



Les chiffres clés de la complémentaire santé

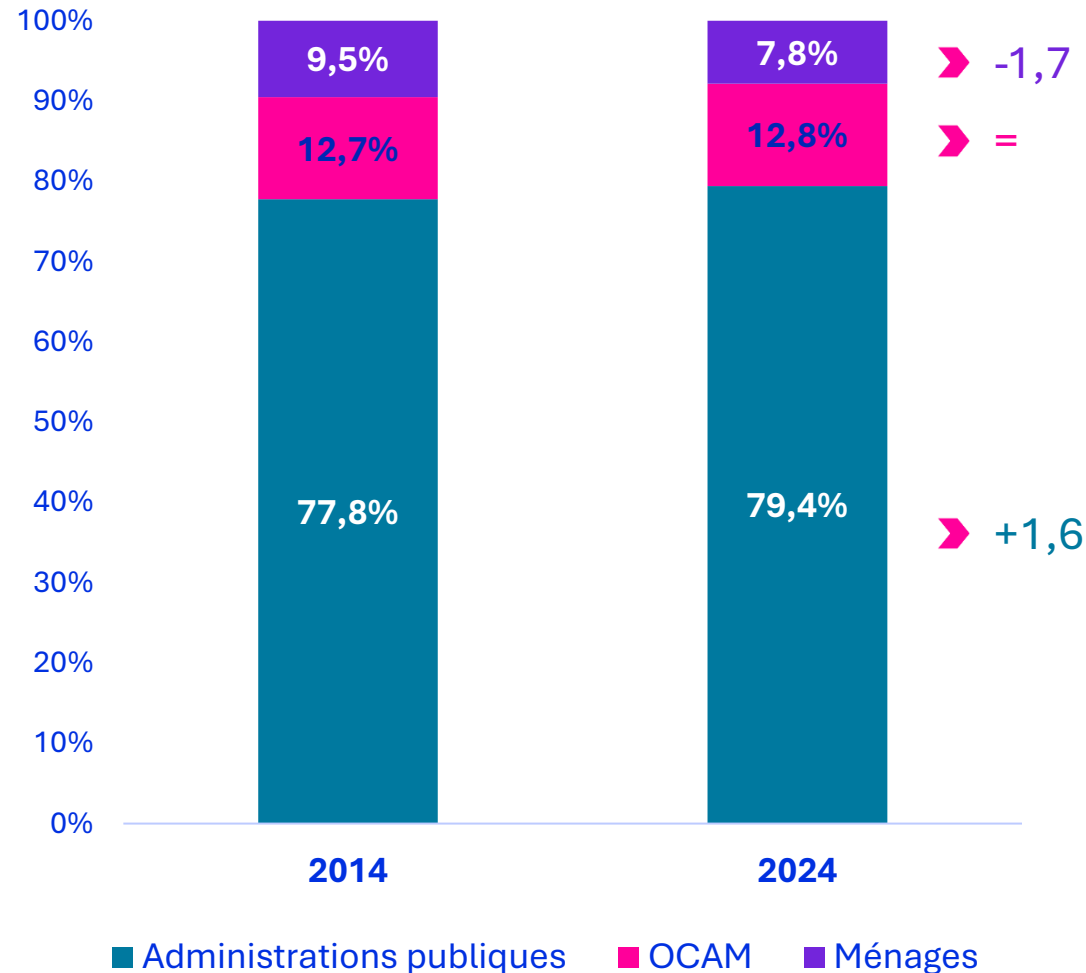
Mai 2026

Sommaire

- Financement des dépenses de santé
- Taxes
- ALD
- Reste à charge en ville selon l'âge
- 100% santé
- Non couverts en complémentaire
- ONDAM
- Réseaux de soins
- Secteur conventionnel des médecins

