

Les contrats de complémentaire santé collectifs offrent des niveaux de garantie généralement plus élevés que les contrats individuels. Le score des contrats, indicateur synthétique compris entre 0 et 1, reflète leur niveau de prise en charge du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) pour une dépense moyenne. Ainsi, 58 % des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'un niveau moyen de prise en charge supérieur à 0,8 sur les postes de soins considérés, contre seulement 12 % des bénéficiaires de contrat individuel. Ces écarts de couverture seraient fortement réduits si toutes les personnes couvertes choisissaient des biens du panier 100 % santé pour leurs consommations de soins en optique, ainsi qu'en prothèses dentaires et auditives.

Les contrats d'assurance complémentaire peuvent se différencier sur certains aspects : le panier de soins qu'ils prennent en charge, les niveaux de garantie qu'ils proposent, les prestations annexes (accès à des réseaux avec des tarifs négociés, plateformes téléphoniques de conseils, etc.). Cette diversité rend le marché de l'assurance complémentaire complexe à décrire. Néanmoins, pour une partie importante de la dépense restant à la charge des assurés, les contrats ne se distinguent pas. Ainsi, la quasi-totalité des contrats étant responsables (pour 98 % des bénéficiaires<sup>1</sup>), ceux-ci prennent en charge l'essentiel du reste à charge opposable : ticket modérateur (TM)<sup>2</sup>, et forfaits journaliers hospitaliers (FJH) [voir fiche 01]. Environ la moitié du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) est opposable ; l'autre moitié, comprenant les dépassements liés à la liberté tarifaire, est supportée de façon très différenciée selon les contrats.

### Les bénéficiaires de contrat collectif sont généralement mieux couverts que les bénéficiaires de contrat individuel

Afin de classer les contrats, un indice synthétique, ou score, est construit pour refléter le niveau de

prise en charge d'un patient moyen, en privilégiant les postes de soins sur lesquels les contrats se distinguent le plus (*encadré 1*). Les contrats sont classés en trois groupes, selon leur niveau moyen de prise en charge : les contrats les moins couvrants, ou de classe 1 ; les contrats milieu de gamme ou de classe 2 ; et les contrats les plus couvrants, ou de classe 3. Entre ces classes, les montants moyens des garanties pour chacun de ces postes se distinguent fortement (*tableau 1*). Par exemple, en moyenne, les bénéficiaires de contrat de classe 3 disposent d'une prise en charge de 603 euros en optique complexe, contre 224 euros pour les bénéficiaires de contrat de classe 1. En audiologie, tandis que les bénéficiaires des contrats les plus couvrants disposent d'une garantie moyenne s'élevant à 2 336 euros, celle des bénéficiaires des contrats les moins couvrants n'est que de 679 euros. Pour certaines garanties, la différence entre classes n'est pas notable, comme sur les médicaments à service médical rendu (SMR) modéré<sup>3</sup> (92 % des bénéficiaires de contrat de classe 1 disposent d'une prise en charge du TM, contre 100 % de ceux des classes 2 et 3).

Les bénéficiaires de contrat collectif sont en général mieux couverts que les bénéficiaires de contrat individuel. Ainsi, en 2021, 58 % des

1. Source : Urssaf Caisse nationale, calculs DREES.

2. Seul le TM sur les médicaments à SMR faible ou modéré ou les cures thermales n'est pas obligatoirement pris en charge par les contrats responsables.

3. SMR correspondant à un taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) de 30 % (15 % pour les médicaments à SMR faible).

### Encadré 1 Méthode de classement des contrats de complémentaire santé

La méthode utilisée par la DREES pour classer les contrats de complémentaire santé selon leur degré de couverture s'appuie sur le calcul d'un score synthétique pour chacun d'entre eux (Loiseau, 2020). Le score d'un contrat révèle le niveau de remboursement par ce contrat du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) sur le panier de soins d'un bénéficiaire fictif ayant une consommation moyenne pour chacun des postes de soins considérés. Il varie entre 0 (le contrat n'offre aucun remboursement du reste à charge sur les postes de soins considérés) et 1 (le contrat offre un remboursement complet du reste à charge moyen sur les postes de soins considérés).

