

Annexe 2

Les sources de données

Afin de traiter le thème de la couverture complémentaire santé sous tous ses aspects, la DREES mobilise un dispositif d'observation statistique qui repose sur des informations collectées auprès de trois catégories d'acteurs : les organismes complémentaires (I et II), les ménages (III et IV) et les entreprises (IV). Ce triptyque est complété par les données de santé issues de sources administratives (V), par un outil de microsimulation (VI) et par les comptes de la santé ainsi que la base de données internationale associée (VII).

I. L'enquête de la DREES auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (fiches 06, 09, 10, 11, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 et annexe 3)

Afin de mieux connaître les contrats commercialisés par les organismes complémentaires, la DREES a mis en place en 2000 une enquête auprès des mutuelles, qui s'est ensuite étendue en 2002 aux institutions de prévoyance, puis aux entreprises d'assurance. Cette enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) détient depuis 2005 le label d'intérêt général et de qualité statistique avec obligation de réponse, délivré par le Conseil national de l'information statistique (CNIS). Menée à un rythme annuel jusqu'en 2014, elle a lieu tous les deux ans depuis. L'enquête réalisée en 2022 collectant les informations relatives à l'année 2021, auprès d'environ 200 organismes, est le dernier millésime dont les données sont disponibles à ce jour. L'enquête suivante s'est déroulée en 2024 sur la base des informations relatives à l'année 2023, et les premières publications auront lieu mi-2025. Depuis l'enquête 2011, les organismes complémentaires étaient interrogés sur les caractéristiques et les niveaux de garantie de leurs trois contrats collectifs et de leurs trois contrats individuels les plus souscrits et, en 2016, le questionnaire a été étendu aux contrats de surcomplémentaires. En 2019, pour améliorer la représentativité de

l'enquête, le champ des contrats enquêtés a été élargi aux dix principaux contrats de chaque type (individuel, collectif et surcomplémentaire) par organisme de complémentaire santé, contre trois auparavant. Cette évolution du champ s'est accompagnée d'une modification du protocole de collecte de l'enquête et de changements méthodologiques sur le calcul des pondérations (Guillot, Lapinte, 2022). Ces améliorations introduisent une rupture de série ne permettant pas une comparaison directe des résultats entre 2016 et 2019 (voir annexe 3).

Les questions portent sur le nombre d'assurés, de bénéficiaires et sur les cotisations collectées pour chacun des contrats. Des précisions sont apportées sur les modes de tarification des contrats, les primes d'assurances payées pour différents cas types d'assurés, et sur les clauses particulières des contrats. Les organismes détaillent ensuite les niveaux de remboursement des garanties regroupées en sept grands thèmes : honoraires et soins ambulatoires, pharmacie, appareillage, optique, dentaire, hospitalisation et prévention.

Les modes d'expression des garanties varient entre contrats. Pour une garantie donnée, certains contrats expriment le niveau de leurs remboursements en euros, d'autres en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), certains en pourcentage des frais réels... Pour comparer entre eux des contrats aux modes d'expression différents, il faut traduire leur prise en charge dans une seule et même unité, en considérant un bien de référence et en regardant pour ce bien type quel montant maximal en euros le contrat est susceptible de rembourser à l'assuré. Ce procédé est mis en œuvre pour décrire les niveaux de prise en charge sur un poste donné (fiches 20, 21, 22, 23, 24 et 25), mais aussi pour classer les contrats (fiche 27). Dans les enquêtes OC antérieures à 2019, le montant remboursé à l'assuré était calculé à partir

d'un prix de référence fixé par la DREES, propre à chacun des biens de référence considérés. Ces prix étant, pour un certain nombre de biens, inférieurs au plafond de remboursement d'une partie des contrats, ils ne permettaient plus de distinguer les contrats ayant des garanties élevées de ceux présentant des garanties très élevées. Ces prix de référence ont ainsi été abandonnés, laissant place désormais à des montants maximaux de remboursement (voir annexe 3).

