



Er études et Résultats

N° 698 • août 2009

Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007

L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance porte sur les contrats de couverture complémentaire santé les plus souscrits par les Français. Ses résultats présentent le niveau de garanties des personnes couvertes selon la catégorie de soins (pharmacie, consultations, hospitalisation, optique, dentaire), le caractère collectif ou individuel du contrat ou encore le type d'organisme assurant la couverture complémentaire. Les contrats se différencient surtout dans la prise en charge des dépassements d'honoraires et dans les remboursements des soins dentaires ou d'optique.

Les mutuelles sont les organismes complémentaires qui ont pris le plus de mesures pour encourager leurs assurés au respect du parcours de soins.

Les bénéficiaires des contrats collectifs profitent de meilleures garanties en 2007 qu'en 2006 ; cette amélioration s'accompagne d'une hausse de la cotisation moyenne par bénéficiaire. La cotisation moyenne par bénéficiaire des contrats individuels reste stable, mais la part des personnes couvertes par des contrats individuels haut de gamme régresse. Toutes choses égales par ailleurs, les couvertures complémentaires collectives sont sensiblement moins onéreuses que les couvertures complémentaires individuelles.

Marguerite GARNERO 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, de la Solidarité et de la Ville
Ministère de la Santé et des Sports
Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État

EN 2007, 92,8 % de la population résidant en France est couverte par une assurance maladie complémentaire¹. Selon les comptes nationaux de la santé, les opérateurs d'assurance maladie complémentaire versent 22,3 milliards d'euros de prestations en 2007, soit 5,8 % de plus que l'année précédente. Ces prestations représentent 13,6 % de l'ensemble des dépenses de soins et biens médicaux, faisant de ces organismes le deuxième financeur des dépenses de santé derrière la Sécurité sociale (76,6 %) et devant les ménages (8,5 %).

L'enquête annuelle de la DREES auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé porte sur les garanties des trois contrats individuels et des deux contrats collectifs les plus souscrits dans chaque organisme enquêté, dits « contrats modaux » (encadré 1). Les résultats de l'enquête portant sur l'année 2007 permettent de comparer les garanties des contrats individuels et collectifs offerts par les différents types d'organisme. Ils donnent en outre la possibilité d'analyser la

façon dont les trois types d'organismes se sont approprié la réforme sur les contrats responsables (encadré 2) ou encore d'évaluer l'influence des caractéristiques du contrat et de la population couverte sur le montant des cotisations.

Quatre contrats sur dix sont collectifs

En 2007, quatre bénéficiaires² d'une couverture complémentaire santé sur dix sont couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative et six sur dix par un contrat individuel. Les couvertures individuelles sont essentiellement assurées par les mutuelles (69 %) et les sociétés d'assurance (27 %), les institutions de prévoyance étant très peu présentes sur ce marché (4 %). Les contrats collectifs sont quant à eux plus souvent proposés par des mutuelles (42 %) et des institutions de prévoyance (38 %) que par des sociétés d'assurance (20 %).

La population bénéficiant d'une couverture collective est plus jeune que celle bénéficiant d'une couverture individuelle, les contrats collec-

tifs prenant généralement fin au moment de la retraite de l'assuré. Ainsi, la part des bénéficiaires de 60 ans et plus s'élève à 9 % en collectif et 29 % en individuel.

Les mutuelles incitent au respect du parcours de soins

Les contrats d'assurance maladie complémentaires, individuels comme collectifs, sont tenus de respecter les règles des contrats responsables pour bénéficier d'exonérations fiscales (encadré 2). La quasi-totalité des bénéficiaires des contrats de couverture complémentaire santé les plus souscrits sont couverts par des contrats responsables. Ces contrats ne prennent pas en charge la majoration de 20 % du ticket modérateur sur les consultations effectuées hors du dispositif du médecin traitant. De plus, ils ne remboursent pas les 8 € de franchise sur les dépassements d'honoraires pratiqués par les spécialistes consultés hors du parcours de soins.

Dans le parcours de soins, la prise en charge des dépassements d'honoraires concerne quatre assurés sur dix. Cette garantie est plus répandue

1. Source : Enquête sur la santé et la protection sociale, ESPS 2006 de l'IRDES.

2. Les bénéficiaires sont les adhérents à un contrat de couverture complémentaire santé et leurs ayants-droits.

ENCADRÉ 1

L'enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé

En 2007, 893 organismes se partageaient le marché de la complémentaire santé ; 59 % de la population couverte était assurée par une mutuelle, 24 % par une société d'assurance et 17 % par une institution de prévoyance.