Le score d'un contrat  $c$  peut être formulé de la manière suivante :

$$\text{Score}^c = \frac{\sum_s p_s \times \text{Remb}_s^c}{\sum_s p_s \times \text{RAC}_s}$$

Avec :

$p_s$  : nombre moyen d'actes du soin  $s$  par bénéficiaire, hors bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), de la complémentaire santé solidaire (CSS) ;

$\text{RAC}_s$  : reste à charge moyen pour le soin  $s$ , y compris ticket modérateur (TM), après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (AMO), hors CMU-C, ACS, CSS et affection de longue durée (ALD) ;

$\text{Remb}_s^c = \text{MIN}(\text{garanties}_s^c; \text{RAC}_s)$  : montant de remboursement du contrat  $c$  pour le soin  $s$ , qui correspond à la garantie sur ce soin (ou à la totalité du  $\text{RAC}_s$  lorsque la garantie est supérieure au  $\text{RAC}_s$ ).

Les postes intégrés dans le calcul du score sont : l'optique simple ; l'optique complexe ; les prothèses dentaires ; les prothèses auditives ; l'orthodontie ; les consultations de spécialistes avec dépassement, en distinguant si elles ont lieu auprès d'un spécialiste ayant signé l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) ; les médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré ; et la chambre particulière à l'hôpital<sup>1</sup>.

Le panier de soins retenu privilégie les postes pour lesquels les prises en charge par les contrats se distinguent fortement, en particulier ceux où s'applique une liberté tarifaire, et néglige ceux pour lesquels la prise en charge est homogène entre les contrats (par exemple, les consultations de médecins généralistes ou les médicaments à SMR important, remboursés à 65 %). Les postes de soins considérés dans le score représentent ainsi un tiers du reste à charge opposable (c'est-à-dire du reste à charge quasiment intégralement pris en charge par tout contrat de complémentaire santé responsable). En revanche, ils correspondent à la majorité des soins pour lesquels les honoraires sont libres : les soins en optique, en dentaire, les aides auditives et les dépassements d'honoraires de spécialistes représentent en effet près de 94 % de la liberté tarifaire pratiquée dans les soins de ville. Au total, les postes du score coïncident avec 68 % du reste à charge en ville.

Le calcul du score repose sur les données de l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) [voir annexe 2], qui décrit les niveaux de garantie sur un nombre important de postes de soins auxquels peuvent prétendre les assurés, et sur les données issues du Système national des données de santé (SNDS), qui permettent de mesurer la consommation moyenne réelle en France sur les postes de soins définis.

Le score présente néanmoins quelques limites. Tout d'abord, le score d'un contrat ne reflète pas le niveau réel de prise en charge des personnes qu'il couvre, dont la consommation de soins est variable selon leurs caractéristiques (âge, état de santé, type de couverture [individuel ou collectif], etc.). Les consommations de soins, et donc les RAC AMO, sont ainsi considérées comme indépendantes du niveau de couverture offert par le contrat de complémentaire santé. Le fait de considérer la consommation moyenne calculée à partir des consommations réellement observées dans la population ●●●

1. En l'absence de données sur les prestations non remboursées par l'AMO, un quart des séjours d'hospitalisation complète sont supposés avoir été réalisés dans une chambre particulière. La construction d'un profil de consommation moyen repose sur l'hypothèse selon laquelle les personnes en ALD, pour lesquelles le TM des soins réalisés est pris en charge par l'AMO, s'acquittent des mêmes tarifs que les autres patients.



des assurés pour chacun des postes retenus dans le score ne permet pas, par ailleurs, de distinguer un contrat avec des remboursements allant au-delà des RAC AMO moyens observés d'un contrat avec des remboursements égaux au RAC AMO moyens : les deux se voient attribuer des scores similaires. Par ailleurs, les services proposés par les contrats, tels que l'accès ou non à des réseaux (dentaires, optiques...) avec des tarifs négociés, ne sont pas intégrés non plus dans le classement.

De plus, les garanties recueillies pour un bien de référence donné sont appliquées à d'autres dépenses du poste de soins considéré, dans la mesure où elles en fournissent la meilleure approximation possible<sup>2</sup>. Enfin, les contrats de l'enquête OC sont représentatifs des dix contrats les plus souscrits de chaque type et de chaque organisme ; les garanties recueillies sont ensuite extrapolées à l'ensemble des contrats. Or certains contrats spécifiques, comme ceux ne remboursant pas au-delà du TM, peuvent être sous-représentés dans l'enquête. L'impact d'évolutions réglementaires sur le score, telle que la hausse des planchers de prise en charge, peut alors être sous-estimée.

