

L'enquête annuelle de la Drees auprès des organismes d'assurance maladie complémentaire est désormais réalisée auprès des trois types d'opérateurs (groupements mutualistes, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance). Elle permet d'analyser pour la première fois, pour chacun d'entre eux, la population couverte en 2002 par un contrat d'assurance complémentaire et l'offre de contrats proposée. Les mutuelles couvrent une population en moyenne un peu plus âgée que les autres organismes, en raison d'une offre plus limitée de contrats collectifs destinés aux salariés en activité. Ainsi plus du quart des personnes couvertes par les mutuelles de petite taille, qui offrent surtout des contrats individuels à adhésion libre, ont 60 ans ou plus. L'ensemble des sociétés d'assurance et les deux tiers des mutuelles font à cet égard varier les tarifs de leurs contrats individuels en fonction de l'âge des adhérents, mais peu font remplir un questionnaire de santé préalablement à la souscription. Le niveau de couverture des contrats varie également selon qu'ils sont individuels ou collectifs et suivant le type d'organisme assureur. La gamme des contrats individuels proposés apparaît ainsi plus diversifiée dans les sociétés d'assurance. En revanche, les remboursements des prothèses dentaires sont en moyenne plus élevés dans les contrats collectifs le plus souvent souscrits auprès des mutuelles, bien que les contrats « haut de gamme » des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance offrent une couverture encore supérieure. De même, les contrats collectifs mutualistes remboursent globalement mieux les frais d'optique. Pour les consultations et visites, les dépassements d'honoraires sont aussi en général mieux pris en charge par les contrats collectifs qu'ils relèvent des mutuelles ou des institutions de prévoyance. Enfin la majorité des contrats prennent en charge le forfait hospitalier au-delà de 90 jours.

**Géraldine MARTIN-HOUSSART,
Marie-Odile RATTIER et Denis RAYNAUD**
Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille
Drees

Les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance maladie complémentaire

Cette étude présente les premiers résultats de l'exploitation de l'enquête statistique menée par la Drees auprès des trois types d'organismes proposant des garanties complémentaires à l'assurance maladie : les groupements mutualistes, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Selon les Comptes nationaux de la santé, en 2003, sur une dépense totale de soins et biens médicaux atteignant 145 milliards d'euros, les organismes complémentaires en ont remboursé 17,7 milliards. Ce sont les groupements mutualistes qui ont versé la majorité de ces prestations (57 %), suivis des sociétés d'assurance (23 %) et des institutions de prévoyance (20 %). Selon l'enquête Santé et protection sociale de l'Irdes, en 2002, 86 % des français bénéficiaient d'un contrat de couverture maladie complémentaire souscrit auprès d'un de ces trois types d'organismes (hors Couverture maladie universelle complémentaire). Les organismes d'assurance complémentaire prennent

donc une place importante dans le financement des dépenses de santé en France, et la loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004 a conforté leur rôle avec la création de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unoc), destinée à permettre une meilleure coordination avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) qui regroupe les régimes d'assurance maladie obligatoire. Dans ce contexte, une meilleure connaissance de l'offre des contrats proposés par les organismes d'assurance complémentaire apparaît comme un enjeu majeur.

C'est l'objet de l'enquête désormais conduite annuellement par la Drees, et dont les premiers résultats sont retracés ici, après une phase progressive de mise en place (encadré 1). La structure démographique des personnes couvertes par un contrat d'assurance complémentaire donne d'abord lieu à analyse en fonction du type d'organisme gestionnaire. L'offre proposée par chaque type d'opérateur est ensuite étudiée à travers les caractéristiques de trois types de contrats : le contrat souscrit par le plus grand nombre de personnes, dit ici contrat « modal », un contrat d'entrée de gamme, dit « minimum », et un contrat haut de gamme, dit « maximum », qui dépendent tous deux des niveaux de remboursement proposés pour les prothèses dentaires et la lunetterie (encadré 2). Sont ainsi

examinés les contrats à adhésion individuelle et à adhésion collective des groupements mutualistes, les contrats à adhésion collective des institutions de prévoyance, et les contrats à adhésion individuelle des sociétés d'assurance, dans la mesure où celles-ci n'ont pas été en capacité, dans cette première enquête, de fournir les informations relatives à leurs contrats collectifs. En outre, ces premiers résultats sont à considérer avec prudence, et notamment ceux relatifs aux sociétés d'assurance, en raison de leur taux de réponse limité, sans doute dû à l'extension récente de l'enquête à ces organismes (encadré 1).

Les mutuelles couvrent une population relativement plus âgée...

La population couverte par un contrat complémentaire santé est légèrement plus âgée que la population générale, notamment lorsqu'il s'agit de la couverture par une mutuelle. Ainsi, en 2002, alors que 20,4 % de la population française était âgée de 60 ans ou plus, c'était le cas de 24 % des personnes couvertes par les groupements mutualistes, 22 % de celles couvertes par les sociétés d'assurances répondantes et 18 % de celles couvertes par les institutions de prévoyance (tableau 1).

L'âge plus élevé des personnes couvertes par les mutuelles peut en

partie s'expliquer par leur présence relativement plus ancienne sur le marché de la complémentaire santé, mais aussi par une offre de contrats collectifs plus réduite. En effet, la population bénéficiant de contrats collectifs est généralement plus jeune dans la mesure où l'adhésion à ce type de contrat, qui a lieu généralement par l'intermédiaire de l'entreprise, concerne pour l'essentiel des personnes en âge de travailler et leurs ayants droit. Or, dans les groupements mutualistes, les contrats individuels sont prépondérants : seuls 24 % de leurs assurés sont couverts par des contrats collectifs, qui ne représentent que 25 % des prestations versées. Dans les institutions de prévoyance, au contraire, 80 % des personnes sont couvertes par un contrat collectif (soit 82 % des prestations versées). Les institutions de prévoyance proposent, par ailleurs, des contrats individuels afin d'assurer, en application de la loi Évin du 31 décembre 1989, la continuité des droits aux assurés ne bénéficiant plus de contrats collectifs en raison d'un départ de l'entreprise (perte d'emploi, retraite...). Ainsi, pour les institutions de prévoyance, la corrélation entre la part des personnes couvertes par un contrat individuel et la part de celles âgées de 60 ans ou plus apparaît élevée (0,74), en raison des basculements vers un contrat individuel au moment de la retraite¹.

Toutefois, il nous faut noter qu'environ 12 % des assurés changent

2

T 01 structure démographique par tranche d'âge des assurés et personnes couvertes par type d'organisme

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Assurances*	
	Assurés	Personnes couvertes	Assurés	Personnes couvertes	Assurés	Personnes couvertes
moins de 30 ans	14,6	35,2	14,1	32,6	20,9	35,7
moins de 20 ans	1,7	23,1	0,5	22,4	1,1	21,8
de 20 ans à moins de 30 ans	12,9	12,1	13,6	10,2	19,8	13,9
de 30 ans à moins de 60 ans	52,1	40,7	68,2	49,0	57,1	42,6
30 ans à moins de 40 ans	16,4	12,8	23,9	14,8	23,7	16,3
de 40 ans à moins de 50 ans	17,8	13,9	24,6	18,7	18,4	14,2
50 ans à moins de 60 ans	17,9	14,0	19,7	15,5	15,0	12,1
de 60 ans ou plus	33,3	24,1	17,7	18,4	22,0	21,7
de 60 ans à moins de 75 ans	20,2	15,4	10,6	11,0	14,8	14,1
de 75 ans ou plus	13,1	8,7	7,1	7,4	7,2	7,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* contrats individuels uniquement.
Source : Drees, enquête statistique auprès des organismes d'assurance complémentaire à l'assurance maladie - 2002

1. Plutôt que d'offrir elles-mêmes des garanties individuelles, les institutions de prévoyance peuvent, en outre, choisir de créer des mutuelles dédiées aux contrats individuels, ce qui conduit à transférer vers les groupements mutualistes une population plus âgée.

d'organisme complémentaire d'une année sur l'autre², ce qui peut amener des modifications dans la structure démographique des clientèles.

