

Er études et Résultats

drees



N° 663 • octobre 2008

Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006

L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance porte sur les garanties des contrats modaux, c'est-à-dire des trois contrats individuels et des deux contrats collectifs les plus fréquemment souscrits auprès de chaque organisme. Les données 2006 ont fait l'objet d'une première publication qui présentait les principaux résultats au sujet des remboursements des prestations (consultations, optique, dentaire...) et des montants moyens de cotisations par bénéficiaire.

Cette étude établit une typologie des contrats d'assurance maladie complémentaire. Elle met en évidence une certaine corrélation des niveaux de garantie concernant les prothèses dentaires, les lunettes et, dans une moindre mesure, les dépassements d'honoraires, et confirme les niveaux de garantie plus élevés des contrats collectifs par rapport aux contrats individuels.

Marie-Laure ARNOULD, Guillaume VIDAL

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales de la Famille et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES,
DE LA FAMILLE
ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE,
DES SPORTS
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA
FONCTION PUBLIQUE

CETTE ÉTUDE propose une typologie des contrats d'assurance maladie complémentaire à partir de l'enquête annuelle de la DREES réalisée en 2006¹ auprès des organismes complémentaires (encadré 1). Il s'agit d'une actualisation des travaux effectués à partir de l'enquête de 2003².

Les contrats d'assurance maladie complémentaire peuvent être souscrits à titre individuel, c'est notamment le cas des fonctionnaires ou des personnes qui travaillent dans des entreprises, généralement de petite taille, ne proposant ou n'imposant pas une assurance collective. C'est aussi le cas des inactifs, en particulier les retraités. La souscription peut aussi se faire sous forme de contrat collectif, généralement dans le cadre de l'entreprise qui participe au financement de la prime. En 2006, environ la moitié de la population française est couverte par un contrat individuel (hors CMU) et un tiers par un contrat collectif. En outre, 7 % de la population est couverte par la CMU complémentaire, qui est attribuée sous condition de ressources, et moins de 1 % de la population bénéficie du « chèque santé », qui est une aide à la complémentaire santé pour les personnes modestes, mais ayant des revenus supérieurs au seuil de la CMU. Cette aide permet la souscription de contrats individuels.

Enfin, 7 % de la population ne bénéficie d'aucune couverture complémentaire. Un peu plus de la moitié de ces personnes avancent des raisons financières pour expliquer cette situation (encadré 2).

À partir de l'enquête annuelle réalisée par la DREES sur les garanties des contrats d'assurance maladie complémentaire les plus souscrits, ce travail permet de classer les contrats en groupes homogènes selon les niveaux de remboursement offerts pour plusieurs prestations étudiées simultanément. Les contrats étudiés représentent 65 % des personnes couvertes en santé individuelle et 30 % des personnes couvertes en santé collective en France. Par ailleurs, tous les contrats collectifs et la quasi-totalité des contrats individuels étudiés sont responsables³.

Une méthodologie en deux étapes (analyse des correspondances multiples et classification ascendante hiérarchique) a permis d'établir cette typologie à partir du niveau de garantie offert par les contrats d'assurance maladie complémentaire pour six types de prestations : les consultations de médecins spécialistes de secteur 2, les lunettes à verres complexes, les prothèses dentaires céramo-métalliques, le forfait journalier hospitalier en psychiatrie, la chambre particulière en chirurgie et les prothèses auditives (encadré 3).

1. Arnould M.-L., Rattier M.-O., 2008, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006 », DREES, *Études et Résultats*, n° 635, mai.

2. Arnould M.-L., Rattier M.-O., Raynaud D., 2006, « Les contrats d'assurance maladie complémentaire, une typologie en 2003 », DREES, *Études et Résultats*, n° 490, mai.

3. 1 % de contrats individuels non responsables, en proportion des personnes couvertes par un contrat individuel modal.

ENCADRÉ 1

L'enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé

L'enquête statistique annuelle renouvelée auprès des organismes complémentaires porte sur les caractéristiques et les niveaux de garantie des trois contrats individuels et des deux contrats collectifs les plus souscrits, appelés « contrats modaux ». L'enquête est exhaustive sur les principaux opérateurs du marché, alors que les plus petits sont échantillonnés.

Le taux de réponse global à l'enquête pour l'exercice 2006 s'élève à 85 %. Le taux de réponse étant un peu moins élevé pour les petits opérateurs, le taux de réponse exprimé en termes de cotisations reçues par les organismes s'élève à 95 %. Les 258 questionnaires réceptionnés ont permis d'étudier 957 contrats dont 626 individuels et 331 collectifs.