Les contrats couvrant les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et, depuis 2019, de la complémentaire santé solidaire (CSS) sont hors champ de l'enquête. L'enquête porte sur les organismes exerçant leur activité en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

La constitution d'une base de contrats intégrant les dix plus gros contrats collectifs et individuels rend l'enquête représentative de respectivement 38 % et 67 % des bénéficiaires en 2021¹. Le taux de couverture des contrats collectifs est plus faible que celui des contrats individuels car l'offre de contrats est beaucoup plus hétérogène sur le champ de la couverture collective, de nombreux contrats d'entreprise étant des contrats sur mesure. Les contrats au-delà du 10^e rang, non enquêtés, sont supposés avoir des caractéristiques similaires, les résultats de l'enquête sont donc extrapolés à l'ensemble de la population. Les tableaux détaillés des résultats des différents millésimes de l'enquête OC sont disponibles sur l'espace Open Data de la DREES.

II. Les données collectées auprès des organismes complémentaires par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et par l'Urssaf Caisse nationale (fiches 02, 03, 04, 06, 07, 08, 19 et annexe 1 bis)

Afin d'assurer sa mission de contrôle prudentiel, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) collecte chaque année, auprès des

organismes complémentaires, divers éléments comptables et financiers, appelés « états comptables et prudentiels ». Ces états permettent en particulier de connaître les comptes de résultats techniques en santé de ces organismes, c'est-à-dire les produits (notamment les cotisations collectées), les charges (notamment les prestations versées et les charges de gestion) et la rentabilité de leur activité santé (excédents ou déficits). L'ACPR collecte également, pour le compte de la DREES, des états supplémentaires appelés « états statistiques ». Ces états renseignent en particulier sur la ventilation par type de soins des prestations santé versées par les organismes. Sur un champ plus large, ils renseignent également sur les cotisations et prestations des organismes sur l'ensemble des risques sociaux, qui incluent l'activité santé mais également les activités de prévoyance et de retraite.

Par ailleurs, les organismes qui pratiquent une activité de complémentaire santé en France sont assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA), qui finance notamment la complémentaire santé solidaire (voir annexe 1 bis). Les déclarations de TSA, collectées par l'Urssaf Caisse nationale, constituent ainsi une autre source de données sur les cotisations des organismes exerçant une activité de complémentaire santé.

L'utilisation conjointe de ces deux sources de données permet une analyse de la situation financière des organismes complémentaires. En effet, les états ACPR renseignent sur un grand nombre de données financières, mais ne couvrent pas de façon exacte le champ de la complémentaire santé sur une année donnée. En particulier, les organismes contrôlés par l'ACPR sont les organismes référencés en France et toujours actifs en fin d'année, tandis que l'Urssaf Caisse nationale comptabilise les organismes ayant exercé une activité d'assurance santé en France au moins sur une partie de l'année, ce qui inclut donc les organismes étrangers exerçant en France (activité dite « en libre prestation de service ») ainsi que

¹. L'introduction en 2019 d'une étape supplémentaire à l'enquête a permis de gagner 20 points de couverture en individuel et 15 points en collectif.

les organismes ayant cessé leur activité en cours d'année. Par ailleurs, les états ACPR sont collectés au fur et à mesure de leur remise par les organismes, et ne sont donc pas toujours disponibles pour la totalité des organismes complémentaires lors de la production des statistiques agrégées sur le champ de la santé. Le recours aux données de l'Urssaf Caisse nationale permet de corriger le champ des données ACPR de façon à réaliser une analyse exhaustive du champ de la complémentaire santé (encadré 2 et annexe 1 dans de Willencourt, 2023).

La DREES exploite les données de l'ACPR et de l'Urssaf Caisse nationale pour le rapport annuel à destination du Parlement sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (de Willencourt, 2023). Ces données alimentent aussi les comptes de la santé réalisés par la DREES, qui recensent l'ensemble des dépenses de santé (voir section VII) et l'ensemble des financeurs de ces dépenses (Arnaud, Lefebvre, 2023). De même, elles alimentent les comptes de la protection sociale réalisés par la DREES (Dherbécourt, Lefebvre, 2023) en éclairant l'intervention des organismes d'assurance sur le champ des risques sociaux (santé, mais aussi invalidité, dépendance, retraite, etc.). Les comptes de la santé et de la protection sociale constituent deux comptes « satellites » des comptes nationaux de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), dont ils adoptent la méthodologie. Ils servent également de base à l'élaboration des comptes de la santé et de la protection sociale présentés dans les instances internationales (Eurostat, mais également l'Organisation de coopération et développement économiques [OCDE] et l'Organisation mondiale de la santé [OMS] pour les comptes de la santé) et permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales sur des bases fiables et harmonisées.

