

Les contrats de complémentaire santé collectifs offrent des niveaux de garantie généralement plus élevés que les contrats individuels, même si la prise en charge de ces derniers continue d'augmenter entre 2011 et 2016. Au cours de cette période, les contrats individuels souscrits sont de plus en plus couvrants.

Les bénéficiaires de contrats collectifs sont mieux couverts en général que ceux de contrats individuels

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 responsables¹, ils prennent en charge l'essentiel du reste à charge opposable (ticket modérateur et forfaits journaliers) [voir fiche 01]. Pour les soins de ville, environ la moitié du reste à charge est opposable ; l'autre moitié, qui comprend les dépassements liés à la liberté tarifaire, est prise en charge de façon très différenciée selon les contrats.

Afin de classer les contrats, un indice synthétique 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 moins couvrants ou de classe 1, les milieux de gamme ou de classe 2, et les plus couvrants ou de classe 3 (*tableau 1*). Selon cet indice, les bénéficiaires de contrats collectifs sont en général mieux couverts que les bénéficiaires de contrats individuels. En effet, en 2016, 72 % des bénéficiaires de contrats collectifs ont souscrit un contrat de classe 3, contre 11 % des bénéficiaires de contrats individuels.

Ces derniers ont souscrit un contrat de classe 1 pour 33 % d'entre eux, alors que ce type de contrat ne couvre que 6 % des bénéficiaires de contrats collectifs (*graphique 1*).

Cette meilleure couverture par les contrats collectifs était déjà observée avant l'introduction, en 2016, d'un panier de soins minimal² pour ces derniers, plus large que celui des contrats responsables (voir annexe 1). Plusieurs raisons sont susceptibles de l'expliquer. 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. 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 est pris en charge par l'employeur depuis le 1^{er} janvier 2016). La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise permet enfin, à l'un comme à l'autre, de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales (voir annexe 1).

Poursuite de la montée en gamme des contrats individuels entre 2011 et 2016

Au cours des années 2006 à 2010, les contrats de complémentaire santé les plus souscrits sont montés en gamme, en collectif comme en individuel (Barlet *et al.* 2016). Entre 2011 et 2016, la répartition des bénéficiaires entre les trois classes de contrats est en revanche restée relativement stable pour les contrats

1. D'après l'enquête de la DREES auprès des organismes complémentaires, 98 % des bénéficiaires des contrats collectifs sont couverts par un contrat responsable.

2. Lors de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise.

Encadré 1 Une nouvelle méthode de classement des contrats

La nouvelle méthode utilisée par la DREES pour classer les contrats selon leur degré de couverture s'appuie sur le calcul d'un score synthétique pour chacun d'entre eux. Le score d'un contrat révèle son niveau de remboursement du reste à charge après assurance maladie obligatoire (AMO) sur un panier de soins pour un bénéficiaire moyen. Il varie entre zéro (le contrat n'offre aucun remboursement du reste à charge sur les postes de soins considérés) et un (le contrat offre un remboursement complet du reste à charge sur les postes de soins considérés).

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

$$Score^c = \frac{\sum_s p_s \times Remb_s^c}{\sum_s p_s \times RAC_s}$$

Avec :

- > p_s le nombre moyen d'actes du soin s par bénéficiaire hors couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ;
- > RAC_s le reste à charge moyen pour le soin s , y compris ticket modérateur, après remboursement de l'AMO, hors CMU-C, ACS et affection de longue durée (ALD) ;
- > $Remb_s^c = MIN (garanties_s^c ; RAC_s)$ le montant de remboursement du contrat c pour le soin s , qui correspond à la garantie sur ce soin (ou à la totalité du RAC_s lorsque la garantie est supérieure au RAC_s).

Le score est établi à partir des soins suivants : l'optique simple, l'optique complexe, les aides auditives, les prothèses dentaires, les soins orthodontiques, les consultations de médecins spécialistes, la pharmacie remboursée à 15 % et 30 % par l'AMO, la chambre particulière à l'hôpital.

Pour chacun de ces soins, le remboursement du contrat est calculé en appliquant les garanties – recueillies dans l'enquête sur les contrats les plus souscrits – à la consommation moyenne observée en 2016 pour ce soin (RAC AMO, nombre d'actes, nombre de patients) dans les données de remboursement de l'assurance maladie du Système national des données de santé – Datamart consommation interrégimes (SNDS-DCIR). Les données sur les séjours hospitaliers sont tirées du SNDS – Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le champ de la population d'assurés exclut ici les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS qui disposent de garanties et de tarifs spécifiques. Les garanties 2011, 2013, 2014 et 2016 ne sont pas corrigées de l'évolution des prix en santé.