... notamment les mutuelles de petite taille, qui offrent surtout des contrats individuels à adhésion libre

28 % des personnes couvertes par les mutuelles de petite taille, c'est-à-dire ayant versé chacune moins de 28 millions d'euros de prestations en 2002, sont âgées de 60 ans ou plus, alors que cette proportion n'est que de 22 % pour les mutuelles de taille plus importante, qui sont en cela comparables aux sociétés d'assurance, pour leurs seuls contrats individuels. Cette différence de structure démographique s'explique principalement par la place des contrats individuels chez les mutuelles de petite taille, celle des contrats collectifs y demeurant minoritaire. Au contraire, parmi les mutuelles de taille importante, on trouve surtout des mutuelles professionnelles ou interprofessionnelles, ainsi que des mutuelles de fonctionnaires, tandis que les petites mutuelles sont majoritairement composées de mutuelles dites à recrutement général³. Ainsi, l'analyse du contrat individuel couvrant le plus grand nombre de personnes au sein de chaque mutuelle (contrat « modal ») indique que, dans les mutuelles de taille importante, l'adhésion est réservée dans les trois quarts des cas à certaines catégories d'actifs (fonctionnaires, salariés d'un secteur d'activité...). Au contraire, pour quatre cinquièmes des contrats des mutuelles plus petites, l'adhésion est libre. Le fait de conditionner l'adhésion à une activité professionnelle conduit, comme pour les contrats collectifs, à couvrir une population globalement plus jeune. Néanmoins, au moment du

2. GRIGNON M., SITTA R., 2003 : « Qui change de couverture complémentaire maladie et pourquoi ? », *Questions d'économie de la santé*, n° 64, février.

3. Pour plus de précisions, voir ROUSSEL P., 2004 : « Les mutuelles en France : un panorama économique en 2001 », Drees, *Études et Résultats*, n° 299, mars.

E•1

L'enquête auprès des opérateurs d'assurance maladie complémentaire

La Drees réalise chaque année une enquête statistique auprès des opérateurs d'assurance maladie complémentaire. Le questionnaire a été envoyé pour la première fois aux mutuelles en 2002 les interrogeant sur l'année 2000. L'enquête a ensuite été étendue aux institutions de prévoyance et aux sociétés d'assurance. Dans cette étude ont été utilisées les données de l'année 2002. C'est en effet la première année pour laquelle la Drees dispose d'informations sur les trois types d'opérateurs.

Le champ des organismes interrogés n'est pas identique selon les trois types d'organismes :

- pour les mutuelles, les plus grandes (c'est-à-dire les 80 premières versant 73 % des prestations du secteur) ont été enquêtées exhaustivement tandis que les autres ont été échantillonnées selon le niveau de leurs prestations et leur nature (mutuelle professionnelle, mutuelle d'entreprise, mutuelle de fonctionnaires, mutuelle à recrutement général). En 2002, l'échantillon tiré représente 83 % 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 proposent des prestations d'assurance maladie, soit 51 entités. Celles collectant plus de 100 millions d'euros de cotisations représentent 69 % du secteur ;
- pour les sociétés d'assurance versant des prestations complémentaires à l'assurance maladie, les plus grandes réalisant 90 % du chiffre d'affaires du secteur ont été questionnées exhaustivement (soit 44 sociétés), les autres ont fait l'objet d'un échantillonnage (soit 29 sociétés). L'ensemble représente 94 % des cotisations.

Le taux de réponse global à l'enquête est de 40 %, ces organismes représentant 53 % des cotisations du secteur (tableau). Pour les institutions de prévoyance, les 49 % de répondantes concentrent 66 % des cotisations du secteur ; parmi les mutuelles, les 44 % de répondantes rassemblent 58 % des cotisations. Seulement 23 % des sociétés d'assurances (soit 31 % des cotisations) ont retourné le questionnaire. Pour ce dernier type d'opérateur, le faible taux de réponse peut pour partie s'expliquer par la méconnaissance de l'enquête liée à sa nouveauté. Les résultats de l'enquête doivent d'autant plus être interprétés avec précaution pour les sociétés d'assurance.

Globalement, les sociétés d'assurance ne semblent pas avoir été en mesure de fournir des informations concernant les contrats collectifs. En effet, le mode de commercialisation et/ou de gestion de ces contrats (courtiers, délégation) ne leur permet pas toujours de disposer des données demandées. Il n'a donc pas été possible d'exploiter la partie de l'enquête relative à ces « contrats collectifs » pour les sociétés d'assurance. De façon générale, les organismes enquêtés signalent des difficultés à remplir cette partie : le fait de créer des contrats sur mesure pour les entreprises rend difficile la désignation d'un contrat minimum et maximum. Le contrat modal est plus aisément identifiable et correspond alors à l'entreprise cliente ayant le plus grand nombre de salariés. Les contrats individuels des institutions de prévoyance ne seront pas non plus décrits dans cette étude en raison d'une trop forte concentration, une des institutions de prévoyance regroupant à elle seule près de 60 % des personnes couvertes.

Les données exploitées ont été redressées en fonction du taux de sondage. Elles ont également été corrigées des non-réponses, par pondération selon la taille des organismes complémentaires, et également selon la nature du groupement pour les mutuelles. En outre, afin de tenir compte de la taille des organismes, les réponses concernant le descriptif de l'offre de contrats ont été pondérées par le poids de chaque organisme en termes de personnes couvertes.

Taux de réponse selon le type d'organisme complémentaire

	Taille de l'échantillon	Nombre de répondantes	Part des répondantes	Montant des cotisations de l'échantillon (en milliers d'euros)	Montant des cotisations des répondantes (en milliers d'euros)	Part des répondantes (en % des cotisations)
Sociétés d'assurance	73	17	23 %	3 752	1 175	31 %
Institutions de prévoyance	51	25	49 %	3 573	2 362	66 %
Mutuelles	219	96	44 %	8 478	4 903	58 %
Ensemble	343	138	40 %	15 803	8 440	53 %

Lecture : 44 % des mutuelles échantillonnées ont renvoyé le questionnaire 2002. Elles représentent 58 % des cotisations.

Source : Drees, enquête statistique auprès des organismes d'assurance complémentaire à l'assurance maladie - 2002

départ à la retraite, les contrats individuels des mutuelles de fonctionnaires et des mutuelles professionnelles continuent à couvrir leurs assurés, contrairement aux institutions de prévoyance, qui les orientent vers des contrats individuels, parfois mutualistes. Ainsi, l'âge moyen de la population couverte par les mutuelles devrait-il encore augmenter dans l'avenir avec le vieillissement de la population.

L'ensemble des sociétés d'assurance et les deux tiers des mutuelles déterminent les tarifs de leurs contrats individuels en fonction de l'âge des adhérents

En ce qui concerne les contrats souscrits à titre individuel, l'ensemble des sociétés d'assurance et les deux tiers des mutuelles déclarent faire croître leurs tarifs en fonction de l'âge des assurés (tableau 2). Cette tarification plus systématique en

fonction de l'âge peut inciter certains jeunes adultes, le plus souvent sans ayant droit, à souscrire de préférence un contrat individuel d'assurance maladie complémentaire auprès d'une société d'assurance plutôt que d'un groupement mutualiste. Ainsi, 20 % des assurés qui ont souscrit un contrat individuel auprès d'une société d'assurance ont un âge compris entre 20 et 30 ans, alors que cette proportion est limitée à 13 % pour les groupements mutualistes. À l'inverse, il est dans certains cas moins coûteux pour les personnes âgées de 60 ans ou plus d'être assurées auprès d'un groupement mutualiste. Toutefois les trois quarts des « petites » mutuelles, dont la population couverte est plus âgée, établissent leurs tarifs en fonction de l'âge, contre seulement un peu plus de la moitié de celles qui ont une taille plus importante.