2. Par exemple, la garantie recueillie pour une couronne céramo-céramique est appliquée à toutes les prothèses dentaires du panier libre ; la garantie sur les semestres de traitement d'orthodontie est appliquée aux bilans d'orthodontie et aux semestres de contention d'orthodontie.

bénéficiaires de contrat collectif ont souscrit un contrat de classe 3, contre 12 % des bénéficiaires de contrat individuel<sup>4</sup> (graphique 1). À l'inverse, les bénéficiaires de contrat collectif sont beaucoup moins nombreux à être couverts par un contrat de classe 1 (20 %) que les bénéficiaires de contrat individuel (48 %).

Plusieurs raisons sont susceptibles d'expliquer la meilleure couverture par les contrats collectifs. Tout d'abord, les entreprises ont souvent de meilleures capacités de négociation que les particuliers, ce qui leur permet d'obtenir des contrats avec un meilleur rapport qualité-prix (voir fiche 11). Ensuite, le niveau de couverture d'un contrat collectif peut faire l'objet de négociations entre employeur et représentants du personnel. Les salariés peuvent ainsi bénéficier de garanties plus élevées qu'avec un contrat individuel pour un coût moindre, puisque salariés et employeur se partagent le paiement de la prime des contrats collectifs (dont 50 % minimum sont pris en charge par l'employeur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, voir fiche 13). La complémentaire santé d'entreprise permet enfin, à l'un comme à l'autre, de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales (voir annexe 1).

### Une consommation exclusive dans le panier 100 % santé réduirait l'écart de niveaux de couverture entre contrats individuel et collectif

La réforme du 100 % santé introduite progressivement entre 2019 et 2021 vise à améliorer l'accès aux soins en optique, aux prothèses dentaires et aux prothèses auditives *via* un panier de biens sans reste à charge pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé responsable (voir fiche 29). Afin d'évaluer, en 2021, la variation du niveau de prise en charge des contrats selon l'adhésion plus ou moins marquée au dispositif du 100 % santé (encadré 2), les scores des contrats sont calculés selon trois hypothèses de consommation sur l'année 2021. La première hypothèse, dite « panier mixte », considère la consommation moyenne réelle observée en 2021 : les consommations en optique (simple et complexe), en prothèses dentaires et en prothèses auditives sont ainsi réparties entre panier libre et panier 100 % santé selon la consommation moyenne observée. Cette hypothèse de consommation mesure le niveau de prise en charge des contrats en 2021 étant donné la structure de consommation réelle, c'est-à-dire en intégrant l'apport du

4. Ce taux ne peut pas être comparé à celui de 2016 (Barlet et al., 2019) du fait de la sensibilité des classes aux seuils retenus (0,6 et 0,8) et aux changements méthodologiques que l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) a connus en 2019 (voir annexe 3).

100 % santé sur les garanties et le recours aux soins. La deuxième hypothèse, dite « panier 100 % santé », considère une consommation de soins où tous les biens en optique, en prothèses dentaire, et en prothèses auditives sont dans le panier 100 % santé. Elle fournit le niveau maximal de prise en charge proposé par les contrats, à la suite de la réforme, pour les assurés qui se tourneraient exclusivement vers les biens du panier 100 % santé. Enfin, avec la dernière hypothèse,

dite « panier libre », le score est calculé avec une consommation exclusive dans le panier libre. Elle considère que toutes les personnes ayant consommé l'un de ces trois biens auraient eu recours au panier libre, y compris celles qui n'auraient probablement pas consommé si elles avaient dû s'acquitter d'un reste à charge. Cette hypothèse intègre également les changements de prise en charge du panier libre (évolution de la base de remboursement de la Sécurité sociale

