



Études et Résultats

N° 850 • septembre 2013

Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs

90 % des Français sont couverts par une complémentaire santé privée. L'encadrement des critères de tarification de ces contrats conduit à des pratiques tarifaires différentes selon les types d'organismes et de contrats.

Ainsi, par rapport aux contrats individuels offerts par les mutuelles, les contrats individuels des sociétés d'assurance ont plus souvent un tarif accélérant avec l'âge. Sur ce type de contrats, les mutuelles opèrent donc davantage de transferts entre classes d'âges que les sociétés d'assurance. La prise en compte des enfants dans le tarif des contrats collectifs est plus favorable aux familles que celle dans les contrats individuels.

Les tarifs des contrats peuvent également varier en fonction du lieu de résidence, en particulier les contrats individuels des sociétés d'assurance, afin de prendre en compte les disparités géographiques de prix et de consommations de soins. Certains contrats opèrent d'autres transferts *via* les cotisations qui varient selon le revenu, le sexe et l'ancienneté dans le contrat.

Vincent LE PALUD

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère de l'Économie et des Finances
Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

L'immense majorité des Français (96 %) sont couverts par une assurance maladie complémentaire d'après l'enquête sur la santé et la protection sociale 2010 de l'IRDES ; 6 % de la population l'est au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et 90 % par une complémentaire privée (hors CMU-C). Les tarifs de ces complémentaires santé peuvent varier selon certains critères comme l'âge, la situation familiale, le lieu de résidence, les revenus ou l'ancienneté dans le contrat de l'assuré. Ces tarifications peuvent alors, dans certains cas, opérer des transferts *via* les cotisations entre différentes populations. Depuis 2011, l'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits permet d'approcher les pratiques tarifaires des organismes complémentaires (encadré 1).

Après 60 ans, les tarifs des sociétés d'assurance augmentent plus vite que ceux des mutuelles

La tarification selon l'âge concerne uniquement les contrats individuels,

les contrats collectifs n'étant pas autorisés à utiliser l'âge comme critère individuel de tarification (encadré 2). 93% des bénéficiaires d'un contrat individuel ont un contrat dont le tarif dépend de l'âge (la quasi-totalité pour les sociétés d'assurance, plus de 90% des mutuelles).

Pour les contrats les plus souscrits, l'enquête de la DREES renseigne le montant des cotisations pour un adhérent de référence à différents âges : 20, 40, 60 et 75 ans. Les informations obtenues conduisent à distinguer différents types de tarification selon l'âge : une tarification convexe, pour laquelle les tarifs augmentent de plus en plus avec l'âge ; une tarification linéaire, pour laquelle l'augmentation de la prime en fonction de l'âge est constante ; enfin une tarification favorable aux seniors, pour laquelle les tarifs progressent moins vite après 60 ans. Les autres tarifications ne correspondent à aucun des trois cas précédents et représentent une part marginale des contrats étudiés.

En 2011, les mutuelles couvrent 68 % des bénéficiaires de contrats individuels, contre 27 % pour les sociétés d'assurance. Trois quarts des

bénéficiaires d'un contrat individuel d'une mutuelle ont une tarification ralentissant après 60 ans ou linéaire. À l'inverse, 85 % des bénéficiaires d'un contrat individuel d'une société d'assurance ont une tarification convexe (graphique 1).

Par ailleurs, les contrats adoptant une tarification ralentissant après 60 ans ou linéaire ont une part plus importante de personnes âgées parmi leurs assurés que les contrats adoptant une tarification convexe. En moyenne, pour les contrats avec une tarification ralentissant après 60 ans, seuls 2 % des assurés ont moins de 25 ans alors que 41 % ont plus de 60 ans. À l'inverse, pour les contrats avec une tarification convexe, 9 % des assurés ont moins de 25 ans et 31 % ont plus de 60 ans.

Une tarification augmentant moins vite avec l'âge crée une solidarité entre classes d'âges

À 20 ans, les tarifs des contrats linéaires et convexes sont équivalents (graphique 2). En comparaison, les tarifs ralentissant après 60 ans sont 50 % plus élevés à l'âge de 20 ans, les plus jeunes payant plus cher pour limiter les tarifs des plus âgés. À 75 ans, par rapport aux contrats dont la tarification est linéaire, les tarifs des contrats convexes sont plus élevés et ceux des contrats ralentissant après 60 ans moins élevés.

Ainsi, à 75 ans, la prime d'un contrat à tarification convexe est plus élevée d'un tiers que celle des contrats plus favorables aux seniors.