La DREES mène chaque année une enquête auprès des trois types d'organisme afin de mieux connaître leur offre en matière de couverture complémentaire santé. Cette enquête porte sur les caractéristiques et les niveaux de garanties des trois contrats individuels et deux contrats collectifs les plus souscrits dans chaque organisme enquêté, appelés « contrats modaux ». Elle détient depuis 2005 le label d'intérêt général et de qualité statistique avec obligation de réponse délivrée par le Conseil national de l'information statistique (CNIS).

Le tirage de l'échantillon interrogé a été réalisé suivant un sondage stratifié par type et taille des organismes.

Le taux de réponse global à l'enquête pour l'exercice 2007 s'élève à 87 %, soit un niveau comparable à celui de 2006

(85 %). Les cotisations des organismes répondants représentent 94 % des cotisations des organismes enquêtés. Les 256 questionnaires réceptionnés ont permis d'étudier 972 contrats, dont 629 individuels et 343 collectifs.

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

Mise en garde : les résultats concernant l'ensemble du marché (collectif et individuel) ne sont pas directement comparables avec ceux des publications précédentes car une nouvelle pondération permet de mieux prendre en compte les parts respectives des contrats individuels et collectifs. Les évolutions 2006-2007 ont été recalculées pour tenir compte de cette nouvelle méthode.

Taux de réponse selon le type d'organisme complémentaire

	Taille de la population	Taille de l'échantillon	% de répondants	Montant des cotisations de la population (en millions d'euros)	Montant des cotisations de l'échantillon (en millions d'euros)	Part des répondants (en % des cotisations)
Mutuelles	766	217	88	15 950	12 627	94
Institutions de prévoyance	36	36	89	4 695	4 695	97
Sociétés d'assurance	91	42	83	6 725	6 339	89
Ensemble	893	295	87	27 370	23 661	94

Lecture • 88 % des mutuelles enquêtées ont renvoyé le questionnaire 2007. Leurs cotisations représentent 94 % du total des cotisations.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2007.

en collectif (64,5 % des assurés) qu'en individuel (27,5 %).

En cas d'écart au parcours de soins, les organismes mettent en pratique les règles des contrats responsables de façon diverse (tableau 1). Un assuré sur cinq subit des pénalités plus fortes que celles prévues par la loi.

Les mutuelles incitent davantage leurs assurés à adopter le parcours de

soins que ne le font les autres types d'organismes. En cas d'écart à ce parcours, 26,7 % de leurs assurés subissent une sanction financière supérieure à celle prévue par la loi, contre 16,1 % des assurés des institutions de prévoyance et seulement 4,7 % de ceux des sociétés d'assurance. Au sein des mutuelles, la moitié des personnes remboursées en cas de dépassement d'honoraires perdent cet

avantage en cas d'écart au parcours de soins. Cette sanction est moins fréquente parmi les personnes remboursées au-delà du ticket modérateur et couvertes par une société d'assurance (6,2 % des cas) ou par une institution de prévoyance (1,4 % des cas).

Actes de prévention : une prise en charge en progression entre 2006 et 2007

Pour être responsables, les contrats d'assurance maladie complémentaire doivent également prendre en charge au moins deux actes de prévention au sein d'une liste de prestations faisant partie du panier de soins de la Sécurité sociale et considérées comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique (encadré 2). Ce dispositif est peu contraignant : la très grande majorité des contrats modaux en remplissaient déjà les conditions avant qu'il ne soit défini. En 2007, les organismes ont toutefois adapté leurs garanties en fonction de cette obligation : la part des bénéficiaires susceptibles d'être remboursés pour l'ensemble des actes de prévention listés est passée de 60 % à 72 % entre 2006 et 2007. Les sociétés d'assurance proposent plus fréquemment des contrats remboursant l'ensemble des actes de prévention (91 %) que les institutions de prévoyance (70 %) et les mutuelles (69 %). Le détartrage annuel est la prestation de prévention la plus largement prise en charge par les organismes complémentaires : 91 % des bénéficiaires sont susceptibles d'être indemnisés pour cet acte. Le bilan du langage avant 14 ans est l'acte le

ENCADRÉ 2

Les contrats responsables

Pour pouvoir bénéficier d'exonérations fiscales ou sociales sur leurs contrats d'assurance complémentaire santé, les organismes d'assurance maladie complémentaire doivent proposer des contrats « responsables », respectant des règles sur la prise en charge des prestations (décret n° 2005-1126 du 29 septembre 2005).

Ces règles sont en vigueur depuis janvier 2006 ; en 2007, 99,5 % des bénéficiaires des contrats modaux étaient couverts par un contrat responsable.

