



Erétudes et Résultats

N° 635 • mai 2008

Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006

L'année 2006 voit la mise en place des contrats dits « responsables » pour les organismes complémentaires santé. L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance analyse les garanties offertes par les contrats les plus souscrits (« contrats modaux ») et permet de faire un premier bilan.

Un tiers des contrats seulement prennent en charge les dépassements d'honoraires dans le parcours de soins mais ils ne sont que 20 % hors du parcours de soins. Les médicaments à vignettes blanches et bleues (remboursés respectivement à 65 et 35 %) sont pris en charge par plus de 99 % des contrats des complémentaires santé. Par contre, les médicaments à vignette orange, instaurés en février 2006 font l'objet d'un remboursement moins fréquent (46 % des contrats). La nouvelle participation de 18 € appliquée depuis le 1er septembre 2006 sur les actes lourds est très largement prise en charge (98 %) par les organismes complémentaires.

La cotisation mensuelle moyenne par bénéficiaire s'élève à 35 € pour les contrats collectifs modaux et 39 € pour les contrats individuels. Cependant les niveaux de garanties des contrats sont différents et lorsqu'on en tient compte l'écart entre l'individuel et le collectif se renforce (environ 10 €).

Marie-Laure ARNOULD et Marie-Odile RATTIER

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

SELON les comptes nationaux de la santé¹, les organismes d'assurance maladie complémentaire ont versé 20,4 milliards d'euros de prestations en 2006, en augmentation de 3,9 % par rapport à l'année précédente. Ces prestations représentent 13,1 % de l'ensemble des dépenses de soins et de biens médicaux, faisant de ces organismes le deuxième financeur des dépenses de santé derrière la Sécurité Sociale (77,0 %) et devant les ménages (8,6 %).

L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance sur l'exercice 2006 porte sur les garanties des contrats modaux c'est-à-dire les trois contrats individuels et les deux contrats collectifs les plus fréquemment souscrits auprès de chaque organisme (encadré 1). Cette étude permet aussi d'effectuer un premier bilan de l'impact de certaines mesures mises en place suite à la réforme de l'assurance maladie d'août 2004, tant pour les assurés que pour les organismes complémentaires.

L'instauration du parcours de soins coordonnés par un médecin traitant choisi par l'assuré est au centre de la réforme. À compter du 1^{er} janvier 2006, les incitations à respecter le parcours de soins ont été renforcées par une baisse du taux de remboursement de la Sécurité sociale des consultations hors parcours de soins (de 70 % à 60 %). Le dispositif des contrats dits « responsables » gérés par les organismes complémentaires santé est entré en vigueur à la même date, il a notamment pour but d'encourager le respect du parcours de soins (encadré 2).

D'autres mesures, adoptées par la loi de financement de la Sécurité sociale 2006, sont venues s'inscrire dans la continuité de cette réforme. Ainsi à compter du 1^{er} février 2006 le taux de remboursement d'une soixantaine de médicaments de la classe des veinotoniques est-il passé de 35 % à 15 % (vignette orange), avant leur déremboursement total au 1^{er} janvier 2008. De plus, une participation forfaitaire de 18 € à la charge du patient pour les actes médicaux d'une valeur supérieure à 91 € a été mise en place à partir du 1^{er} septembre 2006.

1. Fenina A., Geffroy Y., 2007, « Les comptes nationaux de la santé 2006 », DREES, Rapport, septembre, La Documentation Française.

ENCADRÉ 1

L'enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé

L'enquête statistique annuelle renouvelée auprès des organismes complémentaires a été menée pour la deuxième fois pour l'exercice 2006. Elle porte sur les caractéristiques et les niveaux de garanties des trois contrats individuels et deux contrats collectifs les plus souscrits, appelés « contrats modaux ».

Cette enquête a obtenu le label d'intérêt général et de qualité statistique par le Conseil national de l'information statistique (CNIS) avec obligation de réponse.

L'échantillon d'organismes interrogés en 2006 a donné lieu à un sondage stratifié par type et taille des organismes.

Pour les mutuelles, les plus grandes (c'est-à-dire les 83 premières, collectant 70 % des cotisations du secteur) ont été enquêtées de façon exhaustive, tandis que les autres ont été échantillonnées selon leur taille (138 mutuelles). L'échantillon représente 79 % de l'ensemble des cotisations reçues par les mutuelles proposant des prestations complémentaires à l'assurance maladie.