Par rapport à une tarification convexe, les transferts entre classes d'âges mis en œuvre par les tarifs linéaires et *a fortiori* par les tarifs ralentissant après 60 ans permettent donc une baisse sensible de la prime aux âges élevés. 60 % des plus de 60 ans sont d'ailleurs couverts par un contrat individuel d'une mutuelle, alors que seulement 18 % sont couverts par un contrat individuel d'une société d'assurance. Pour les contrats individuels, les sociétés d'assurances appliquent plus fréquemment des limites d'âge à la souscription (56 % des bénéficiaires) que les mutuelles (12 % des bénéficiaires), ce qui peut expliquer aussi que les plus de 60 ans sont plu-

ENCADRÉ 1

L'enquête de la DREES auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé

En 2011, 649 organismes se partagent le marché de la complémentaire santé ; les mutuelles sont les plus nombreuses (525 organismes), mais sont souvent de petite taille et ne représentent donc que 56 % du marché en termes de chiffre d'affaires (contre 27 % pour les sociétés d'assurance et 17 % pour les institutions de prévoyance).

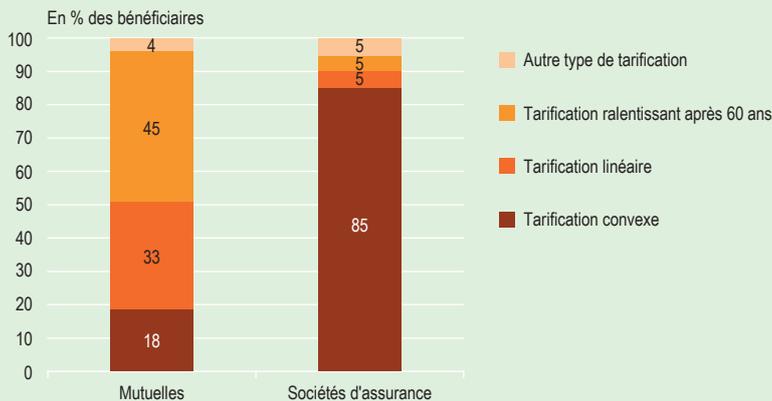
La DREES mène chaque année une enquête auprès des trois types d'organismes afin de mieux connaître leur offre en matière de couverture complémentaire santé. Cette enquête porte sur les caractéristiques et les niveaux de garantie des trois contrats individuels et trois contrats collectifs les plus souscrits auprès de chaque organisme, appelés « contrats modaux ». D'après cette enquête, en 2011, 42 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé privée sont couverts par un contrat collectif (à adhésion obligatoire ou facultative) et 58 % par un contrat individuel. Les deux tiers des personnes assurées à titre individuel le sont par une mutuelle, 28 % par une société d'assurance et 4 % par une institution de prévoyance. Les institutions de prévoyance sont spécialisées dans les contrats collectifs d'assurance complémentaire santé et couvrent 48 % des bénéficiaires sur ce marché.

Depuis 2011, l'enquête contient des nouvelles questions sur les tarifs de cas types, afin de mieux cerner le mode de tarification de chaque organisme. Ces questions permettent de connaître les variations du montant de la cotisation selon l'âge de l'adhérent, son lieu de résidence, son niveau de revenu, sa situation familiale, son sexe et son ancienneté dans le contrat. Comme le nombre de cas types est limité, les données obtenues ne permettent pas d'évaluer complètement les modalités de tarification mais permettent toutefois d'en approcher les logiques.

Par ailleurs, le tirage de l'échantillon interrogé est réalisé selon un sondage stratifié par type et taille des organismes. Les données exploitées sont redressées en fonction du taux de sondage et du taux de réponse par strate de sondage. La pondération corrige, en outre, des écarts de représentativité entre les contrats modaux individuels et collectifs, cela afin de ne pas sous-représenter les contrats collectifs. En effet, la représentativité des contrats modaux individuels est plus grande que celle des contrats collectifs modaux : les contrats modaux individuels représentent 60 % de l'ensemble des bénéficiaires de contrats individuels alors que les contrats modaux collectifs ne représentent que 23 % de l'ensemble des bénéficiaires de contrats collectifs. Les résultats sur le champ des contrats collectifs et, par conséquent, ceux groupant contrats individuels et collectifs sont donc à considérer avec précaution.

GRAPHIQUE 1

Tarification à l'âge selon les organismes



Lecture • 45 % des bénéficiaires d'un contrat individuel d'une mutuelle ont une tarification ralentissant après 60 ans. L'assuré est la personne qui a souscrit un contrat et les bénéficiaires sont l'ensemble des personnes couvertes par un contrat (assuré et ayant droit).