Les obligations et interdictions suivantes doivent être respectées :

- prise en charge du ticket modérateur des consultations chez le médecin traitant ou correspondant.
- prise en charge d'au moins 30 % de la base de remboursement des médicaments à vignettes blanches, remboursés à 65 % par la Sécurité sociale.
- remboursement au minimum de 35 % de la base de remboursement des frais d'analyses médicales ou de laboratoire prescrites par le médecin traitant (remboursés à 60 % par la Sécurité sociale).
- 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 2006¹.
- 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 de 20 % sur les consultations effectuées hors du parcours de soins.
- non prise en charge d'une franchise de 8 € sur les dépassements d'honoraires autorisés pour un spécialiste consulté hors du parcours de soins.

Les organismes complémentaires doivent donc au minimum laisser un reste à charge de 13,6 € à l'assuré pour une consultation hors parcours de soins d'un spécialiste pratiquant des dépassements d'honoraires (8 € + 20 % de majoration du ticket modérateur de 23 € + 1 € forfaitaire), ceci quel que soit le taux de prise en charge de l'assuré par la complémentaire.

1. Détartrage annuel, scellement des sillons avant 14 ans, bilan du langage avant 14 ans, dépistage de l'hépatite B, ostéodensitométrie tous les six ans pour les femmes de plus de 50 ans, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans et une liste de sept vaccins avec ou sans condition d'âge.

TABLEAU 1

Pénalité pour consultation hors parcours de soins

	En %			
	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurance	Total
Application <i>a minima</i> des pénalités prévues par la loi	73,3	83,9	95,3	78,2
Application de pénalités supérieures à celles prévues par la loi	26,7	16,1	4,7	21,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Prise en charge des dépassements dans le parcours de soins	33,7	63,0	62,0	42,3
Pas de prise en charge des dépassements dans le parcours de soins	66,3	37,0	38,0	57,7
Part des assurés perdant le remboursement de l'intégralité des dépassements en cas d'écart au parcours de soins	48,7	1,4	6,2	29,0

Lecture • La pénalité appliquée en cas d'écart au parcours de soins n'excède pas celle prévue par la loi pour 73,3 % des personnes couvertes par un contrat modal offert par une mutuelle.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2007.

moins souvent pris en charge par les organismes (74 % de personnes couvertes).

La prise en charge d'actes de prévention non remboursés par la Sécurité sociale reste minoritaire. Ainsi, 13 % des personnes couvertes par une complémentaire santé peuvent être remboursées de leurs consultations chez un diététicien ou nutritionniste. Le sevrage tabagique et la pilule contraceptive sont respectivement pris en charge pour 38 % et 31 % des assurés. Les mutuelles et les sociétés d'assurances remboursent plus fréquemment ces deux actes de prévention que les institutions de prévoyance. Le remboursement de la pilule contraceptive est plus souvent pratiqué par les contrats individuels (39 % des cas) que par les contrats collectifs (20 % des cas).

Médecine douce : une prise en charge peu répandue

Un quart des bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé est couvert pour les consultations en médecine douce (homéopathie, ostéopathie, etc.) non prises en charge par la Sécurité sociale. Cette garantie concerne davantage les bénéficiaires de contrats collectifs (32 %) que de contrats individuels (23 %). Elle est plus fréquemment offerte par les sociétés d'assurance (32 % des cas) et les mutuelles (28 % des cas) que par les institutions de prévoyance (16 % des cas).

Médicaments : globalement bien remboursés

Les contrats responsables doivent prendre en charge au moins 30 % de la base de remboursement³ des médicaments à vignette blanche pris en charge à 65 % par l'assurance maladie lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant ; le reste à charge pour l'assuré est au maximum de 5 % du prix des médicaments. Ce critère est vérifié pour 99,5 % des personnes couvertes par un des cinq contrats modaux proposés par les organismes complémentaires. Les dépenses de 98 % des bénéficiaires sont intégralement prises en charge.

Les médicaments à vignette bleue (pris en charge à 35 % par l'assurance-maladie) sont remboursés dans 99,3 % des cas ; ce remboursement est partiel dans 10,3 % des cas. La prise en charge partielle est surtout pratiquée par les mutuelles (14 %), elle est marginale dans le cas des institutions de prévoyance (3 %) et inexistante dans les contrats des sociétés d'assurance. Le ticket modérateur est remboursé dans sa totalité pour 97 % des personnes assurées en collectif et 84 % des personnes assurées en individuel.

Les médicaments à vignette orange (pris en charge à 15 % en 2007 par la sécurité sociale) ne sont plus remboursés depuis le 1^{er} janvier 2008 car leur service médical rendu a été jugé insuffisant. En 2007, 99,7 % des bénéficiaires des sociétés d'assurance et 86 % des bénéficiaires des institutions de prévoyance sont couverts par des contrats prenant entièrement en charge ces médicaments, contre un quart seulement des bénéficiaires d'une mutuelle : en effet, les mutuelles ont, pour la plupart, choisi de suivre la recommandation de la Haute autorité de santé de ne plus prendre en charge ces médicaments.