Les institutions de prévoyance ont toutes été interrogées dès lors qu'elles offraient des prestations complémentaires santé, soit 42 entités. Celles collectant plus de 100 millions d'euros de cotisations représentent 76 % du secteur.

Pour les sociétés d'assurance versant des prestations complémentaires maladie, les plus grandes qui réalisent 90 % du chiffre d'affaires du secteur ont été interrogées exhaustivement (soit 25 sociétés), les autres ont fait l'objet d'un échantillonnage (soit 16 sociétés). L'échantillon représente 93 % des cotisations.

Le taux de réponse global à l'enquête pour l'exercice 2006 s'élève à 85 %. En termes de cotisations, il est de 95 %. Les 258 questionnaires réceptionnés ont permis d'étudier 957 contrats dont 626 individuels et 331 collectifs.

Les données exploitées ont été redressées en fonction du taux de sondage. Elles ont également été corrigées des non-réponses, par repondération selon la taille des organismes complémentaires. En outre, les réponses concernant le descriptif de l'offre de contrats ont été pondérées par le poids de chaque contrat en termes de personnes couvertes.

Taux de réponse selon le type d'organisme complémentaire

	Taille de l'échantillon	Nombre d'organismes répondants	% de répondants	Montant des cotisations de l'échantillon (en millions d'euros)	Montant des cotisations des répondants (en millions d'euros)	Part des répondants (en % des cotisations)
Mutuelles	221	186	84	12 034	11 256	94
Institutions de prévoyance	42	38	90	4 369	4 262	98
Sociétés d'assurance	41	34	83	5 893	5 561	94
Ensemble	304	258	85	22 296	21 079	95

Lecture • 84 % des mutuelles enquêtées ont renvoyé le questionnaire 2006. Elles représentent 94 % des cotisations.

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

La quasi-totalité des contrats modaux sont dits « responsables »

Les organismes complémentaires ont très largement adapté leurs garanties pour répondre aux critères des contrats « responsables ». Les réponses à l'enquête montrent que 100 % des contrats collectifs modaux et 99 % des contrats individuels modaux sont déclarés responsables. Les contrats non responsables représentent donc une part résiduelle aussi bien pour les mutuelles, les institutions de prévoyance que pour les assurances. Cependant la part des contrats non responsables est peut-être ici sous-évaluée, s'agissant de contrats spécifiques moins souvent souscrits et de ce fait hors du champ de l'enquête.

Les consultations s'inscrivant dans le parcours de soins sont mieux remboursées...

La loi du 13 août 2004 régit le dispositif des contrats responsables qui doivent prendre en charge les prestations réalisées dans le parcours de soins (encadré 2). Ces

contrats assurent notamment le remboursement d'au moins 30 % du tarif conventionnel (TC) des consultations effectuées dans ce cadre, après la prise en charge de 70 % par la Sécurité sociale. 99,6 % des contrats modaux remboursent au moins la totalité du ticket modérateur des consultations de spécialistes effectuées dans le cadre du parcours de soins, c'est-à-dire après orientation du médecin traitant². Parmi eux, deux tiers proposent un remboursement de la consultation plafonné à 100 % du tarif conventionnel tandis que le tiers restant va au-delà et couvre tout ou partie des dépassements d'honoraires (tableau 1 et graphique 1).

... que celles effectuées hors du parcours de soins

En 2006, pour les consultations hors parcours de soins, qui représentent 20 % des consultations³, les organismes complémentaires limitent le montant de remboursement de ces prestations respectant de ce fait les critères des contrats responsables. Ainsi les assurés ne respectant pas le

parcours de soins ont à leur charge 10 % de pénalité prélevée sur le remboursement de la Sécurité sociale ainsi qu'une franchise de 8 € sur les dépassements d'honoraires.

Par exemple, une consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 réglée 60 € par l'assuré est remboursée 12,80 € par le régime obligatoire (60 % du tarif fixé à 23 € - 1 € forfaitaire). 98 % des contrats incluent le remboursement des consultations hors parcours de soins dans leurs garanties. Parmi eux, une grande majorité (77 %) se limite à la prise en charge du ticket modérateur (30 % du tarif conventionnel, soit 6,90 €), 1 % des contrats se restreint à un niveau inférieur, et 20 % vont au-delà. Toutefois, ces derniers se limitent le plus souvent à un paiement partiel des dépassements d'honoraires. Seuls 5 % des contrats supportent le maximum autorisé, soit 35,90 €⁴ pour la consultation de référence, laissant à la charge du patient 11,30 €.