Note • Les contrats individuels gérés par les institutions de prévoyance sont trop peu nombreux, ils sont donc exclus de l'analyse.

Champ • Contrats individuels dont le tarif dépend de l'âge, hors institutions de prévoyance.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2011.

GRAPHIQUE 2

Les trois types de tarification à l'âge



Base 100 : tarif moyen des contrats linéaires pour un assuré de 20 ans.

Note • Une régression a permis d'éliminer les variations liées au niveau de garantie du contrat, au type d'organisme, à la démographie des bénéficiaires ou au fait que le tarif dépende ou non de la situation familiale, des revenus, du lieu de résidence, du sexe ou de l'ancienneté dans le contrat, pour isoler l'effet de la tarification à l'âge.

Champ • Contrats individuels dont le tarif dépend de l'âge.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2011.

tôt assurés par des mutuelles. Quand une limite d'âge est appliquée, elle est fixée en moyenne à 62 ans pour les contrats individuels des mutuelles et à 69 ans pour ceux des sociétés d'assurance.

Les contrats collectifs plus favorables aux familles que les contrats individuels

En 2011, 42 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire sont couverts par un contrat collectif, 58 % le sont au titre d'un contrat individuel.

Trois quarts des bénéficiaires de contrats collectifs bénéficient d'un forfait famille (gratuité à partir du 1^{er} enfant) contre seulement 7 % des bénéficiaires d'un contrat individuel. Quant à la gratuité à partir du 2^e, 3^e ou 4^e enfant, 23 % en bénéficient pour les contrats collectifs (graphique 3) contre 83 % pour les contrats individuels.

Les contrats individuels comme les contrats collectifs opèrent des transferts *via* les tarifs entre ménages de composition différente. Le caractère obligatoire de la grande majorité des contrats collectifs leur permet de mutualiser davantage entre les différents types de familles.

Les tarifs selon le lieu de résidence tiennent compte des disparités géographiques

La tarification selon le lieu de résidence concerne surtout les contrats individuels (encadré 2). Les cotisations dépendent du lieu de résidence pour 18 % des bénéficiaires d'un contrat individuel d'une mutuelle et 80 % des bénéficiaires d'un contrat individuel d'une société d'assurance. Que ce soit pour une mutuelle ou une société d'assurance, un assuré dont les cotisations dépendent du lieu de résidence paiera en moyenne 25 % plus cher s'il habite dans une zone géographique où les cotisations sont les plus élevées par rapport à une zone où les cotisations sont les moins élevées. Cette tarification selon le lieu de résidence s'explique notamment par des disparités géographiques de consommations de soins et de dépassements d'honoraires, qui augmentent, le cas échéant, les coûts pour les organismes complémentaires.

Les tarifs selon le revenu, le sexe et l'ancienneté opèrent aussi des transferts entre bénéficiaires

Les cotisations dépendent des revenus pour 20 % des bénéficiaires de contrats individuels (en grande majorité des mutuelles de fonctionnaires). L'enquête de la DREES ne permet pas de bien évaluer la part de bénéficiaires de contrats collectifs dont la cotisation dépend du revenu. En effet, celle-ci peut être payée à la fois par l'employeur et le salarié. Même lorsque l'ensemble de la cotisation ne dépend pas du revenu, la répartition du financement entre l'employeur et le salarié peut dépendre du revenu. Or, l'employeur n'est pas interrogé dans l'enquête de la DREES.

La tarification selon le sexe n'était autorisée que pour les contrats individuels des sociétés d'assurance, mais est interdite pour tous les contrats depuis le 21 décembre 2012 (encadré 2). En 2011, elle concernait un tiers des bénéficiaires des contrats individuels des sociétés d'assurance. Dans ce cas, une femme payait en moyenne 27 % plus cher qu'un homme.