Toujours pour les seuls contrats individuels, les organismes qui fixent le plus fréquemment leurs tarifs en tenant compte de l'âge (sociétés d'assurance mais aussi mutuelles de

petite taille), sont aussi ceux pour lesquels les limites d'âge à l'adhésion sont plus élevées, voire inexistantes. Pour leurs contrats individuels modaux, seulement 53 % des petites mutuelles indiquent une limite d'âge à l'adhésion, de 64 ans en moyenne, contre 69 % des plus grandes, avec une limite d'âge de 54 ans en moyenne. Les sociétés d'assurance imposent quant à elles presque toujours (92 %) une limite d'âge à l'adhésion, mais cette limite est élevée, à 72 ans en moyenne. Deux tiers des mutuelles et des sociétés d'assurance qui modulent leurs tarifs en fonction de l'âge font également varier le prix selon l'âge d'adhésion.

Peu d'organismes demandent de remplir un questionnaire de santé avant la souscription d'un contrat

Peu d'organismes demandent en revanche aux assurés de remplir un questionnaire médical avant la souscription d'un contrat. Par principe,

4

T • 02 les niveaux de prestations offerts par les contrats les plus souscrits

en %

	Institutions de prévoyance <i>contrats collectifs</i>	Mutuelles <i>contrats collectifs</i>	Mutuelles <i>contrats individuels</i>	Sociétés d'assurance <i>contrats individuels</i>
Conditions d'accès Part des contrats les plus souscrits imposant : • Une limite d'âge pour la souscription du contrat	nd	17	64	92
Honoraires et soins ambulatoires Part des contrats les plus souscrits prenant en charge : • Les dépassements des consultations et visites • Les dépassements des consultations et visites supérieurs à 150 % du TC • Les dépassements des frais d'analyses médicales et de radiologie • Les dépassements des frais d'auxiliaires médicaux	71 44 72 69	68 39 46 36	17 3 13 29	70 11 82 67
Hospitalisation Part des contrats les plus souscrits prenant en charge : • Les séjours en psychiatrie • Le forfait chambre particulière • Les frais d'accompagnement d'un enfant • Les frais d'accompagnement d'une personne handicapée	nd nd 70 18	nd 91 90 14	97 94 98 57	93 89 nd 38
Appareillages Part des contrats les plus souscrits prenant en charge : • les prothèses auditives • les prothèses capillaires • les prothèse mammaires • le fauteuil roulant	nd 62 67 nd	nd 79 76 71	95 88 89 83	96 76 80 81

nd : donnée non diffusable

Lecture : 64 % des contrats individuels les plus souscrits auprès des mutuelles (cf. note méthodologique) imposent une limite d'âge lors de la souscription du contrat.

Source : Drees, enquête statistique auprès des organismes d'assurance complémentaire à l'assurance maladie - 2002

les mutuelles ne sont pas concernées puisqu'elles n'ont pas légalement le droit de sélectionner leur clientèle sur la base de critères médicaux. En effet, le Code de la mutualité précise, depuis 2002, que « pour les opérations individuelles et collectives à adhésion facultative relatives au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, les mutuelles et les unions exerçant une activité d'assurance [...] ne peuvent en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de leurs membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé ». De fait, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, qui sont les seules à être autorisées à le faire, utilisent rarement ce procédé. Les contrats « solidaires », pour lesquels l'organisme ne recueille pas d'informations médicales préalables et ne fixe pas le montant des cotisations ou des primes en fonction de l'état de santé des assurés, ainsi que les contrats souscrits auprès des institutions de prévoyance, sont en effet, depuis le 1^{er} octobre 2002, exonérés de la taxe sur les conventions d'assurance⁴. On peut donc penser que, au moins depuis cette date, les sociétés d'assurance limitent volontairement le recours au questionnaire médical afin de pouvoir bénéficier de cette exonération.

4. Les contrats d'assurance maladie sont assujettis à la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) au taux de 7 % lorsqu'ils ont pour objet la couverture de frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, des frais d'analyse ou d'appareillage, ainsi que des dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations – frais de séjour, d'hospitalisation ou de transport – (ce sont des prestations en nature) et l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré lorsque son état physique nécessite un arrêt temporaire de travail (il s'agit de prestations en espèces). L'assiette de la taxe est constituée par les primes et cotisations des contrats d'assurance. Toutefois, plusieurs contrats sont exonérés de la TCA notamment les contrats souscrits auprès des institutions de prévoyance ainsi que les contrats « solidaires » pour lesquels l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré et pour lesquels les cotisations ou les primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

E•2

Les informations recueillies dans l'enquête

Le questionnaire comportait plusieurs thèmes relatifs aux organismes et aux contrats d'assurance complémentaire santé. Il s'agissait d'apporter un éclairage sur la démographie des assurés et des personnes couvertes par les organismes complémentaires, et sur les niveaux de remboursement proposés par les contrats. Les contrats individuels et les contrats collectifs sont traités dans deux parties différentes du formulaire mais décrits selon les mêmes critères. Les opérateurs complémentaires étaient ainsi amenés à décrire précisément trois de leurs contrats : le contrat dit « modal » couvrant le plus grand nombre de personnes, le contrat dit « minimum » défini par la couverture dentaire et optique la plus faible et le contrat dit « maximum » défini par la couverture dentaire et optique la plus élevée, à la suite des travaux de l'Irdes qui font apparaître ces domaines comme les plus discriminants sur la qualité des contrats¹. Dans le cas où l'organisme répondant ne proposait qu'un seul type de contrat (24 % des mutuelles répondantes), le contrat modal était également le contrat « minimum » et « maximum ».

Sur l'aspect démographique, le questionnaire destiné aux mutuelles et institutions de prévoyance différait de celui adressé aux sociétés d'assurances. En effet, dans le premier cas, les organismes enquêtés devaient ventiler selon l'âge et le sexe leur nombre d'assurés (ouvrant droits) et le nombre de personnes couvertes par l'ensemble de leurs contrats. Dans le second cas, les contrats individuels et collectifs étaient distingués.

Concernant les niveaux de remboursement, l'analyse porte principalement sur les caractéristiques du contrat modal (contrat le plus fréquemment souscrit), celles des contrats « minimum » et « maximum » permettant de compléter l'étude en tenant compte de la diversité de gamme des contrats offerts. Pour les mutuelles, le contrat « modal » représente 64 % de la population couverte par un contrat individuel et 50 % de la population couverte par un contrat collectif. Ces proportions sont beaucoup plus faibles pour les institutions de prévoyance (12 % pour les contrats collectifs) et les sociétés d'assurance (19 % pour les contrats individuels) qui se caractérisent par une gamme de contrats beaucoup plus diverse (tableau). Six domaines particuliers ont été distingués : le remboursement des honoraires et soins médicaux, des dépenses de pharmacie, d'appareillage, dentaire et l'optique, des frais d'hospitalisation, et enfin une catégorie en soit concernant les clauses particulières (âge limite de souscription, questionnaire médical à remplir lors de la souscription...).

La formulation des questions concernant le dentaire et l'optique permet en principe de couvrir l'ensemble des formulations trouvées dans les garanties de complémentaire santé. Afin de pouvoir comparer les différents niveaux de couverture, les remboursements des opérateurs complémentaires ont été comparés pour l'achat d'un bien précis, une fois déduit le remboursement de la Sécurité sociale. Le choix des biens a été défini après consultation des travaux de l'Irdes. Pour le dentaire, le bien choisi est une prothèse céramo-métallique sur dent visible d'un prix de 750 euros. La Sécurité sociale remboursant 75,25 euros, le montant remboursé par l'organisme complémentaire peut être au plus de 674,75 euros. Pour l'optique, la paire de lunettes choisie se compose d'une monture à 100 euros et de verres multi-focaux ou progressifs ayant une sphère située en dehors de la zone allant de -8,00 à +8,00 dioptries à 250 euros l'un. La Sécurité sociale rembourse 33,75 euros, laissant à la charge du patient ou de l'organisme complémentaire la somme de 566,25 euros.