III. Les données d'enquêtes auprès des ménages : enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie, enquête santé européenne et enquête Santé et Protection sociale (fiches 12 et 13)

Trois principaux dispositifs d'enquêtes recueillent auprès des ménages vivant en logement ordinaire² des informations sur leur couverture complémentaire santé. Ces enquêtes permettent d'analyser la diffusion et le type de contrats souscrits en population générale, selon la situation économique et sociale des individus ainsi que leur état de santé, leurs besoins de soins, leurs préférences en matière d'assurance et leurs opinions sur ce sujet, informations qui ne sont pas disponibles dans les bases administratives.

L'enquête SRCV

L'enquête annuelle Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) de l'Insee est une enquête obligatoire qui s'inscrit dans le cadre européen EU-SILC (*European Union Statistics on Income and Living Conditions*), ayant pour vocation la production d'indicateurs structurels relatifs à la répartition des revenus, à la pauvreté et à l'exclusion, comparables pour les pays de l'Union européenne. Un module de questions relatives à la santé et à la couverture complémentaire est prévu certaines années : la première fois en 2017, puis tous les trois ans à partir de 2023 (données disponibles au printemps 2025). Cette enquête est également utilisée dans l'outil de microsimulation Omar construit par la DREES pour l'analyse des restes à charge après remboursements par les assurances obligatoires et complémentaires (voir section VI). Pour l'enquête SRCV 2017, environ 25 000 personnes réparties dans 11 000 ménages ont répondu (Fouquet, 2021). L'enquête est représentative de la population vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; elle a été étendue aux DOM à partir de 2022. Les montants

2. Ne sont donc pas couvertes les personnes vivant en institution, par exemple les étudiants vivant en résidence étudiante ou les personnes âgées ou dépendantes vivant en établissement.

des revenus sont ensuite obtenus par appariement avec des données administratives issues des sources fiscales et sociales. Les informations du module complémentaire santé sont recueillies par un enquêteur en face-à-face auprès de tous les individus de 16 ans ou plus issus des ménages participant à l'enquête. Elles incluent des questions sur le type de contrats, le statut des assurés et le nombre de personnes reliées à chaque contrat, ce qui permet de reconstruire également la couverture santé des moins de 16 ans.

L'enquête santé européenne EHIS

L'enquête santé européenne (*European Health Interview Survey*) [EHIS] 2019 a été réalisée en France par la DREES avec l'appui de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) et de l'Insee. Elle intègre dans sa version française des questions spécifiques relatives à la couverture complémentaire santé. La prochaine édition de l'enquête EHIS aura lieu en 2025. Menée environ tous les six ans dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, l'enquête EHIS est rendue obligatoire par un règlement européen³. L'enquête est représentative de la population française âgée de 15 ans ou plus. Pour la première fois en 2019, elle a été menée aussi bien en France métropolitaine que dans les cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) : Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte. Au total, environ 14 200 personnes de 15 ans ou plus ont répondu en France métropolitaine, et environ 7 800 dans les DROM. La collecte a été menée en face-à-face et par téléphone entre le 30 avril 2019 et le 31 janvier 2020 ; une pondération a été calculée pour corriger la non-réponse totale, la non-réponse partielle, et le sur-échantillonnage pour les DROM. Les données d'enquête ont ensuite été appariées à des données médico-administratives (Système national des données de santé [SNDS], voir section V). Les comparaisons avec les précédentes vagues d'enquêtes peuvent cependant être limitées par des différences de modes de passation (internet, téléphone).

³. Voir aussi Leduc (2022).

L'enquête ESPS

L'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) de l'Irdes était l'enquête historique de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture santé en France jusqu'en 2014. Cette enquête, existant depuis 1988, était menée tous les deux ans auprès des ménages de France métropolitaine vivant en logements ordinaires.

En 2014, la dernière enquête ESPS a été combinée avec l'enquête santé européenne (EHIS) et se dénomme ainsi EHIS-ESPS 2014, en collaboration entre l'Irdes et la DREES. Près de 10 000 ménages et plus de 26 500 personnes ont été interrogés (Célant *et al.*, 2017), via un recueil multimode (téléphone, face-à-face et auto-questionnaire papier). Les questions qui figurent dans le règlement européen EHIS concernent la population des personnes âgées de 15 ans ou plus uniquement. Les données de l'enquête ESPS-EHIS ont été appariées avec les données médico-administratives du SNDS (voir section V).