Il est à noter que 19 % des contrats modaux modulent les montants de remboursement de la consultation selon que l'assuré se situe ou non

2. Sauf pour les pédiatres, psychiatres pour les moins de 26 ans, ophtalmologistes et gynécologues pour lesquels l'accès est libre.

3. Rapport annuel 2007 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

4. Montant maximum remboursable par l'organisme complémentaire = 60 € - remboursement de la Sécurité Sociale (12,8 €) - 1 € forfaitaire - pénalité (10 % du tarif conventionnel = 2,3 €) - franchise (8 €) = 35,90 €

■ TABLEAU 1

Restes à charge médians pour l'assuré

En euros

		Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance	
		Contrats		Contrats		Contrats	
		individuels	collectifs	individuels	collectifs	individuels	collectifs
Consultation chez un médecin spécialiste prix de référence = 60 € tarif de convention = 23 €	Sécurité sociale (70 % - 1 €)	15,10	15,10	15,10	15,10	15,10	15,10
	Organisme complémentaire	6,90	12,88	6,90	18,40	12,65	43,90
	<i>Reste à charge</i>	38,00	32,02	38,00	26,50	32,25	1,00
Optique simple prix de référence : monture (100 €) + verres (2 * 50 €) = 200 € tarif de responsabilité : monture = 2,84 € et 2,29 € pour un verre simple	Sécurité sociale (65 %)	4,82	4,82	4,82	4,82	4,82	4,82
	Organisme complémentaire	110,96	163,02	122,60	173,24	142,60	195,18
	<i>Reste à charge</i>	84,22	32,16	72,58	21,94	52,58	0,00
Optique complexe prix de référence : monture (100 €) + verres (2 * 200 €) = 500 € tarif de responsabilité : monture = 2,84 € et 10,37 € pour un verre complexe	Sécurité sociale (65 %)	15,33	15,33	15,33	15,33	15,33	15,33
	Organisme complémentaire	218,25	210,00	135,00	268,00	148,25	229,00
	<i>Reste à charge</i>	266,42	274,67	349,67	216,67	336,42	255,67
Prothèse dentaire prix de référence : 750 € tarif de responsabilité = 107,5 €	Sécurité sociale (70 %)	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25
	Organisme complémentaire	230,00	230,00	193,50	247,25	147,25	462,25
	<i>Reste à charge</i>	444,75	444,75	481,25	427,50	527,50	212,50
Prothèses auditives numériques prix de référence pour deux appareils = 3000 € tarif de responsabilité = 199,71 € pour un appareil	Sécurité sociale (65 %)	259,62	259,62	259,62	259,62	259,62	259,62
	Organisme complémentaire	749,79	738,93	738,93	1 178,29	259,62	1 198,26
	<i>Reste à charge</i>	1 990,59	2 001,45	2 001,45	1 562,09	2 480,76	1 542,12
Prothèse capillaire prix de référence = 400 € tarif de responsabilité = 76,22 € *	Sécurité sociale (65 %)	49,54	49,54	49,54	49,54	49,54	49,54
	Organisme complémentaire	118,67	102,90	141,00	179,12	26,68	163,87
	<i>Reste à charge</i>	231,79	247,56	209,46	171,34	323,78	186,59

* Avant la revalorisation du 7 août 2006 portant le tarif de responsabilité à 125 €

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

dans le parcours de soins, appliquant des pénalités financières au-delà de celles prévues par la loi pour inciter davantage les patients à respecter le parcours de soins.

Les médicaments à vignette blanche restent très bien remboursés

Bien que la réglementation des contrats responsables n'impose qu'un remboursement minimum à 95 % du tarif conventionnel des médicaments à

vignette blanche (pris en charge à 65 %), quasiment tous les contrats couvrent intégralement le ticket modérateur, seuls 2 % laissent à l'assuré un reste à charge de 5 % ou plus.

La législation n'a prévu aucune consigne de remboursement pour les médicaments à vignettes bleue et orange : les organismes complémentaires appliquent le taux de leur choix.