Tous organismes confondus, les contrats modaux individuels représentent 65 % des personnes couvertes en santé individuelle et les contrats modaux collectifs représentent 30 % des personnes couvertes en santé collective.

Remboursement des prestations : une cohérence des contrats pour le dentaire, l'optique et les consultations

Les prestations qui différencient principalement les garanties offertes par les contrats d'assurance maladie complémentaire sont, selon la première étape de l'analyse, les remboursements relatifs aux prothèses dentaires, à l'optique et aux consultations de médecins (encadré 3). La typologie permettant de réunir des contrats en groupes relativement homogènes en termes de garanties offertes met en évidence une corrélation des niveaux de garantie (encadré 4). En effet, les contrats qui offrent des garanties élevées (inversement faibles) dans l'une des trois dimensions les plus discriminantes (dentaire, optique ou consultations) ont de grandes chances de proposer des niveaux également élevés (inversement faibles) de remboursement pour les autres prestations. Ainsi, la typologie en quatre classes

permet de regrouper les contrats selon un critère qui s'interprète comme le niveau global de garanties offertes (tableaux 1 et 2). Ces groupes de contrats sont ensuite désignés par les lettres A, B, C et D, les contrats de type A étant ceux qui offrent la meilleure couverture et les contrats de type D la moins bonne (graphique 1).

Huit personnes sur dix couvertes par des contrats « standard » ou « bons »

Parmi les personnes couvertes par les contrats les plus fréquemment souscrits, huit sur dix sont couvertes par des contrats appartenant aux catégories intermédiaires (B et C) : 45 % des personnes couvertes bénéficient d'un contrat C, que l'on peut considérer comme « standard », et 37 % bénéficient d'un contrat B, aux garanties plus élevées. Les contrats des catégories B et C concernent un peu plus la santé individuelle (neuf personnes sur dix) que la santé col-

lective (sept personnes sur dix). Il est probable que le fait d'étudier les contrats « modaux » (couvrant le plus grand nombre de personnes au sein de chaque organisme) conduise à surreprésenter les contrats proposant des garanties intermédiaires.

Des contrats « standard »...

Les contrats de classe C concernent 47% des personnes couvertes individuellement et 40% de celles couvertes en collectif. Leurs garanties peuvent s'interpréter comme celles d'un contrat « standard » avec des niveaux de remboursement de référence.

Pour ces contrats, le remboursement des consultations de médecins spécialistes se limite le plus souvent au ticket modérateur. Certains prennent en charge les dépassements d'honoraires, mais seulement de façon modérée : 20% des contrats proposent un taux allant jusqu'à 130% du tarif de convention⁴ (TC) et 15% accordent un remboursement entre 131% et 150%

4. Les tarifs de la Sécurité sociale pour les consultations de médecins résultent de négociations conventionnelles et sont appelés tarifs de convention (TC). D'autres tarifs, comme ceux des appareillages, sont fixés par l'administration sans négociation conventionnelle et sont appelés tarifs de responsabilité (TR).