Analyses médicales ou de laboratoires : très bien prises en charge

Le dernier point à respecter pour remplir les conditions du contrat responsable concerne les frais d'analyses médicales ou de laboratoires : ces derniers doivent être remboursés par l'organisme complémentaire au minimum à hauteur de 35 % de la base de remboursement, l'assurance maladie prenant en charge 60 % de cette base de remboursement. Les contrats ne vérifiant pas ce critère concernent 0,2 % des assurés ; quant au ticket modérateur, il est remboursé intégralement dans la quasi-totalité des cas (98,6 %). Un quart des personnes couvertes sont remboursées en cas d'éventuels dépassements d'honoraires (46 % en collectif et 15 % en individuel) : ceux-ci sont toutefois rares car interdits, sauf cas exceptionnel (prélèvement à domicile sur horaire précis, demande expresse d'intervention d'un préleveur).

Optique : de meilleures garanties avec les contrats collectifs

Les remboursements de la Sécurité sociale en matière d'optique sont très faibles : à titre d'exemple, une paire de lunettes à faible correction est remboursée 4,82 € par l'assurance maladie. L'essentiel des frais d'optique reste donc à la charge des complémentaires santé et des ménages.

La formulation des garanties en optique est très variable selon les contrats : le remboursement peut prendre la forme d'un forfait monétaire, d'un pourcentage de la base de remboursement ou encore d'une combinaison des deux. Afin de pouvoir comparer les remboursements en optique des contrats modaux proposés par les organismes complémentaires santé, on calcule donc le montant remboursé par chacun des contrats pour deux biens « de référence » : une paire de lunettes à faible correction (verres simples) facturée 200 € à l'assuré d'une part et une paire de lunettes à forte correction (verres complexes) facturée 500 € à l'assuré d'autre part (tableau 2). Ces montants ont été volontairement choisis élevés afin de pouvoir différencier l'offre de remboursement entre les organismes complémentaires.

Le montant pris en charge par l'assurance maladie complémentaire pour une paire de lunettes à verres simples ou complexes est sensiblement plus fort pour les bénéficiaires d'un contrat collectif que pour les bénéficiaires d'un contrat individuel. Quatre personnes sur dix sont remboursées de l'intégralité de la paire de lunettes à verres simples de référence en collectif, tandis que cela n'est le cas que d'une personne sur dix en individuel.

Dans deux tiers des cas, les contrats distinguent le remboursement des montures de celui des verres ; parmi ces contrats, ceux proposés par les mutuelles offrent un remboursement médian des montures plus faible que celui des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance en individuel comme en collectif. En revanche, en individuel, les mutuelles offrent un meilleur remboursement

³. Base de remboursement : tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la Sécurité sociale.

Tarif de convention : base de remboursement dont le montant est fixé par convention entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie.

médian des verres complexes que les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance.

Dentaire : des « restes à charge » importants pour les ménages

La Sécurité sociale rembourse peu les prothèses dentaires céramo-métalliques : la base de rembourse-

ment est la même que pour les prothèses métalliques (107,50 €), la différence entre ces deux types de couronnes étant essentiellement esthétique. Pour pallier ce faible remboursement, dans 93 % des cas, les couvertures complémentaires proposent une prise en charge supérieure au ticket modérateur. Le montant médian pris en charge par les

organismes complémentaires pour une prothèse de référence valant 750 € (tableau 2) représente un peu moins du tiers du montant total de la dépense. Les contrats individuels des mutuelles offrent un bien meilleur remboursement que ceux des sociétés d'assurance. En revanche, les contrats collectifs proposés par les sociétés d'assurance sont générale-

■ TABLEAU 2

Remboursements médians des organismes complémentaires selon leur type et la nature des contrats