**Tableau 1 Niveau moyen des garanties, par classe de contrats, en 2021**

Postes de soins	Classes de contrats			Ensemble
	Classe 1 (score < 0,6)	Classe 2 (score entre 0,6 et 0,8)	Classe 3 (score > 0,8)	
<b>Optique simple</b> Pour un ensemble monture + 2 verres dans le panier libre (hors remboursement par l'AMO) [en euros]	126	235	369	<b>244</b>
<b>Optique complexe</b> Pour un ensemble monture + 2 verres dans le panier libre (hors remboursement par l'AMO) [en euros]	224	362	603	<b>398</b>
<b>Prothèses auditives</b> Pour une paire dans le panier libre (hors remboursement par l'AMO) [en euros]	679	1 274	2 336	<b>1 437</b>
<b>Prothèses dentaires</b> Pour une couronne céramo-céramique (en % de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO)	174	334	445	<b>318</b>
<b>Orthodontie</b> Pour un semestre de traitement (en % de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO)	171	254	376	<b>268</b>
<b>Consultations de spécialistes avec dépassements d'honoraires</b> Pour une consultation dans le parcours de soins hors Optam (en % de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO)	115	140	187	<b>148</b>
Pour une consultation dans le parcours de soins dans l'Optam (en % de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO)	126	177	314	<b>207</b>
<b>Médicaments à SMR faible (15 %)</b> Part de contrats prenant en charge le TM (en %)	76	84	94	<b>80</b>
<b>Médicaments à SMR modéré (30 %)</b> Part de contrats prenant en charge le TM (en %)	92	100	100	<b>95</b>
<b>Chambre particulière à l'hôpital</b> Montant par nuit, non remboursé par l'AMO (en euros)	36	57	92	<b>62</b>

AMO : assurance maladie obligatoire ; BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale ; Optam : option de pratique tarifaire maîtrisée ; SMR : service médical rendu ; TM : ticket modérateur.

**Note >** L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé. Les garanties pour l'optique simple, l'optique complexe, les aides auditives et la chambre particulière sont exprimées en euros hors remboursement par l'AMO, les autres le sont en pourcentage de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO. Les contrats sont classés en trois groupes selon le score du contrat reflétant le niveau de prise en charge. Le score varie entre 0 (le contrat n'offre aucun remboursement du reste à charge sur les postes de soins considérés) et 1 (le contrat offre un remboursement complet du reste à charge moyen sur les postes de soins considérés).

**Lecture >** En 2021, la garantie moyenne en optique simple pour un contrat de classe 3 est de 369 euros, hors remboursement par l'AMO. La garantie moyenne d'un contrat de classe 3, pour l'achat d'une prothèse dentaire, est de 445 % de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO.

**Champ >** Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

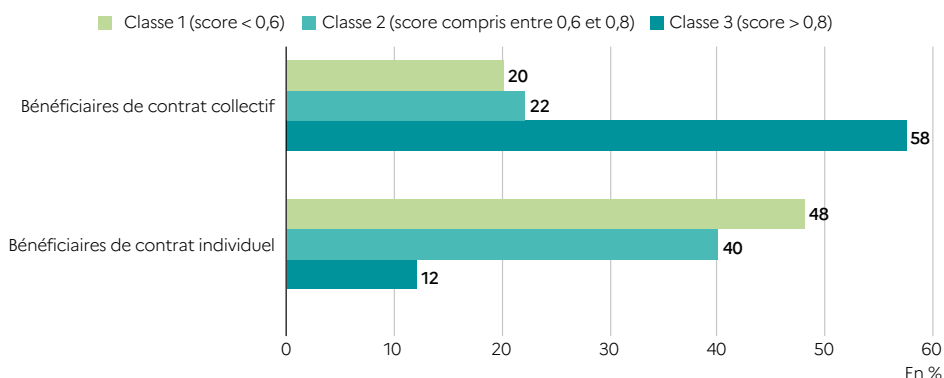
**Source >** DREES, enquête OC 2021.

[BRSS] et du montant payé par l'AMO, ou encore le plafonnement des remboursements imposés aux contrats responsables). En ce sens, l'hypothèse « panier libre » ne revient pas à une situation de référence d'avant réforme mais fournit le niveau minimal de prise en charge proposé par les contrats si tous les assurés ayant eu recours à des soins en optique, aux prothèses dentaires et aux prothèses auditives en 2021

(qu'ils aient eu recours au panier 100 % santé ou au panier libre) s'étaient tournés uniquement vers les biens du panier libre.

En 2021, compte tenu de la consommation de soins réelle moyenne (hypothèse 1, panier mixte), le score moyen des contrats s'élève à 0,59 pour les bénéficiaires de contrat individuel et à 0,78 pour les bénéficiaires de contrat collectif (tableau 2), soit un écart de 19 points de

### Graphique 1 Répartition des bénéficiaires par score de contrat



**Note** > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

**Lecture** > En 2021, 12 % des bénéficiaires de contrat individuel sont couverts par un contrat de classe 3 (score de couverture du contrat supérieur à 0,8 sur une échelle de 0 à 1).