Pour les médicaments pris en charge à 35 % par la Sécurité sociale (vignette bleue), 86 % des contrats assurent un

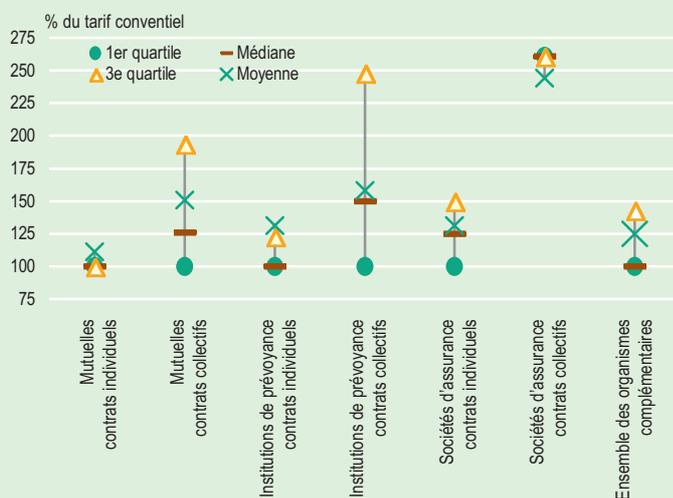
remboursement total, 13 % interviennent partiellement, couvrant 50 à 95 % de la dépense pharmaceutique et enfin 1 % exclut cette prestation.

Situation contrastée pour les médicaments à vignette orange

Au 1^{er} février 2006, un taux de remboursement de 15 % a été créé temporairement pour les spécialités pharmaceutiques dont le service médical rendu « est insuffisant au

GRAPHIQUE 1

Remboursement pour une consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 dans le parcours de soins et coûtant 60 € - Sécurité sociale + organisme complémentaire



Lecture • pour les contrats collectifs des mutuelles, le remboursement pour une consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 est :

- inférieur ou égal à 100 % TC pour un quart des contrats (1^{er} quartile),
- inférieur ou égal à 126 % TC pour la moitié des contrats (médiane),
- supérieur ou égal à 194 % TC pour le quart supérieur des contrats (3^e quartile),
- en moyenne égal à 151 % TC

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

ENCADRÉ 2

La réforme de l'assurance maladie : les contrats responsables

Pour répondre aux critères des « contrats responsables », le cahier des charges précise les prestations que le contrat ne doit pas couvrir en cas de non-respect du parcours de soins et celles qu'il doit obligatoirement garantir en cas de respect du parcours de soins (décret n° 2005-1126 du 29 septembre 2005).

Les obligations suivantes doivent être respectées...

- prise en charge d'au moins 30 % du tarif conventionnel des consultations chez le médecin traitant ou correspondant, l'Assurance maladie en remboursant 70 % ;
- prise en charge d'au moins 30 % de la base de remboursement des médicaments à vignette blanche pris en charge à 65 % par l'Assurance maladie, prescrits par le médecin traitant ; le reste à charge pour l'assuré est au maximum de 5 % du prix de ces médicaments ;
- remboursement au minimum de 35 % de la base de remboursement des frais d'analyses médicales ou de laboratoire prescrites par le médecin traitant, prises en charge à 60 % par l'Assurance maladie, laissant au maximum 5 % de frais à la charge de l'assuré ;
- prise en charge depuis le 1^{er} juillet 2006 du ticket modérateur d'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique. La liste de ces prestations est fixée par arrêté du 8 juin 2006.

... ainsi que les interdictions suivantes :

- non-prise en charge de la participation forfaitaire de 1 € prélevée sur les consultations, les actes médicaux, les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale ;
- non prise en charge de la majoration du ticket modérateur sur les consultations effectuées hors du parcours de soins, fixée à 10 % en 2006 et à 20 % à compter du 1^{er} septembre 2007 ;
- non prise en charge des dépassements d'honoraires autorisés pour un spécialiste consulté hors du parcours de soins, fixés à 8 €.

Les avantages fiscaux et sociaux des contrats complémentaires santé sont accordés aux contrats « responsables » dès lors qu'ils respectent ces interdictions et obligations précitées :

- Exonération de la taxe spéciale de 7 % sur les conventions d'assurance ;
- Exonération de charges sociales pour les cotisations versées par les employeurs dans le cadre de la souscription de contrat d'assurance complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire ;
- Exonérations fiscales pour les complémentaires santé des contrats collectifs obligatoires et ceux des travailleurs indépendants (contrats « Madelin »).

regard des autres médicaments ou thérapies disponibles ». Il existe un fort contraste entre les trois types d'organismes même si 46 % des contrats modaux prennent en charge les médicaments à vignette orange. S'appuyant sur l'évaluation de la Haute Autorité de santé (HAS), les mutuelles ont choisi majoritairement d'exclure ces médicaments de leurs garanties : seuls 30 % de leurs contrats les prennent en charge. Au contraire, 92 % des contrats des institutions de prévoyance et 99 % de ceux des assurances les incluent. D'autre part, 9 % des contrats des mutuelles et 3 % de ceux des institutions de prévoyance ne proposent qu'un remboursement partiel du ticket modérateur.