En euros

		Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
		Contrats individuels	Contrats collectifs	Contrats individuels	Contrats collectifs	Contrats individuels	Contrats collectifs	Contrats individuels	Contrats collectifs	Ensemble
Consultation chez un médecin spécialiste dans le parcours de soin Prix de référence* = 60 € Tarif de convention = 23 €	Sécurité sociale (70 % - 1 €)	15,10	15,10	15,10	15,10	15,10	15,10	15,10	15,10	15,10
	Organisme complémentaire	6,90	12,88	6,90	40,20	6,90	43,90	6,90	18,40	6,90
Consultation chez un médecin spécialiste hors du parcours de soin Prix de référence = 60 € Tarif de convention = 23 €	Sécurité sociale (50 % - 1 €)	10,50	10,50	10,50	10,50	10,50	10,50	10,50	10,50	10,50
	Organisme complémentaire	6,90	6,90	6,90	34,11	6,90	35,90	6,90	11,04	6,90
Optique simple Prix de référence : 200 € (100 € de monture et 50 € par verre simple) Base de remboursement : 2,84 € de monture et 2,29 € par verre simple	Sécurité sociale (65 %)	4,82	4,82	4,82	4,82	4,82	4,82	4,82	4,82	4,82
	Organisme complémentaire	111,26	168,53	92,00	195,18	142,60	195,18	122,08	177,48	142,60
Optique complexe Prix de référence : 500 € (100 € de monture et 200 € par verre complexe) Base de remboursement : 2,84 € de monture et 10,37 € par verre complexe	Sécurité sociale (65 %)	15,33	15,33	15,33	15,33	15,33	15,33	15,33	15,33	15,33
	Organisme complémentaire	218,99	247,66	148,25	324,88	148,25	241,38	200,07	275,00	221,92
Prothèse dentaire Prix de référence : 750 € Base de remboursement = 107,5 €	Sécurité sociale (70 %)	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25
	Organisme complémentaire	230,00	225,75	193,50	247,25	159,13	430,00	215,00	247,25	240,00
Prothèses auditives numériques Prix de référence pour deux appareils = 3 000 € Base de remboursement = 199,71 € pour un appareil	Sécurité sociale (65 %)	259,62	259,62	259,62	259,62	259,62	259,62	259,62	259,62	259,62
	Organisme complémentaire	739,53	778,87	738,93	1 397,97	259,63	798,84	639,79	938,64	749,79
Prothèse capillaire Prix de référence = 400 € Base de remboursement = 125 €	Sécurité sociale (65 %)	81,25	81,25	81,25	81,25	81,25	81,25	81,25	81,25	81,25
	Organisme complémentaire	163,75	168,75	231,25	293,75	43,75	256,25	153,00	231,25	168,75

* Les montants de référence ont été choisis élevés afin de pouvoir différencier les offres des organismes complémentaires les unes par rapport aux autres.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2007.

ment plus généreux que ceux proposés par les mutuelles.

Six personnes couvertes sur dix sont indemnisées par leur complémentaire santé pour certains travaux dentaires non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Quatre sur dix disposent d'un contrat remboursant une partie des frais d'orthodontie pour un patient adulte. Près de la moitié des personnes couvertes en orthodontie adulte ne peuvent bénéficier d'un remboursement excédant 500 € par an pour ce type de traitement. Un peu moins de 5 % peuvent être remboursés plus de 1 000 € par an.

L'implantologie est prise en charge pour 43 % des assurés, qu'ils soient couverts en collectif ou en individuel. Cependant, le montant moyen remboursé pour le traitement d'une dent (implant, pilier et couronne) aux personnes couvertes en collectif (571 €) est le double de celui remboursé aux personnes couvertes en individuel (290 €).

Le forfait journalier : une durée de prise en charge plus longue en médecine qu'en psychiatrie

Lors d'une hospitalisation, le patient doit s'acquitter d'un forfait hospitalier journalier représentant sa participation financière aux frais d'hébergement. Ce forfait, fixé à 16 € par jour en hôpital et en clinique et à 12 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé, n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La quasi-totalité des contrats modaux remboursent au moins une partie du forfait journalier en médecine (99,9 % des bénéficiaires), soins de suite (98,5 %) et psychiatrie (97,5 %)⁴. Les contrats prennent généralement en charge l'intégralité du montant du forfait journalier. En revanche, la durée de prise en charge diffère d'un type d'organisme à l'autre et selon le secteur d'hospitalisation. Les séjours en médecine, généralement assez courts (6 jours en moyenne en 2006⁵), sont très souvent pris en charge pour une durée illimitée par les organismes complémentaires. Les séjours en soins de suite et réadaptation, plus longs (33,1 jours

en moyenne), sont pour la plupart remboursés pour une période égale ou supérieure à 30 jours. En revanche, les séjours en psychiatrie, dont la durée moyenne est comparable à celle des séjours en soins de suite (30 jours en 2006), sont moins souvent pris en charge pour une longue période : la durée de remboursement possible n'excède par 30 jours pour 14 % des bénéficiaires. Les contrats proposés par les sociétés d'assurances sont nombreux à limiter fortement la durée de prise en charge en psychiatrie. En revanche, les institutions de prévoyance tendent à rembourser le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, quel que soit le secteur d'hospitalisation.

Des frais peuvent s'ajouter au forfait journalier hospitalier si le patient choisit de séjourner dans une chambre particulière. Neuf assurés sur dix sont remboursés pour chambre particulière en médecine ; dans les deux tiers des cas, la durée de prise en charge est illimitée. Les mutuelles remboursent plus fréquemment pour une durée restreinte (31,7 %) que les institutions de prévoyance (9,0 %) et les sociétés d'assurance (1,2 %). Les bénéficiaires de contrats prenant en charge les chambres particulières en médecine peuvent être remboursés en moyenne 43 € par jour pour une chambre facturée 60 € par jour. Les contrats collectifs sont plus généreux (47 €) que les contrats individuels (40 €).