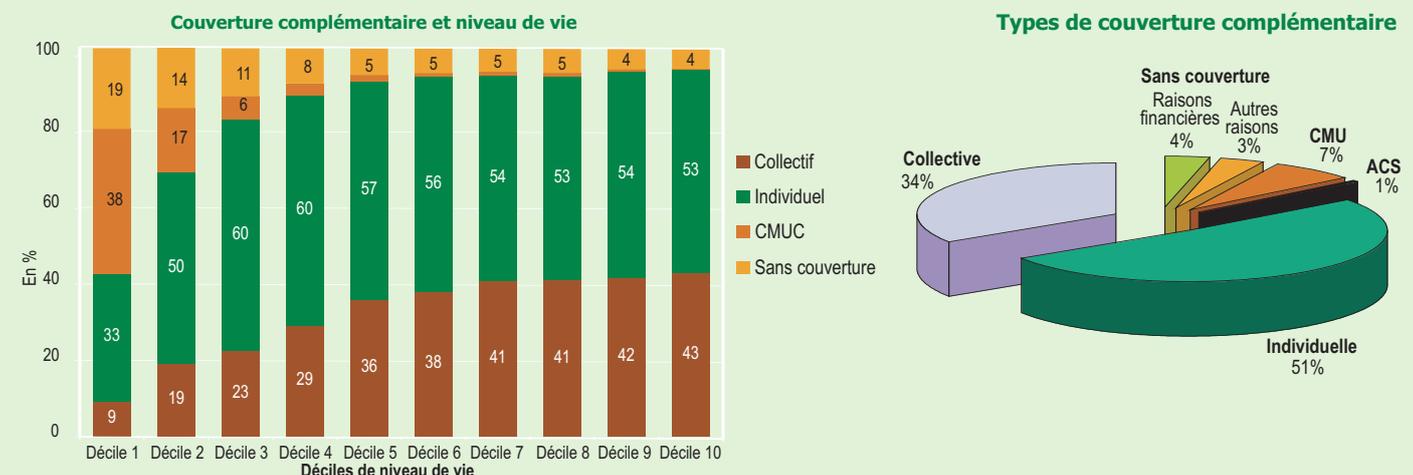
ENCADRÉ 2

Types de couverture complémentaire et niveau de vie

L'enquête Santé et Protection sociale de l'IRDES, menée tous les deux ans, permet d'estimer le niveau de vie des ménages interrogés et le mode de souscription de leur contrat d'assurance complémentaire.

Les notions de contrat individuel et collectif étant mal maîtrisées par les ménages, cette enquête demande si le contrat a été obtenu par l'intermédiaire de l'entreprise. Cette notion est plus large que celle de contrat collectif. Les données ont, par conséquent, été retraitées dans le travail présenté pour retrouver les notions de contrat individuel et collectif qui nous intéressent ici. D'abord, les contrats souscrits par des ouvrant-droits fonctionnaires ont été considérés comme des contrats individuels, quelles que soient les déclarations des répondants. En effet, la quasi-totalité des mutuelles de fonctionnaires proposent des contrats individuels. De plus, les ouvrant-droits ayant obtenu leur contrat à la suite d'une démarche personnelle, ceux ayant conservé le contrat de leur ancienne entreprise après un départ à la retraite, ou encore les non-salariés, ont été considérés comme détenteur d'un contrat individuel. Au total, ces retraitements permettent de retrouver la même structure de marché que celle déclarée par les organismes complémentaires dans l'enquête de la DREES : parmi les personnes couvertes, environ quatre sur dix bénéficient d'un contrat collectif et six sur dix d'un contrat individuel.

Par ailleurs, certains ménages n'indiquent pas leur revenu dans l'enquête. Une équation de revenu a été estimée pour les ménages ayant déclaré leur revenu, ce qui a permis d'imputer des revenus aux non-répondants. Les individus ont ensuite été classés par décile de niveau de vie (revenu par unité de consommation du ménage).



Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquête SPS, IRDES - Traitement DREES.

Une analyse des correspondances multiples suivie d'une classification ascendante hiérarchique

La méthodologie qui permet de dresser la typologie des contrats modaux comporte deux étapes : une analyse des correspondances multiples (ACM) suivie d'une classification ascendante hiérarchique (CAH).

L'ACM synthétise l'information de variables dites « actives » en la projetant sur un nombre d'axes réduit. Ici, six prestations sont retenues comme variables actives : les remboursements des consultations de médecins spécialistes, des lunettes à verres complexes, des prothèses dentaires, de la chambre particulière en chirurgie, des prothèses auditives ainsi que la durée de prise en charge du forfait journalier hospitalier en psychiatrie. La prise en compte dans l'analyse d'autres prestations, comme les médicaments à vignette bleue (remboursés à 35 % par la Sécurité sociale) ou la prise en charge d'actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, n'a pas permis d'améliorer la classification obtenue et celles-ci ne figurent ici qu'en tant que variables illustratives.

Pour cinq de ces variables (toutes, sauf la prise en charge du forfait journalier), les garanties étant exprimées de manière hétérogène selon les organismes, des biens de référence ont été choisis pour permettre la comparaison des contrats (cf. tableau). Les tarifs de ces biens sont de niveaux volontairement élevés de manière à pouvoir discriminer les contrats. Ainsi, pour la prise en charge des dépassements d'honoraires lors de la consultation d'un médecin spécialiste, le cas-type d'une consultation à 60 euros a été choisi. Ce choix d'un tarif élevé a permis de calculer des remboursements théoriques différents pour des contrats prenant en charge, par exemple, 250 % et 200 % du tarif de convention, et donc de différencier les contrats. À l'inverse, le choix d'un tarif de référence plus bas aurait conduit à homogénéiser les niveaux de garantie des contrats les plus généreux, ce qui aurait empêché de mettre en évidence de manière aussi nette une classe de contrats « haut de gamme ». Enfin, une partie des contrats sont exprimés en pourcentage de remboursements des frais réels, il s'agit généralement de contrats « haut de gamme ». Le choix d'un tarif de référence élevé permet donc de positionner ces contrats au même niveau que d'autres contrats « haut de gamme » et dont les garanties sont exprimées de manière différente.