**Champ** > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

**Sources** > DREES, enquête OC 2021 ; CNAM, SNDS, 2021.

### Encadré 2 L'effet du recours au 100 % santé sur le niveau de prise en charge des contrats : enjeux méthodologiques

Pour le calcul du score des contrats de 2021, afin d'étudier le niveau de prise en charge des contrats selon le recours au 100 % santé, les postes en optique simple, en optique complexe, en prothèses dentaires et en prothèses auditives ont été dédoublés de façon à intégrer au calcul à la fois un poste comprenant les dépenses incluses dans le panier 100 % santé et un poste comprenant les dépenses du panier libre. Le remboursement de ces postes 100 % santé est par définition intégral pour tous les contrats responsables. Le fait d'inclure ces postes dans le score conduit à augmenter mécaniquement le niveau du score, alors même que les autres postes sur lesquels les contrats ne se distinguent pas ne sont pas intégrés. Le choix de les conserver permet cependant de mesurer l'effet d'une consommation mixte (c'est-à-dire pour partie dans le panier 100 % santé et pour partie dans le panier libre, telle qu'elle est effectivement réalisée en moyenne par les patients) sur la prise en charge globale par les contrats, par rapport à une consommation exclusive dans le panier libre, ou exclusive dans le panier 100 % santé. Ainsi, la comparaison des scores calculés selon trois hypothèses de consommation (mixte, exclusive dans le panier libre, exclusive dans le panier 100 % santé), pour une année donnée, permet de mettre en évidence l'ampleur de l'amélioration de la couverture liée directement à la réforme pour un patient ayant une consommation moyenne sur chacun des postes considérés dans le score.

pourcentage (0,19 point de score) entre les deux marchés. Les disparités de couverture sont assez fortes entre les assurés d'un même marché, avec un écart légèrement plus marqué sur le marché individuel : le score des 10 % des personnes les mieux couvertes par des contrats individuels est 2,2 fois plus élevé que celui des 10 % les moins bien couvertes ; ce rapport est de 2,0 pour les personnes couvertes par des contrats collectifs. En supposant que les consommations de soins en optique, en dentaire et en audiologie soient toutes effectuées dans le panier libre (hypothèse 3), les scores moyens seraient alors de 0,51 pour les personnes couvertes par un contrat individuel et de 0,74 pour celles couvertes par un contrat collectif. L'écart avec la situation mixte réelle est assez limité du fait d'un recours relativement contenu aux paniers du 100 % santé dans ce cas. En effet, si le recours à ces paniers en dentaire est assez élevé (57 % des assurés ayant acheté une prothèse dentaire l'ont fait dans le panier 100 % santé), il est moindre en audiologie (39 %) et faible en optique (18 %) [voir fiche 29]. Pour les 30 % de bénéficiaires de contrat collectif les mieux couverts, l'introduction du 100 % santé n'apporte aucune amélioration de la prise en charge. Seulement 3 % des bénéficiaires des contrats individuels se trouvent dans ce cas. Ces personnes disposent *a priori* d'une couverture totale sur le panier libre en optique, en dentaire et en audiologie dans

le cas de la dépense associée à un « individu moyen », c'est-à-dire à un individu qui par hypothèse aurait une dépense égale à la moyenne des dépenses observées sur chacun de postes. Si toutes les personnes consommant des lunettes, des prothèses dentaires et des prothèses auditives le faisaient dans le cadre du panier 100 % santé (hypothèse 2), le score des contrats individuels augmenterait de 27 points de pourcentage et celui des contrats collectifs de 16 points, réduisant fortement la disparité entre les deux marchés. Par ailleurs, au sein de chacun d'eux, le rapport des scores du neuvième et du premier décile serait également fortement réduit (1,3 en individuel ; 1,2 en collectif).

### Entre 2019 et 2021, pour une consommation hors panier 100 % santé, le niveau de prise en charge est resté relativement stable

Afin de mesurer l'évolution du niveau de couverture des contrats entre 2019 et 2021, le score de 2021 est comparé à un score de 2019, dit « contrefactuel », calculé à partir des caractéristiques des contrats de 2019 associées aux RAC AMO de 2021 (encadré 3).