La part des soins financée par les complémentaires reste stable

Taux de financement de la CSBM



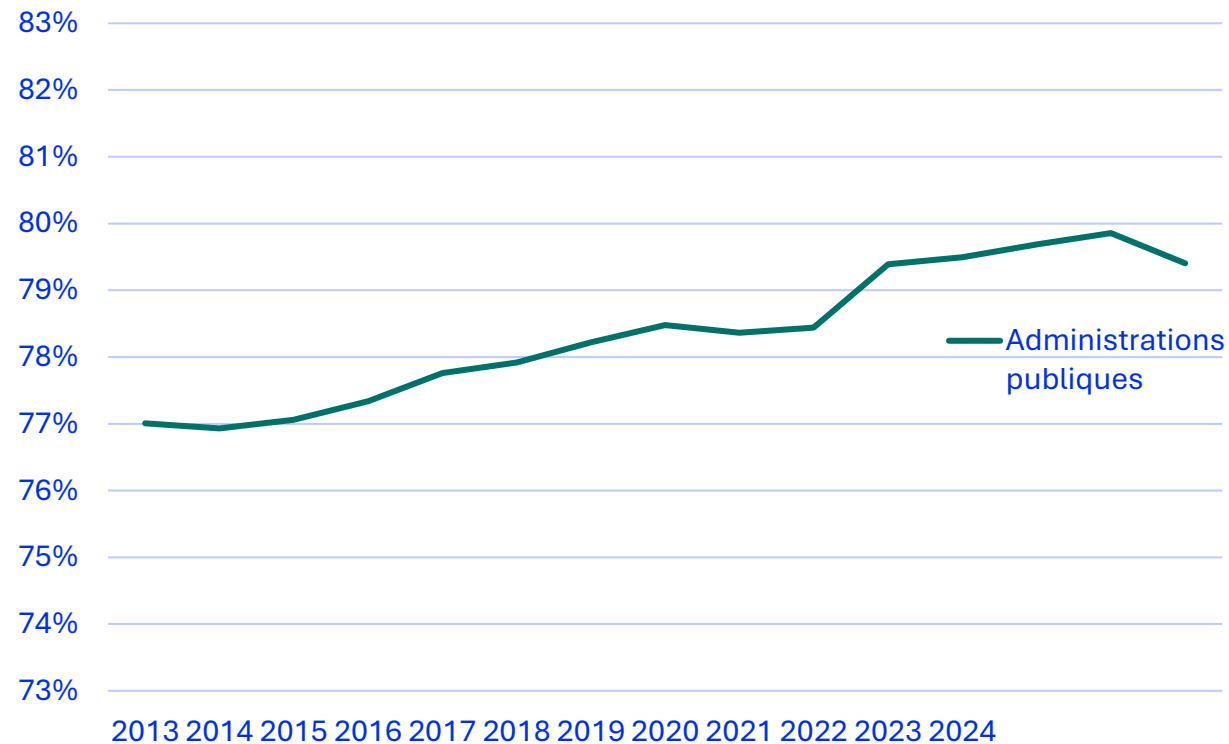
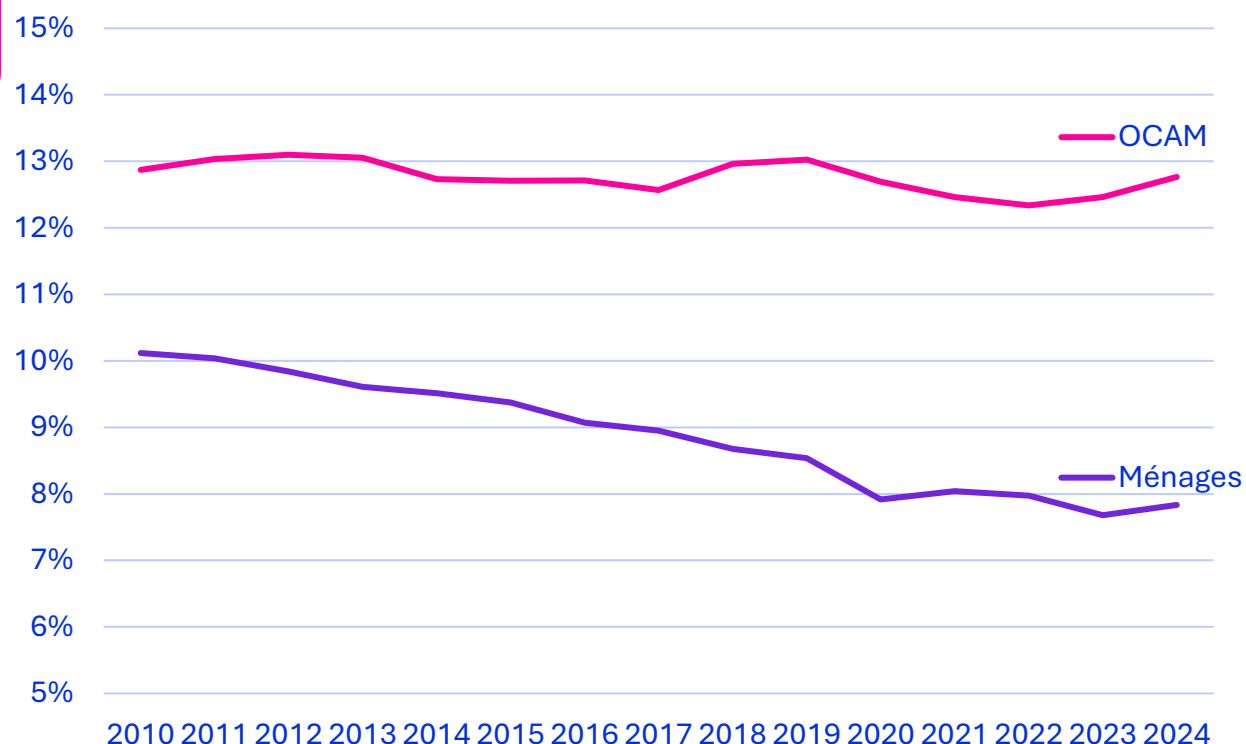
Evolution de la part de financement de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) depuis 10 ans :

- La part des ménages a diminué de -1,7 point
- Celle des organismes complémentaires a augmenté de +0,03 point
- La part des administrations publiques a augmenté de +1,6 point

La part financée par les OCAM est restée stable malgré la progression des affections de longue durée (ALD).

La part financée par les ménages diminue

grâce à une meilleure couverture par les OCAM des soins à fort reste à charge



Les dépenses de soins et biens médicaux (CSBM) ont fortement augmenté depuis 2010 pour tous les financeurs :

- Ménages +2,7 Mds€, soit +15%
- OCAM : +10,5 Mds€, soit +48%
- Administrations publiques : +70,6 Mds€, soit +54%

Les organismes complémentaires financent 16,2% des dépenses de santé : 41,8 Mds€ en 2024