Les parents d'enfants hospitalisés ont la possibilité d'être hébergés à l'hôpital moyennant des frais supplémentaires. Les contrats individuels remboursent plus fréquemment ces frais que les contrats collectifs : 92,2 % des assurés en individuel et 87,8 % des assurés en collectif sont couverts. Ceci peut s'expliquer par le fait que la part des contrats ne couvrant pas les enfants est plus forte parmi les contrats collectifs (6,5 %) que parmi les contrats individuels (0,2 %).

Les contrats collectifs modaux montent en gamme

D'après les données du fonds CMU, en 2007, l'ensemble des cotisations de couverture complémentaire santé s'élève à 27,4 milliards

d'euros, en hausse de 5,1 % par rapport l'année précédente. Selon les Comptes nationaux de la santé, les prestations santé versées par les organismes ont augmenté de 5,8 % au cours de cette même période. La hausse du volume global des cotisations et des prestations s'explique en partie par un élargissement de la population couverte par les organismes complémentaires santé en 2007. La cotisation moyenne par bénéficiaire des contrats modaux des organismes complémentaires progresse de 3,6 % entre 2006 et 2007. La hausse du montant moyen de la cotisation par bénéficiaire des contrats modaux est plus marquée pour les contrats collectifs que pour les contrats individuels (tableau 3).

L'évolution du montant de la cotisation par bénéficiaire traduit un double effet : les cotisations évoluent à niveau de garanties donné (effet prix) et les caractéristiques des contrats souscrits varient d'une année à l'autre (effet qualité). L'augmentation de la cotisation moyenne par bénéficiaire de contrats collectifs modaux reflète essentiellement un effet qualité, qui se manifeste par une amélioration du niveau de la couverture santé de ces contrats (tableau 4). En effet, lorsque l'on regroupe les contrats en quatre classes selon leur niveau global de garanties⁶, on constate qu'en collectif, la part des personnes couvertes par un contrat offrant des garanties élevées (classes A et B de la typologie) augmente entre 2006 et 2007. *A contrario*, en individuel, les contrats offrant des garanties limitées (classes C et D de la typologie) sont en légère progression⁷.

En 2007, les arbitrages entre niveau de cotisations et niveau de garanties semblent s'être résolus de manière différente suivant le type de contrat. Les contrats collectifs modaux sont montés en gamme en contrepartie de la hausse des cotisations, tandis qu'une légère dégradation du niveau de couverture des contrats individuels les plus souscrits a modéré l'augmentation de la cotisation par bénéficiaire de ces contrats. Parmi les contrats les plus souscrits, l'écart entre contrats individuels et collectifs se creuse en termes de niveau de garanties.

4. La durée moyenne de séjour en chirurgie et en obstétrique étant très courte, l'enquête ne porte que sur celle prise en charge en médecine, psychiatrie et soins de suite.

5. Sources : Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) 2006.

6. Arould M.L., Vidal G., 2008, « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n°663, octobre.

7. Les variations dans la répartition des contrats par catégories ne signifient pas forcément que les contrats modaux de 2006 ont modifié leur offre de garanties. Elles peuvent être dues à un bouleversement de l'ordre des contrats les plus souscrits au sein des organismes : des contrats peu souscrits 2006 peuvent faire partie des trois contrats modaux en 2007 et vice versa.

TABLEAU 3

Cotisation mensuelle par bénéficiaire

En euros

	2006	2007
Collectif	31,4	34,6
Individuel	39,5	40,1
Total	36,6	37,9

Notes • (1) Les données 2006 d'un organisme pesant lourd sur le marché de l'assurance complémentaire collective ont été repondérées. Cet organisme a en effet amélioré la qualité de ses réponses en 2007, ce qui a conduit à une forte diminution du nombre de bénéficiaires de ses deux contrats collectifs modaux. Pour corriger cet effet, on a appliqué aux contrats de 2006 les effectifs de 2007 pour en réduire le poids et améliorer la comparaison entre les deux années.

(2) Ces données ne sont pas directement comparables à celles publiées dans l'ER n° 635 : la méthode de pondération utilisée pour le calcul des primes mensuelles moyennes a évolué par rapport à l'exercice précédent.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - années 2006 et 2007.