Représentativité des contrats modaux par type d'organisme

	Institutions de prévoyance contrats collectifs	Mutuelles contrats collectifs	Mutuelles contrats individuels	Sociétés d'assurance contrats individuels
Nombre moyen de contrats proposés (avec ou sans option possible)	13	20	10	9
Nombre moyen de personnes couvertes	200 877	29 072	65 921	141 518
Nombre moyen de personnes couvertes par le contrat modal	24 606	14 447	42 312	26 338
Part du contrat modal dans l'ensemble des contrats	12 %	50 %	64 %	19 %

Source : Drees, enquête statistique auprès des organismes d'assurance complémentaire à l'assurance maladie - 2002

1. Ibidem, COUFFINHAL A., PERRONNIN M. (2004).

Des gammes de contrats plus diversifiées pour les sociétés d'assurance

Le niveau de couverture des contrats varie selon qu'ils sont individuels ou collectifs, et suivant le type d'organisme assureur. Pour appréhender la gamme de contrats offerte par les différents opérateurs, trois types de contrats ont été analysés : les contrats les plus souscrits auprès de chacun des opérateurs, appelés ici « contrats modaux », les contrats dits « minimum » apportant, au sein de la gamme proposée par un opérateur, les garanties les plus limitées en matière de couverture des prothèses dentaires et de l'optique, et les contrats dits « maximum » garantissant à l'inverse, dans la gamme d'un opérateur, les couvertures les plus élevées pour ces mêmes prestations⁵.

La part des assurés couverts par le contrat « modal » de chaque organisme donne une première indication de l'étendue de la gamme des contrats proposés. Plus celle-ci est élevée,

moins la gamme de ces contrats est diversifiée, mais avec des variations sensibles selon le type d'opérateur et la nature du contrat. Dans les mutuelles, les contrats individuels modaux bénéficient ainsi à 64 % de la population couverte, contre seulement 19 % pour les sociétés d'assurance. En ce qui concerne les contrats collectifs, les contrats « modaux » bénéficient à 50 % de la population couverte par les mutuelles mais seulement à 12 % de celles relevant des institutions de prévoyance.

L'étude des couvertures proposées par chacun des trois types de contrats analysés fournit une seconde indication sur la diversité de la gamme des contrats offerts. Elle montre que la gamme de contrats individuels proposés par les sociétés d'assurance est beaucoup plus diversifiée que celle des autres organismes. Le rapport entre les remboursements « maximum » et « minimum » prévus en matière d'optique par les contrats individuels offerts par les sociétés d'assurance est ainsi proche de 7 alors qu'il est environ de 3 pour les institutions de prévoyance et de

l'ordre de 2 pour les mutuelles. Il en est de même en matière de prothèses dentaires où le rapport entre les remboursements « maximum » et « minimum » prévus en la matière par les contrats individuels offerts par les sociétés d'assurance est légèrement supérieur à 5, alors qu'il est à peine supérieur à 2 pour les mutuelles et inférieur à 4 pour les institutions de prévoyance (tableau 3).

Les remboursements des prothèses dentaires sont en moyenne plus élevés dans le cadre des contrats collectifs mutualistes

La formulation des garanties relatives à la couverture des prothèses dentaires est très variable selon les contrats. Ceux-ci comportent aussi bien des forfaits (exprimés en euros ou en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale), que des remboursements en pourcentage du tarif conventionnel ou, plus rarement, des frais réels (dans la limite d'un plafond). Afin de comparer les niveaux

6

T
• 03

les remboursements des organismes complémentaires en dentaire et en optique

	Institutions de prévoyance <i>contrats collectifs</i>	Mutuelles <i>contrats collectifs</i>	Mutuelles <i>contrats individuels</i>	Sociétés d'assurance <i>contrats individuels</i>
Dentaire : montant moyen remboursé à l'assuré pour une prothèse céramo-métallique sur dent visible à 750 € (après remboursement de 75,25 € par la Sécurité sociale)				
Contrat « minimum »	99 €	149 €	124 €	69 €
Contrat modal	184 €	230 €	192 €	134 €
Contrat « maximum »	364 €	326 €	266 €	349 €
Ratio remboursement contrat maximum sur contrat minimum	3,7	2,2	2,1	5,1
Optique : montant moyen remboursé à l'assuré pour une paire de lunettes pour adulte à 600 € (après remboursement de 33,75 € par la Sécurité sociale)				
Contrat « minimum »	62 €	113 €	90 €	49 €
Contrat modal	154 €	189 €	145 €	124 €
Contrat « maximum »	192 €	281 €	190 €	321 €
Ratio remboursement contrat maximum sur contrat minimum	3,1	2,5	2,1	6,6

Lecture : pour une prothèse céramo-métallique sur dent visible à 750 €, les mutuelles verseront en moyenne, la somme de 192 € à un assuré couvert par le contrat individuel le plus souscrit (contrat modal), 124 € à un assuré couvert par le contrat individuel « minimum » (couvrant le moins bien en dentaire et en optique) et 266 € à un assuré couvert par le contrat individuel « maximum ». Ainsi, le remboursement moyen des contrats individuels « minimum » des mutuelles est inférieur de moitié à celui des contrats individuels « maximum ».

Dans le cas où l'organisme répondant ne proposait qu'un contrat, le contrat modal était également le contrat « minimum » et le contrat « maximum », ce qui tend à réduire la gamme de contrats étudiés.

Source : Drees, enquête statistique auprès des organismes d'assurance complémentaire à l'assurance maladie - 2002

5. Les contrats « minimum » et « maximum » retenus pour l'analyse couvrent au moins 100 personnes.

de garantie offerts par les différents types de contrats, le montant remboursé au patient par l'organisme complémentaire, en plus du remboursement de la Sécurité sociale a été calculé pour un « cas-type », c'est-à-dire pour un bien de référence précis. Suite aux travaux de l'Irdes⁶, le bien de référence choisi est une prothèse céramo-métallique sur dent visible d'une valeur de 750 euros. La Sécurité sociale rembourse à l'assuré pour ce type de prothèse 70 % du tarif conventionnel (107,5 euros), soit 75,25 euros. Il reste donc 674,75 euros à la charge de l'assuré, qui peuvent être remboursés intégralement ou pour partie par l'organisme complémentaire. Avec un montant de 134 euros, le remboursement moyen proposé par les assureurs ayant répondu à l'enquête dans le cadre de leurs contrats individuels « modaux » est en moyenne plus limité que celui des autres opérateurs (tableau 3). Ce sont les mutuelles qui proposent les remboursements les plus importants, avec une moyenne de 230 euros pour les contrats collectifs les plus fréquemment souscrits et de 192 euros pour les contrats individuels du même type. Ceci confirme que, pour la couverture dentaire, les contrats collectifs prévoient de façon générale des garanties plus élevées que les contrats individuels. Les mutuelles paraissent également proposer des couvertures collectives « modales » prévoyant des remboursements plus élevés que les institutions de prévoyance (de 46 euros en moyenne).