Les choix méthodologiques comportent certaines hypothèses simplificatrices. D'une part, on fait l'hypothèse que les garanties qui sont recueillies pour un bien de référence donné (tableau 1) peuvent être appliquées à d'autres dépenses du poste de soins considéré, dans la mesure où elles en fournissent la meilleure approximation possible. Par exemple, la garantie recueillie pour une couronne céramo-métallique est appliquée à toutes les prothèses dentaires ; la garantie sur les semestres de traitement d'orthodontie est appliquée aux bilans d'orthodontie et aux semestres de contention d'orthodontie. En l'absence de données sur les prestations non remboursées par l'Assurance maladie, on fait l'hypothèse que parmi les séjours d'hospitalisation complète, un quart l'ont été dans une chambre particulière. Pour construire un profil de consommation moyen, on fait l'hypothèse que les personnes en ALD, dont le ticket modérateur est pris en charge par la Sécurité sociale, s'acquittent des mêmes tarifs que les autres patients ; et que la consommation effectuée dans le parcours de soins auprès de spécialistes non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) est représentative de celle hors parcours de soins ou auprès d'adhérents au CAS¹.

Les contrats de la classe 1 sont définis comme ceux pour lesquels le score est inférieur à 0,6. Les contrats de la classe 2 sont ceux pour lesquels le score est compris entre 0,6 et 0,8. Les contrats de la classe 3 sont ceux pour lesquels le score est supérieur à 0,8.



●●● Toutefois, le niveau de couverture est une mesure imparfaite de la qualité de la couverture offerte par un contrat. L'accès ou non à des réseaux (dentaires, optiques, etc.) avec des tarifs négociés ou le bénéfice de plateformes téléphoniques de conseils (devis) ne sont pas pris en compte dans leur classement. Par ailleurs, les postes de soins considérés pour établir le score ne sont pas exhaustifs. La quasi-totalité des contrats étant responsables – prenant donc en charge le ticket modérateur, excepté pour quelques postes de soins – on privilégie en effet pour le calcul du score les postes de soins où s'applique une liberté tarifaire et on néglige ceux pour lesquels la prise en charge est homogène entre les contrats, même s'ils constituent une partie importante des dépenses de soins (par exemple, les consultations de généralistes ou les médicaments remboursés à 65 %). Les postes de soins considérés dans le score représentent ainsi un tiers du reste à charge opposable. 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 95 % de la liberté tarifaire pratiquée dans les soins de ville. Au total, les postes du score coïncident avec 62 % du reste à charge en ville.

De ce fait, le score ne rend que partiellement compte de l'amélioration des garanties induites par la réforme des contrats responsables en 2015. En particulier, il sous-estime que la prise en charge illimitée du forfait journalier a fait progresser celle des séjours hospitaliers (en MCO pour 5 % des bénéficiaires, en psychiatrie pour 36 %, et en SSR pour plus de 10 %) [voir fiche 23]. Par ailleurs, les garanties sont mesurées pour les contrats les plus souscrits. Or les planchers de prise en charge visent en premier lieu les contrats les moins couvrants (contrats au ticket modérateur), qui peuvent être sous-représentés dans l'enquête.

1. L'introduction du contrat d'accès aux soins (CAS) n'est cependant pas neutre sur l'évolution de la prise en charge des consultations auprès de spécialistes (voir fiche 19). Une large majorité des consultations avec dépassements d'honoraires sont effectuées par des spécialistes hors CAS, et le plafonnement des garanties conduit à baisser la prise en charge dont bénéficiaient les assurés les mieux couverts. Néanmoins, les consultations dans le CAS sont mieux prises en charge à la fois du fait d'une hausse de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et d'une augmentation des garanties pour une partie des assurés. Ce deuxième effet n'est pas considéré ici.

collectifs, tandis que celle des contrats individuels a évolué en faveur des contrats de qualité supérieure (*graphiques 1 et 2*).

Ainsi, alors que près de cinq bénéficiaires de contrats individuels sur dix étaient couverts en 2011 par un contrat de classe 1, ils sont environ trois sur dix en 2016. À l'autre extrémité, ils sont 11 % à détenir un contrat de classe 3 en 2016, alors qu'ils n'étaient que 4 % en 2011. Sur l'ensemble des contrats individuels, on observe au cours de la période une hausse des garanties de prise en charge. Celles-ci ont ainsi augmenté en moyenne de plus de 20 % pour l'optique simple et complexe, les prothèses dentaires et les audioprothèses (voir fiches 20 et 22). Ceci peut s'expliquer par

une augmentation des garanties proposées par les contrats, mais aussi par des changements de structure de la population couverte en individuel³, sans qu'il soit possible d'identifier précisément ces deux effets.