TABLEAU 4

Répartition des contrats par classe de garanties

En % des personnes couvertes

	Contrats individuels		Contrats collectifs	
	2006	2007	2006	2007
Classe A	2,8	4,3	27,7	31,2
Classe B	39,8	36,9	30,5	32,1
Classe C	46,7	47,4	35,2	31,4
Classe D	10,7	11,4	6,6	5,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

Les contrats de type A sont ceux qui offrent la meilleure garantie et ceux de type D la moins bonne. Description de la méthode de classement des contrats : Arnould M.-L., Vidal G., 2008, « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 », DREES, *Études et Résultats*, n° 663, octobre.

Lecture • En 2006, 2,8% des personnes couvertes par un contrat modal individuel bénéficiaient de garanties de classe A.

Notes • (1) L'enquête porte sur les contrats couvrant le plus grand nombre de personnes, qu'ils fassent encore partie de l'offre commerciale ou non. Cette précision sur le champ de l'enquête n'était pas explicitée dans le questionnaire 2006 mais l'était dans le questionnaire 2007. Il est donc possible que certains organismes aient répondu selon des principes différents en 2006 et en 2007.

(2) Les données 2006 d'un organisme pesant lourd sur le marché de l'assurance complémentaire collective ont été repondérées. Cet organisme a en effet amélioré la qualité de ses réponses en 2007, ce qui a conduit à une forte diminution du nombre de bénéficiaires de ses deux contrats collectifs modaux. Pour corriger cet effet, on a appliqué aux contrats de 2006 les effectifs de 2007 pour en réduire le poids et améliorer la comparabilité entre les deux années.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - années 2006 et 2007.

Des écarts de cotisations entre contrats d'assurance complémentaire santé

Trois facteurs expliquent principalement les écarts de cotisation entre contrats d'assurance complémentaire santé : le degré de garanties offert, l'âge des personnes couvertes par contrat et le caractère individuel ou collectif du contrat. Les cotisations des contrats collectifs s'établissent en effet à un niveau plus bas que celles des contrats individuels, le marché des contrats collectifs étant plus concurrentiel : les souscripteurs de contrats collectifs sont plus à même de comparer les offres que les particuliers et bénéficient d'un meilleur pouvoir de négociation compte tenu de la taille de la population à assurer.

Un modèle économétrique a été construit afin d'essayer de quantifier l'influence de chacun de ces facteurs sur le niveau de la cotisation par bénéficiaire (encadré 3). Le modèle est établi sur l'ensemble des contrats, de type individuel ou collectif. Le montant moyen de la cotisation est expliqué par le type d'organisme, le type de contrat, des variables indicatrices de l'âge de la population couverte par l'organisme et des variables

représentatives du niveau de garanties du contrat. Les garanties choisies sont les dépenses en optique et dentaire, les consultations de médecins spécialistes, le supplément lié à une chambre particulière en médecine, les prothèses auditives et les consultations non remboursées par la Sécurité sociale chez un diététicien ou un nutritionniste.

Optique et dentaire : un niveau de remboursement discriminant

L'étude met en évidence qu'à niveau de garanties équivalent, la cotisation moyenne mensuelle d'un contrat collectif est inférieure de 10 € à celle d'un contrat individuel (encadré 3). En outre, le montant moyen de la cotisation restant à la charge des personnes assurées par des contrats collectifs obligatoires est encore diminué lorsque les employeurs participent au financement de la couverture santé de leur personnel⁸. Cela s'ajoute aux avantages fiscaux et sociaux⁹ dont bénéficient les salariés des entreprises offrant des contrats collectifs obligatoires.

Les contrats des organismes couvrant une population plutôt jeune (forte proportion de moins de 25 ans)

coûtent 7 € de moins par mois que les autres contrats. À l'inverse, les contrats des organismes couvrant une population plutôt âgée (forte proportion de plus de 60 ans) reviennent 14 € de plus par mois à leurs bénéficiaires.

Le montant de la cotisation dépend fortement du niveau de couverture en optique et en dentaire. Ainsi, un contrat offrant une bonne couverture dans les deux domaines (remboursement optique supérieur à 250 € et remboursement dentaire supérieur à 300 €) coûte 12 € de plus qu'un contrat offrant une garantie faible (remboursement du ticket modérateur) en optique ou en dentaire.

Pour les contrats individuels, le montant de la cotisation connaît un écart de 11 € selon que les consultations chez un médecin spécialiste sont remboursées à minima (pas plus de 100 % du tarif de convention) ou largement (plus de 200 % du tarif de convention). Les contrats proposant des remboursements intermédiaires (entre 100 % et 200 % du tarif de convention) coûtent quant à eux 3 € de plus que les contrats à faible remboursement.

8. D'après une 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 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 83, juin.

9. Côté entreprise : la participation employeur à la complémentaire santé collective est intégralement déduite du résultat imposable, et exonérée de charges sociales patronales dans la limite de certains plafonds.