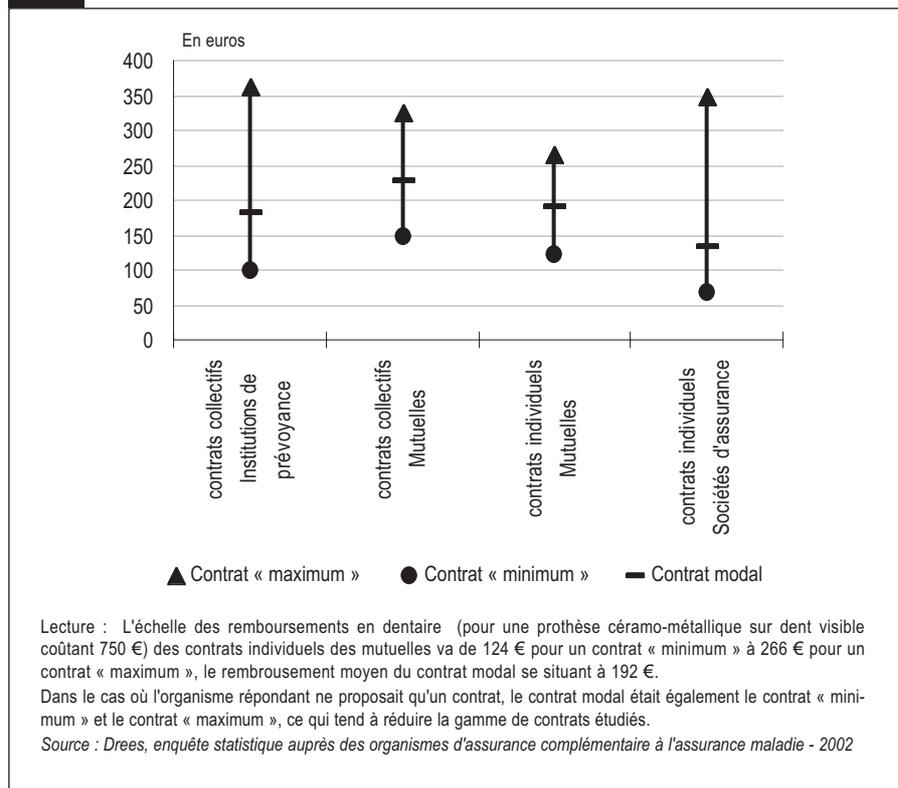
Comme les contrats les plus fréquemment souscrits, les contrats d'entrée de gamme des mutuelles prévoient des remboursements en dentaire plus élevés que ceux proposés par les autres organismes. Pour une prothèse dentaire à 750 euros, elles

remboursent ainsi 149 euros en moyenne au titre de leurs contrats collectifs « minimum » et 124 euros au titre de leurs contrats individuels de même type, contre moins de 100 euros en moyenne pour les autres organismes complémentaires (graphique 1). En revanche, les montants remboursés au titre des prothèses dentaires dans le cadre de contrats dits « haut de gamme » sont cette fois plus faibles pour les mutuelles, en particulier pour les contrats individuels (266 euros). Ils sont au contraire plus élevés dans les contrats individuels « maximum » proposés par les sociétés d'assurance et se rapprochent même des garanties « maximum » proposées dans les contrats collectifs, en particulier celles offertes par les institutions de prévoyance (tableau 3). Les sociétés d'assurance se caractérisent donc bien, surtout dans le domaine des prothèses dentaires, par une offre de contrats individuels plus dispersée que les autres opérateurs, rendant plus difficile l'appréciation des montants de remboursements « moyens ».

Les lunettes sont mieux remboursées par les contrats collectifs mutualistes et par les contrats d'assurance « haut de gamme »

La formulation des garanties n'est pas non plus homogène dans le domaine de l'optique selon la nature des contrats. Dans certains cas, la couverture peut même être fonction du niveau de correction du verre. Pour simplifier l'analyse, le cas étudié ici est celui d'un patient de plus de 18 ans ayant besoin d'une seule paire de lunettes dans l'année. Le bien de référence choisi est une paire de lunettes avec une monture à 100 euros et une paire de verres complexes (multi-focaux ou progressifs ayant une sphère située en dehors de la zone allant de -8,00 à +8,00 dioptries) à 500 euros, soit 250 euros le verre⁷. Le choix de ce verre complexe et de son prix associé permet de différencier l'offre de remboursement de chaque organisme complémentaire.

G.01 remboursement moyen en dentaire pour une prothèse céramo-métallique sur dent visible coûtant 750 €



6. COUFFINHAL A., PERRONNIN M., 2004, « Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement », *Questions d'économie de la Santé*, n° 80, février.

7. Ibidem, COUFFINHAL A., PERRONNIN M. (2004).

Le tarif de responsabilité est de 2,84 euros pour la monture et de 49,08 euros pour la paire de verres étudiée. La Sécurité sociale rembourse 65 % de ce tarif soit 33,75 euros, sur les 600 euros déboursés. Une fois déduit le remboursement de la Sécurité sociale, ce sont une nouvelle fois les bénéficiaires de contrats collectifs mutualistes qui se révèlent les mieux couverts, avec un montant moyen versé à l'assuré de 189 euros dans le cadre des contrats les plus fréquemment souscrits (graphique 2). De même, les contrats collectifs modaux proposés par les mutuelles se confirment être plus généreux que leurs contrats individuels, la différence de remboursement atteignant 44 euros en moyenne. Avec un remboursement moyen de 154 euros, les contrats collectifs modaux des institutions de prévoyance se situent un peu en dessous de ceux des mutuelles. Les contrats individuels modaux proposés par les sociétés d'assurance prévoient, quant à eux, les remboursements les plus faibles : 124 euros en moyenne, 442

euros restant à la charge de l'assuré. Néanmoins, il existe là encore une grande disparité dans les niveaux de remboursement suivant le type de contrat individuel souscrit auprès des assureurs. Si le montant moyen versé au titre des contrats d'entrée de gamme est lui aussi relativement faible (49 euros), il est en revanche particulièrement élevé pour les contrats « haut de gamme » (321 euros). Ainsi, en optique, le remboursement moyen des contrats individuels « haut de gamme » des sociétés d'assurance dépasse ce qui est proposé dans les contrats collectifs « haut de gamme » des autres opérateurs, qu'il s'agisse des mutuelles (281 euros) ou des institutions de prévoyance (192 euros).

Des dépassements d'honoraires également mieux pris en charge par les contrats collectifs

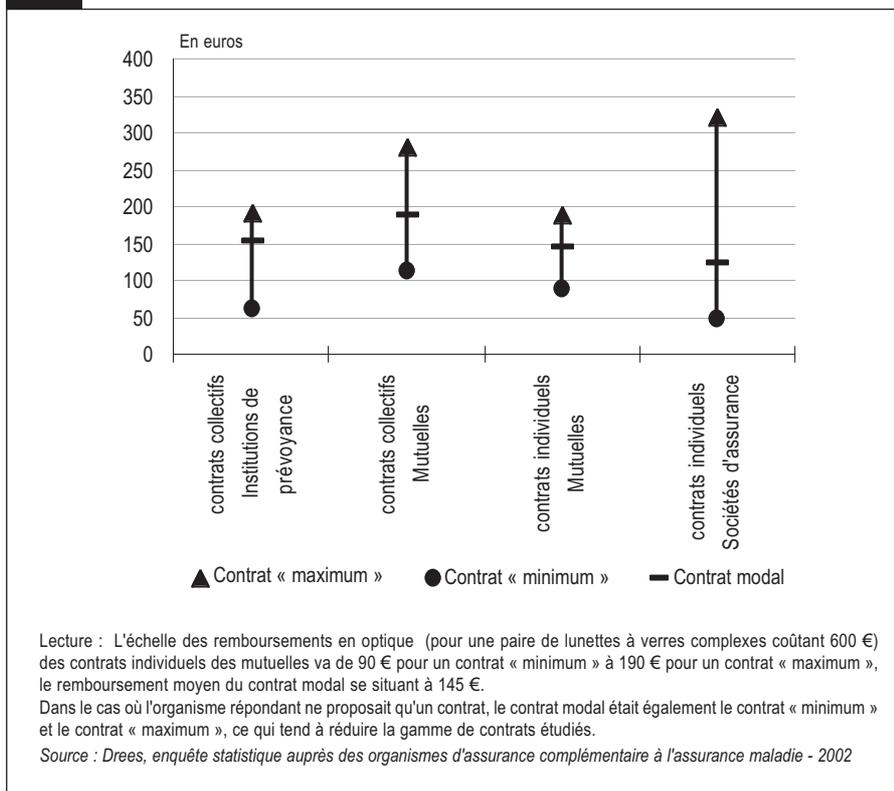
La prise en charge des dépassements d'honoraires est relativement

