

Les enjeux de la protection sociale complémentaire en terme d'accès aux soins

**La protection sociale complémentaire,
quelles évolutions des contrats collectifs
et quelles attentes pour la société ?**

Mercredi 14 décembre 2011 - Paris

Yann Bourgueil, IRDES – Travaux équipe IRDES

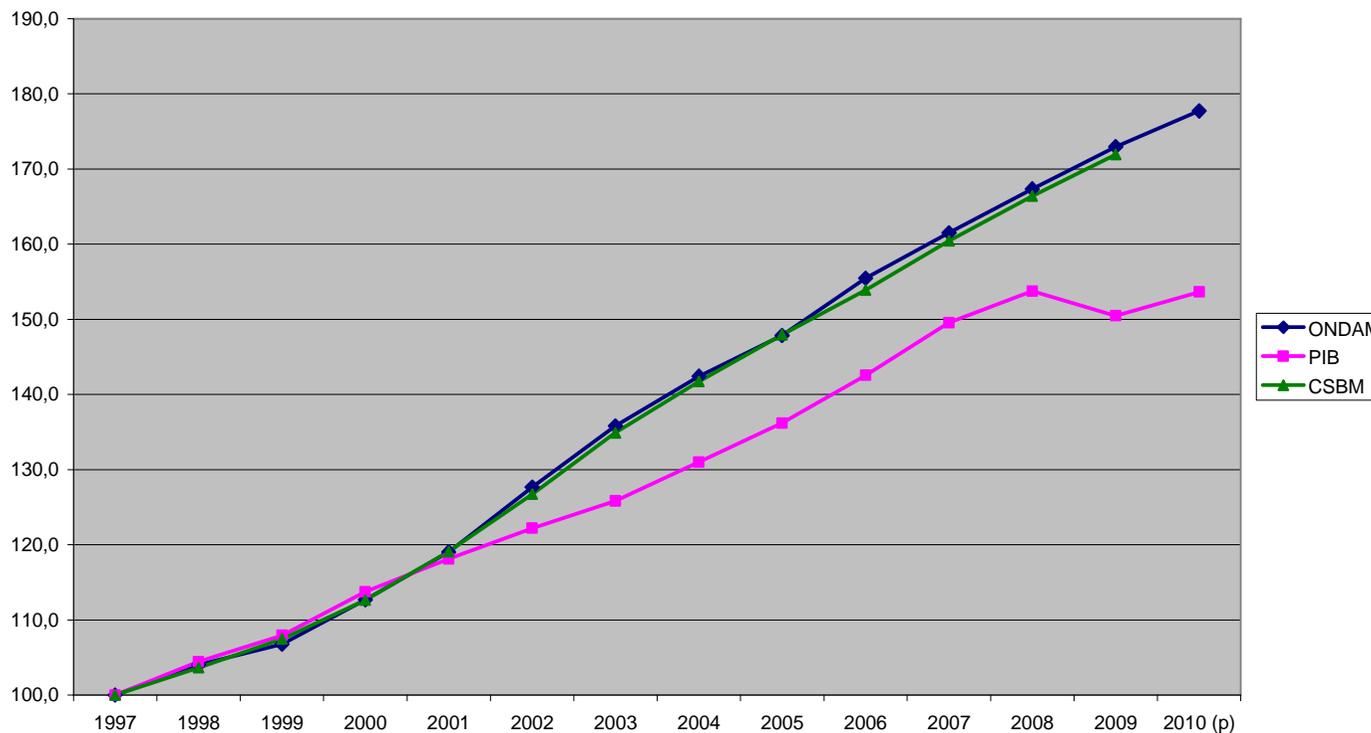
www.irdes.fr

Plan intervention

- L'évolution des dépenses de santé et l'enjeu de l'accès financier aux soins :
 - Augmentation des dépenses et « stabilité » macro économique de la structure de financement
 - Le reste à charge (RAC) un enjeu de distribution plutôt que de moyenne (HCAAM)
 - Comment évaluer l'accès aux soins (dimension financière)
- La place et le rôle des Complémentaires
 - Panorama et évolutions
 - La Couverture collective d'entreprise en 2009

Les dépenses de santé progressent à un rythme, supérieur au PIB

Evolution comparée du PIB, de l'ONDAM et de la CSBM en valeur, présentée en base 100 à partir de l'année 1997.



Source HCAAM – rapport activité 2010

Part AMO en baisse modérée, part AMC en augmentation modérée

Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux

en %

	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Sécurité sociale de base (1)	77,1	77,1	77,1	77,0	76,3	76,2	75,5	75,5
Etat et CMU-C org. de base	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3
Organismes complémentaires (2)	12,2	12,8	13,2	13,2	13,4	13,5	13,7	13,8
<i>dont Mutuelles (2)</i>	7,3	7,7	7,6	7,7	7,8	7,7	7,7	7,7
<i>Sociétés d'assurance (2)</i>	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2	3,3	3,5	3,6
<i>Institutions de prévoyance (2)</i>	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,5	2,5	2,5
Ménages	9,6	9,0	8,3	8,4	8,9	8,9	9,5	9,4
TOTAL	100,0							

