

Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques  
DREES

SERIE  
SOURCES ET METHODES

**DOCUMENT  
DE  
TRAVAIL**

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

Marie-Laure Arnould

n° 3 – octobre 2008

## Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>I. Présentation de l'enquête .....</b>	<b>7</b>
I.1 Présentation générale .....	7
I.2 Les variables de l'enquête.....	8
I.3 Quelques statistiques descriptives.....	9
<b>II. Sélection de l'échantillon de contrats .....</b>	<b>12</b>
II.1 Présentation des données .....	12
II.2 Sélection de l'échantillon d'étude .....	13
II.3 Représentativité de l'échantillon final d'étude .....	14
II.4 Variables des modèles de régression .....	15
II.5 Cotisations mensuelles moyennes .....	18
<b>III. Modèles de régression .....</b>	<b>20</b>
III.1 Modèle pour les contrats individuels .....	20
III.2 Modèle global (contrats individuels et collectifs) .....	21
III. 3 Modèle pour les contrats collectifs.....	22
III.4 Développements .....	23
<b>Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête.....</b>	<b>25</b>
<b>Annexe 2 : Tableaux de résultats de l'enquête .....</b>	<b>35</b>

## Introduction

La Drees effectue chaque année une enquête auprès des complémentaires santé (mutuelles, institutions de prévoyance et assurances) qui porte sur les garanties des contrats modaux, c'est-à-dire les trois contrats individuels et les deux contrats collectifs les plus fréquemment souscrits auprès de chaque organisme.

Le nouveau questionnaire de l'enquête<sup>1</sup> recueille des informations sur les cotisations d'assurance des contrats modaux. Il s'agit des cotisations reçues par l'organisme complémentaire, qu'elles soient payées par l'assuré ou non (participation éventuelle de l'employeur<sup>2</sup> ou du comité d'entreprise pour les contrats collectifs).

Tous contrats modaux confondus (individuel et collectif, mutuelle, institution de prévoyance et assurance), la prime mensuelle moyenne par bénéficiaire est de 38 €<sup>3</sup>. Pour les contrats collectifs elle se situe à 35 € et est assez homogène entre les trois types d'organismes : 31 € pour les assurances, 33 € pour les institutions de prévoyance et 37 € pour les mutuelles. Cette cotisation est plus élevée en individuel (39 €) et l'on constate au contraire une assez forte hétérogénéité des primes moyennes selon le type d'organisme. Elle varie ainsi de 36 € pour les assurances, à 39 € pour les mutuelles et atteint 49 € pour les institutions de prévoyance. Cette dernière cotisation plus élevée peut s'expliquer en partie par la structure démographique de la population couverte plus âgée (79 % des bénéficiaires de contrats individuels d'institution de prévoyance ont plus de 60 ans) et par le fait que 69 % des organismes fixent les prix des contrats individuels en fonction de l'âge.

Cependant la comparaison du montant moyen des primes ne donne qu'un résultat partiel compte tenu des différences de niveaux de garanties et de populations couvertes rendant nécessaire une analyse multidimensionnelle, qui permet de contrôler la diversité des contrats. Un modèle de régression a ainsi été construit pour les contrats individuels afin d'analyser les facteurs explicatifs du montant de la cotisation par bénéficiaire selon les principales caractéristiques du contrat : niveau de remboursement pour les consultations, l'optique complexe, la prothèse dentaire, la chambre particulière, le type d'organisme et l'âge de la population couverte par l'organisme (encadré 3). Les premières variables s'interprètent comme un niveau de qualité du contrat. D'autres garanties ont en effet été testées (remboursement de la pharmacie, prise en charge du forfait journalier hospitalier...) mais n'apportent pas plus d'informations dans le modèle car les niveaux de garanties d'un contrat sont en général assez proportionnels<sup>4</sup>.

L'étude révèle que le niveau des primes augmente avec les niveaux de garantie. Par rapport à un contrat se limitant au remboursement des consultations à 100 % du tarif conventionnel, la prise en charge partielle de dépassements d'honoraires (remboursement inférieur à 200 %) entraîne une hausse modérée des primes (4 €). Quant à la prise en charge des consultations

---

<sup>1</sup> Utilisé depuis l'enquête 2005.