L'évolution des garanties proposées aux assurés pour le panier libre est contrastée après la mise en place du 100 % santé. Ainsi, entre 2019 et 2021, les garanties relatives aux prothèses auditives sont en augmentation pour les bénéficiaires de

**Tableau 2** Score moyen des contrats de complémentaire santé et rapport interdécile selon trois hypothèses de consommation

	Moyenne du score		Rapport entre les 9 <sup>e</sup> et 1 <sup>er</sup> déciles	
	Contrats collectifs	Contrats individuels	Contrats collectifs	Contrats individuels
<b>Hypothèse 1</b> Panier mixte	0,78	0,59	2,0	2,2
<b>Hypothèse 2</b> Consommation exclusive dans le panier 100 % santé	0,94	0,86	1,2	1,3
<b>Hypothèse 3</b> Consommation exclusive dans le panier libre	0,74	0,51	2,4	3,1

**Lecture** > Dans le cas d'une consommation exclusive dans le panier du 100 % santé, les bénéficiaires de contrat individuel disposent d'un contrat dont le niveau de score moyen s'élève à 0,86, sur une échelle de 0 à 1. Le score minimal des 10 % les mieux couverts (9<sup>e</sup> décile) est alors 1,3 fois plus élevé que le score des 10 % les moins couverts (1<sup>er</sup> décile).

**Champ** > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

**Sources** > DREES, enquête OC 2021 ; SNDS, données 2021.

### Encadré 3 Évolution 2019-2021 : enjeux méthodologiques

Entre deux années, la variation des scores des contrats de complémentaire (*encadré 1*) peut résulter de l'évolution des garanties de contrats mais aussi d'éventuelles modifications dans les montants et la structure de la consommation de soins. Il est donc préférable de neutraliser ces effets de composition, afin de décrire la variation du niveau de couverture des contrats uniquement attribuable aux garanties, en calculant, pour chaque année, les scores sur le même reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO). L'enjeu est particulièrement important pour rendre compte des évolutions entre 2019 et 2021, liées à la mise en place du panier 100 % santé.

La consommation de soins et les RAC AMO associés considérés sont ainsi ceux de 2021 pour les scores 2019 et 2021. Plus précisément, l'ensemble des consommations optique, dentaire et audiologiques observées en 2021 et mobilisées pour les pondérations des garanties des contrats sont considérées comme étant réalisées dans le panier libre (correspondant à l'hypothèse 3), en 2021 comme en 2019 ; on applique ainsi à l'ensemble de ces consommations, les dépenses et les remboursements constatés sur le panier libre. Ceci permet de comparer les garanties des contrats en 2021 à celles des contrats de 2019, année pour laquelle le panier 100 % santé n'existait pas. Ce calcul repose sur l'hypothèse selon laquelle l'ensemble des consommations réalisées en 2021 en optique, prothèses dentaires et auditives se seraient produites en 2019, y compris en l'absence du dispositif 100 % santé. Dans la mesure où la réforme a permis de diminuer le reste à charge sur ces postes, mais également de réduire le renoncement à ces soins coûteux, cette hypothèse surestime le recours réel à ces postes en 2019. Aussi, le score ainsi calculé sur les contrats 2019 surestime le poids du dentaire et de l'audiologie et, dans une moindre mesure, de l'optique. Ce calcul considère également, de façon conventionnelle, que les règles de remboursements de l'AMO restent stables entre 2019 et 2021 (autrement dit que les RAC AMO observés en 2021 auraient été les mêmes en 2019 si les soins consommés de 2019 avaient été ceux consommés en 2021).

contrat collectif, et relativement stables pour les bénéficiaires de contrat individuel (voir fiche 24). En optique, les garanties évoluent peu (voir fiche 22). Dans le secteur dentaire<sup>5</sup>, le niveau de couverture en orthodontie baisse, notamment pour les contrats individuels (voir fiche 23). Sur les autres postes de soins (spécialistes adhérents à l'option de pratique tarifaire maîtrisée [Optam] et non-adhérents à l'Optam, chambre particulière, pharmacie), les évolutions de la couverture des assurés présentent également des disparités : légère hausse de la prise en charge moyenne des dépassements d'honoraires sur le marché collectif et léger tassement sur le marché individuel ; légère hausse des montants de prise en charge de la chambre particulière sur le marché