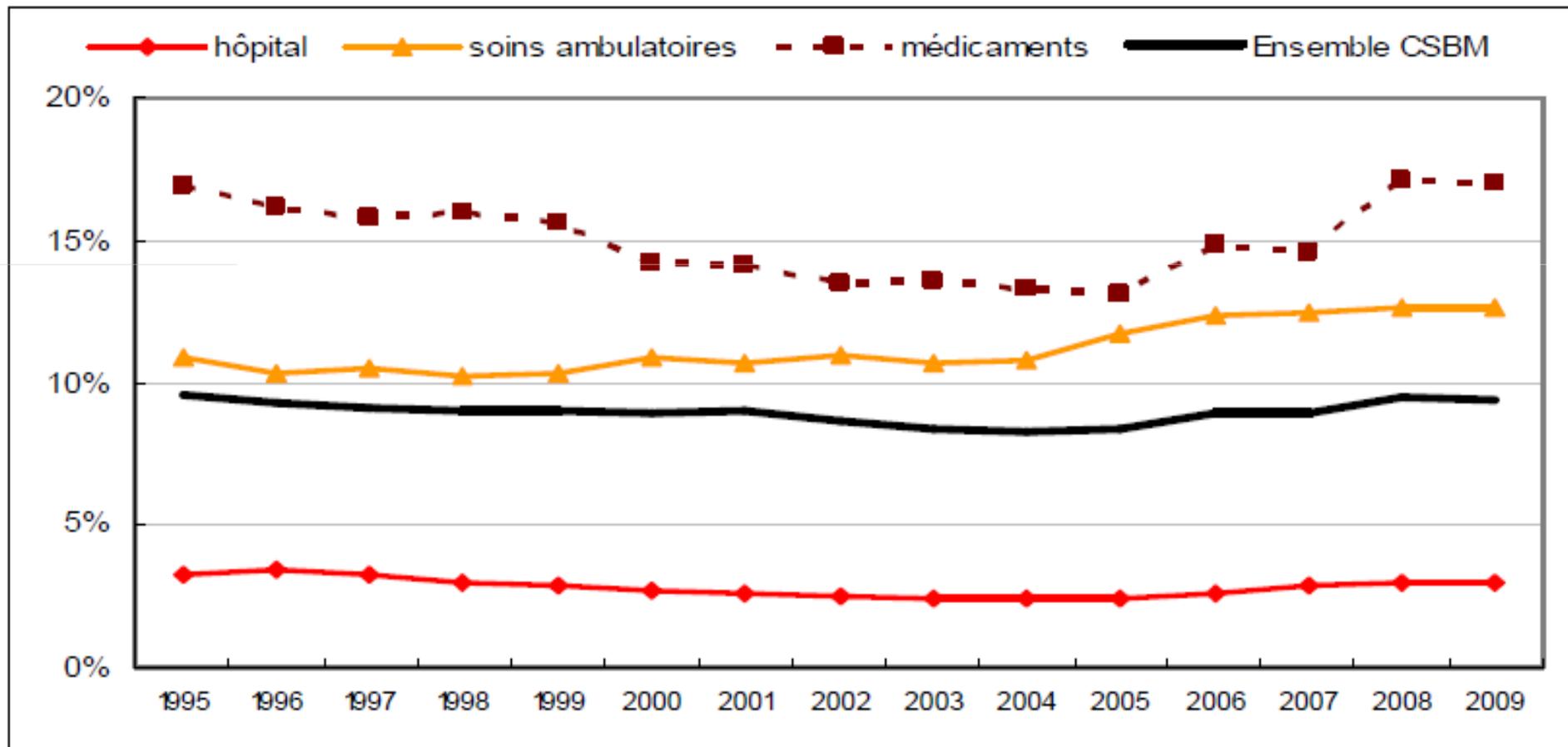
(1) y compris déficit des hôpitaux publics

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

Sources : DREES, Comptes de la santé.

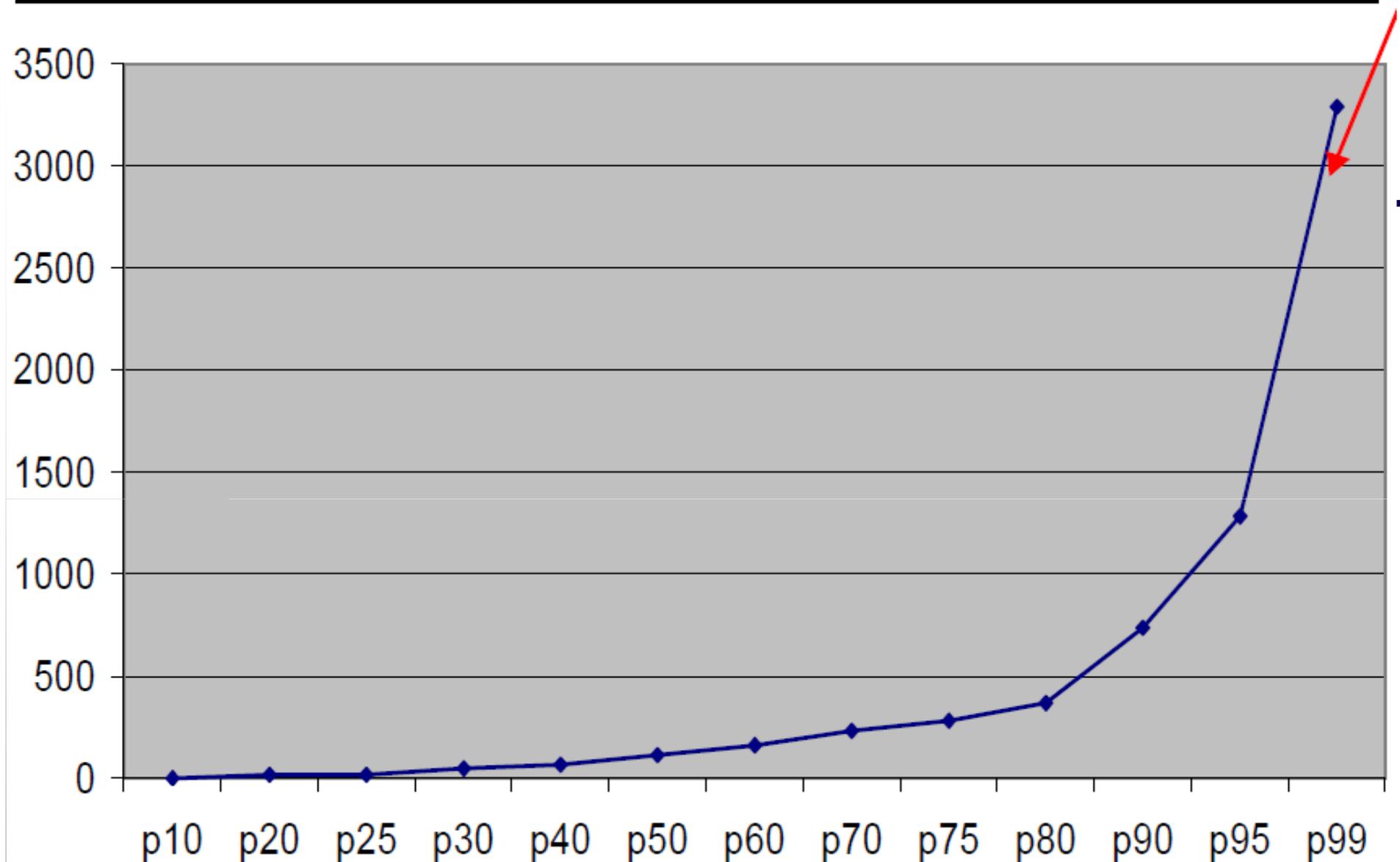
IRDES Augmentation des postes ambulatoires dans les RAC

Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

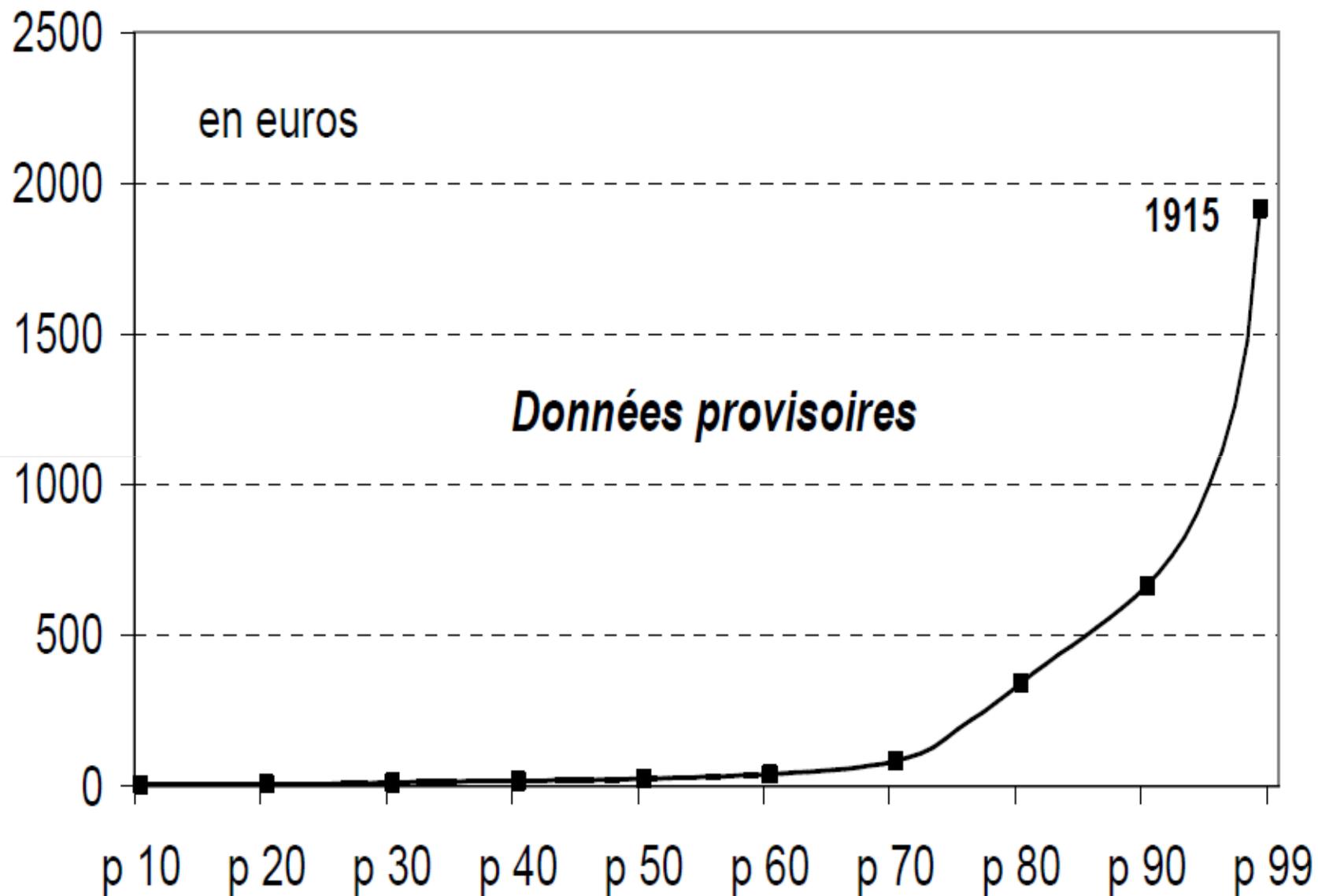
Concentration des RAC hospitaliers des seuls « consommateurs » dans l'année



2^{ème} graphique : porte sur les seuls consommateurs d'hôpital public (10 % encadré du premier graphique). 1 % de cette population (soit 1 % de 10 % de l'ensemble de la population, soit 0,1 %, non représenté sur le 1^{er} graphique) a un RAC supérieur à 3 290 €.

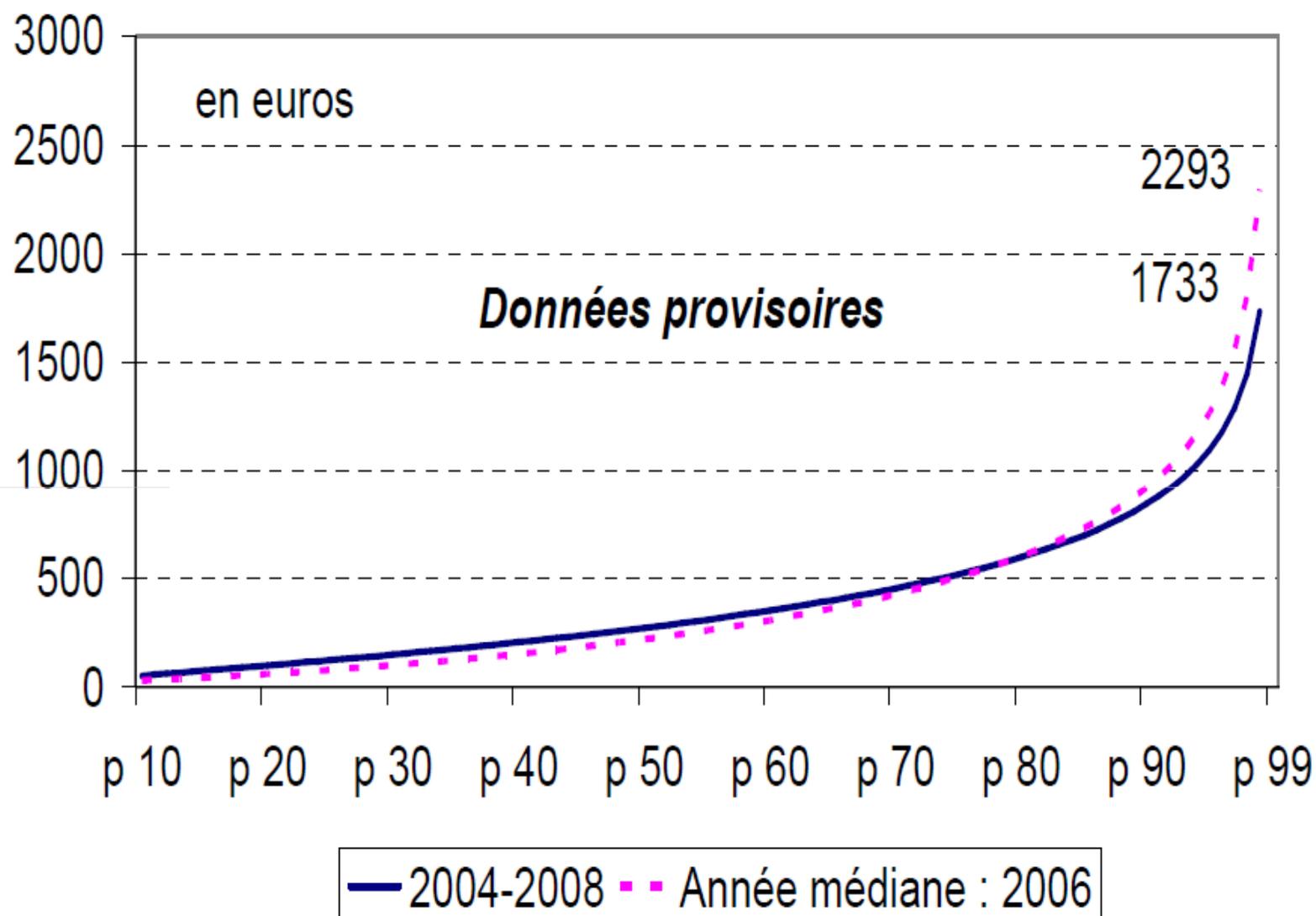
Source : avis HCAAM accessibilité financière janvier 2011