Pour certains produits pharmaceutiques (les aides au sevrage tabagique, le vaccin anti-grippe...) ne bénéficiant pas d'un remboursement de la Sécurité sociale, 45 % des contrats offrent une participation financière. Les mutuelles (50 %) et les assurances (55 %) continuent à développer leur « volet prévention » tandis que les contrats des institutions de prévoyance restent peu nombreux (8 %) sur ce créneau.

La participation forfaitaire de 18 € : un transfert de charge vers les complémentaires

La participation forfaitaire de 18 € sur les actes chirurgicaux réalisés à l'hôpital dont le tarif est égal ou supérieur à 91 € est mise en œuvre à compter du 1^{er} septembre 2006 : 98 % des organismes complémentaires ont opté pour le remboursement total de cette participation. Cette mesure constitue de fait un transfert de charge de l'assurance maladie vers les complémentaires essentiellement et de manière résiduelle vers les assurés, surtout vers ceux qui n'ont pas d'assurance complémentaire et qui représentent 7 % de la population⁵.

L'inscription de la prévention dans les contrats responsables

Depuis le 1^{er} juillet 2006, les contrats responsables doivent prévoir la prise en charge du ticket modérateur d'au moins deux prestations de prévention. En fait, la très grande majorité des contrats modaux incluait déjà plus de deux actes de prévention dans leurs garanties. L'apparente réussite de ce dispositif

semble provenir d'un cahier des charges peu contraignant pour les organismes complémentaires, ces actes de prévention faisant déjà partie des prestations remboursables par la Sécurité sociale.

Des garanties en optique très variables...

Pour comparer le remboursement des complémentaires santé en optique l'étude s'intéresse à deux types de corrections : une paire de lunettes avec des verres simples valant 200 € et une paire de lunettes avec des verres complexes de 500 €. Le choix de ces montants permet de différencier l'offre de remboursement entre les organismes complémentaires. Pour pallier les faibles remboursements de la Sécurité sociale, 96 % des contrats modaux vont au-delà du remboursement du ticket modérateur.

Pour les contrats individuels, le remboursement médian est de 115 € pour une paire de lunettes simples et de 200 € pour des lunettes complexes. Les contrats collectifs apparaissent plus généreux. Le remboursement médian se situe à 169 € pour des lunettes simples et à 229 € pour des lunettes complexes (tableau 1).

En optique complexe, les remboursements des contrats individuels sont assez concentrés. Au contraire en collectif, on observe une grande dispersion des montants remboursés (graphique 2).

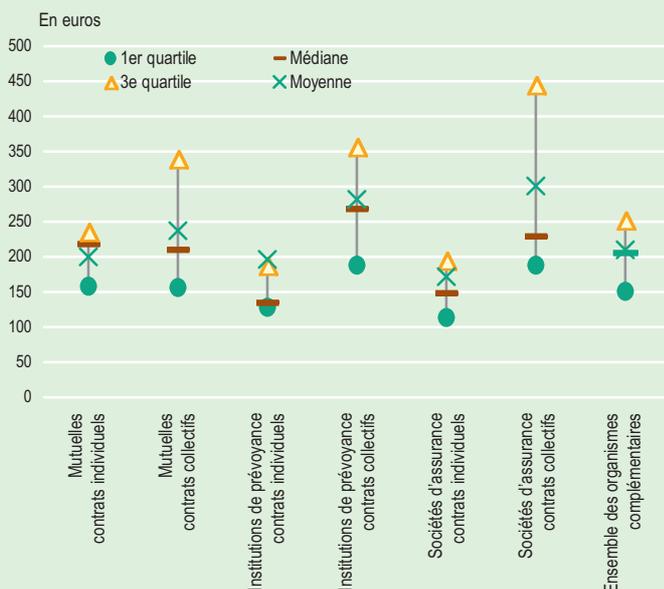
Les lentilles de contact peuvent être prises en charge par le régime obligatoire pour certaines affections, telle que la forte myopie (supérieure ou égale à 8 dioptries). En dehors de ces cas, une majorité d'organismes complémentaires prévoit une participation dans leurs garanties (91 % des contrats).