générale dans le cadre des contrats collectifs proposés en 2002 : plus des deux tiers des contrats collectifs « modaux » offerts par les mutuelles et les institutions de prévoyance assurent ce type de prise en charge. Le niveau de prise en charge de ces dépassements est aussi plus élevé que dans les contrats individuels. Ainsi, 39 % des contrats collectifs les plus fréquemment offerts par les mutuelles et 44 % de ceux des institutions de prévoyance remboursent les consultations et visites au-delà de 150 % du tarif conventionnel (tableau 2). Les contrats collectifs des institutions de prévoyance sont d'ailleurs en ce domaine les plus avantageux : 23 % des contrats collectifs les plus fréquemment souscrits remboursent la totalité de la dépense engagée, ce que ne font ni les mutuelles ni les assureurs dans le cadre de leurs contrats modaux.

Ce sont les contrats individuels modaux proposés par les mutuelles qui prennent le moins souvent en charge les dépassements d'honoraires. Ainsi, concernant le remboursement des consultations et visites, seuls 17 % des contrats individuels les plus souscrits auprès des mutuelles prévoient ce type de prise en charge (graphique 3). De fait, la majorité se contente de compléter le remboursement de la Sécurité sociale à hauteur de 100 % du tarif conventionnel, soit 20 euros pour la consultation d'un médecin généraliste et 23 euros pour celle d'un spécialiste. Seuls 3 % des contrats modaux individuels remboursent plus de 150 % du tarif de convention, soit 30 euros pour une consultation de généraliste et 34,5 euros pour celle d'un spécialiste. Le remboursement des dépassements d'honoraires est d'ailleurs plus souvent le fait de petites mutuelles, qui peuvent souhaiter attirer par ce moyen une clientèle plus exigeante en termes de prise en charge.

À l'opposé des mutuelles, les sociétés d'assurance prennent plus souvent en charge, au moins en partie, des dépassements d'honoraires : c'est le cas de 70 % de leurs contrats individuels les plus fréquemment souscrits, dont il faut cependant rap-

remboursement moyen en optique pour une paire de lunettes à verres complexes coûtant 600 €



peeler qu'ils ne couvrent qu'une partie assez faible des assurés. Le niveau de cette prise en charge est toutefois le plus souvent limité, puisque les consultations et visites tarifées au-delà de 150 % du tarif conventionnel ne sont remboursées que par 11 % des contrats individuels « modaux » proposés par les sociétés d'assurance. La prise en charge moyenne que ces contrats assurent est de 130 % du tarif conventionnel, ce qui représente 26 euros pour la consultation d'un généraliste et 29,9 euros pour celle d'un spécialiste.

Les prestations sont beaucoup plus restreintes dans les contrats « entrée de gamme » de l'ensemble des opérateurs, notamment dans les contrats individuels. Ainsi, chez les sociétés d'assurance, 90 % des contrats de ce type ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires. Cette proportion atteint même 97 % dans les contrats individuels « minimum » des mutuelles, dont 20 % complètent à moins de 100 % du tarif conventionnel le remboursement des consultations et visites. En ce qui concerne les contrats collectifs d'entrée de gamme, les mutualistes sont les plus avantageés : 44 % de ces contrats remboursent une partie des dépassements d'honoraires contre moins de 17 % des contrats équivalents des institutions de prévoyance. En effet, la majeure partie (83 % des contrats collectifs « minimum » des institutions de prévoyance ne remboursent pas au-delà du tarif conventionnel et 36 % remboursent même moins.

À l'opposé des contrats « minimum », les contrats « haut de gamme » sont plutôt généreux pour le remboursement des consultations et visites, exceptés les contrats individuels des mutuelles. Les assurés les plus avantageés sont ceux bénéficiant d'un contrat collectif souscrit auprès des institutions de prévoyance. En effet, 98 % des contrats collectifs « maximum » décrits remboursent plus de 150 % du tarif conventionnel des consultations et visites. Cette proportion est de 70 % pour les contrats équivalents des mutuelles. En revanche, près de la moitié des contrats

individuels « haut de gamme » des mutuelles ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires, s'éloignant ainsi de ce qui s'observe dans les autres types de contrats.

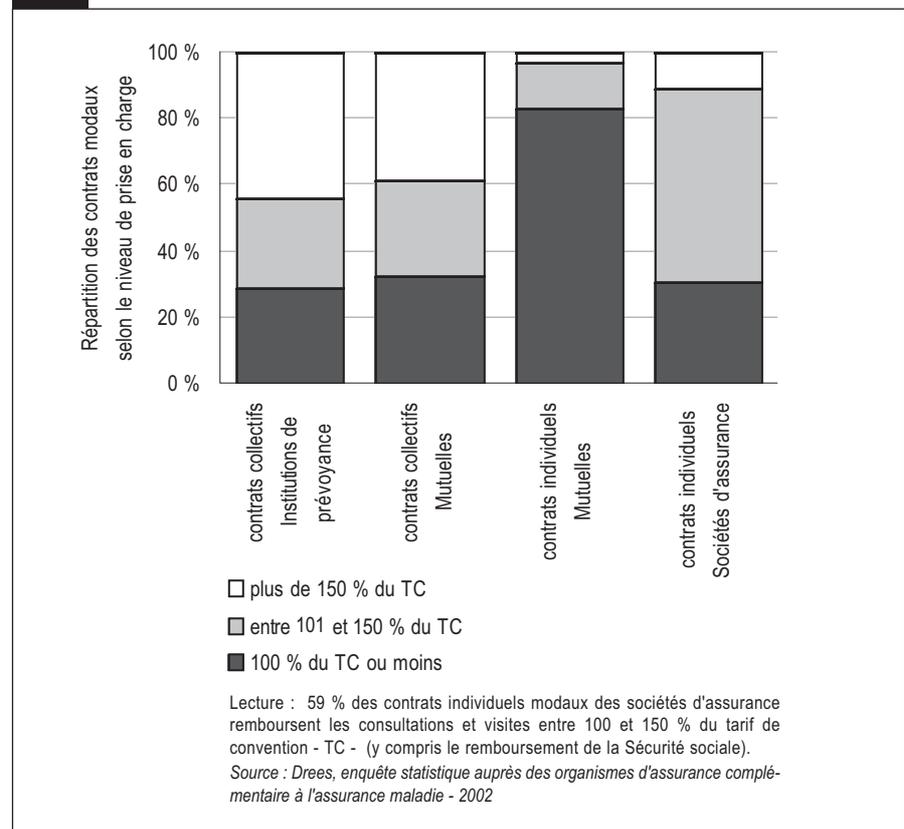
Les différences de remboursement entre opérateurs sont similaires en ce qui concerne les frais d'analyse médicale, de radiologie, d'auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes...). Cependant, même si les opérateurs complémentaires indiquent des prises en charge supérieures à 100 % du tarif conventionnel, il est important de préciser que cette situation reste assez théorique, ces postes de dépenses ne donnant souvent pas lieu à des dépassements d'honoraires.