Caractéristiques des biens de référence

Bien	Caractéristiques	Prix du bien de référence	Base de remboursement de la Sécurité sociale	Taux de remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement de la Sécurité sociale	Reste à charge pour l'assuré avant participation de l'organisme complémentaire
Consultation	Consultation chez un spécialiste	60 €	23 €	70 %	16,10 €	43,90 €
Prothèse dentaire	Couronne céramo-métallique	750 €	107,50 €	70 %	75,25 €	674,75 €
Monture	Monture adulte	100 €	2,84 €	65 %	1,85 €	98,15 €
Verres	Verre multi-focal ou progressif, dioptrie de -8 à +8 (code 2227 038)	200 € par verre	10,37 € par verre	65 %	6,74 € par verre	193,26 € par verre, soit 386,52 € pour deux verres
Chambre particulière	Chambre particulière en chirurgie	80 €				80,00 €
Prothèse auditive	Prothèse auditive	1 500 € par appareil	199,71 € par appareil	65 %	129,81 € par appareil	1 370,19 €

Le premier axe, le plus informatif¹, s'interprète selon le niveau de garantie global du contrat, opposant les contrats offrant des garanties généreuses à ceux se limitant au remboursement du ticket modérateur. Le deuxième axe oppose les contrats offrant des garanties intermédiaires en dentaire et en optique à ceux proposant des garanties extrêmes dans ces deux dimensions, qu'elles soient fortes ou faibles. Les axes 3 à 5 permettent de différencier les contrats intermédiaires selon les trois garanties principales : dentaire, optique et consultations. L'axe 5 oppose les contrats selon la prise en charge du forfait journalier en psychiatrie. Enfin, les axes 6 à 8 portent respectivement sur les consultations, l'optique et la chambre particulière.

La classification ascendante hiérarchique (CAH) consiste à répartir ensuite les contrats en classes selon les garanties offertes, à partir des huit premiers axes issus de l'ACM. Les 957 contrats sont progressivement rassemblés de manière à obtenir la plus grande homogénéité possible au sein des classes à chaque étape de regroupement. Le choix final du nombre de classes se fait de manière à conserver le maximum d'informations, tout en ayant des classes suffisamment interprétables. Une dernière étape de consolidation de la partition permet de maximiser l'homogénéité de chaque classe en y réaffectant les contrats se situant au voisinage des frontières.

1. Le premier axe résume 18,9 % de l'information, les cinq premiers 68,9 %.

5. La description des niveaux de garantie offerts par une classe de contrats ne tient pas compte du nombre de personnes couvertes par le contrat. Par exemple, le fait que 15 % des contrats remboursent entre 131 % et 150 % du TC dans la classe C ne signifie pas que 15 % des personnes couvertes par les contrats de la classe C bénéficient de ce niveau de garantie.

Pour construire la typologie, chaque contrat étudié avait le même poids pour éviter que la typologie ne se limite à reproduire mécaniquement les contrats des principaux opérateurs du marché.

6. Les garanties concernant les consultations de médecin et les prothèses auditives sont toutes exprimées en incluant le remboursement de la Sécurité sociale.

du TC⁵. Concernant l'optique et le dentaire, la Sécurité sociale participe faiblement aux dépenses : 75 euros pour une prothèse dentaire céramo-métallique sur dent visible et 15 euros pour des lunettes à verres complexes. Pour les cas types choisis, une prothèse dentaire à 750 euros et des lunettes à 500 euros, le reste à charge théorique pour l'assuré est donc très élevé avant

l'intervention de sa complémentaire santé. Dans le cadre des contrats de la classe C, l'organisme assureur ajoute 140 euros au remboursement de la Sécurité sociale pour une prothèse dentaire et 160 euros pour une paire de lunettes à verres complexes (remboursements médians).

Concernant l'hospitalisation, les contrats « standard » limitent généra-

lement dans le temps la prise en charge du forfait journalier en psychiatrie, la durée médiane étant de 60 jours. Plus de la moitié des contrats offrent une participation supérieure ou égale à 40 euros par jour pour la chambre particulière en chirurgie. Enfin, le remboursement médian des prothèses auditives est de 163 % du tarif de responsabilité (TR)⁶.

■ TABLEAU 1

Répartition des contrats de la typologie en quatre groupes

	Contrats modaux		Personnes couvertes (1)	
	Nombre	Parts	Indiv.	Collectif
Classe A	123	12,9 %	2,8 %	26,2 %
Classe B	262	27,4 %	39,8 %	28,4 %
Classe C	431	45,0 %	46,7 %	39,5 %
Classe D	141	14,7 %	10,7 %	5,9 %
Ensemble	957	100 %	100 %	100 %

Lecture • La classe C, avec 431 contrats modaux, représente 39,5 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal.