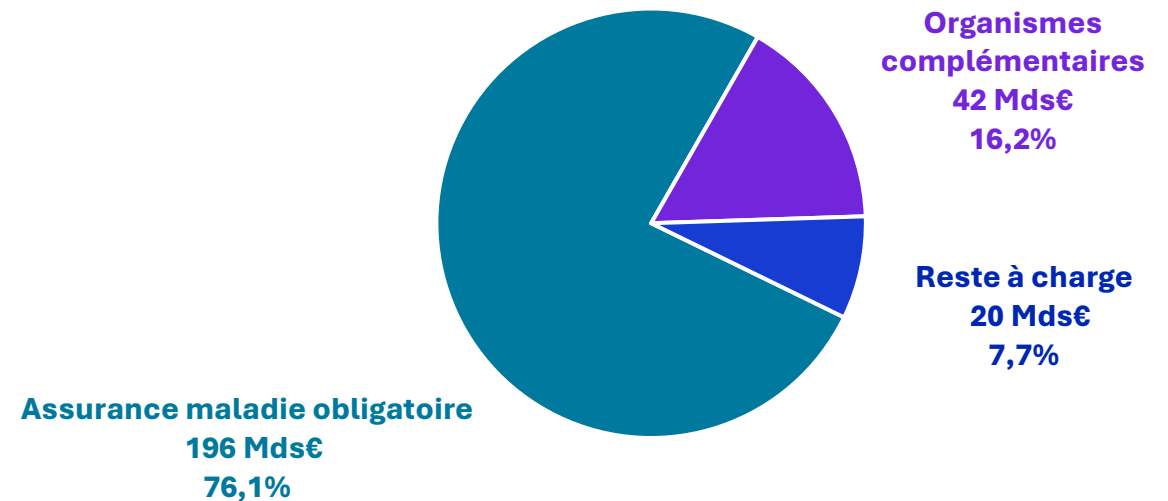
En 2024, les organismes complémentaires ont remboursé :

- 32,5 Mds€ de dépenses de **soins et biens médicaux**
- 3,1 Mds€ de **prestations connexes** à la santé non prises en charge par le régime obligatoire (chambre particulière, ostéopathe, psychologue...)

L'assurance santé contribue par ailleurs au financement des dépenses de santé à travers les taxes qu'elle collecte :

- 3,5 Mds€ pour financer la **Complémentaire santé solidaire** (C2S)
- 2,7 Mds€ pour financer la **Sécurité Sociale**

Financement des dépenses de santé 2024



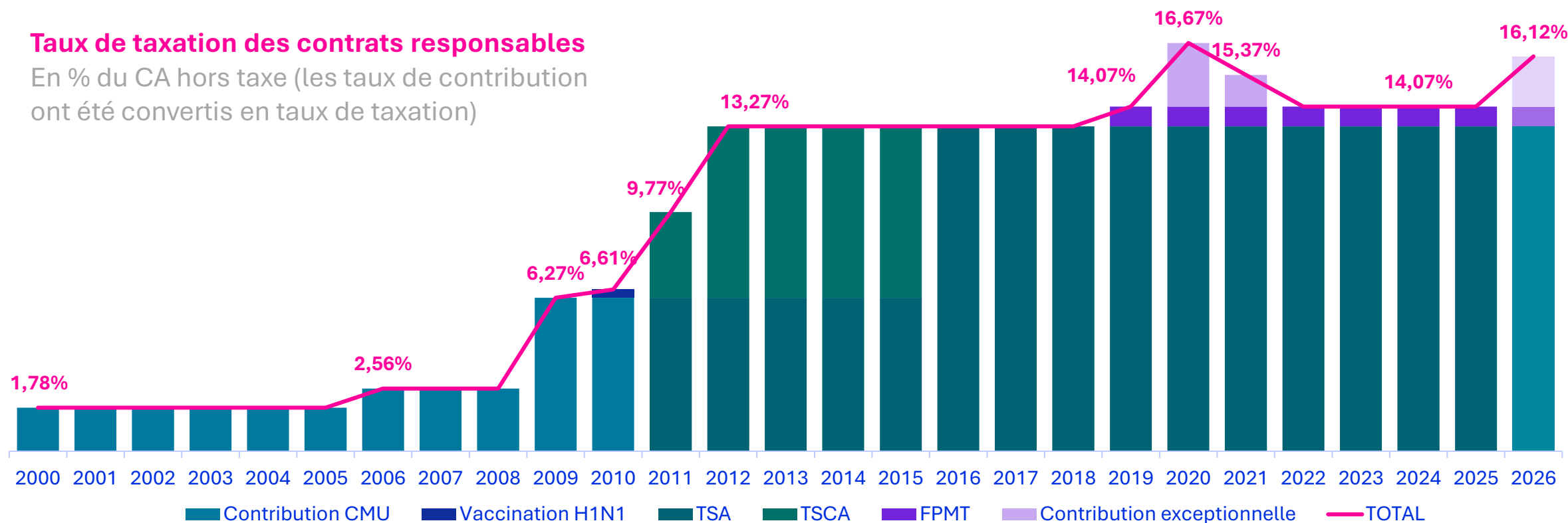
A ce montant de 41,8 Mds€ pour financer les dépenses de santé, s'ajoute le remboursement par les OCAM des soins en unités de longue durée et des prestations accessoires à la santé (frais de naissance, aide à domicile en cas d'hospitalisation, frais d'obsèques...) pour un montant de 1,1 Md€ en 2024.

Les taxes sur les contrats de complémentaire santé ont très fortement augmenté

Les taxes sur les contrats de complémentaire santé ont été **multipliées par 2 en 15 ans et par 8 en 20 ans**. Une nouvelle hausse est prévue en 2026.

Taux de taxation des contrats responsables

En % du CA hors taxe (les taux de contribution ont été convertis en taux de taxation)



Le taux de TSA sur les contrats non responsables est de 20,27% en 2025.

La TSA par type de contrats

Rendement de la taxe de solidarité additionnelle (TSA)

	Taux de TSA	Assiette TSA 2024 (en milliers €)	Montant TSA 2024 (en milliers €)	Evolution % Montant TSA 2024
Contrats classiques responsables	13,27%	42 194 386	5 599 195	+7,3%
Contrats classiques non responsables	20,27%	1 337 943	271 201	+5,5%
Contrats agriculteurs responsables	6,27%	1 268 007	79 504	+7,3%
Contrats agriculteurs non responsables	20,27%	9 323	1 890	-28,6%
Contrats IJ responsables	7,00%	484 972	33 948	+4,0%
Contrats IJ non responsables	14,00%	884 270	123 798	+5,4%
Contrats au 1er euro	14,00%	82 624	11 567	+19,7%
Contrats 1er art. C998 CGI	6,27%	157 804	9 894	+6,9%
Ensemble	13,21%	46 419 328	6 130 997	+7,1%

En 2024, l'assiette de la TSA est évaluée à 46,4 Mds€ tous contrats confondus, en hausse de +7,2%, après +5,5% en 2023. Concernant le rendement de la taxe, il est de 6,1 Mds€, en augmentation de +7,1%, après +5,3 % en 2023.