En ce qui concerne la pharmacie, dès lors que les médicaments sont pris en charge par le régime d'assurance maladie, la grande majorité des organismes complémentaires complètent le remboursement de la Sécurité sociale soit à hauteur de 100 % du tarif conventionnel, soit à

100 % des frais réels. Cela se vérifie, quel que soit l'opérateur, pour l'ensemble des contrats les plus fréquemment souscrits, en ce qui concerne les médicaments à vignette blanche pris en charge à 65 %. En revanche, pour les médicaments à vignette bleue (au service médical rendu modéré), remboursés à 35 % par la Sécurité sociale, une part non négligeable des mutuelles (21 %) ne prend pas entièrement en charge le ticket modérateur. La différence est surtout marquée au niveau des contrats d'entrée de gamme en dentaire et en optique. En effet, si les sociétés d'assurance prennent en charge à 100 % la pharmacie dans le cadre de leurs contrats « minimum », les restrictions sont plus fortes dans les contrats individuels « minimum » des mutuelles et dans les contrats collectifs « minimum » des institutions de prévoyance. Ainsi, pour les produits pharmaceutiques remboursés à 35 %, plus d'un tiers de ces contrats ne complètent pas à hauteur de 100 %

G
•03

niveau de prise en charge des consultations et visites dans les contrats les plus souscrits



du tarif conventionnel le remboursement versé par la Sécurité sociale.

La majorité des contrats prennent en charge le forfait journalier au-delà de 90 jours

Lors d'une hospitalisation dans un hôpital public ou dans une clinique privée conventionnée, les frais d'hospitalisation sont pris en charge selon les cas, à 100 % ou à 80 % par les caisses d'assurance maladie (hospitalisation lourde, accouchement...). Dans cette dernière hypothèse, le patient doit donc acquitter un ticket modérateur, correspondant à 20 % des frais d'hospitalisation (forfait journalier compris) ainsi que d'éventuels suppléments de confort (chambre individuelle...) ou des dépassements d'honoraires. Tous les organismes complémentaires d'assurance maladie prennent en charge le forfait journalier mais cette durée de prise en charge

varie fortement selon les contrats. En outre, une part marginale de ces opérateurs ne couvre pas les séjours en psychiatrie. Dès lors que ces contrats modaux prennent en charge l'hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique, plus de la moitié assurent une prise en charge du forfait hospitalier au-delà de 90 jours (graphique 4). Dans les institutions de prévoyance, plus de huit contrats collectifs sur dix parmi les plus fréquemment souscrits ne limitent pas la durée de prise en charge, alors que cette proportion est inférieure à 35 % pour les contrats modaux proposés par les autres opérateurs. En conséquence, seuls 9 % des contrats collectifs modaux des institutions de prévoyance prennent en charge le forfait journalier pour une durée inférieure à 90 jours. Globalement, la plupart des contrats modaux dépassent un mois de prise en charge puisque la part de ceux couvrant une durée plus courte va de 11 % à 15 %, selon le type de

contrats et d'opérateurs. Les contrats collectifs les plus souscrits auprès des mutuelles limitent le plus souvent leur prise en charge à une période comprise entre un et deux mois (33 % des contrats) tandis que cette limite se situe plutôt entre quatre mois et un an dans le cadre de leurs contrats individuels (32 %). Par ailleurs, certains contrats ne couvrent que l'hospitalisation et ont été classés parmi les contrats « minimum », alors que leur générosité était dans les faits élevée.

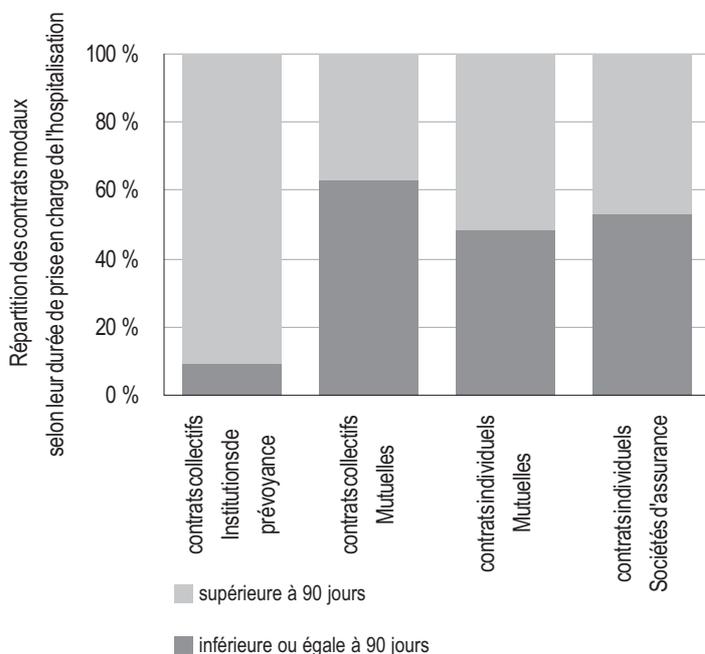
Lors des séjours d'hospitalisation, la grande majorité des contrats prévoient par ailleurs le remboursement d'un forfait pour la chambre particulière (tableau 2). Le montant moyen de ce forfait est sensiblement plus élevé pour les contrats individuels modaux proposés par les assurances, atteignant 59 euros par jour contre 38 euros pour les contrats individuels des mutuelles, 43 euros pour leurs contrats collectifs et 47 euros pour ceux des institutions de prévoyance.

Les contrats collectifs des mutuelles sont donc une nouvelle fois plus favorables pour ce type de prestations que leurs contrats individuels. Les mutuelles se distinguent en revanche par ces contrats individuels modaux qui prévoient la prise en charge des frais d'accompagnement des personnes handicapées, frais qui ne sont souvent pas remboursés par les autres types de contrats.

Des prises en charge généralement plus limitées pour les prothèses mammaires et capillaires, ainsi que pour les fauteuils roulants

Le terme « appareillage » regroupe de nombreux types de biens allant de la prothèse auditive au fauteuil roulant. Quasiment tous les contrats les plus fréquemment souscrits auprès des organismes complémentaires prennent en charge les prothèses auditives, ce qui n'est par exemple pas le cas des prothèses mammaires ou capillaires (tableau 2). Ces deux derniers types de prothèses sont dans la plupart des cas remboursés dans les contrats indivi-

G 04 durée de prise en charge du forfait journalier lors de l'hospitalisation (y compris psychiatrique) dans les contrats les plus souscrits



Lecture : Parmi les contrats collectifs les plus souscrits auprès des institutions de prévoyance, 9 % imposent une limite de prise en charge du forfait journalier inférieure ou égale à 90 jours lors d'une hospitalisation tandis que 91 % imposent une limite supérieure.

Champ : les organismes complémentaires prenant en charge l'hospitalisation, y compris les séjours psychiatriques.

Source : Drees, enquête statistique auprès des organismes d'assurance complémentaire à l'assurance maladie - 2002

duels le plus souvent souscrits auprès des mutuelles (88 % des contrats) et un peu moins souvent par les contrats collectifs modaux des institutions de prévoyance (moins de 67 % des contrats). Quant au fauteuil roulant, souvent pris en charge par les organismes complémentaires d'assurance maladie, il l'est de manière inégale et est mieux couvert par les contrats mutualistes que par les contrats des autres organismes.

Ainsi, les contrats les plus fréquemment souscrits auprès des mutuelles prévoient le remboursement d'en moyenne 224 % du tarif conventionnel⁸ en individuel et 252 % en collectif tandis que, les institutions de prévoyance prennent en charge jusqu'à 212 % du tarif conventionnel dans le cadre de leurs contrats collectifs modaux, et les sociétés d'assurance 167 % dans le cadre de leurs contrats individuels modaux. Dans ces conditions, un fauteuil roulant relativement simple (propulsion manuelle, pliant, à dossier inclinable) ayant un tarif de responsabilité de 603,65 euros en 2005, ferait l'objet d'un remboursement global de 1 352 euros en individuel et 1 519 euros en collectif pour les mutuelles contre 1 282 euros pour les institutions de prévoyance et 1 009 euros pour les sociétés d'assurance (tableau 4). Les contrats mutualistes les plus répandus proposent parfois un forfait monétaire

pour ce type de remboursement : en moyenne 316 euros pour les contrats individuels et 197 euros pour les contrats collectifs, ce plafond se révélant moins avantageux pour l'assuré que l'expression de la garantie en pourcentage du tarif de responsabilité.