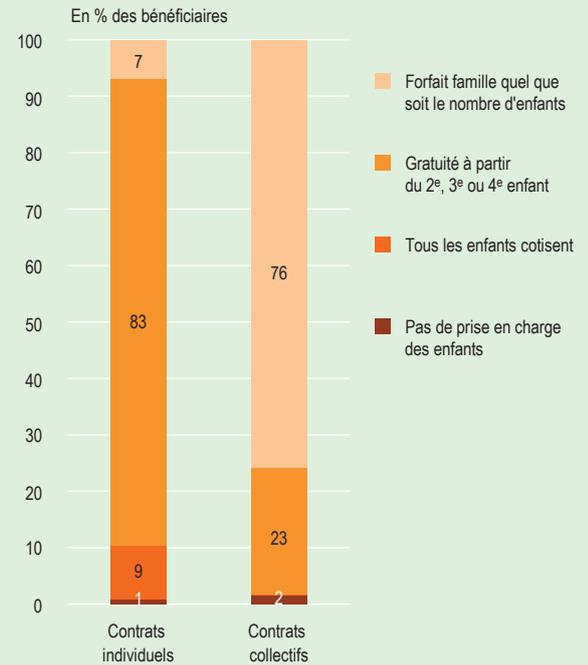
Les cotisations ne peuvent dépendre de l'ancienneté dans le contrat que dans le cadre d'un contrat individuel. En pratique, la tarification selon l'ancienneté ne concerne quasiment que les contrats individuels des mutuelles, pour 18 % de leurs bénéficiaires. Dans ce cas, un adhérent avec dix ans d'ancienneté paiera en moyenne 6 % de moins qu'un nouvel adhérent à autres caractéristiques équivalentes.

Plus de transferts avec les contrats collectifs, mais sur une population plus restreinte

Compte tenu des contraintes qui leur sont imposées (pas de tarification en fonction de l'âge, du sexe ou du lieu de résidence) et de leur caractère obligatoire, les contrats collectifs opèrent davantage de transferts *via* les cotisations que les contrats individuels. Toutefois, cette mutualisation ne concerne qu'une partie de la population. En effet, seuls les individus d'âge actif salariés et leurs familles peuvent bénéficier d'un contrat collectif. De plus, ces contrats peuvent se limiter à certaines catégories de salariés.

GRAPHIQUE 3

Tarification selon la situation familiale et le type de contrat



Lecture • Pour 9 % des bénéficiaires d'un contrat individuel, tous les enfants cotisent. L'assuré est la personne qui a souscrit un contrat et les bénéficiaires sont l'ensemble des personnes couvertes par un contrat (assuré et ayant droit).

Champ • Contrats individuels dont le tarif dépend de l'âge, hors institutions de prévoyance.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2011.

ENCADRÉ 2

Tarification actuarielle et concurrence sur les marchés d'assurance

La tarification d'un contrat d'assurance est dite « au risque » lorsque la cotisation demandée à l'assuré reflète son niveau de risque. En pratique, lorsqu'il lui est impossible d'observer le risque individuel *a priori*, l'assureur ne peut pas tarifier réellement au risque. À défaut, le tarif d'un individu peut refléter le risque moyen de sa classe de risques (un ensemble d'individus ayant des caractéristiques semblables aux siennes) : la tarification est alors dite « actuarielle ». La théorie économique montre que ce type de tarification se retrouve sur les marchés où les opérateurs sont en situation de concurrence.

Toutefois, certains contrats ont une tarification différente de celle pratiquée dans un cadre de concurrence pure et parfaite, notamment du fait de la diversité de l'offre et de l'existence dans certains cas de clientèles plus ou moins captives.

Par ailleurs, le marché de la complémentaire santé est régulé par un certain nombre de règlements ou d'incitations fiscales et sociales qui limitent les possibilités d'une tarification actuarielle au risque. Pour être qualifié de « res-

pensible et solidaire » et bénéficiaire de ces incitations, un contrat ne peut pas recourir au questionnaire médical et appliquer des tarifs directement liés à l'état de santé.

Un contrat collectif peut donner droit à des exonérations fiscales et sociales pour l'employeur de l'assuré et des réductions d'impôt pour l'assuré. Il doit pour cela être responsable et obligatoire et ne peut pas appliquer des tarifs selon un critère individuel comme l'âge, le sexe ou le lieu de résidence (décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012). Toutefois, le tarif peut être fixé en fonction de la structure d'âge du portefeuille et du lieu d'implantation de l'établissement couvert par le contrat et se limiter à certaines catégories de salariés.

La tarification en fonction du sexe pour les contrats individuels est également interdite pour les mutuelles et les institutions de prévoyance (articles L du code de la mutualité et L du code de la Sécurité sociale). Elle était autorisée pour les sociétés d'assurance jusqu'au 21 décembre 2012, mais a été interdite à la suite d'une décision de la Cour de justice européenne.

Pour en savoir plus

- Garnero M., Rattier M.-O., 2008, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008 », DREES, *Études et Résultats* n° 752, février.
- Garnero M., 2012, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009 », DREES, *Études et Résultats* n° 789, février.
- Garnero M., Le Palud V., 2013, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », DREES, *Études et Résultats*, n° 837, avril.
- « La généralisation de la couverture complémentaire en santé », 2013, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet.