant des prestations servies et des produits)

⁴¹ Pour la CNAMTS, les charges de gestion du régime général représentent 4,2% des prestations versées et 3,9% des cotisations et taxes affectées (données issues du rapport de la CC) – le chiffre est de 15% des primes pour le coût de gestion moyen des OC (en ne prenant en considération que les dépenses de gestion et les frais d'administration).

⁴² Le décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015 a fait figurer à l'article D. 911-2 du Code de la sécurité sociale que : « les salariés, y compris en tant qu'ayants-droit, bénéficiant de prestations servies par le régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, figure dans la liste de ceux qui peuvent se dispenser, à leur demande, de l'obligation d'adhésion à une complémentaire obligatoire ».

⁴³ Le socle minimal de garanties de la couverture complémentaire collective est de 100 % de la base de remboursement des consultations, actes techniques et pharmacie en ville et à l'hôpital et donc un taux supérieur à celui du régime local et de 125 % de la base de remboursement des prothèses dentaires et donc d'un taux supérieur à celui du régime local. Les garanties minimales nouvelles prévoient également un forfait de 100 € par an pour l'optique inexistant au régime local ».

- Le régime local repose sur un financement des seuls salariés et des retraités alors que les régimes collectifs d'entreprise sont cofinancés par l'employeur et pour moitié au moins⁴⁴.

Une mission de concertation pour le Premier ministre a donc été diligentée⁴⁵. L'analyse juridique menée conduit à :

- Ecarter l'option d'un renforcement du RLAM au niveau du panier ANI⁴⁶ ;
- Recommander que les organismes complémentaires interviennent pour compléter les prestations du RLAM à hauteur du panier minimal de l'ANI⁴⁷.

C'est cette voie qui a été retenue jusqu'à présent, mais toutefois, la situation actuelle n'est pas sans poser de nouvelles questions, car comme le remarque F. Kessler : « ... *en ajoutant une [éventuelle] surcomplémentaire santé financée à parité, la part salariale des bénéficiaires du régime local est supérieure à celle des autres départements. Évidemment et de façon symétrique, le financement des prestations minimales de la couverture complémentaire obligatoire par les employeurs d'Alsace-Moselle est inférieur à celui assumé par les employeurs des autres départements français* ».

Complémentaires santé en Alsace-Moselle :

Dans son rapport de 2011, la Cour notait qu'en 2011, 81 % des assurés du régime local avaient souscrit à une assurance complémentaire facultative (données CPAM⁴⁸). Globalement ces complémentaires interviennent surtout sur les dépassements d'honoraires et les remboursements de frais d'optique et de dentaire. Les primes des complémentaires en Alsace-Moselle sont inférieures de 30 à 40 % aux tarifs pratiqués dans les autres départements, compte tenu de l'intervention du RLAM.

⁴⁴ L'article 197 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 prévoit l'obligation d'instaurer une complémentaire santé respectant les spécificités du panier de soins et du financement à parts égales employeur/salarié figurant à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale (au 1er juillet 2016 pour les départements du régime local).

⁴⁵ Rapport à Monsieur le Premier Ministre sur le régime local complémentaire d'assurance maladie d'Alsace-Moselle et son articulation avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise établi par Philippe BIES député du Bas-Rhin, Denis JACQUAT, député de la Moselle, André REICHARDT sénateur du Bas-Rhin, Patricia SCHILLINGER sénatrice du Haut-Rhin, mardi 15 décembre 2015.

⁴⁶ « *Aussi, si la solution visant à confier la gestion du différentiel de prestations à hauteur du panier de soins ANI au régime local et à introduire une contribution employeur, est celle vers laquelle la mission souhaitait tendre initialement, il semble que cette piste d'évolution présente un risque constitutionnel sérieux. En effet, même si cette orientation pourrait être vue comme une « harmonisation des situations », elle repose sur l'hypothèse selon laquelle une telle harmonisation pourrait conduire, contrairement à la décision « Société SOMODIA⁴⁶ », au renforcement, dans une appréciation régime par régime, des différences entre le droit local et le droit commun. Pourraient notamment être invoquées à l'appui de ce motif, l'amélioration des prestations résultant d'une prise en charge par le régime local, la création obligatoire d'une cotisation à la charge des employeurs déterminée par le pouvoir réglementaire, mais aussi la soustraction au champ de la concurrence d'une part de marché significative induite par le monopole que détiendrait le régime local en Alsace-Moselle* ».

⁴⁷ « *En conséquence, la solution consistant à conserver des régimes locaux inchangés auxquels viendraient s'ajouter la complémentaire santé servie par les mutuelles, les instituts de prévoyance ou les sociétés d'assurance et cofinancée à hauteur d'au moins 50 % par les employeurs conformément aux dispositions de la loi du 14 juin 2013, est celle que la mission estime juridiquement la moins risquée* ».

⁴⁸ Ces données issues des CPAM ne sont pas complètes et difficilement interprétables. La CdC rapporte la part des assurés couverts par une assurance complémentaire en population non affiliée au régime local (78,3 % pour les assurés des 3 départements ; 75,2 % au niveau national) aux données issues d'une enquête de l'IRDES menée au niveau national (94 %).