La part des contrats classiques responsables dans l'assiette de la TSA est prépondérante (91 % au global, soit 1 point de plus qu'en 2021). Cette proportion est plus importante dans les mutuelles (93%). Les contrats classiques non solidaires ou non responsables et les contrats agriculteurs responsables représentent chacun 3% de l'assiette.

La contribution des organismes complémentaires au Forfait Patientèle Médecin Traitant s'élève à **371 M€** en 2024 (347 M€ en 2023).

La hausse des ALD tire les dépenses des complémentaires à la hausse

RAC après AMO hors franchises et participations forfaitaires



Le reste à charge (RAC) après Assurance maladie obligatoire (AMO) des personnes en affections de longue durée (ALD) est **1,6 fois** plus élevé que celui du reste de la population.

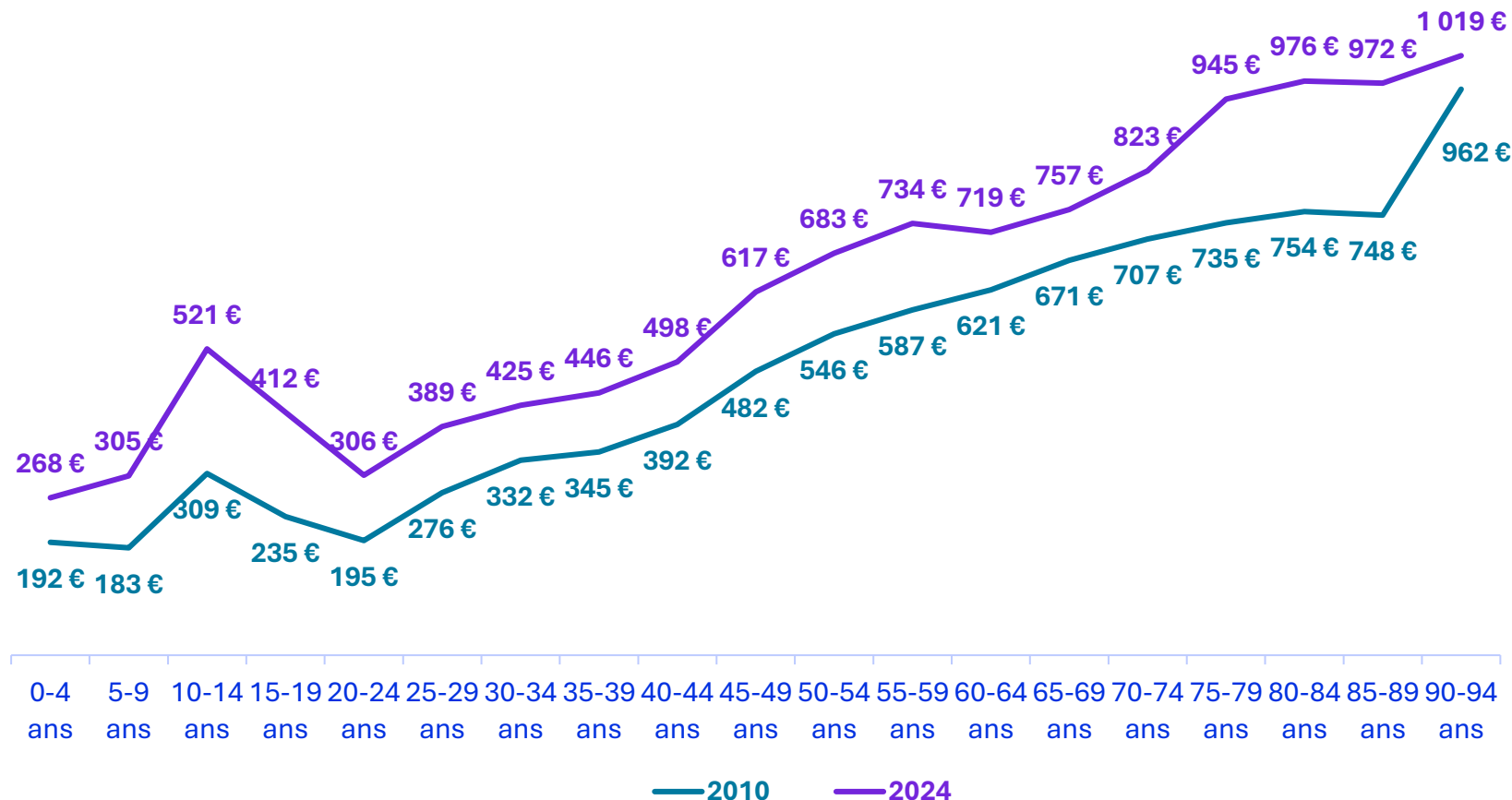
Leur dépense de ticket modérateur (TM) et de forfait journalier hospitalier (FJH) est **1,8 fois** plus élevée.

Le montant moyen des dépassements (et liberté tarifaire) atteint 2 230€ pour les 10% de consommateurs en ALD ayant eu les dépassements les plus élevés.

Les organismes complémentaires sont des acteurs essentiels auprès des personnes atteintes d'affections de longue durée, pour couvrir leurs dépenses de soins supplémentaires.