Côté salarié : les cotisations versées dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire sont déductibles du revenu imposable (part salariale).

Modèles d'estimation des cotisations mensuelles

L'objectif de cette modélisation est d'expliquer le niveau de cotisations des contrats en fonction de leurs caractéristiques. Les principaux déterminants sont le caractère collectif ou individuel du contrat, le niveau de garanties et la démographie de la population couverte. La variable expliquée est la cotisation moyenne mensuelle par bénéficiaire. 868 contrats ont servi à la modélisation des cotisations : 549 contrats individuels et 319 contrats collectifs. Parmi les 921 contrats initialement disponibles, 53 n'ont pas été pris en compte dans l'estimation car le montant de leur cotisation moyenne était atypique.

Pour expliquer le montant de la cotisation par bénéficiaire, on introduit dans le modèle de régression des variables discrètes caractérisant le contrat (voir tableau).

Le type d'organisme proposant le contrat est introduit dans le modèle, mais les coefficients associés à cette variable ne sont pas présentés : ils sont en effet difficiles à interpréter car l'effet du type d'organisme est très lié à l'effet de l'âge des bénéficiaires du contrat. L'âge des bénéficiaires des contrats n'est pas observé dans l'enquête 2007 mais sera disponible dans l'enquête 2008.

À défaut de l'âge des bénéficiaires par contrat, l'enquête permet de connaître la répartition par tranches d'âge des bénéficiaires de l'ensemble des contrats proposés par l'organisme, en distinguant l'individuel du collectif. Cette information est synthétisée au moyen de deux variables. À ces variables s'ajoute une indicatrice de la prise en charge de la pilule contraceptive. Cette variable renseigne sur la répartition par âge au sein du contrat. En effet, le remboursement de la pilule contraceptive est très lié à l'âge de la population couverte par le contrat. Les contrats ciblés vers des personnes plutôt âgées ne proposent pas cette garantie ; cela explique pourquoi le coefficient lié à l'indicatrice de prise en charge de la pilule est négatif.

D'autres garanties pourraient expliquer le montant de la prime (remboursement de la pharmacie, prise en charge du forfait journalier hospitalier, etc.), mais apporteraient de l'information redondante par rapport aux variables explicatives déjà présentes dans le modèle : en effet, les niveaux de garanties des différentes prestations d'un contrat sont en général assez proportionnels [Arnould et Vidal, 2008].

Formation du montant des cotisations en fonction des caractéristiques des contrats

		Modèle portant sur					
		l'ensemble des contrats (868 contrats)		les contrats individuels (549 contrats)		les contrats collectifs (319 contrats)	
		Paramètre estimé	Écart-type	Paramètre estimé	Écart-type	Paramètre estimé	Écart-type
Constante		32,7 ***	1,3	33,8***	1,5	20,6 ***	2,4
Type de contrat	Individuel	<i>réf.</i>					
	Collectif	-10,5 ***	0,7				
Âge de la population couverte	Forte proportion de moins de 25 ans	-6,9 ***	0,8	-8,8 ***	1,0	-3,4 ***	1,2
	Forte proportion de 60 ans et plus	14,0 ***	1,2	11,3 ***	1,9	15,4 ***	1,6
	Remboursement de la pilule contraceptive	-4,3 ***	0,8	-3,3 ***	0,9	-7,1 ***	1,5
Optique - Dentaire	Faible en optique et/ou en dentaire	<i>réf.</i>		<i>réf.</i>		<i>réf.</i>	
	Moyen en optique et en dentaire	6,7 ***	1,3	4,9 **	1,5	7,5 **	2,7
	Fort en optique ou fort en dentaire	7,5 ***	1,3	6,5 ***	1,6		
	Fort en optique et fort en dentaire	12,0 ***	1,5	10,5 ***	2,2	11,4 ***	2,9
Consultations	≤100 % TC			<i>réf.</i>			
	>100 % TC et ≤200 % TC			3,2 **	1,1		
	>200 % TC			11,4 ***	3,3		
Nutritionniste - Diététicien	Prise en charge des consultations non remboursées par l'AMO	3,2 ***	1,0	4,1 **	1,3	4 **	1,7
Prothèses auditives	Bon remboursement	6,6 ***	0,9	6,6 ***	1,3	5,6 ***	1,2
Chambre particulière	>30 € par jour	4,1 ***	0,7	2,3 **	0,9	6 ***	1,3
		R ² =0,46		R ² =0,40		R ² =0,56	

***significatif au seuil de 1 %, **significatif au seuil de 5%
Lecture • Les contrats collectifs coûtent, toutes choses égales par ailleurs, 10,5 euros de moins par bénéficiaire et par mois que les contrats individuels, pris comme référence.
Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2007.