<sup>2</sup> D'après l'enquête de l'IRDES, lorsque l'employeur participe au financement de la complémentaire santé, il intervient en moyenne à hauteur de 58 % - Couffinhal A., Grandfils N., Grignon M., Rochereau T., 2004, « La complémentaire maladie d'entreprise », IRDES, Questions d'économie de la santé n°83, juin.

<sup>3</sup> Calculs effectués sur les 770 contrats retenus pour le modèle de régression.

<sup>4</sup> Arnould M.L., Rattier M.O., Raynaud D., 2006, « Les contrats d'assurance maladie complémentaire, une typologie en 2003 », DREES, Études et Résultats, n°490, mai.

au-delà de 200 % du tarif conventionnel, elle engendre une très nette augmentation mensuelle de cotisation de l'ordre de 15 €. Les contrats qui proposent un remboursement moyen en optique et dentaire coûtent à l'assuré 8 € de plus que ceux se limitant au ticket modérateur en optique ou en dentaire (ces contrats sont toutefois peu nombreux puisqu'ils représentent 5,5 % des contrats étudiés). De même, les contrats « haut de gamme » (remboursement optique supérieur à 250 € et remboursement dentaire supérieur à 300 €) coûtent 15 € de plus que les contrats « bas de gamme ». Enfin, l'âge de la population couverte par l'organisme intervient également pour déterminer le montant de la prime : les contrats des organismes couvrant une population plutôt âgée coûtent 13 € supplémentaires par rapport aux autres contrats<sup>5</sup>.

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

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

Depuis 2005 sort tous les ans une étude de la Drees consacrée aux complémentaires santé. Elles permettent de décrire les niveaux de remboursement des contrats pour les principales prestations telles que les consultations, l'optique, le dentaire ou l'hospitalisation.

La dernière publication de mai 2008 porte sur les contrats offerts en 2006 et s'intéresse particulièrement à la mise en place des contrats responsables. Pour la première fois, a été effectuée une analyse des cotisations mensuelles moyennes. Une étude descriptive permet de calculer un montant moyen de cotisation à 38 € par bénéficiaire et par mois. Une analyse multidimensionnelle vient la compléter en modélisant le montant moyen de cotisations par les principales caractéristiques des contrats. La présentation des modèles obtenus est l'objet central de ce document de travail.

Le présent document de travail a pour principal objectif de présenter la méthodologie utilisée pour étudier les cotisations des contrats des complémentaires santé, ainsi que de donner quelques résultats complémentaires à ceux publiés dans le numéro 635 d'Études et Résultats<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> L'enquête ne permet pas de déterminer au niveau individuel l'impact de l'âge de l'assuré sur le montant de sa cotisation mensuelle. D'après le rapport du Fonds CMU sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2006, les contrats individuels couvrant une personne et bénéficiant de l'ACS coûtent deux fois plus cher pour les plus de 60 ans que pour les 25-29 ans.

<sup>6</sup> Arnould M.L., Rattier M.O., 2008, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006 », DREES, *Études et Résultats*, n°490, mai.

# **I. Présentation de l'enquête**

## ***I.1 Présentation générale***

La Drees réalise chaque année une enquête auprès des organismes d'assurance maladie complémentaire, afin de mieux connaître les contrats proposés. L'enquête a d'abord concerné les mutuelles (données 2000) avant d'être étendue aux institutions de prévoyance (2001) puis aux sociétés d'assurance (2002). Lors de l'enquête portant sur l'année 2005, le questionnaire a été profondément remanié, significativement allégé et recentré sur l'offre de soins proposée par les contrats les plus souscrits. Les organismes complémentaires interrogés doivent décrire les caractéristiques de leurs trois contrats individuels et de leurs deux contrats collectifs couvrant le plus grand nombre de personnes, appelés « contrats modaux ». Les questions portent sur le nombre d'assurés, de bénéficiaires et sur les cotisations collectées pour chacun des contrats. Des précisions doivent être données sur la formation du montant des cotisations puis sur les clauses particulières des contrats. Les organismes détaillent ensuite les niveaux de remboursement des garanties, regroupées en six grands thèmes : pharmacie, honoraires et soins ambulatoires, appareillage, optique, dentaire, hospitalisation et prévention (cf. questionnaire en annexe 1).

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

L'échantillon d'organismes interrogés est issu d'un sondage stratifié par type et taille des organismes.