(1) Ces taux sont calculés avec pondérations, c'est-à-dire redressement du taux de sondage et du taux de non-réponse.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2006.

■ TABLEAU 2

Principales caractéristiques des contrats de la typologie en quatre groupes

	Consultations (1)			Optique (2)			Dentaire (2)		
	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile
Classe A	200 % TC	frais réels	frais réels	357 €	432 €	485 €	269 €	371 €	430 €
Classe B	100 % TC	150 % TC	220 % TC	238 €	272 €	311 €	226 €	269 €	323 €
Classe C	100 % TC	100 % TC	130 % TC	130 €	160 €	200 €	108 €	140 €	194 €
Classe D	100 % TC	100 % TC	100 % TC	8 €	39 €	71 €	32 €	32 €	43 €

	Forfait journalier des séjours en psychiatrie			Chambre particulière en chirurgie (2)			Prothèse auditive (1)		
	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile
Classe A	≥ 1 an	≥ 1 an	≥ 1 an	54 € / jour	78 € / jour	80 € / jour	250 % TR	370 % TR	470 % TR
Classe B	60 jours	≥ 1 an	≥ 1 an	38 € / jour	46 € / jour	76 € / jour	185 % TR	261 % TR	320 % TR
Classe C	30 jours	60 jours	180 jours	31 € / jour	40 € / jour	52 € / jour	130 % TR	163 % TR	218 % TR
Classe D	30 jours	60 jours	≥ 1 an	0 € / jour	20 € / jour	35 € / jour	100 % TR	100 % TR	100 % TR

Lecture • Un quart des contrats de la classe C (soit 108 contrats sur 431) prennent en charge plus de 130 % du TC pour les consultations (3^e quartile).

(1) Remboursement en % du tarif de convention ou de responsabilité, y compris remboursement de la Sécurité sociale.

(2) Remboursement en euros par l'organisme complémentaire, hors remboursement de la Sécurité sociale.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2006.

...et de meilleurs contrats en optique et dentaire

La classe B regroupe 40 % des personnes couvertes en individuel et 28 % de celles couvertes en collectif. Par rapport aux contrats « standard » C, les contrats B se définissent comme apportant une meilleure couverture en optique et en dentaire. Le remboursement médian de la classe B pour une

prothèse dentaire s'élève à 269 euros, soit presque deux fois plus que celui des contrats « standard ». Pour une paire de lunettes à verres complexes, les organismes participent à hauteur de 272 euros (remboursement médian)⁷, montant supérieur de 70 % à celui de la classe C. Concernant les consultations de médecins spécialistes, les contrats de la classe B prennent

plus souvent en charge des dépassements d'honoraires. Cette prise en charge est de 100 %, soit le remboursement du ticket modérateur, pour le quart des contrats de cette classe offrant les garanties les plus modestes (1^{er} quartile), mais elle atteint ou dépasse 220 % du TC pour le quart des contrats les plus généreux (3^e quartile). Cependant, même si seu-

7. Les garanties dentaires et optiques sont toutes exprimées hors remboursement de la Sécurité sociale.

lement un quart des contrats de cette classe se limitent au remboursement du ticket modérateur, ils couvrent un grand nombre de personnes. Ainsi, 60 % des bénéficiaires de contrats de la classe B voient leur remboursement limité à 100 % du TC (à titre de comparaison, 73 % des bénéficiaires de contrats de la classe C sont dans ce cas).

Les garanties hospitalières et les prothèses auditives font également l'objet d'un meilleur remboursement. Le forfait journalier hospitalier en psychiatrie est pris en charge sans limite de temps par un contrat sur deux. Pour la chambre particulière en chirurgie, sept contrats sur dix proposent une participation supérieure ou égale à 40 euros par jour. Enfin, la moitié des contrats offrent un remboursement supérieur ou égal à 261 % du TR pour les prothèses auditives.

Une dernière caractéristique de cette classe est le nombre relativement élevé de contrats de mutuelles de fonctionnaires. Ceux-ci proposent généralement une prise en charge correcte de l'optique et du dentaire, mais limitent le remboursement des consultations à 100 % du TC ou prennent en charge de faibles dépassements d'honoraires. Or les dépassements d'honoraires peuvent accroître de manière importante le coût des soins pour les assurés. Si 61 % des praticiens libéraux spécialistes exercent en secteur 1, ils ne sont, par exemple, que 28 % à Paris⁸. Une étude de la DREES sur les revenus des médecins⁹ montre que les dépassements d'honoraires ont augmenté de 11,4 % entre 2005 et 2006 pour les médecins spécialistes.

Les contrats « d'entrée de gamme » sont plus souvent souscrits en garantie individuelle, ceux « haut de gamme » en garantie collective

À côté de ces deux classes de contrats intermédiaires, la typologie fait apparaître deux groupes minoritaires en termes de personnes couvertes, et radicalement opposés en termes de garanties offertes :

- la classe D, qualifiée « d'entrée de gamme », concerne davantage des contrats individuels (11 % des per-

sonnes couvertes par un contrat individuel) que les contrats collectifs (6 %). Ses remboursements se limitent le plus souvent au ticket modérateur ;

- la classe A, qualifiée de « haut de gamme », regroupe des contrats offrant des garanties élevées. Elle concerne essentiellement des contrats collectifs puisqu'un quart des contrats collectifs et seulement 3 % des contrats individuels sont considérés comme « haut de gamme ».

Par ailleurs, les contrats collectifs dans leur ensemble, souscrits généralement via l'entreprise, concernent plus fréquemment les ménages de revenus supérieurs (encadré 2).

Les contrats « d'entrée de gamme » : des contrats « ticket modérateur »

Les garanties offertes par les contrats de la classe D vont rarement au-delà du tarif de la Sécurité sociale. Cela est flagrant pour les consultations de médecins spécialistes, puisque 95 % des contrats de la classe D protègent leurs assurés à hauteur de 100 % du TC (parfois moins pour certains contrats non responsables).

De la même manière, les trois quarts des contrats restreignent le remboursement de la prothèse dentaire au montant du ticket modérateur, soit 32,25 euros et ceux qui vont au-delà du ticket modérateur ne dépassent généralement pas 75 euros (ce qui correspond à 140 % du TR, y compris Sécurité sociale). Les tarifs

de responsabilité de la Sécurité sociale sont modestes en optique (encadré 3), et ils s'élèvent à 23,58 euros pour la paire de lunettes à verres complexes de référence, avec un ticket modérateur de 8,25 euros. Cependant, 40 % des contrats de la classe D proposent un remboursement inférieur ou égal au ticket modérateur (8,25 euros) et les autres limitent souvent leur remboursement à 100 euros ou moins, ce qui peut laisser à l'assuré un reste à charge assez lourd. Ainsi, les contrats « d'entrée de gamme » remboursent généralement moins bien que le contrat « Couverture maladie universelle complémentaire » (CMUC) qui prend en charge 92 euros pour une paire de lunettes complexes et 300 euros pour une prothèse dentaire (encadré 5).

Le forfait journalier en psychiatrie est pris en charge de manière assez hétérogène selon les contrats : 42 % d'entre eux limitent leur prise en charge à 30 jours ou moins ; en revanche, 30 % assurent cette prestation pour un an et plus. Ainsi, les contrats de la classe D ne sont pas systématiquement ceux qui remboursent le moins bien le forfait journalier hospitalier. En revanche, les garanties offertes pour la prise en charge des frais de séjours en chambre particulière en chirurgie sont bien en adéquation avec le caractère « d'entrée de gamme » de ces contrats. Pour la moitié des contrats, cette prestation n'est pas proposée et pour un tiers, la partici-

■ TABLEAU 3

Cotisations mensuelles moyennes par bénéficiaire

En euros

	Cotisation mensuelle moyenne par bénéficiaire des contrats individuels	Cotisation mensuelle moyenne par bénéficiaire des contrats collectifs
Classe A	52,8	35,7
Classe B	40,3	34,6
Classe C	38,2	35,7
Classe D	29,0	27,8
Ensemble	38,6	35,1

Calculs effectués sur la base de 770 contrats. Cf. l'étude : Arnould M.L., Rattier M.O., 2008, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006, DREES, Études et Résultats, n° 635, mai.

Lecture • Les contrats individuels de la classe A coûtent en moyenne 52,8 euros par bénéficiaire et par mois.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2006.

8. « Les dépassements d'honoraires médicaux », Rapport de l'IGAS, avril 2007.

9. Fréchou H., Guillaumat-Tailliet F., 2008, « Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006 », DREES, Études et Résultats, n° 643, juin.

pation ne va pas au-delà de 35 euros par jour. Les prothèses auditives font également l'objet de remboursements modestes, neuf contrats sur dix proposant un remboursement inférieur ou égal au ticket modérateur. Enfin, les médicaments à vignette bleue sont exclus des prestations pour 6% des contrats et 8% s'en tiennent à un remboursement inférieur au ticket modérateur.

Les garanties nettement supérieures des contrats « haut de gamme »

Les contrats « haut de gamme » de la classe A se caractérisent par une prise en charge des dépassements d'honoraires de médecins pour quasiment tous les contrats. De plus, les taux de remboursement sont particulièrement élevés. Trois quarts des contrats proposent un taux supérieur ou égal à 200% du TC. Pour l'optique et le dentaire, le remboursement médian est près de trois fois plus élevé que celui des contrats de

la classe C : 432 euros pour les lunettes et de 371 euros pour la prothèse dentaire. Par ailleurs, les trois quarts de ces contrats prennent en charge un ou plusieurs actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale.

L'hospitalisation est également très bien couverte, le forfait journalier en psychiatrie étant remboursé pour une durée d'au moins un an dans trois contrats sur quatre.

La chambre particulière en chirurgie, dont le montant de référence est choisi à 80 euros par jour, est remboursée entièrement par près de la moitié des contrats, les autres remboursant généralement au moins 50 euros par jour.

La participation pour les prothèses auditives est substantielle également. Deux tiers des contrats proposent un taux de remboursement supérieur ou égal à 300% du TR. De même, la moitié des contrats vont au-delà de 300% du TR pour la prothèse capillaire.

La croissance de la cotisation mensuelle moyenne en fonction du niveau de contrat

La cotisation mensuelle d'un contrat dépend de plusieurs facteurs, les deux plus importants étant l'âge du souscripteur et le niveau de garantie du contrat. L'enquête de la DREES ne disposant pas de données individuelles sur les assurés (prime individuelle payée, âge du souscripteur...), il n'est pas possible d'étudier l'effet propre de l'âge. Une étude sur les contrats bénéficiant de l'aide à la complémentaire santé a montré qu'au-delà de 60 ans, la prime était le double de celle payée par les souscripteurs de moins de 30 ans¹⁰. En revanche, l'étude de la DREES permet d'examiner le lien entre la cotisation mensuelle par bénéficiaire et le niveau de garantie des contrats.

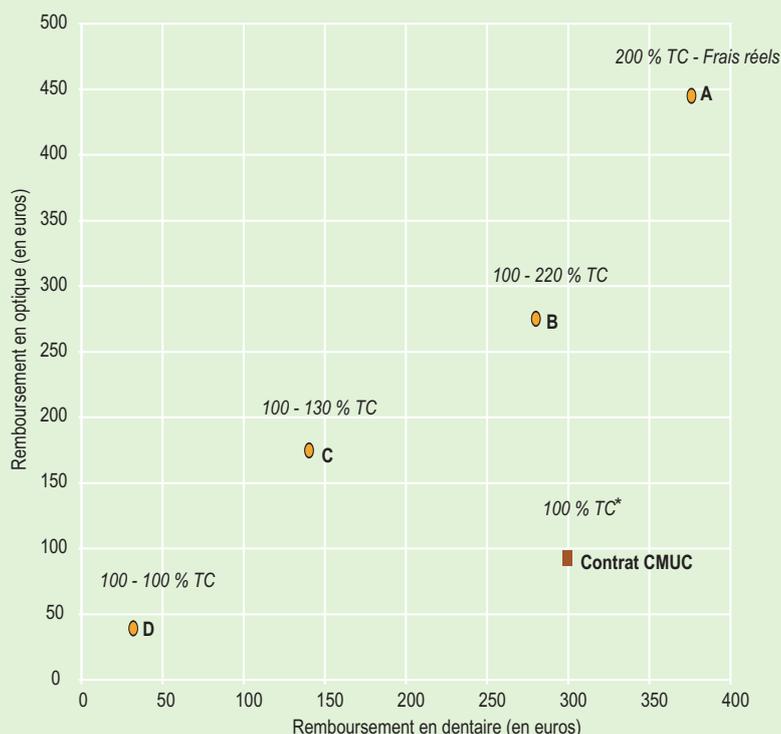
Pour les contrats individuels, le niveau moyen des cotisations mensuelles croît en fonction du niveau de contrat, ce qui est nettement moins marqué pour les contrats collectifs (tableau 3). Les cotisations des contrats collectifs peuvent être payées par un ou plusieurs acteurs : l'assuré, l'entreprise, le comité d'entreprise... Selon une enquête de l'IRDES sur la protection sociale d'entreprise, les employeurs participaient en 2003 à un peu plus de la moitié du paiement de la prime dans le cadre des contrats collectifs d'entreprise¹¹. Cette participation de l'employeur est exonérée de cotisations sociales. La partie de la prime payée par le salarié est, quant à elle, déduite de son revenu imposable, contrairement aux primes des contrats individuels. Enfin, les contrats collectifs d'entreprise peuvent parfois être commercialisés avec d'autres produits financiers (prévoyance, épargne-retraite...) et bénéficiers ainsi de tarifs préférentiels. Au total, la souscription d'un contrat individuel coûte nettement plus cher à un assuré que la souscription d'un contrat collectif par l'intermédiaire de l'entreprise.