Limites des enquêtes auprès des ménages

Dans les enquêtes auprès des ménages, les données recueillies relatives au niveau des garanties sont limitées, car cette information est très mal connue des assurés.

Les données d'enquête appariées aux données administratives de remboursement des soins permettent de bien connaître, au niveau individuel, les prestations versées par l'assurance maladie obligatoire (AMO), mais pas encore celles versées par les organismes complémentaires. L'article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit la constitution d'un système national des données de santé, et l'appariement avec un échantillon de données de remboursement des organismes complémentaires. Ce projet a été retardé en raison de sa complexité et du nombre d'acteurs privés impliqués ; à ce jour les conditions ne sont pas réunies pour qu'il voie le jour avant plusieurs années. Faute de données individuelles représentatives et disponibles régulièrement sur les remboursements des organismes complémentaires,

la DREES développe des travaux de simulation. Le modèle de microsimulation Omar permet ainsi l'analyse des restes à charge sur les dépenses de santé des ménages après remboursements par les assurances maladie obligatoire et complémentaire (voir section VI).

IV. Les données d'enquête auprès des entreprises et de leurs salariés : l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (fiches 13 et 17)

L'édition 2017 de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), réalisée conjointement par la DREES et l'Irdes, a pour objectif de décrire le paysage de la couverture complémentaire santé d'entreprise après sa généralisation prévue par l'article 1 de la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013 et mise en œuvre en 2016. Cette enquête comporte deux volets de questionnaires.

Le premier volet couvre le champ des entreprises concernées par la généralisation de la complémentaire santé, à savoir les établissements employant au moins un salarié de contrat de droit privé et établis sur l'ensemble du territoire (DROM compris). Il exclut les particuliers employeurs ainsi que les établissements menant des activités extraterritoriales et l'administration publique, non concernés en 2016 par cette généralisation. L'enquête interroge les établissements sur les caractéristiques des contrats mis en place par les employeurs pour les salariés (prime, participation de l'employeur, niveau de couverture, possibilité d'extension du contrat à d'autres membres du ménage, etc.) et sur les changements de couverture induits par la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016. Ce volet recueille également des informations relatives à la prévoyance santé d'entreprise et à l'indemnisation des trois premiers jours d'arrêt de travail en cas d'absence pour maladie. Les établissements interrogés en 2017 ont été échantillonnés dans les bases de sondage de l'Insee au 31 décembre 2015.

Le second volet s'adresse aux salariés qui travaillaient, au 31 décembre 2015, dans un des établissements ayant participé à l'enquête, y

compris à ceux qui ont quitté l'entreprise entre janvier 2016 et le terrain d'enquête de 2017. Les salariés et anciens salariés sont questionnés sur leurs caractéristiques sociales, leur état de santé, leur situation concernant la complémentaire santé mise en place par leur employeur (couverts, dispensés d'adhésion, souscription d'une surcomplémentaire), leur satisfaction vis-à-vis de ces contrats et sur le fait d'avoir conservé ou non le bénéfice de leur couverture d'entreprise pour ceux qui ont quitté l'établissement.

Au total, 6 125 établissements et 7 533 salariés ont fourni des réponses exploitables pour l'enquête, soit des taux de réponses respectivement de 61 % et 51 %.

L'enquête PSCE 2017 est actuellement l'enquête la plus récente qu'il est possible de mobiliser pour décrire les contrats de complémentaire santé mis en place par les employeurs selon les caractéristiques des entreprises et des salariés. La prochaine enquête PSCE, qui sera réalisée en 2025 par l'Irdes, traitera principalement du sujet de la prévoyance collective, tout en continuant d'apporter des éclairages sur la complémentaire santé d'entreprise.

V. Les données administratives : Système national des données de santé et base Restes à charge (fiches 02, 18, 25, 27, 28 et 29)

Le SNDS

Le Système national des données de santé (SNDS) rassemble et met à disposition des usagers les données médico-administratives individuelles de chaque bénéficiaire de la Sécurité sociale en France (y compris DROM), à partir de trois grandes sources de données :

- Le Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram), ou données de consommation interrégime (DCIR), qui contient les données de remboursement des différents régimes d'assurance maladie obligatoire (hors Sénat et Assemblée nationale).
- Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui contient les données des hôpitaux.