Comme on a pu le constater pour l'optique ou le dentaire, les contrats mutualistes « d'entrée de gamme » sont également plus généreux pour le remboursement du fauteuil roulant que les contrats équivalents décrits par les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Ainsi, pour le fauteuil roulant cité plus haut, le montant total remboursé à un assuré ayant souscrit un contrat d'entrée de gamme auprès d'une mutuelle peut atteindre 1 321 euros dans le cadre d'un contrat collectif et 1 210 euros dans le cadre d'un contrat individuel. Ce montant est seulement de 1 049 euros s'il a souscrit un tel contrat en collectif auprès d'une institution de prévoyance et 1 196 euros s'il l'a souscrit en individuel auprès d'une société d'assurance.

À l'inverse, les contrats mutualistes « haut de gamme », en particulier individuels, sont moins généreux pour la prise en charge du véhicule pour personne handicapée physique que les autres types d'organisme. Le montant remboursé est inférieur à 1 500 euros pour les contrats in-

dividuels « maximum » des mutuelles alors qu'il est supérieur à 2 100 euros pour les contrats de même type des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance.

Le rapport entre le remboursement d'un contrat « haut de gamme » et le remboursement d'un contrat « d'entrée de gamme » est plus faible pour les groupements mutualistes (1,4 en individuel, 2 en collectif) que pour les autres organismes (2,5 pour les contrats individuels des sociétés d'assurance, 3,6 pour les contrats collectifs des institutions de prévoyance).

Mais si le tarif officiel du fauteuil roulant de référence est de 600 euros, les modèles légers coûtent plus de 1 000 euros et les modèles « confort » (souvent jugés indispensables si la personne handicapée reste longtemps dans son fauteuil) peuvent atteindre voire excéder 3 000 euros. Pour un modèle léger « haut de gamme » à 3 000 euros, les contrats les plus souscrits auprès des opérateurs d'assurance complémentaire laissent à l'assuré un reste à charge moyen élevé allant de 1 500 à 2 000 euros, la différence étant peu marquée avec les contrats « d'entrée de gamme ». Avec un contrat « haut de gamme », ce reste à charge est plus faible dans la plupart des contrats mais il reste tout de même supérieur en moyenne à 800 euros. ●

T les remboursements des organismes complémentaires pour un fauteuil roulant

•04

	Institutions de prévoyance <i>contrats collectifs</i>	Mutuelles <i>contrats collectifs</i>	Mutuelles <i>contrats individuels</i>	Sociétés d'assurance <i>contrats individuels</i>
Montant moyen remboursé à l'assuré par l'organisme complémentaire pour un fauteuil roulant à propulsion manuelle, pliant, à dossier inclinable dont le tarif de responsabilité est de 603,65 euros*				
Contrat « minimum »	445 € (1049 €)	718 € (1321 €)	607 € (1210 €)	593 € (1196 €)
Contrat modal	679 € (1282 €)	916 € (1519 €)	748 € (1352 €)	406 € (1009 €)
Contrat « maximum »	1594 € (2197 €)	1448 € (2051 €)	864 € (1468 €)	1512 € (2115 €)
Ratio remboursement contrat maximum sur contrat minimum	3,6	2,0	1,4	2,5

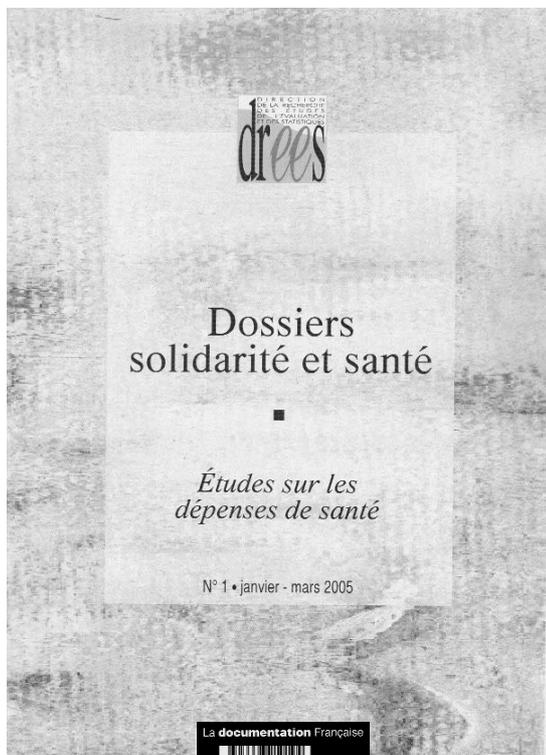
* entre parenthèses figure le montant global remboursé à l'assuré (organisme complémentaire + Sécurité sociale)

Lecture : pour un fauteuil roulant à propulsion manuelle, pliant, à dossier inclinable dont le tarif de responsabilité est de 603,65 €, les mutuelles verseront en moyenne, la somme de 748 € à un assuré couvert par le contrat individuel le plus souscrit (contrat modal), 607 € à un assuré couvert par le contrat individuel « minimum » (couvrant le moins bien en dentaire et en optique) et 864 € à un assuré couvert par le contrat individuel « maximum ». Ainsi, le remboursement moyen des contrats individuels « maximum » des mutuelles est 1,4 fois supérieur à celui des contrats individuels « minimum ». En plus de ce remboursement de l'organisme complémentaire, la Sécurité sociale remboursera 100 % du tarif conventionnel à l'assuré soit 603,65 €.

Dans le cas où l'organisme répondant ne proposait qu'un contrat, le contrat modal était également le contrat « minimum » et le contrat « maximum », ce qui tend à réduire la gamme de contrats étudiés.

Source : Drees, enquête statistique auprès des organismes d'assurance complémentaire à l'assurance maladie - 2002

8. Il s'agit du remboursement global (sécurité sociale + organisme complémentaire).



DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ N° 1 JANVIER - MARS 2005

A paraître en mai

ÉTUDES SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ

Prix : 11,20 euros (4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé
sont diffusés par la Documentation
Française
29, quai Voltaire 75344 - Paris cedex 07

Renseignements,
commande et abonnement annuel au :
01 40 15 70 00

Commande en ligne :
www.ladocfrancaise.gouv.fr

Derniers numéros parus :

- Les revenus sociaux en 2003
N° 4, octobre-décembre 2004
- Études diverses
N° 3, juillet-septembre 2004
- Les indicateurs sociaux dans l'Union européenne :
avancement et perspectives
N° 2, avril-juin 2004
- Outils et méthodes statistiques pour les politiques de
santé et de protection sociale
N° 1, janvier-mars 2004

au sommaire de ce numéro

L'ASSURANCE MALADIE CONTRIBUE-T-ELLE À REDISTRIBUER LES REVENUS ?

Laurent CAUSSAT, Sylvie LE MINEZ et Denis RAYNAUD

COMPARAISON INTERNATIONALE DES DÉPENSES DE SANTÉ : UNE ANALYSE DES ÉVOLUTIONS DANS SEPT PAYS (1970-2002)

Karim AZIZI et Céline PEREIRA

LES DÉTERMINANTS DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Nathalie MISSÉGUE et Céline PEREIRA

INDICATEURS DÉPARTEMENTAUX DE DÉPENSES DE SANTÉ

Céline PEREIRA, Marie PODEVIN et Denis RAYNAUD

LA RÉGULATION DE LA MÉDECINE AMBULATOIRE EN FRANCE : QUEL EFFET SUR LE COMPORTEMENT DES MÉDECINS LIBÉRAUX ?

Éric DELATTRE et Brigitte DORMONT