... tout comme pour les prothèses dentaires

Comme l'optique, la prothèse dentaire est peu remboursée par la Sécurité sociale. Pour le bien de référence choisi d'une valeur de 750 €, le montant restant à la charge de l'assuré s'élève à 674,75 € et peut être couvert en partie voire intégralement par les complémentaires. Si la moitié

GRAPHIQUE 2

Remboursement de l'organisme complémentaire pour une paire de lunettes à verres complexes coûtant 500 €



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

5. Selon l'enquête sur la santé et la protection sociale – ESPS 2006 – de l'IRDES.

des contrats collectifs prennent en charge moins de 247 €, les trois types d'organismes proposent de grandes amplitudes dans les montants de remboursements. Les sociétés d'assurance se montrent les plus généreuses avec un versement moyen de 463 € et 25 % de leurs contrats vont au-delà de 592 €. Les remboursements des institutions de prévoyance sont plus regroupés autour d'une prise en charge moyenne située à 306 € ; la moitié des contrats proposent un remboursement compris entre 247 et 382 €. Enfin l'indemnisation des mutuelles est la plus faible avec en moyenne 249 € versés aux assurés (tableau 1 et graphique 3).

La moitié des contrats individuels ne vont pas au-delà de 194 € avec des remboursements plus dispersés pour les mutuelles que pour les assurances et les institutions de prévoyance.

Certains actes dentaires comme l'orthodontie adulte ne font l'objet d'aucune prise en charge par la Sécurité sociale ; 59 % des contrats proposent toutefois une participation pour ce type de dépenses souvent très coûteuses. L'implantologie qui entraîne des frais particulièrement lourds n'est cependant prise en compte que par 35 % des contrats.

La prime mensuelle moyenne par bénéficiaire s'élève à 38 €

Le nouveau questionnaire de l'enquête recueille des informations sur les cotisations d'assurance des contrats modaux. Il s'agit des cotisations reçues par l'organisme complémentaire, qu'elles soient payées par l'assuré ou non (participation éventuelle de l'employeur⁶ ou du comité d'entreprise pour les contrats collectifs).

Tous contrats modaux confondus (individuel et collectif, mutuelle, institution de prévoyance et assurance), la prime mensuelle moyenne par bénéficiaire est de 38 €⁷. Pour les contrats collectifs elle se situe à 35 € et est assez homogène entre les trois types d'organismes : 31 € pour les assurances, 33 € pour les institutions de prévoyance et 37 € pour les mutuelles. Cette cotisation est plus élevée en individuel (39 €) et l'on constate au contraire une assez forte

hétérogénéité des primes moyennes selon le type d'organisme. Elle varie ainsi de 36 € pour les assurances, à 39 € pour les mutuelles et atteint 49 € pour les institutions de prévoyance. Cette dernière cotisation plus élevée peut s'expliquer en partie par la structure démographique de la population couverte plus âgée (79 % des bénéficiaires de contrats individuels d'institution de prévoyance ont plus de 60 ans) et par le fait que 69 % des organismes fixent les prix des contrats individuels en fonction de l'âge.

Cependant la comparaison du montant moyen des primes ne donne qu'un résultat partiel compte tenu des différences de niveaux de garanties et de populations couvertes rendant nécessaire une analyse multidimensionnelle, qui permet de contrôler la diversité des contrats. Un modèle de régression a ainsi été construit pour les contrats individuels afin d'analyser les facteurs explicatifs du montant de la cotisation par bénéficiaire selon les principales caractéristiques du contrat : niveau de remboursement pour les consultations, l'optique complexe, la prothèse dentaire, la chambre particulière, le type d'organisme et l'âge

de la population couverte par l'organisme (encadré 3). Les premières variables s'interprètent comme un niveau de qualité du contrat. D'autres garanties ont en effet été testées (remboursement de la pharmacie, prise en charge du forfait journalier hospitalier...) mais n'apportent pas plus d'informations dans le modèle car les niveaux de garanties d'un contrat sont en général assez proportionnels⁸.