Le reste à charge en ville après AMO augmente

Sur l'ensemble de la population (hors bénéficiaires de la CSS), le reste à charge après AMO des soins de ville s'élevait à **430 €** par personne en 2010 contre **587 €** en 2024, soit une augmentation de **+ 37 %** depuis 2010.



En 2024, pour l'ensemble des assurés, le ticket modérateur représente **246€** par personne et le dépassement s'élève à **342€**, dont **40€** pour les paniers « 100% santé ».

La hausse du reste à charge depuis 2010 dépasse **200€** pour les 10-14 ans et les plus de 75 ans.

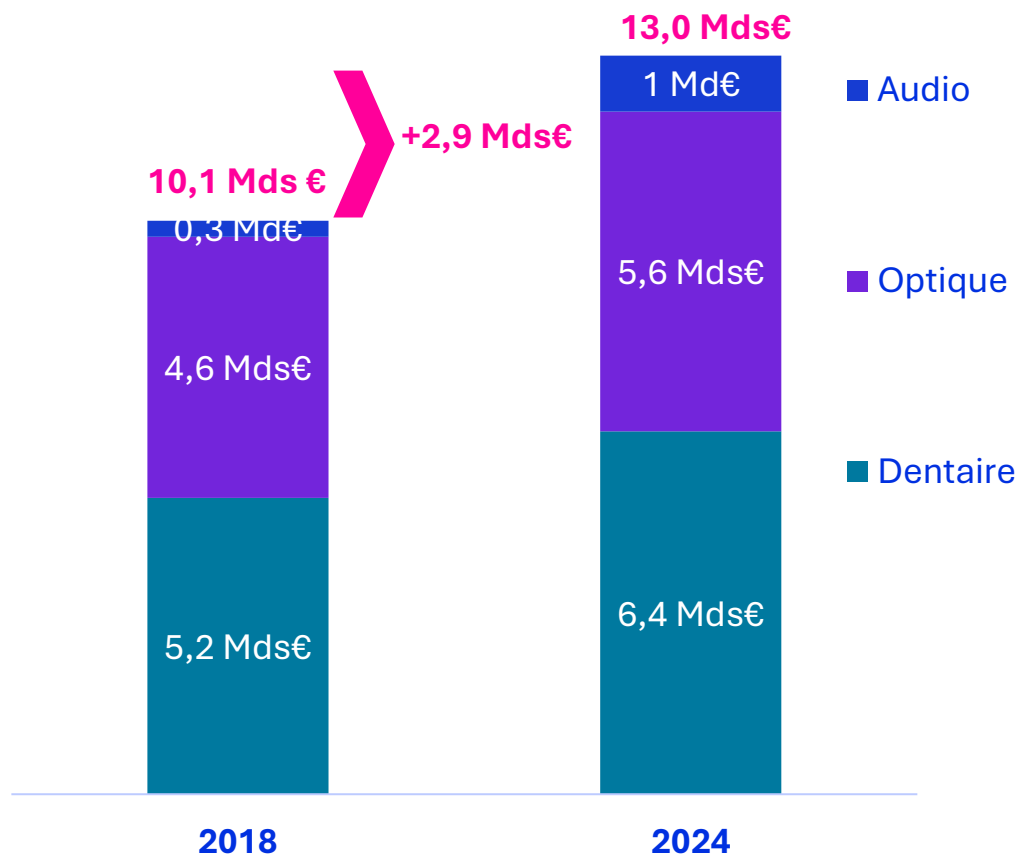
Si toutes les tranches d'âge sont concernées par la **forte hausse des dépassements en optique et en médecins spécialistes**, les enfants se distinguent par une très forte hausse des dépassements en **orthodontie**, alors que les seniors se caractérisent par une forte progression des dépassements en **prothèses dentaires et en audiologie**.

France entière – Tous régimes d'Assurance maladie hors CSS et AME

Remarque : le reste à charge pour l'ensemble des effectifs tient également compte des dépenses des assurés âgés de 95 ans et plus qui ne sont pas représentés en raison d'effectifs faibles et de dépenses moyennes élevées (1 631€).

Les postes du 100% santé augmentent les remboursements OCAM

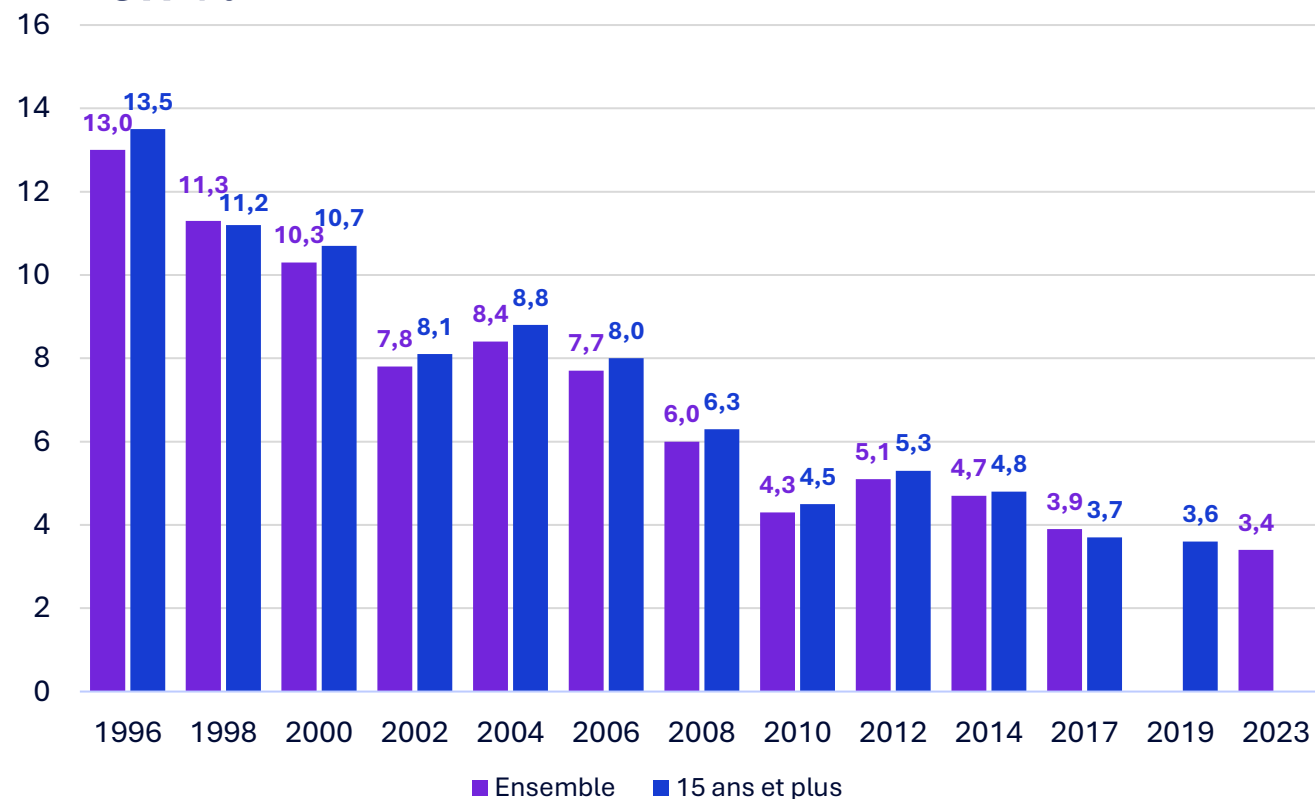
Remboursements des OCAM sur les 3 postes concernés par la réforme du 100% santé