Bibliographie

- Rapport de la Cour des comptes (2011) :

<https://www.senat.fr/rap/r11-443/r11-443-annexe.pdf>

- Rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat (février 2012)
- Kessler, F. (2016). Complémentaire frais de santé obligatoire d'Alsace et de Moselle : reste-t-il une place pour du droit national d'application territoriale ? Regards, 49,(1), 81-92.

<http://www.cairn.info/revue-regards-2016-1-page-81.htm>.

- Rapport à Monsieur le Premier Ministre sur le régime local complémentaire d'assurance maladie d'Alsace-Moselle et son articulation avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise établi par Philippe BIES député du Bas-Rhin, Denis JACQUAT, député de la Moselle, André REICHARDT sénateur du Bas-Rhin, Patricia SCHILLINGER sénatrice du Haut-Rhin, mardi 15 décembre 2015.

[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/141215 -
_rapport_sur_le_regime_local_complementaire_d_assurance_maladie_d_alsace_moselle.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/141215_-_rapport_sur_le_regime_local_complementaire_d_assurance_maladie_d_alsace_moselle.pdf)

Document 1 : les principaux textes juridiques

Loi du 15 juin 1883	Création du régime d'assurance maladie obligatoire par Bismarck
Loi du 17 octobre 1919	Maintien du code des assurances sociales allemandes et fixation d'un régime transitoire
Loi du 1 ^{er} juin 1924	Confirmation du maintien en vigueur de la législation locale
Ordonnance du 4 octobre 1945	Extension du régime général aux trois départements d'Alsace-Moselle Renvoi à un décret pour déterminer « les dispositions du régime local qui restent provisoirement en vigueur et les modalités suivant lesquelles s'effectuera le passage du régime local antérieur au régime général »
Décret n° 46-1428 du 12 juin 1946 prévoyant	Décret fondateur qui prévoit les mesures transitoires pour l'application dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle du nouveau régime de sécurité sociale : ticket modérateur de 10 % pour les prestations en nature d'assurance maladie et prise en charge intégrale des frais d'hospitalisation
Loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991	Fin du caractère transitoire des dispositions du régime local
Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 Décret n° 95-349 du 31 mars 1995	Création d'une instance de gestion, dotée d'un conseil d'administration chargé de prendre les mesures nécessaires à l'équilibre financier du régime
Loi n° 98-278 du 14 avril 1998	Base législative complète qui détermine les conditions d'affiliation et le fonctionnement du régime local
Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002	Précisions sur les règles d'affiliation et de cotisations des retraités

Source : Cour des comptes 2011

Document 2 : les taux de remboursement du RLAM

PRESTATIONS	Taux de remboursement du régime général	Taux de remboursement du régime local	Taux de remboursement total
1. Honoraires et indemnités de déplacement			
• Médecins généralistes ou spécialistes - chirurgiens-dentistes - sages-femmes.....	70%	20%	90%
• Auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues).....	60%	30%	90%
• Indemnités kilométriques.....	100%	/	100%
2. Actes techniques			
• Actes dont le tarif est inférieur à 120€.....	70%	20%	90%
• Participation forfaitaire pour les actes >=120€.....	0€	24€	24€
3. Médicaments			
• Médicaments :			
- reconnus irremplaçables et coûteux.....	100%	/	100%
- à service médical rendu majeur ou important, préparations magistrales.....	65%	25%	90%
- à service médical rendu modéré.....	30%	50%	80%
- médicaments homéopathiques et préparations magistrales homéopathiques.....	15%	50%	65%
- à service médical faible.....	15%	/	15%
4. Analyses et prélèvements de laboratoire			
• Actes en B (biologie).....	60%	30%	90%
• Actes en P (anatomie et cytologie pathologiques).....	70%	20%	90%
• Prélèvement effectué par du personnel médical, chirurgiens-dentistes, sages-femmes.....	70%	20%	90%
• Prélèvement effectué par du personnel non médical.....	60%	30%	90%
5. Autres frais médicaux			
• Accessoires, pansements, petit appareillage.....	60%	30%	90%
• Prothèses auditives - orthopédie - optique.....	60%	30%	90%
• Prothèses dentaires.....	70%	20%	90%
• Grand appareillage.....	100%	/	100%
5. Frais de transport.....			
	65%	35%	100%
6. Hospitalisation en établissement public ou clinique privée conventionnée			
• Frais de séjour, frais de salle d'opération, honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, frais d'analyse et d'exams de laboratoire réalisés pendant le séjour hospitalier.....	80%	20%	100%
• Forfait journalier hospitalier en hôpital ou clinique.....	0€	20€	20€
• Forfait journalier hospitalier en établissement psychiatrique.....	0€	15€	15€
7. Frais de cure thermale :			
• Hospitalisation médicalement justifiée.....	80%	20%	100%
• Cure thermale libre :			
- Honoraires (forfait de surveillance, pratiques médicales complémentaires).....	70%	20%	90%
- Frais d'hébergement, frais de transport.....	65%	/	65%
- Frais d'hydrothérapie.....	65%	25%	90%

Source : Site internet <http://www.regime-local.fr/>