- Les données statistiques relatives aux causes de décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de santé et de la recherche médicale (Inserm).

Ces données de dépenses contiennent les dates de réalisation des soins, les montants totaux associés, ainsi que les montants remboursés par l'AMO. Elles permettent d'identifier précisément, le cas échéant, les médicaments délivrés (par le code identifiant de présentation [CIP]), les actes techniques médicaux (par la classification commune des actes médicaux [CCAM]), les dispositifs médicaux (par la nomenclature de la liste des produits et prestations [LPP]), ou encore les prélèvements biologiques (par la nomenclature des actes de biologie médicale [NABM]). Sont exclues du champ de ces données les dépenses non individualisables⁴, et celles non remboursables par l'AMO (par exemple, dans le cas de médicaments non remboursables ou de consultations chez un médecin non conventionné).

Les données hospitalières proviennent spécifiquement du PMSI. Tout séjour dans un établissement de santé, public ou privé, fait l'objet d'un recueil d'informations administratives et médicales qui sont utilisées pour le financement (tarification à l'activité) et l'organisation de l'offre de soins, consigné dans le PMSI. Le recueil d'informations couvre l'ensemble des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en soins médicaux et de réadaptation (SMR, anciennement soins de suite et de réadaptation [SSR]), en psychiatrie (PSY) et les hospitalisations à domicile (HAD). Les données constituant le SNDS sont « pseudonymisées » afin de préserver la vie privée des personnes : aucun nom, prénom, adresse ni numéro de Sécurité sociale ne figure dans le SNDS. Malgré cela, il s'agit de données à caractère personnel et leur confidentialité est garantie par la loi.

Le SNDS permet de chaîner ces différentes sources de données avec un pseudonyme

unique, et contient aussi quelques caractéristiques individuelles, essentiellement l'âge, le sexe et le lieu de résidence (département et commune). Les situations d'affection de longue durée (ALD) ou de maladie professionnelle et, le cas échéant, la date de décès y sont également renseignées. Pour chaque soin délivré en ville sont aussi disponibles des données pseudonymisées à propos des professionnels de santé : âge, sexe, lieu d'exercice, spécialité et mode d'exercice (soignant ou prescripteur).

La base RAC

La base Restes à charge (base RAC) est constituée par la DREES à partir des données du SNDS, afin de produire, pour une année donnée, des données synthétiques relatives à l'exhaustivité des dépenses de santé et aux restes à charge associés, regroupées par grands postes de soins. Le champ est semblable à celui du SNDS et porte sur l'ensemble de la population affiliée à l'ensemble des régimes obligatoires (hors Sénat et Assemblée nationale). Sont en revanche exclus les individus n'ayant consommé aucun soin au cours de l'année considérée. Les deux millésimes utilisés dans ce Panorama sont les bases RAC 2018 et 2021.

Les principaux indicateurs calculés dans la base RAC sont, pour chaque individu, dans l'année considérée et par poste de soins, le montant des dépenses de santé, le montant remboursé par l'AMO, le montant opposable du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) ainsi que celui des dépassements. La base RAC contient également les caractéristiques individuelles issues du SNDS (voir paragraphe « Le SNDS »). Les résultats de 2021 présentés dans l'ouvrage sont susceptibles d'être légèrement révisés du fait d'ajustements méthodologiques en cours.

L'ensemble de la documentation et des programmes de construction de la base RAC est disponible en libre accès, en ligne, sur le GitLab de la DREES. Des graphiques interactifs sur les

4. Par exemple, dans certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les dépenses liées aux soins compris dans les forfaits soins et celles liées aux médicaments à usage interne délivrés en pharmacie ne sont pas individualisables et n'apparaissent donc pas dans le SNDS.

dépenses et les restes à charge en santé en 2017 sont disponibles dans l'espace Datavisualisation de la DREES, et seront actualisés prochainement sur données 2021.

VI. L'outil de microsimulation Ines-Omar (fiches 14, 15 et 16)

Ines-Omar est un outil de microsimulation construit par la DREES à partir du rapprochement de deux modèles : Omar et Ines. Il est mobilisé pour simuler au niveau individuel le partage de la dépense entre les trois financeurs : la Sécurité sociale, l'organisme de complémentaire santé et la personne. Ces analyses peuvent être conduites en fonction des différentes caractéristiques sociodémographiques des personnes : niveau de vie, âge, profession, sexe, bénéficiaires de certains dispositifs tels que l'affection de longue durée (ALD), etc. Il permet aussi d'analyser la redistribution opérée par l'Assurance maladie sous l'effet des financements et des prestations.