Distribution des restes à charge après AMO sur la « dépense présentée » de soins dentaires Régime général - Consommateurs en soins dentaires



Source : EGB-ATIH 2008, traitements CNAMTS et SG HCAAM

Distribution des restes à charge après AMO sur la dépense présentée au remboursement Régime général Soins de ville*



Source : EGB2003- 2009, traitements CNAMTS et SG du HCCAM

Champ : Régime général hors SLM, bénéficiaires de la CMUC et de l'AME, migrants bénéficiaires du RG en 2008

Evaluer l'accès aux soins

On ne connaît pas :

- Les restes à charges après AMC (projet Monaco)

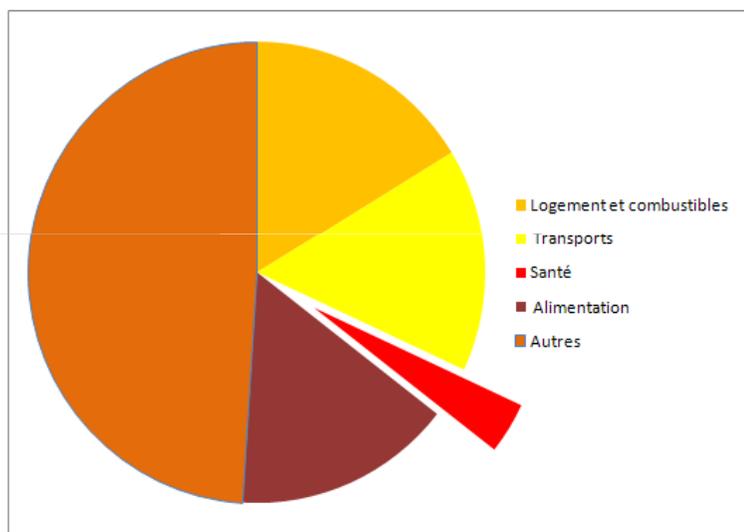
On peut mesurer

- Des inégalités de recours aux services de santé et des déterminants du recours aux soins (CSP, revenu, couverture complémentaire, localisation géographique)

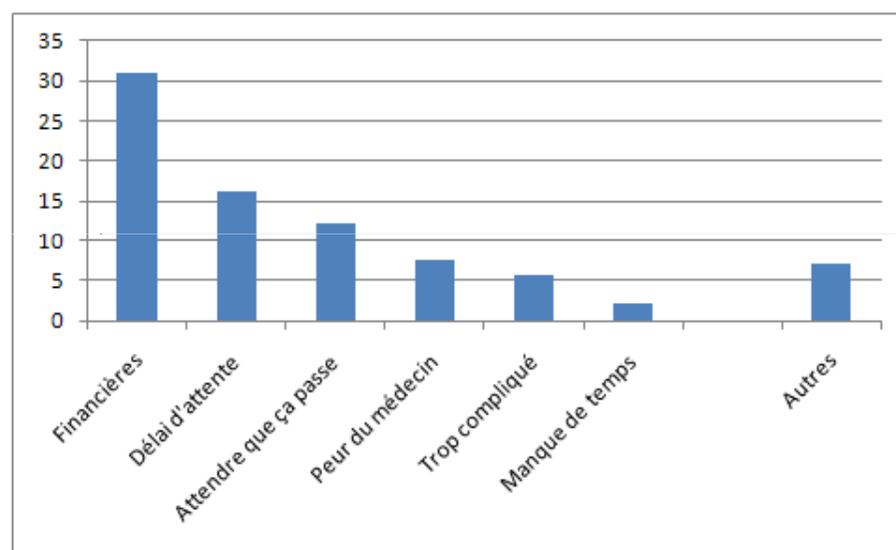
Quid du non recours ?

- Une approche par le renoncement (Introduction du renoncement en 1992 dans l'Enquête santé et Protection sociale Question spécifique sur le renoncement aux soins pour raisons financières)

Le renoncement financier au cœur d'arbitrages individuels plus larges



La santé dans le budget des ménages 2006



Principales causes du renoncement aux soins

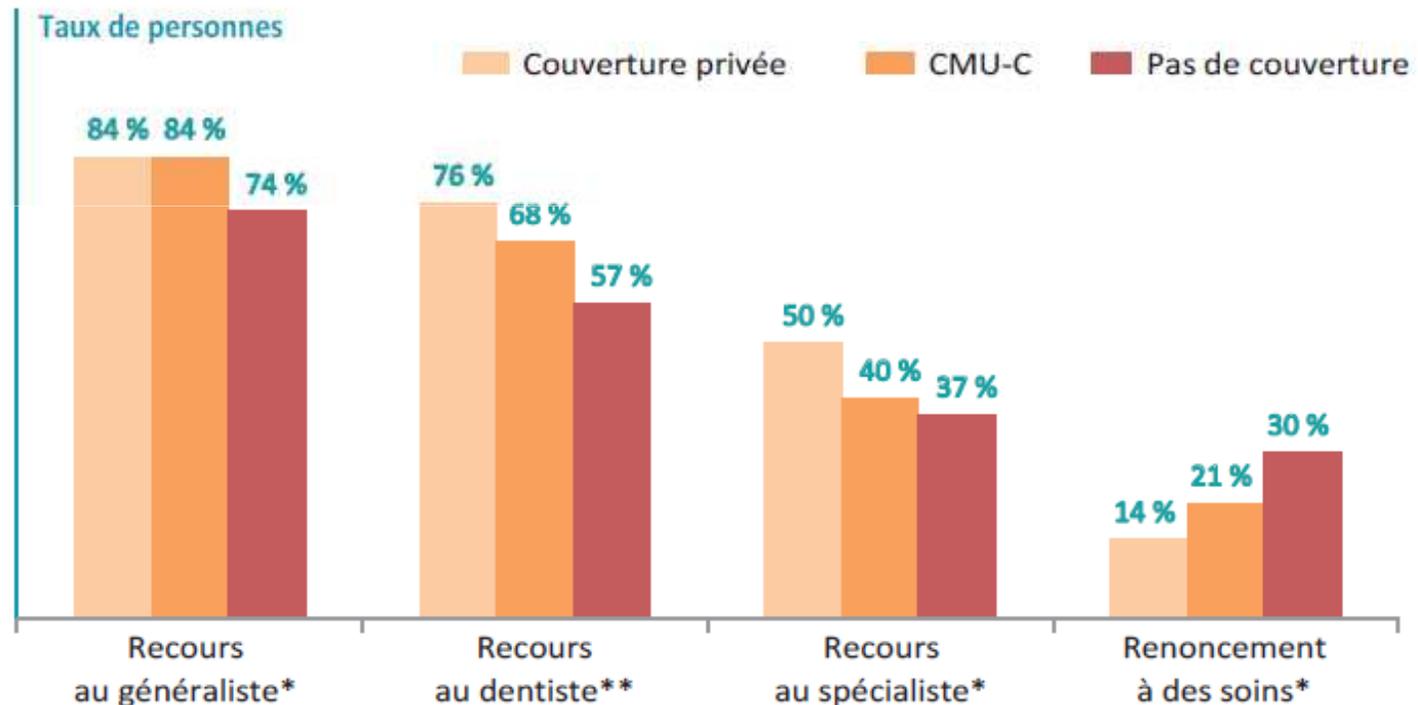
Lecture : 30.9% des personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins ont invoqué des raisons financières (plusieurs réponses possibles)