En santé individuelle comme en collectif, les contrats de la classe D bénéficient de cotisations mensuelles inférieures aux contrats des autres classes. Même si les rembourse-

10. Rapport du Fonds CMU au gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert un droit à l'aide complémentaire santé en 2007 - Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie - juin 2008.

11. Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise en France. Couffignal A., Grandfils N., Grignon M., Rochereau T., Rapport IRDES, n° 1540, 2004-2009. Cette enquête sera reconduite en 2009.

GRAPHIQUE 1
Classes A à D en fonction des remboursements médians en optique et dentaire



* Dépassements d'honoraires interdits

Note • En italique dans le graphique : les 1^{er} et 3^e quartiles du remboursement de la consultation chez un spécialiste.

ments sont assez limités, pouvant entraîner des restes à charge élevés pour les assurés, de tels contrats répondent à une partie de la demande du marché des complémentaires santé : les personnes aux revenus modestes ne pouvant pas souscrire à des contrats offrant de meilleures garanties et celles qui privilégient la prime plutôt que le niveau de couverture.

En santé collective, les cotisations des contrats intermédiaires et « haut de gamme » sont à peu près équivalentes (autour de 35 euros). Si le niveau de garantie intervient en partie pour la détermination du prix des cotisations, beaucoup d'autres facteurs interviennent : taille de l'entreprise, âge et catégorie professionnelle des salariés, négociation d'un ou plusieurs contrats (santé, prévoyance, retraite...)

En santé individuelle, les contrats intermédiaires coûtent en moyenne 38 euros pour la classe C et 40 euros pour la classe B. En revanche, pour acquérir un contrat « haut de gamme », un assuré devra payer environ 15 euros de plus par mois que pour un contrat « standard » de la classe C. Les contrats individuels « haut de gamme » coûtent ainsi aux assurés près de deux fois plus chers que les contrats « d'entrée de gamme ».

■ ENCADRÉ 4

Niveaux de remboursement des contrats : une logique proportionnelle

Une typologie des contrats a été établie par l'IRDES dans le cadre de l'étude sur les contrats bénéficiant de l'aide à la complémentaire santé (ACS)¹, à partir de variables assez similaires : honoraires ambulatoires, honoraires hospitaliers, pharmacie, optique complexe et prothèse dentaire fixe. Cette typologie fait également apparaître une cohérence assez nette entre les niveaux de prise en charge des différentes prestations. Si une majorité de contrats répond à cette dernière, il est certain que ce n'est pas le cas pour tous. Ainsi, certains favorisent davantage l'optique, le dentaire ou les dépassements d'honoraires.

1. Rapport du Fonds CMU au gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2007 – Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, juin 2008.

■ ENCADRÉ 5

La couverture maladie universelle complémentaire offre une meilleure garantie pour les prothèses dentaires que pour les lunettes

Les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ne sont pas confrontés aux mêmes choix que les autres assurés lorsqu'ils ont besoin de lunettes ou de prothèses dentaires, car les tarifs sont opposables et ils ne doivent en principe rien payer. Toutefois, ils ont la possibilité de choisir, par exemple, une paire de lunettes d'un modèle supérieur à celui proposé, en payant alors la différence, ce qui les rapproche de la situation des autres assurés. Il semble ainsi intéressant de situer le niveau de garantie offert par la CMU complémentaire par rapport aux autres contrats du marché (graphique 1).

Pour les biens de référence choisis, les remboursements d'un contrat de CMUC sont de 92 euros pour une paire de lunettes à verres complexes et de 300 euros pour une prothèse dentaire, en plus du remboursement de la Sécurité sociale.

La CMU complémentaire offre un couple de garanties « dentaire et optique » qui semble différent de la logique mise au jour dans cette étude. En effet, la couverture dentaire apparaît supérieure à la couverture optique dans le cadre de la CMU. Il ne serait donc pas aisé de classer ce contrat dans la typologie, la garantie dentaire étant proche de celle qu'offre la classe B qui regroupe les bons contrats, alors que la garantie optique classerait plutôt le contrat CMU dans la classe C, voire D (des contrats qui assurent faiblement l'optique).