Le niveau de couverture des contrats collectifs est plus homogène que celui des contrats individuels, et le niveau de garanties est en général supérieur (*graphique 2*). La répartition des bénéficiaires de contrats collectifs entre différentes gammes de couverture est donc plus sensible que celle des bénéficiaires de contrats individuels aux niveaux retenus pour les bornes des classes de contrats. Contrairement aux contrats individuels, l'évolution des garanties en collectif n'est pas significative⁴. ■

3. À garanties offertes constantes, les personnes optant pour les garanties les plus élevées peuvent représenter une part plus importante de l'ensemble de la population couverte en individuel. En individuel, les plus de 60 ans choisissent ainsi de meilleures garanties (Barlet *et al.*, 2006). Ils représentent, de plus, une part croissante de la population souscrivant des contrats individuels, passant de 40 % en 2011 à 48 % en 2016.

4. Si l'on considère, pour définir les contrats de classe 1, un seuil à 0,7 plutôt qu'à 0,6, 21 % des contrats collectifs en 2011 ont un score inférieur au seuil et 18 % en 2016.

Tableau 1 Niveau moyen des garanties, par classes de contrat, en 2016

Postes de soins	Classe de contrat			Ensemble
	Classe 1	Classe 2	Classe 3	
Optique simple pour un équipement complet facturé 500 euros, dont 150 euros pour la monture (hors RSS) [en euros]	140	205	370	255
Optique complexe pour un équipement complet facturé 850 euros, dont 150 euros pour la monture (hors RSS) [en euros]	225	335	595	415
Audioprothèses pour une paire (hors RSS) [en euros]	520	965	1 500	1 085
Prothèses dentaires pour une couronne céramo-métallique (en % BRSS, y compris RSS)	180	370	460	365
Orthodontie pour un semestre de traitement (en % BRSS, y compris RSS)	165	260	350	275
Consultations de spécialistes avec dépassements d'honoraires (pour une consultation dans le parcours de soins hors CAS) [en % BRSS, y compris RSS]	115	130	195	150
Pharmacie 15 % part de contrats prenant en charge le ticket modérateur (en %)	68	53	89	71
Pharmacie 30 % part de contrats prenant en charge le ticket modérateur (en %)	96	92	100	96
Chambre particulière à l'hôpital montant par nuit, non remboursé par la Sécurité sociale (en euros)	35	45	65	55

Lecture > En 2016, la garantie moyenne en optique simple pour un contrat de classe 3 est de 370 euros, hors remboursement de la Sécurité sociale (RSS). La garantie moyenne d'un contrat de classe 3, pour l'achat d'une prothèse dentaire, est de 460 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale de cette prothèse, RSS compris.

Note > Les garanties pour l'optique simple, l'optique complexe, les aides auditives et la chambre particulières sont exprimées en euros, hors RSS ; les autres en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, RSS compris.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et hors ACS.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

Graphique 1 Évolution de la répartition des bénéficiaires par classe et type de contrats, entre 2011 et 2016

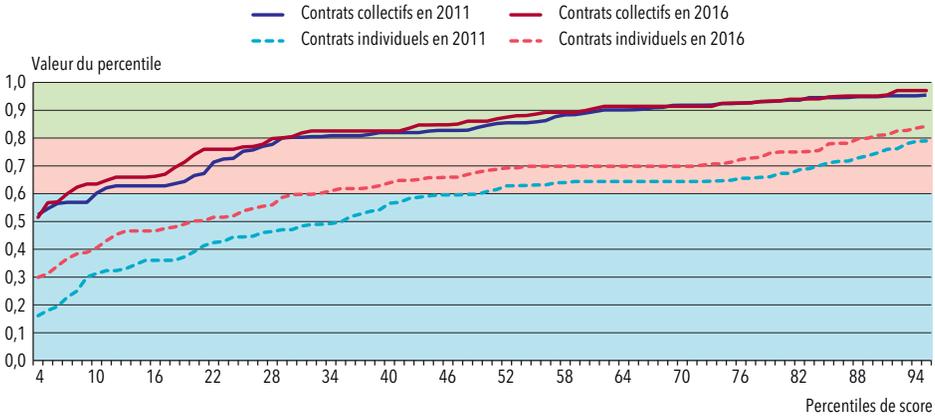
Note > Les pourcentages sont arrondis à l'unité. La somme peut donc différer légèrement de 100 %.

Lecture > En 2016, 20 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé sont couverts par des contrats de classe 1.

Champ > Bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats ; SNDS-DCIR 2016.

Graphique 2 Distribution des bénéficiaires selon le score de prise en charge de leur contrat



Note > Les contrats de classe 1 sont définis comme ceux pour lesquels le score est inférieur à 0,6. Les contrats de classe 2 sont ceux pour lesquels le score est compris entre 0,6 et 0,8. Les contrats de classe 3 sont ceux pour lesquels le score est supérieur à 0,8.

Lecture > En 2016, 29 % des bénéficiaires de contrats collectifs ont un contrat dont le score de prise en charge est inférieur à 0,8.

Champ > Bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats ; SNDS-DCIR 2016.

Pour en savoir plus

> Barlet, M., Beffy, M., Raynaud, D. (2016). *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties* (édition 2016). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.