Source IRDES : Enquête Santé Protection Sociale 2008

Recours et renoncement aux soins différents selon la CC

G3

Taux de recours et de renoncement aux soins selon l'accès à la complémentaire santé



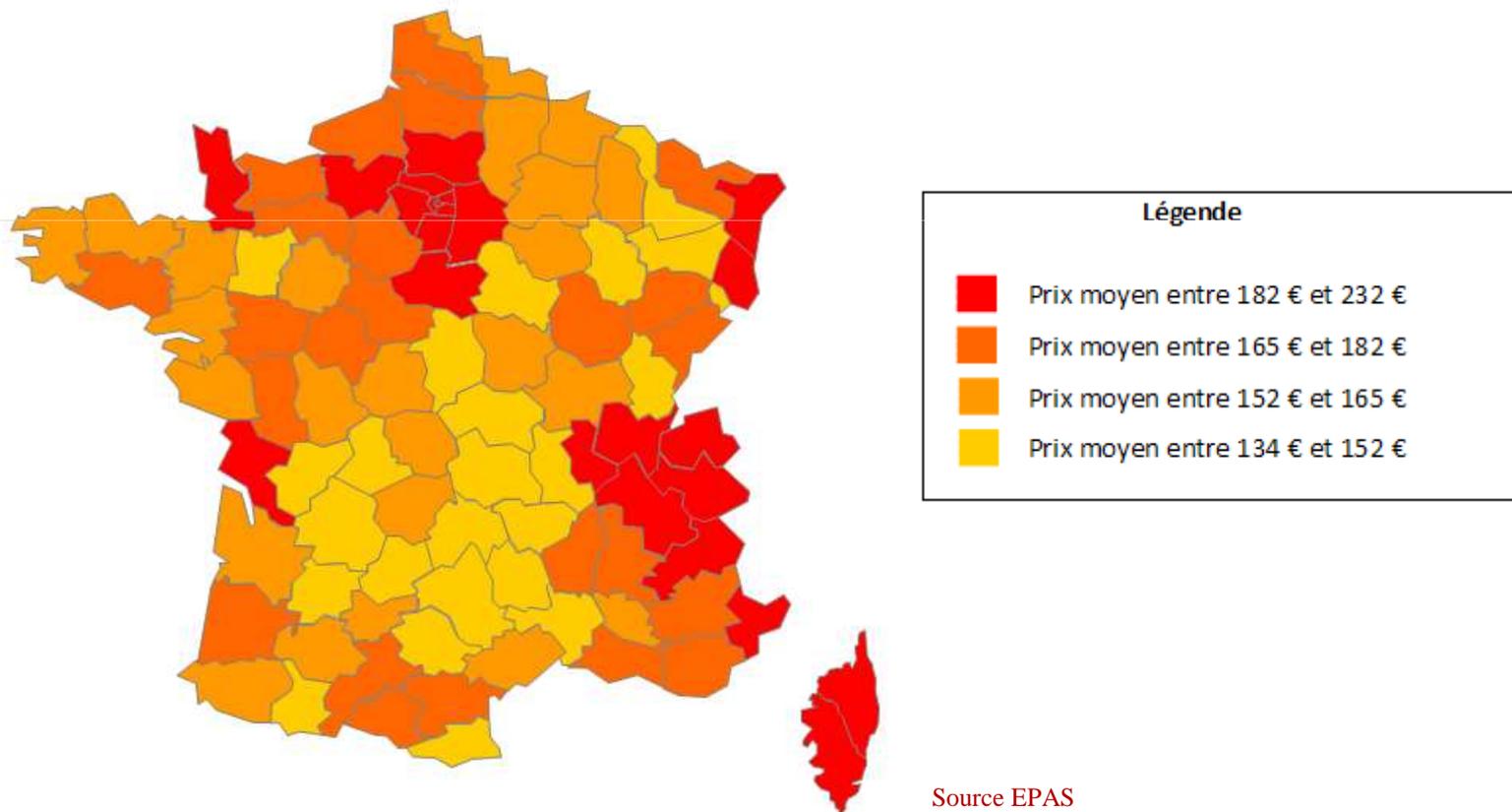
*au cours des 12 derniers mois ; ** au cours des 24 derniers mois

Source : Enquête santé protection sociale 2008 (Irdes).

Le renoncement est déterminé par le prix des soins

Le rôle du prix des soins

PRIX MOYEN DES INLAYS CORES PAR DEPARTEMENT

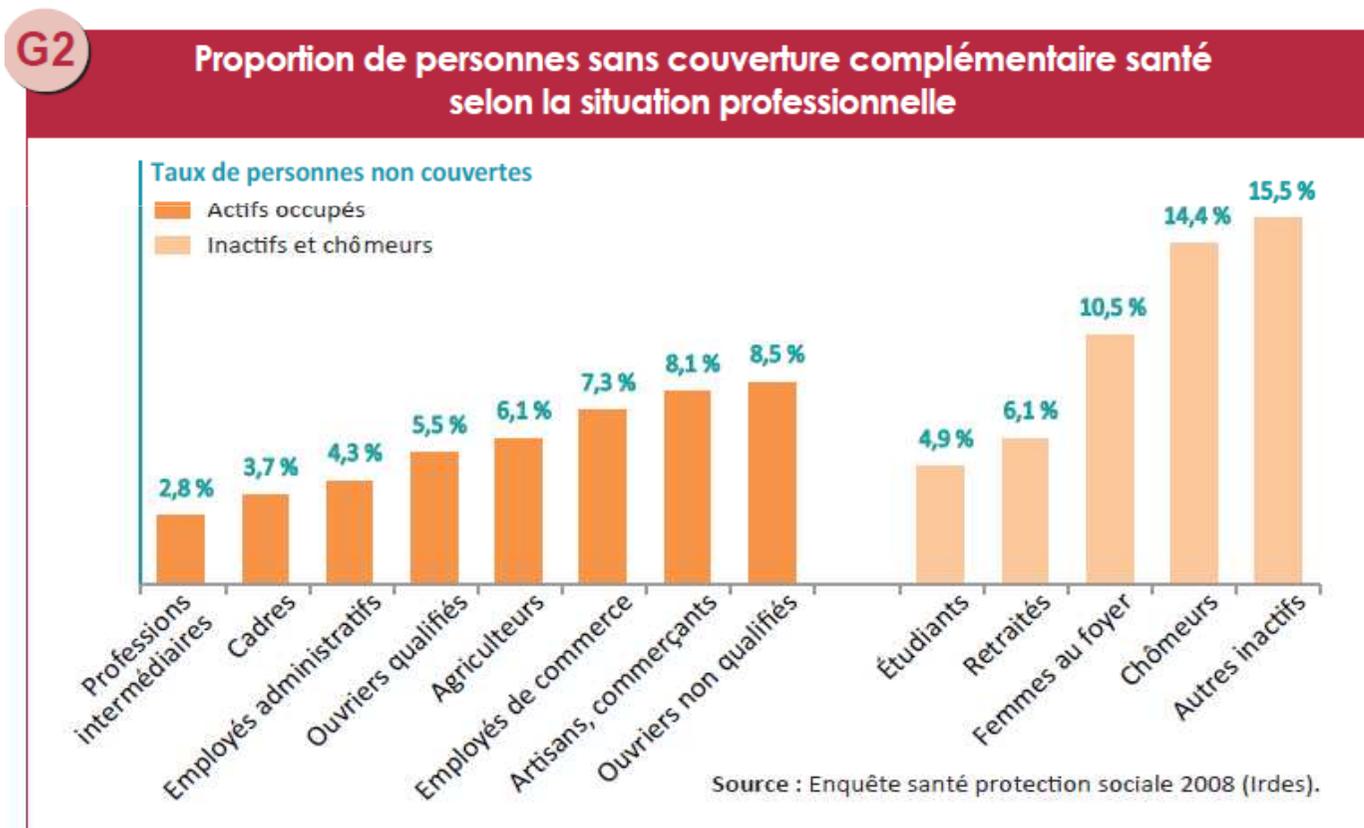


Les différents modes d'accès à la complémentaire santé

- **Un accès par le travail** : la CC souscrite via l'entreprise. Partiellement financée par les Fonds publics via des exonérations et déductions fiscales. 2/3 des salariés (ESPS 2008).
- **Un accès par le marché de l'assurance privée**: la CC individuelle. Peut être aidée (ACS depuis 2004 - près de 600 000 bénéficiaires en 2010 et contrats Madelin depuis 1994). Elle peut être souscrite via l'employeur (ex. SLM).
- **La CMUC** : Une assurance complémentaire gratuite instaurée en 2000 à l'attention des plus pauvres. Elle concerne 3,7 millions de personnes en France métropolitaine en 2010.

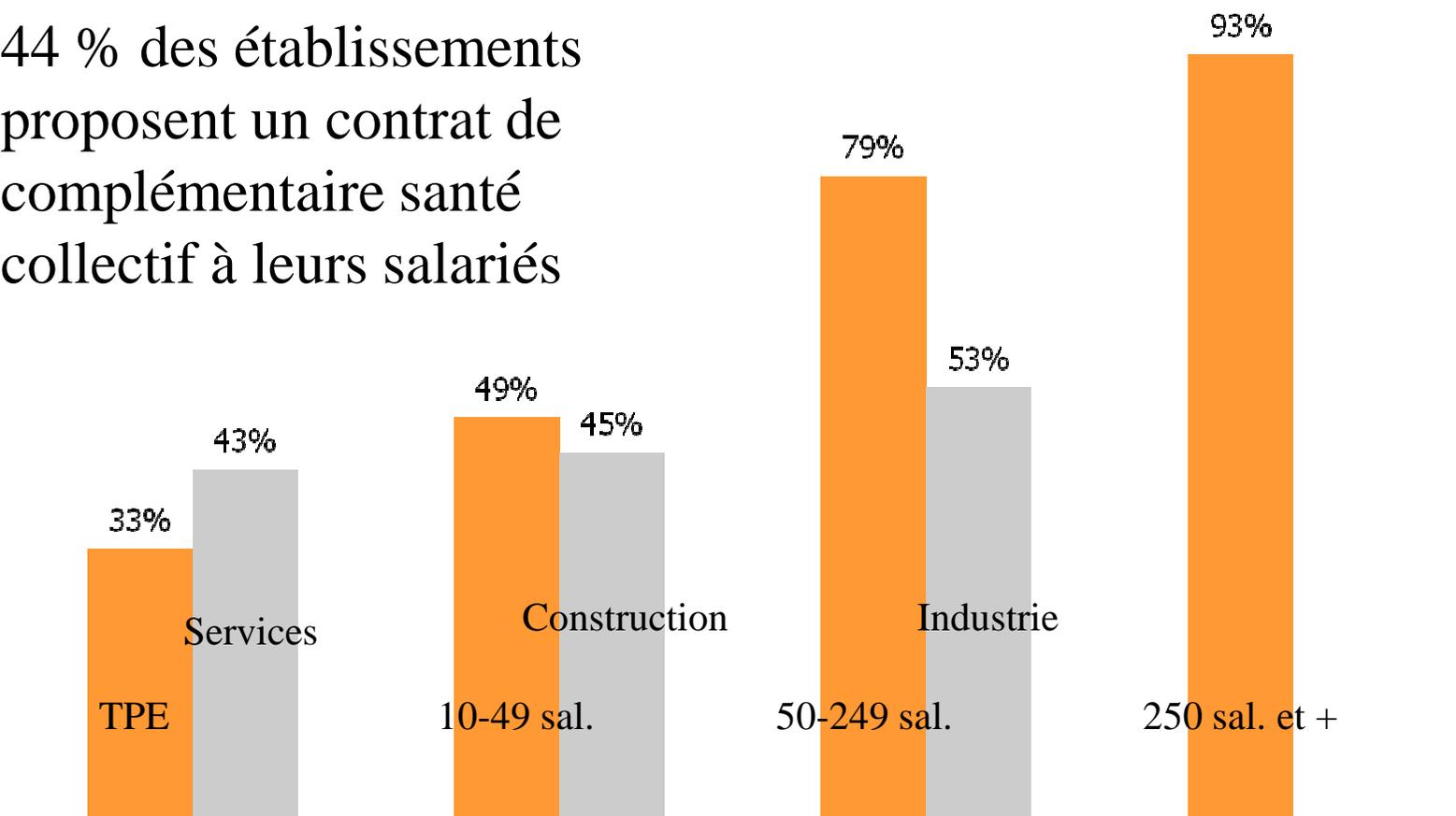
Un accès à la complémentaire santé en voie de généralisation...mais variable

- Entre 1980 et 2008 : le taux de personnes ayant une CC est passé de 66% à 94 % (Loi Evin, contrats Madelin, CMU, ACS, Loi Fillon).



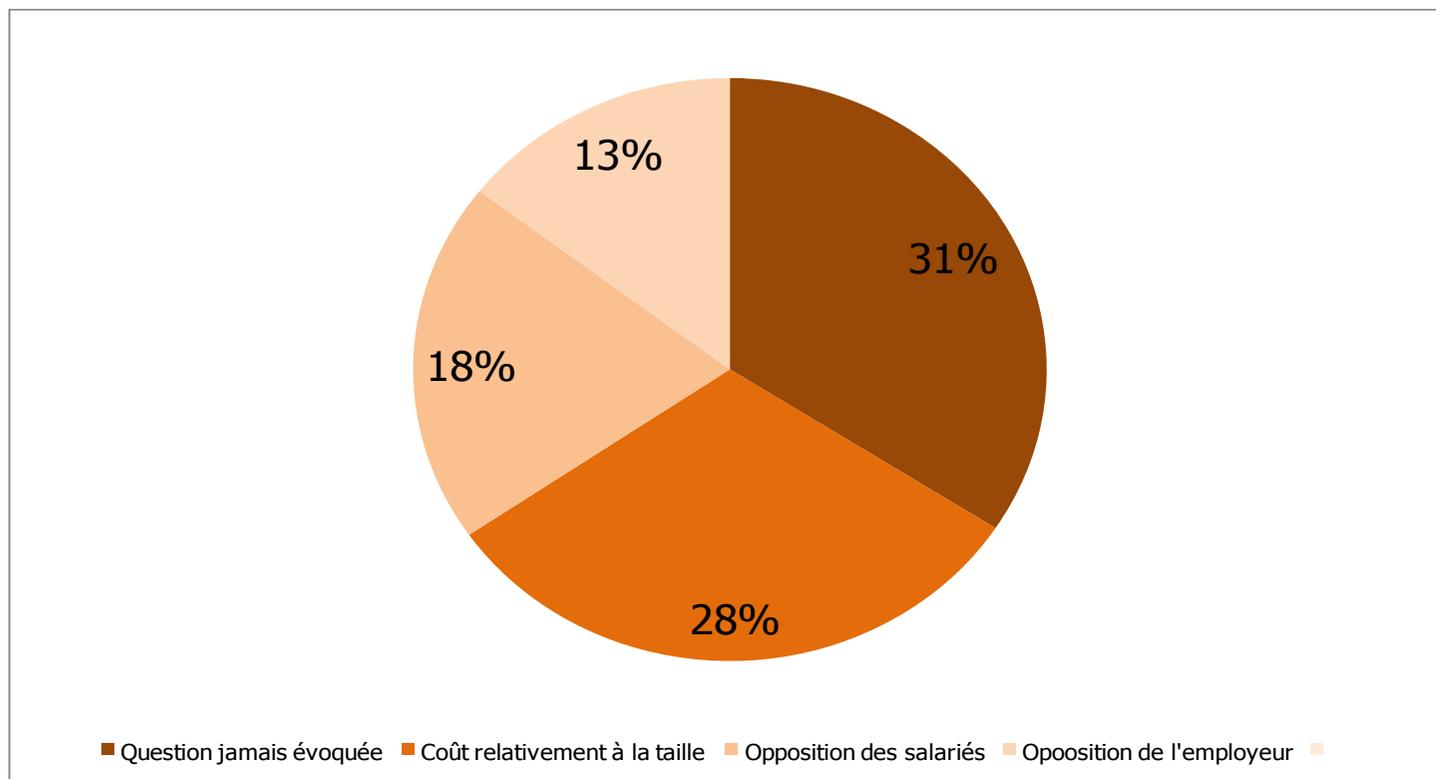
L'offre d'une CCE varie selon la taille et le secteur d'activité de l'entreprise

44 % des établissements proposent un contrat de complémentaire santé collectif à leurs salariés



Source : Enquête protection sociale complémentaire d'entreprise 2009

Les raisons de l'absence de complémentaire santé dans l'établissement

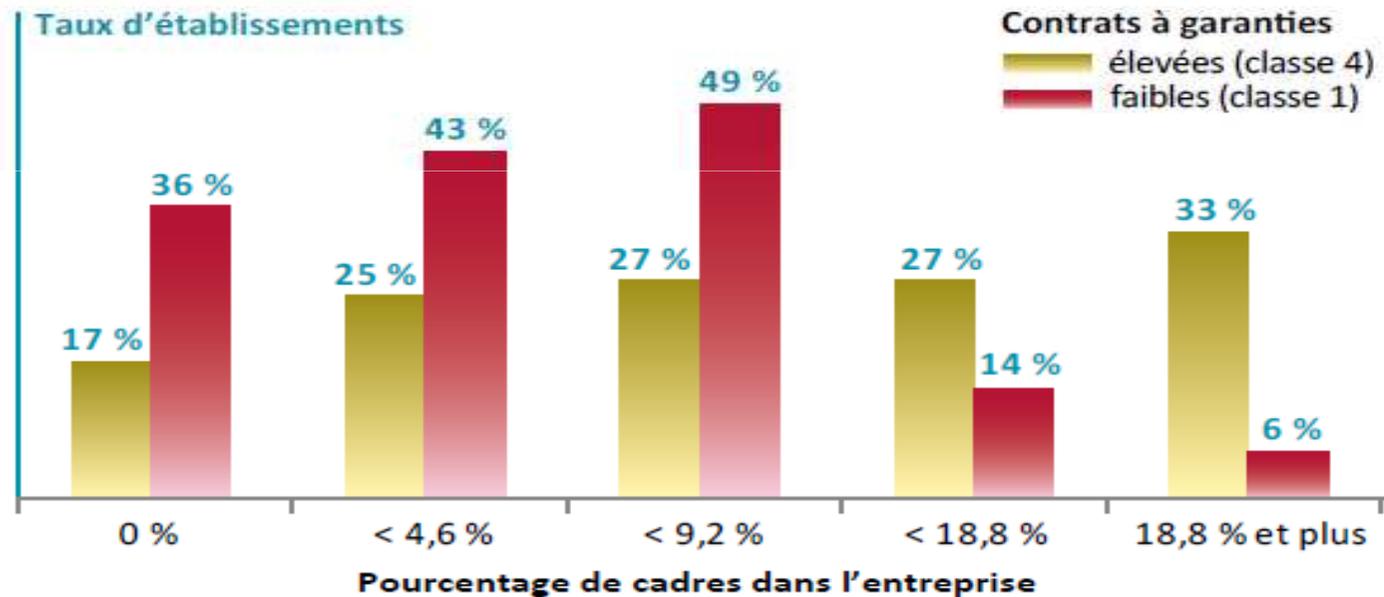


Source : Enquête protection sociale complémentaire d'entreprise 2009

Garanties plus élevées quand taux de cadre plus élevé

G3

Taux d'établissements proposant
des contrats à garanties élevées ou faibles,
selon la proportion de cadres dans l'entreprise



Données : enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009.

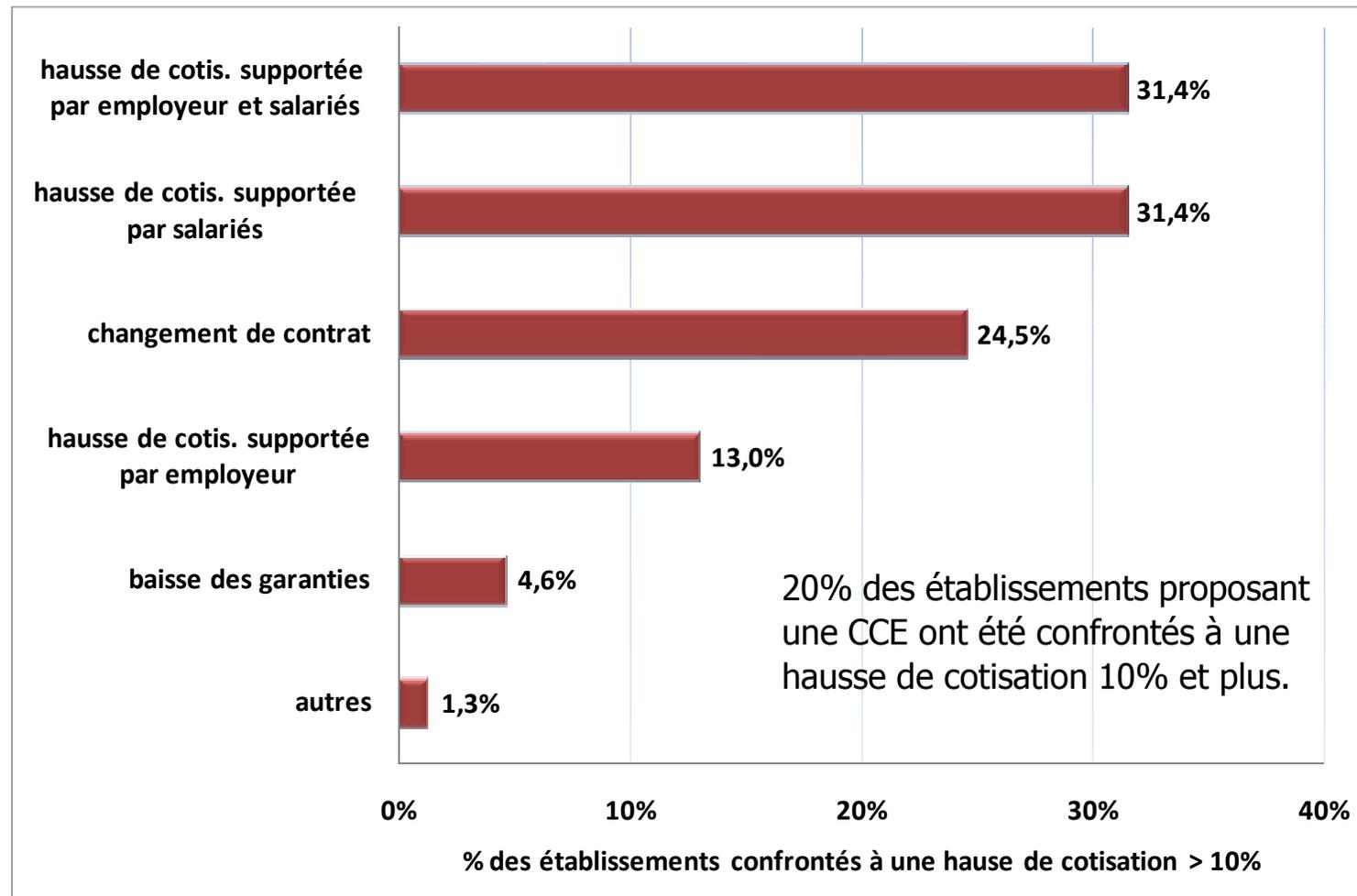
Champ : établissements enquêtés, à l'exception des très petites entreprises. Certains établissements proposant plusieurs contrats peuvent être comptabilisés à la fois dans la classe 4 et dans la classe 1.

Personnes couvertes et répartition de l'effort

- Les catégories non couvertes
 - 16 % des établissements excluent certaines catégories de salariés. (57 % des établissements les non-cadres, 26 % des établissements les CDD).
- L'employeur finance en moyenne 55% de la CC
 - La participation diminue avec la taille de l'entreprise
- La part de l'employé est forfaitaire dans plus de 3/4 des établissements
- La CC est obligatoire dans 77% des établissements (56% en 2003), facultative dans 15% (35% en 2003)

Réaction en cas de hausse CCE (19%)

Réaction à une hausse de 10% du coût de la CCE



Les salariés et leur CCE (volet salarié source ESPS 2009 – à paraître)

- Couverture
 - 74% des salariés enquêtés ce sont vu proposer 1 CCE
 - dont 83% en bénéficient et 66% déclarent qu'elle était obligatoire
- Opinions des salariés qui bénéficient d'1 CCE
 - 14% déclarent que c'est un critère déterminant dans le choix d'un travail, 47% un critère secondaire et 38% un critère sans importance
 - 79% préfèrent conserver leur CCE plutôt que de la supprimer contre une augmentation de salaire
 - 14% pensent qu' à la retraite, ils pourront conserver la même CCE dans les mêmes conditions, 48% pensent qu'ils pourront conserver la même CCE en payant une cotisation plus élevée, 21% pensent qu'ils ne pourront pas conserver la CCE et 17% ne savent pas.

- Avoir une complémentaire santé par son entreprise: 60%
 - dont 10% déclarent bénéficiaire également d'une autre complémentaire santé
- 2% CMU-C
- 23% Complémentaire santé individuelle
- 13% Complémentaire santé collective du conjoint
- 7% complémentaire santé – biais NR
- 2% sans complémentaire santé

- Accès inégal à la CCE selon la taille de l'entreprise et la catégorie de salarié. Faut-il réduire ces inégalités?
 - *A priori*, oui pour réduire les inégalités d'accès à la CC (coût différent sur le marché collectif et individuel)
 - Néanmoins, pour juger de l'importance de réduire ces inégalités et comment les réduire, il faut en comprendre les causes:
 - Coût trop élevé pour les petites structures, représentation syndicale?
 - Impossibilité pour l'employeur de répercuter tout ou partie de sa participation sur les salaires?
 - Risques santé plus faibles? Etude du lien entre couverture complémentaire et état de santé, recours aux soins, condit^o de travail.
 - Salariés ayant accès à une couverture santé par leur conjoint?
- Modifier les exonérations de charges sociales? Quel coût pour la Sécurité sociale?

- Conséquences d'un désengagement de la Sécurité sociale dans les entreprises proposant une CCE?
 - Contrainte financière accrue pour l'employeur?
 - Augmentation des cotisations salariés?
 - Modération salariale?
 - Baisse des garanties pour certaines catégories de salariés?
- Vieillesse de la population salarié accentue la problématique du financement de la CCE
- PSCE 2013 : évolution offre, approfondir substitution travail salaire, offre dépendance,