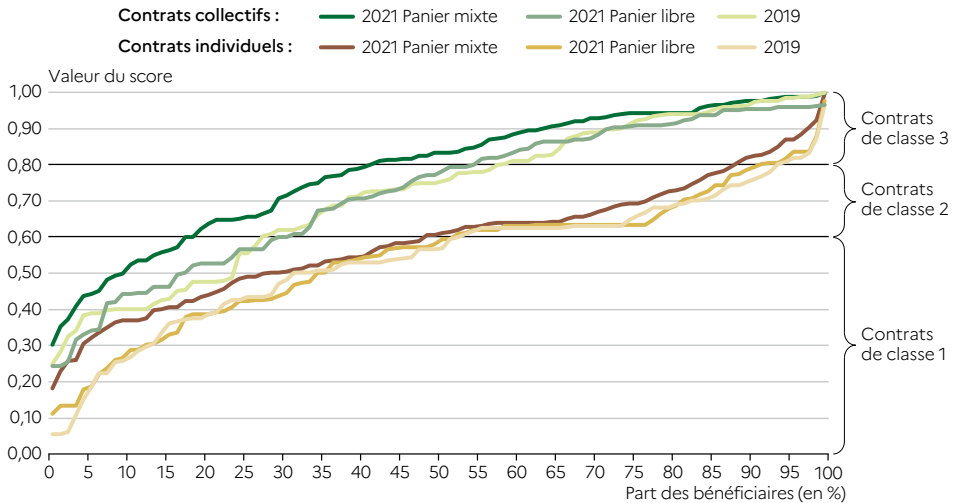
collectif, avec des écarts qui se renforcent entre les contrats les moins et les plus couvrants, stabilité globale sur le marché individuel ; stabilité de la part des contrats qui prennent en charge les médicaments à SMR faible ou modéré.

Que ce soit pour les bénéficiaires de contrat collectif ou individuel, les distributions des scores ainsi obtenus sont quasiment identiques en 2019 et 2021 (*graphique 2*) pour une consommation moyenne, exclusivement réalisée dans le panier libre. Les bénéficiaires des contrats disposent d'un niveau de prise en charge relativement stable entre 2019 et 2021 en dehors du 100 % santé, alors même que l'introduction du 100 % santé aurait pu jouer à la baisse sur la couverture des autres postes de soins<sup>6</sup>. ■

5. Il n'est pas possible de mesurer très précisément l'évolution dans le panier libre des remboursements des prothèses dentaires, du fait d'un changement du type de prothèses suivi dans l'enquête OC : la prothèse céramo-métallique faisant désormais partie du panier 100 % santé, les garanties sont désormais collectées pour une prothèse céramo-céramique. Ce changement a un impact limité sur le calcul du score, car pour deux tiers des contrats, les garanties ne diffèrent pas selon le type de prothèses.

6. Cette relative stabilité du score se retrouve également sur le seul champ des contrats qui ont été interrogés en 2019 et 2021.

## Graphique 2 Distribution des bénéficiaires selon le score de prise en charge de leur contrat : évolution 2019-2021



**Note >** Ces courbes représentent la distribution des bénéficiaires selon le score de couverture de leur contrat. Le score 2019 est calculé à partir de l'enquête OC 2019 et du Système national des données de santé (SNDS) 2021, le score de 2021 à partir de l'enquête OC 2021 et du SNDS 2021. Les contrats de classe 1 ont un score inférieur à 0,6, ceux de classe 2 entre 0,6 et 0,8, et ceux de classe 3 supérieur à 0,8. On suppose que les contrats de 2019 sont soumis à l'hypothèse 3 (panier libre exclusivement pour les soins dentaires, optiques et audiolgiques) sur une consommation de 2021, afin de contrôler les différences dues à une structure de consommation. L'effet mesuré ici est uniquement un effet d'évolution des garanties hors 100 % santé.

La consommation panier mixte correspond à une consommation en optique, en prothèses dentaires et auditives pour partie dans le panier 100 % santé et pour partie dans le panier libre, telle qu'effectivement réalisée en moyenne par les patients.

**Lecture >** En 2019, 53 % des bénéficiaires de contrat individuel disposent d'un contrat dont le score de prise en charge est inférieur à 0,6 (sur une échelle de 0 à 1).

**Champ >** Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

**Sources >** DREES, enquête OC 2019 et 2021 ; CNAM, SNDS 2021.

### Pour en savoir plus

- > Barlet, M. et al. (dir.) (2019). Fiche 11 – Les niveaux de garantie des couvertures individuelles et collectives. Dans *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties* – Édition 2019. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > Loiseau, R. (2020, février). Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1142.
- > Loiseau, R. (2021, juillet). Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011. DREES, *Études et Résultats*, 1198.