L'étude révèle que le niveau des primes augmente avec les niveaux de garantie. Par rapport à un contrat se limitant au remboursement des consultations à 100 % du tarif conventionnel, la prise en charge partielle de dépassements d'honoraires (remboursement inférieur à 200 %) entraîne une hausse modérée des primes (4 €). Quant à la prise en charge des consultations au-delà de 200 % du tarif conventionnel, elle engendre une très nette augmentation mensuelle de cotisation de l'ordre de 15 €. Les contrats qui proposent un remboursement moyen en optique et dentaire coûtent à l'assuré 8 € de plus que ceux se limitant au ticket modérateur en optique ou en dentaire (ces contrats sont toutefois peu nombreux puisqu'ils représentent 5,5 % des

GRAPHIQUE 3

Remboursement de l'organisme complémentaire pour une prothèse dentaire sur dent visible coûtant 750 €



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

6. D'après l'enquête de l'IRDES, lorsque l'employeur participe au financement de la complémentaire santé, il intervient en moyenne à hauteur de 58 % - Couffignal A., Grandfils N., Grignon M., Rochereau T., 2004, « La complémentaire maladie d'entreprise », IRDES, Questions d'économie de la santé n°83, juin.

7. Calculs effectués sur les 770 contrats retenus pour le modèle de régression

8. 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.

ENCADRÉ 3

Modèles d'estimation des cotisations mensuelles

Pour les organismes ayant renseigné le montant annuel de cotisations collectées par contrat, une cotisation mensuelle moyenne par bénéficiaire est calculée. Sur un même contrat, le nombre de personnes couvertes (assurés et ses ayants droit) étant variable (1,6 pour les contrats individuels et 2,1 pour les collectifs), on s'intéresse à la prime moyenne par bénéficiaire, pour éliminer l'effet « effectif » du contrat. Après avoir retiré les valeurs extrêmes, 770 contrats sont conservés pour l'étude des cotisations dont 487 contrats individuels et 283 contrats collectifs.

Les variables qualitatives utilisées dans le modèle de régression pour expliquer le niveau de prime des contrats individuels sont les suivantes :

- trois niveaux de remboursement des consultations chez un médecin spécialiste de secteur 2 dans le parcours de soins, par la Sécurité sociale et par l'organisme complémentaire :
 - classe 1 : remboursement inférieur ou égal à 100 % du tarif conventionnel ;
 - classe 2 : remboursement compris entre 100 et 200 % du tarif conventionnel ;
 - classe 3 : remboursement supérieur à 200 % du tarif conventionnel.
- quatre niveaux de remboursement pour la variable combinant le remboursement de l'optique complexe et de la prothèse dentaire par l'organisme complémentaire :
 - classe 1 : remboursement faible en optique et/ou dentaire (inférieur ou égal au ticket modérateur) ;
 - classe 2 : remboursement moyen (remboursement optique compris entre 8,25 et 250 € et remboursement dentaire compris entre 32,25 € et 300 €) ;

- classe 3 : remboursement fort en optique ou dentaire ;
- classe 4 : remboursement fort en optique et dentaire.
- deux niveaux de prise en charge de la chambre particulière en chirurgie par l'organisme complémentaire :
 - classe 1 : remboursement inférieur ou égal à 30 € par jour ;
 - classe 2 : remboursement supérieur à 30 €.
- trois classes pour le type d'organisme :
 - classe 1 : mutuelles ;
 - classe 2 : institutions de prévoyance ;
 - classe 3 : sociétés d'assurance.

Pour une question de difficulté d'interprétation, les résultats de ces variables ne sont pas présentés. Il est en effet délicat de différencier l'effet du type d'organisme de l'effet de l'âge des bénéficiaires du contrat.

- deux classes pour l'âge de la population couverte par l'organisme¹. Pour les contrats individuels :
 - classe 1 : moins de 65 % de personnes couvertes de plus de 60 ans ;
 - classe 2 : plus de 65 % de personnes couvertes de plus de 60 ans.

Pour les contrats collectifs, le taux retenu est de 20 % de personnes couvertes de plus de 60 ans.

- deux classes pour le type de contrat :
 - classe 1 : individuel ;
 - classe 2 : collectif.

L'estimation des deux modèles linéaires aboutit aux équations suivantes

	Modèle portant sur les contrats individuels (487 contrats)			Modèle portant sur l'ensemble des contrats (770 contrats)			
	Paramètre estimé	Écart-type	P-value	Paramètre estimé	Écart-type	P-value	
Constante	25,5	1,5	< 0,0001	15,6	1,7	< 0,0001	
Consultations	≤ 100 % TC	<i>ref</i>		<i>ref</i>			
	> 100 % TC et ≤ 200 % TC	4,2	1,2	< 0,0003	4,0	0,9	< 0,0001
	> 200 % TC	15,0	3,1	< 0,0001	7,3	1,7	< 0,0001
Optique - dentaire	faible en optique et/ou en dentaire	<i>ref</i>		<i>ref</i>			
	moyen en optique et en dentaire	8,5	1,7	< 0,0001	9,2	1,4	< 0,0001
	fort en optique ou fort en dentaire	12,0	1,7	< 0,0001	11,7	1,4	< 0,0001
	fort en optique et fort en dentaire	15,1	2,4	< 0,0001	14,9	1,9	< 0,0001
Chambre particulière	≤ 30 €	<i>ref</i>		<i>ref</i>			
	> 30 €	4,1	1,0	< 0,0001	3,5	0,9	< 0,0001
Population de l'organisme plutôt âgée	Non	<i>ref</i>		<i>ref</i>			
	Oui	12,8	3,5	< 0,0002	13,7	1,6	< 0,0001
Type de contrat	collectif			<i>ref</i>			
	individuel			10,3	1,1	< 0,0001	
			R ² = 0,32	R ² = 0,28			

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

1. Les données transmises par les organismes ne permettant pas de connaître la structure d'âge de chacun des contrats, c'est la structure d'âge de l'ensemble des personnes couvertes par l'organisme qui est utilisée pour approcher la structure d'âge des contrats modaux.

contrats étudiés). De même, les contrats « haut de gamme » (remboursement optique supérieur à 250 € et remboursement dentaire supérieur à 300 €) coûtent 15 € de plus que les contrats « bas de gamme ». Enfin, l'âge de la population couverte par l'organisme intervient également pour déterminer le montant de la prime : les contrats des organismes couvrant une population plutôt âgée coûtent 13 € supplémentaires par rapport aux autres contrats⁹.

La construction d'un modèle pour les contrats collectifs s'avère plus fragile. En effet, la constitution des primes ne se limite pas qu'au niveau de garanties mais dépend pour beaucoup d'autres facteurs : taille de l'entreprise, âge et catégorie professionnelle des salariés... non pris en compte dans le modèle. C'est pourquoi ces résultats n'ont pu être présentés dans cette étude.

Enfin, un modèle commun à tous les contrats a été élaboré à partir des

mêmes variables. Il met en évidence un surcoût de 10 € pour les contrats individuels par rapport aux contrats collectifs, à niveaux de garanties équivalents. Le coût de l'assurance santé sera d'autant moins élevé pour les assurés de contrats collectifs, que l'employeur peut prendre à sa charge tout ou partie de la prime. De plus les contrats obligatoires donnent lieu à des déductions fiscales pour les salariés (montant des cotisations non imposables).

Pour faire face aux cotisations qui peuvent s'avérer élevées, une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) a été mise en place par l'État pour les assurés à faible revenu (encadré 4).

Les résultats présentés dans cette étude constituent une première exploitation des données 2006. Une seconde analyse, conduite à partir des mêmes données, devrait permettre d'effectuer une nouvelle typologie des contrats qui complètera celle déjà réalisée à partir des données 2003.

ENCADRÉ 4

L'aide complémentaire santé (ACS)

Suite à la Loi du 13 août 2004 un dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture santé (ACS) a été mis en place. Il est accessible aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et ce plafond majoré de 15 % (20 % depuis le 1^{er} janvier 2007). Depuis le 1^{er} janvier 2006, les personnes qui ont droit à cette aide peuvent bénéficier, lors d'une consultation médicale dans le parcours de soins de la dispense d'avance des frais pour la part des honoraires pris en charge par l'Assurance maladie.

En janvier 2006, l'aide complémentaire santé a été fortement revalorisée. Le montant annuel est passé de 75 à 100 € pour les moins de 25 ans, de 150 à 200 € pour les personnes de 25 à 59 ans et de 250 à 400 € pour les personnes âgées de 60 ans et plus. Les contrats bénéficiant de cette aide coûtent en moyenne 33 € par bénéficiaire et par mois⁴. Le montant moyen de déduction s'élève à 16 €, ce qui laisse environ 17 € à la charge de l'assuré. Il est toutefois à noter que les « personnes bénéficiant de l'ACS souscrivent des contrats globalement de niveau de garantie inférieur à celui des autres contrats individuels ».

1. Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2006 – Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie – Juin 2007.

9. L'enquête ne permet pas de déterminer au niveau individuel l'impact de l'âge de l'assuré sur le montant de sa cotisation mensuelle. D'après le rapport du Fonds CMU sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2006, les contrats individuels couvrant une personne et bénéficiant de l'ACS coûtent deux fois plus cher pour les plus de 60 ans que pour les 25-29 ans.



Les cotisations des contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006

Document de Travail
Série SOURCES et MÉTHODES