Omar 2019

Le modèle Omar (outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge), développé par la DREES, permet de simuler au niveau individuel, d'une part le partage des dépenses de santé entre les remboursements par l'AMO et par l'assurance maladie complémentaire (AMC) et les restes à charge pour les ménages, d'autre part les primes d'assurance complémentaire. Le millésime 2019 du modèle Omar est issu du regroupement de plusieurs sources de données. Tout d'abord, un échantillon représentatif de la population française est constitué à partir de l'enquête EHIS 2019 (voir section III) pour les individus de 15 ans ou plus, et de l'enquête SRCV 2017 pour les individus de moins de 15 ans. Pour les adultes, l'échantillon d'EHIS 2019 est directement apparié au SNDS (voir section V) pour connaître les dépenses de santé et les remboursements par l'AMO ; pour les enfants, l'échantillon de SRCV 2017 est pseudo-apparié⁵ à l'enquête EHIS 2014, cette dernière étant elle-même appariée au SNDS.

Chaque individu de l'échantillon représentatif ainsi constitué se voit attribuer un contrat de complémentaire santé tiré parmi les 463 contrats de l'enquête OC 2019 menée par la DREES (voir section I). Cette attribution se fonde sur les éléments déclarés par les enquêtés : type de couverture et caractéristiques de celle-ci. Le détail des garanties de ces contrats ainsi que les dépenses de santé permettent de simuler finement les prestations de l'AMC que recevraient ces individus, ainsi que leurs restes à charge.

Les paniers 100 % santé des prothèses auditives et dentaires ont été mis en place en 2019, mais le reste à charge nul sur ces paniers n'est entré en vigueur qu'en 2020. De ce fait, dans Omar 2019, les prestations de l'AMC sont calculées de la même manière dans et en dehors du panier 100 % santé.

Ines 2019

Le modèle Ines, développé par la DREES, l'Insee et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), applique la législation sociofiscale à un échantillon représentatif de la population vivant en France métropolitaine en logement ordinaire (ne couvrant donc pas les personnes vivant en institution, comme par exemple les étudiants vivant en résidence étudiante ou les personnes âgées ou dépendantes vivant en établissement). Il permet de simuler, pour chaque ménage, les contributions au financement de l'AMO. Les principales contributions prises en compte sont :

- la part des cotisations sociales à la charge des employeurs affectée au risque maladie (hors part correspondant au financement des indemnités journalières) ;
- les cotisations des indépendants et la contribution sociale généralisée (CSG) affectées au risque maladie ;
- la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- la part des prélèvements indirects affectée au financement de l'AMO (TVA, taxes sur le tabac, TSA, etc.).

⁵. Cela signifie qu'il s'agit d'un appariement statistique entre deux bases de données, se fondant sur des variables communes entre les deux bases mais comportant un aléa, dans la mesure où les deux bases n'incluent pas les mêmes individus (Fouquet, 2021).

Le modèle est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) de l'Insee qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, les informations administratives de la CNAF et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

Le modèle Ines-Omar et ses évolutions

Le modèle Omar 2019 est pseudo-apparié avec le modèle Ines 2019 : à chaque individu du modèle Ines en France métropolitaine sont attribuées les données d'un individu d'Omar partageant les mêmes caractéristiques sociales et démographiques. Le modèle contient ainsi 118 400 observations environ. Les données sont ensuite calées sur les dépenses de santé remboursables et individualisables de la CSBM sur le champ France entière. Le croisement de ces informations permet d'estimer l'effet redistributif de l'AMO et donc la contribution du système d'assurance maladie à la réduction des inégalités.

Des changements méthodologiques importants sont mis en œuvre entre chaque édition, grâce à l'enrichissement des sources à disposition et à la sophistication des méthodes d'imputation. Par exemple, depuis le millésime 2017 du modèle, les dépenses hospitalières contiennent non plus seulement les dépenses en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), mais également la psychiatrie (PSY), les soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'hospitalisation à domicile (HAD) [Fouquet, 2021]. Le lien entre le niveau de vie et les garanties et primes des contrats est également plus fiable depuis 2017, du fait de l'imputation d'un contrat (et donc de ses garanties et primes) en tenant compte des primes déclarées dans l'enquête, ainsi que du type de contrats (individuel ou d'entreprise, contrat spécifique ou non à certaines catégories professionnelles)⁶.