Sur les trois postes concernés par la **réforme du 100% santé**, financée en grande majorité par les complémentaires, les remboursements des OCAM ont augmenté de **2,9 Mds€** depuis 2018.

Le taux de personnes sans couverture baisse nettement de 1996 à 2023

en %



Pour aller plus loin ...

Les dossiers de la Drees n°137 « *En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent bien plus souvent sans complémentaire santé que les autres.* »

En 2023 le taux de non-couverture par une complémentaire santé atteint son niveau le plus bas : **3,4% alors qu'il était de 13% en 1996.**

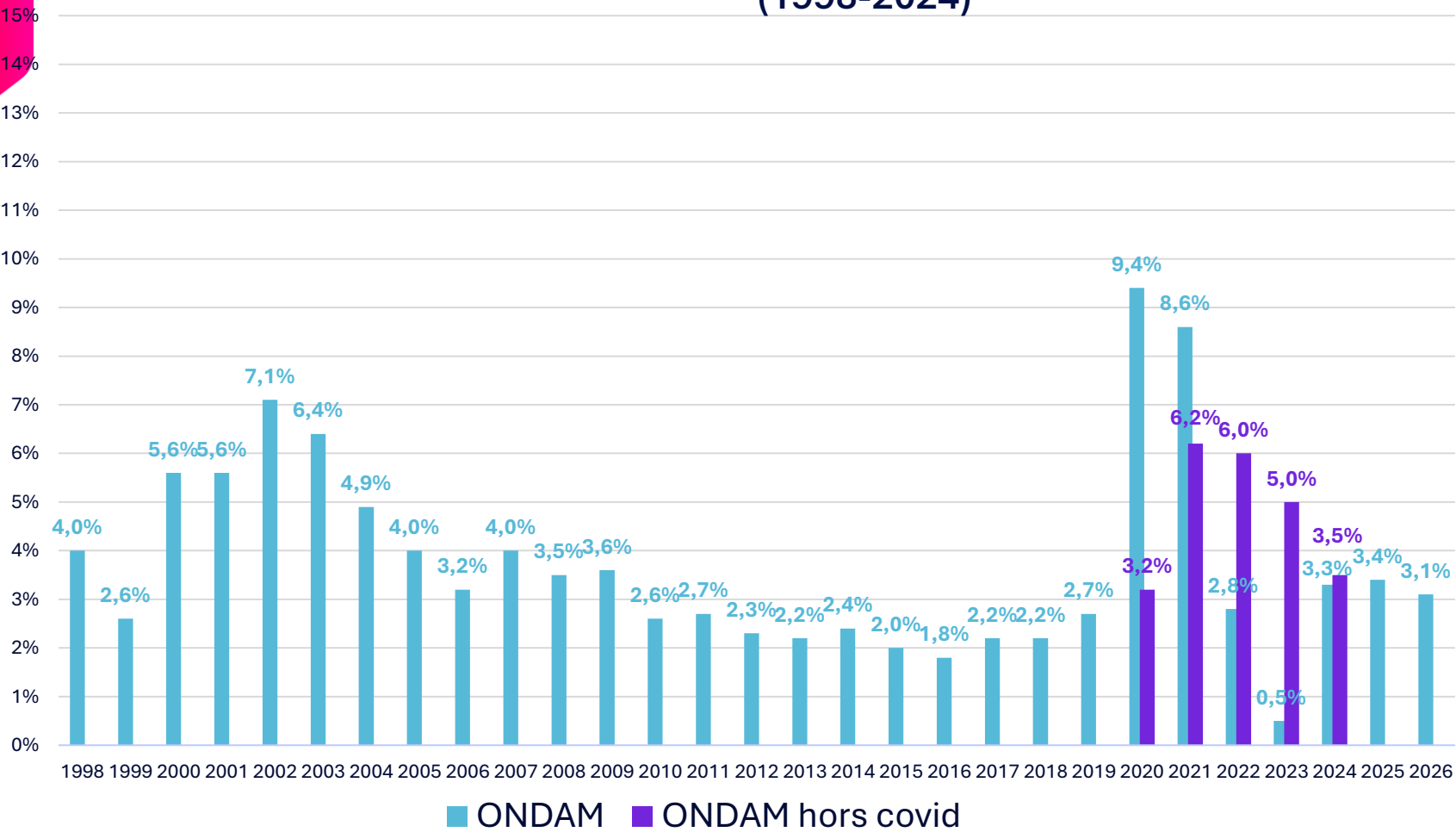
La mise en place de la CMU-C et de l'ACS ont augmenté le taux de couverture, alors que la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a surtout réduit les inégalités entre les salariés du secteur privé.