Enfin, la version de 2019 présente des données de meilleure qualité que la version 2017, aussi bien

pour les dépenses de santé (réelles pour toutes les personnes de 15 ans ou plus, et non plus imputées) que pour le repérage des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS (désormais possible dans le SNDS, permettant ainsi d'éviter des retraitements avec aléa).

Ces changements méthodologiques rendent impossibles des études en évolution temporelle ainsi que la comparaison des résultats du présent Panorama avec ceux du précédent (Barlet et al., 2019).

VII. Les comptes de la santé (fiches 03, 04, 05, 14 et 19)

Élaborés par la DREES, les comptes de la santé constituent l'un des comptes satellites de la comptabilité nationale de l'Insee, dont ils adoptent la méthodologie. Les comptes nationaux de la santé calculent, chaque année, deux agrégats afin d'estimer le montant des dépenses de santé en France : la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et la dépense courante de santé au sens international (DCSi)⁷. Sur le champ des organismes complémentaires, les comptes de la santé sont alimentés par les données collectées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et par l'Urssaf Caisse nationale (voir section II).

Les comptes de la santé sont contributeurs de la base de données internationale relative aux dépenses de santé SHA (*System of Health Accounts*), gérée conjointement par l'OCDE, l'OMS et Eurostat.

La base de données SHA fournit un cadre normalisé pour la production de comptes nationaux relatifs à la santé qui se base sur des concepts, des définitions et des règles comptables communes à l'ensemble des pays de l'OCDE, de manière à mesurer la consommation de soins et de services de santé de manière cohérente, fiable et comparable entre eux.

6. Ces deux améliorations entre les millésimes 2012 et 2017 du modèle expliquent particulièrement la non-comparabilité entre les résultats de cet ouvrage et ceux du précédent Panorama (Barlet et al., 2019), basé sur le modèle Ines-Omar 2012.

7. Pour plus de détails, voir la page « Les comptes de la santé » sur le site de la DREES.

Pour cela, elle fournit un ensemble de classifications spécifiques relatives aux différentes fonctions des soins de santé (soins courants, soins curatifs, soins de longue durée, prévention...), aux fournisseurs de biens et de services de soins

de santé (hôpitaux, cabinets de ville, officines et assimilés...) et aux financements correspondant (qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages). ■

Pour en savoir plus

- > Des données complémentaires sur l'enquête OC sont disponibles dans l'espace Open Data de la DREES : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr, thème Santé et système de soins, enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) 2019 à 2021 ; data.drees.solidarites-sante.gouv.fr, thème Santé et système de soins, enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) 2011 à 2019.
- > La base RAC sur les dépenses et les restes à charge en santé après remboursement par l'assurance maladie obligatoire est consultable sous forme de graphiques interactifs dans l'espace Datavisualisation de la DREES.
- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé* – Édition 2023. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Barlet, M. et al. (dir.)** (2019). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties* – Édition 2019. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Célant, N., Guillaume, S., Rochereau, T.** (2017, septembre). L'Enquête santé européenne – Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. Irdes, *Les rapports de l'Irdes*, 566
- > **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.
- > **Dherbécourt, C., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *La protection sociale en France et en Europe en 2022 – Résultats des comptes de la protection sociale* – Édition 2023. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Fouquet, M.** (2021, décembre). Le modèle de micro-simulation Ines-Omar 2017 – Note méthodologique détaillée. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 87.
- > **Guilloton, V., Lapinte, A.** (2022, mars). Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire 2019 – Analyse des changements méthodologiques, révisions des années antérieures et premiers résultats. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 93.
- > **Leduc, A.** (2022, novembre). Enquête santé européenne (EHIS) 2019 : Bilan méthodologique – France métropolitaine et DROM. DREES, *DREES Méthodes*, 7.
- > **Perronnin, M.** (2019, novembre). L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017. Irdes, *Les rapports de l'Irdes*, 572.
- > **Pierre, A.** (2022, mai). L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS). Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 268.