L'absence de couverture s'explique d'abord par des raisons financières : une personne non-couverte sur trois déclare ainsi ne pas en avoir les moyens, 15 % déclarent ne pas en avoir besoin, 12 % être en cours d'adhésion, et 10 % ne pas penser ou avoir le temps de souscrire.

L'absence de couverture est la plus élevée chez les chômeurs, les ménages modestes et les étrangers. Les personnes reconnues en affection de longue durée (ALD) ne renoncent pas davantage à la complémentaire que les autres, malgré un meilleur remboursement par l'assurance maladie obligatoire des dépenses liées à leur maladie.

L'évolution des dépenses de l'ONDAM reste supérieure à 3%

Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM (en %)
(1998-2024)



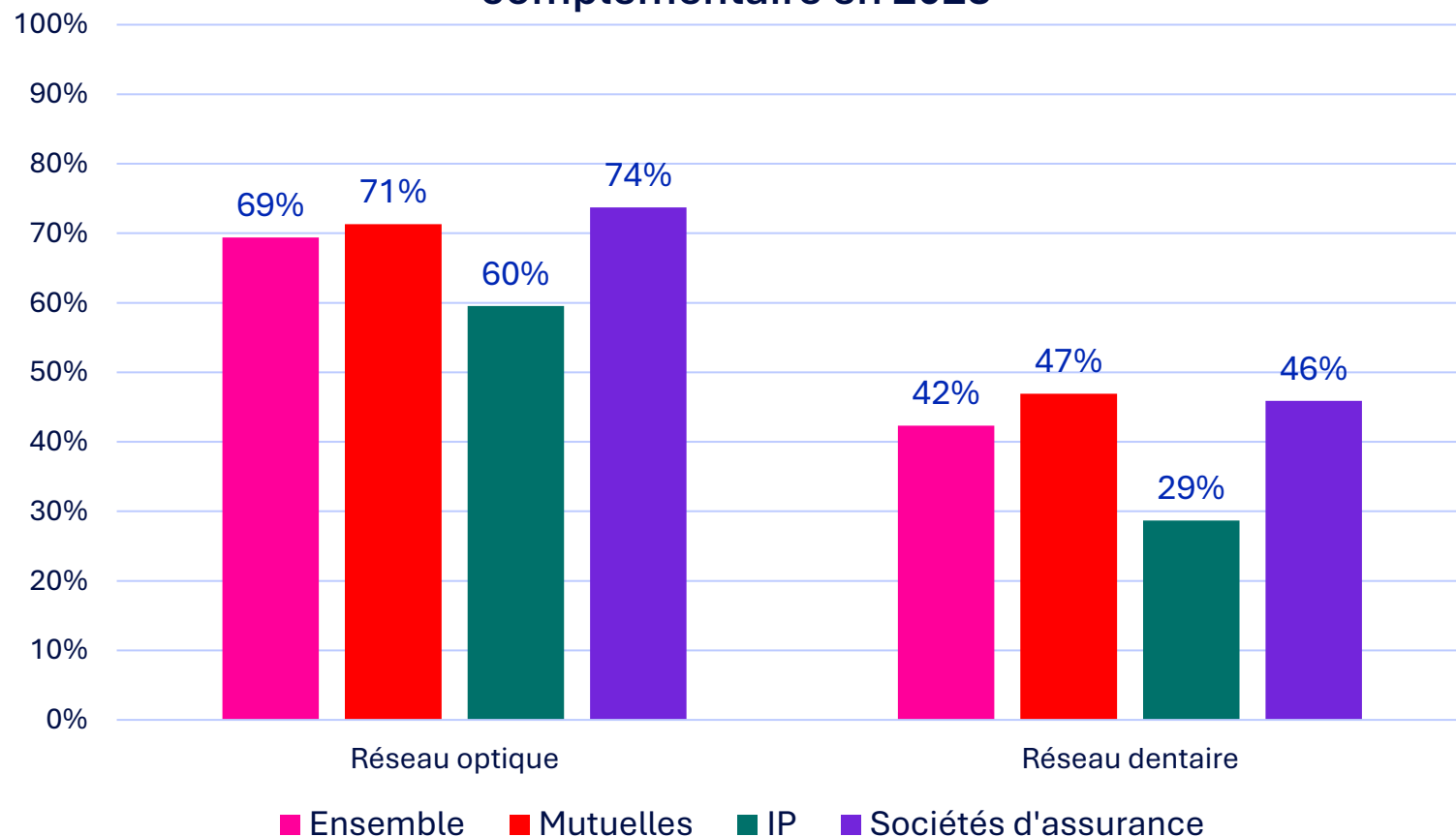
En 2024, les dépenses dans le champ de l'ONDAM progressent de +3,3% les portant à 256,4 Mds€, en dépassement de 1,5 Md€ par rapport à l'objectif initial fixé par la LFSS pour 2024, en raison d'une progression plus forte que prévu des dépenses du sous-objectif des soins de ville.

Taux d'évolution de l'ONDAM	2024	2025	2026
ONDAM total	+3,3%	+3,4%	+3,1%
Soins de ville	+4,0%	+3,5%	+3,2%
Etablissements de santé	+2,6%	+3,6%	+3,3%

Sources : Ministère de la santé, Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2025, projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 et avis d'avril 2026 du comité d'alerte sur le respect de l'ONDAM

Les réseaux de soins

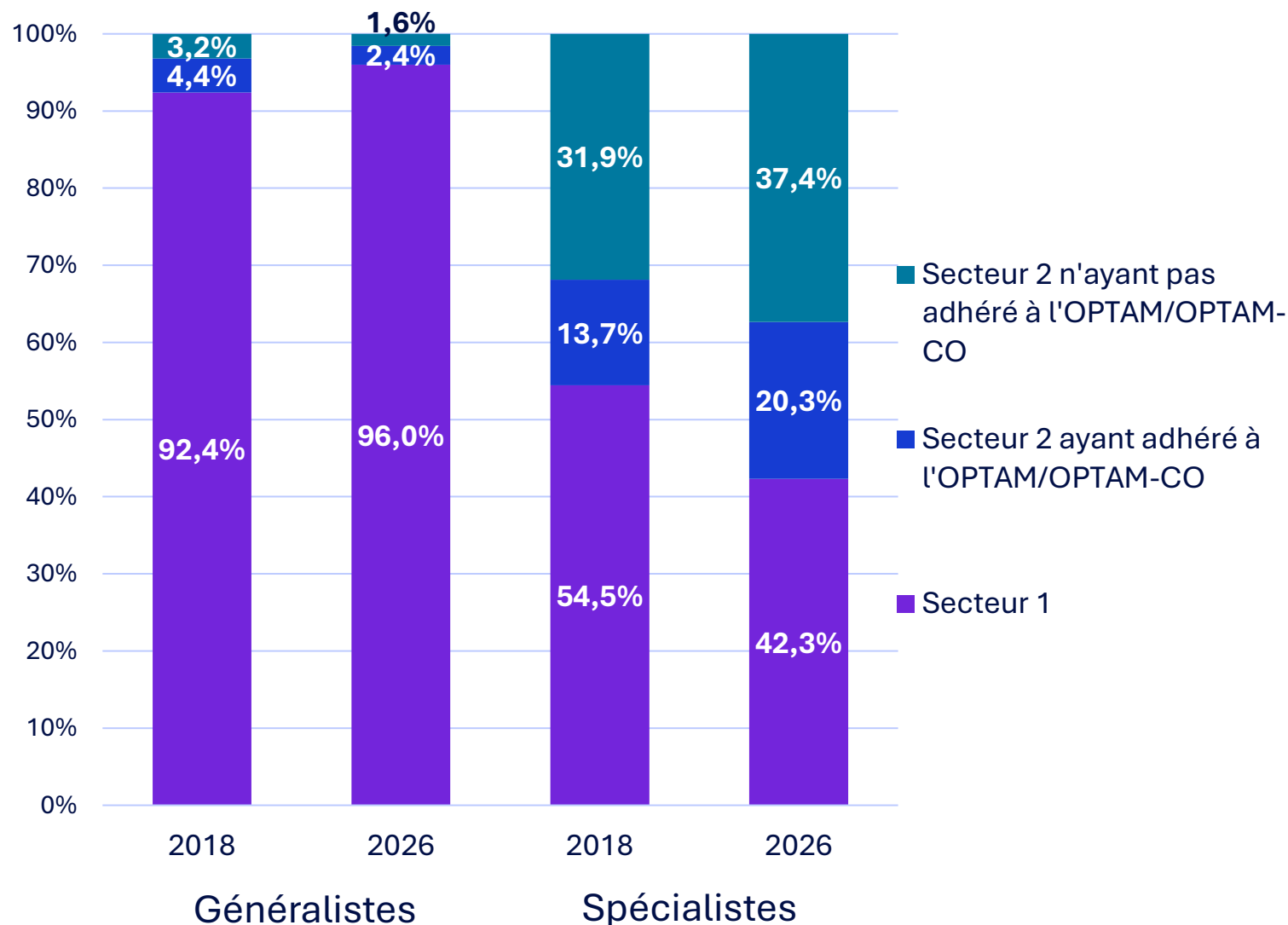
Part des assurés pouvant bénéficier d'un tarif négocié dans un réseau de soins selon le type d'organisme complémentaire en 2023



En 2023, près de 70% des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé ont accès à un tarif négocié dans un réseau d'opticiens et 42% dans un réseau de dentistes.

71% des bénéficiaires d'une mutuelle ont accès à un tarif négocié dans un réseau d'optique (contre 60% pour les institutions de prévoyance et 77% pour les sociétés d'assurances) et 47% à un tarif négocié dans un réseau de dentistes (contre 29% pour les institutions de prévoyance et 46% pour les sociétés d'assurances).

La part du secteur 2 progresse fortement chez les médecins spécialistes libéraux



Au 1er janvier 2026, 96% des médecins généralistes libéraux exercent leur activité en secteur 1 et 4% en secteur 2.

La répartition est plus homogène chez les médecins spécialistes libéraux puisque 42% pratiquent en secteur 1 et 58% en secteur 2.

Depuis 2017, la part du secteur 1 a légèrement augmenté pour les généralistes mais a fortement diminué pour les spécialistes.

2,4% des médecins généralistes ont adhéré à l'OPTAM et 20,3% des médecins spécialistes ont adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO.

En 2024, 43% des médecins exercent exclusivement en libéral (versus 51% en 2012), alors que l'exercice salarié (45%) et l'exercice mixte (12%) progressent fortement.

Contact

Direction du Développement des Assurances Mutualistes

Alice BEYNET

Responsable du Pôle Analyses économiques et Marché

alice.beynet@mutualite.fr

01 40 43 64 67

Jean CIVET

Chargé d'analyse économique

jean.civet@mutualite.fr

01 40 43 63 37