Pour les mutuelles, les plus grandes sont enquêtées de façon exhaustive, tandis que les autres sont échantillonnées selon leur taille.

Les institutions de prévoyance sont toutes interrogées dès lors qu'elles offrent des prestations complémentaires santé.

Pour les sociétés d'assurance versant des prestations complémentaires maladie, les plus grandes sont interrogées exhaustivement et les autres font l'objet d'un échantillonnage.

Les données exploitées sont redressées en fonction du taux de sondage. Elles sont également corrigées des non-réponses, par repondération 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.

**Tableau 1 - Taux de réponse selon le type d'organisme complémentaire**

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

Lecture : 84 % des mutuelles enquêtées ont renvoyé le questionnaire 2006. Elles représentent 94 % des cotisations  
Sources : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2006.

## ***1.2 Les variables de l'enquête***

Les informations disponibles sur les contrats sont les suivantes :

- niveau de remboursement des médicaments à vignette blanche (65 %) ;
- niveau de remboursement des médicaments à vignette bleue (35 %) ;
- niveau de remboursement des médicaments à vignette orange (15 %) ;
- niveau de remboursement d'une consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2, dans le parcours de soins ;
- niveau de remboursement d'une consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2, hors du parcours de soins ;
- niveau de remboursement des prothèses auditives ;
- niveau de remboursement de la prothèse capillaire ;
- niveau de remboursement de l'optique simple ;
- niveau de remboursement de l'optique complexe ;
- remboursement des lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (oui/non) ;
- niveau de remboursement de la prothèse céramo-métallique sur dent visible ;
- remboursement du dentaire non pris en charge par la Sécurité sociale (oui/non) ;
- remboursement de l'implant dentaire (oui/non) ;
- niveau de prise en charge de la participation forfaitaire de 18 € sur les actes médicaux lourds ;
- remboursement du forfait journalier en médecine (montant, durée) ;
- remboursement du forfait journalier en soins de suite et de réadaptation (montant, durée) ;
- remboursement du forfait journalier en psychiatrie (montant, durée) ;
- niveau de remboursement des honoraires hospitaliers ;
- remboursement de la chambre particulière (montant, durée) ;
- prise en charge des frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé (oui/non) ;
- prise en charge des actes de prévention (oui/non).

### ***1.3 Quelques statistiques descriptives***

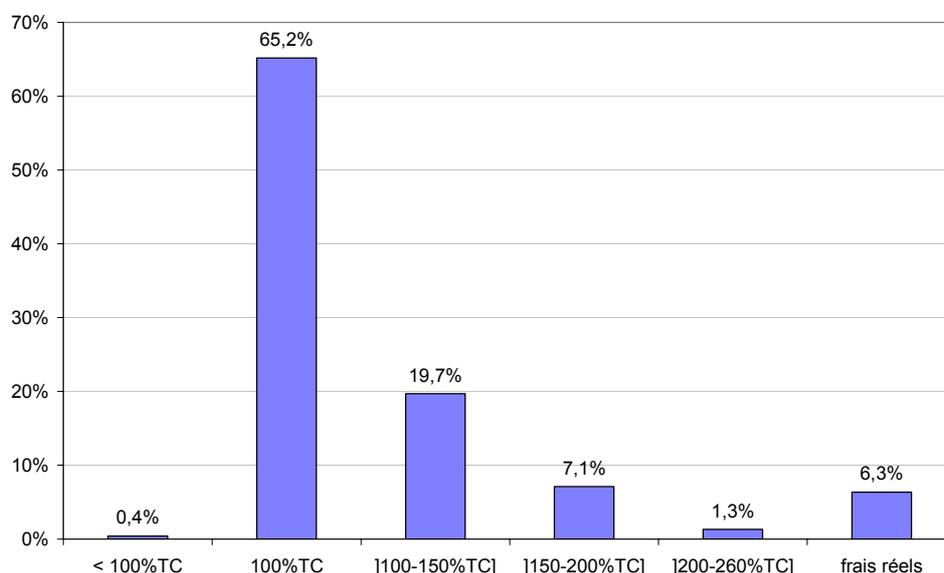
Sont présentées ci-dessous quelques statistiques descriptives sur les variables conservées pour les modèles de régression présentés dans la troisième partie.

#### **Remboursement des consultations**

Les deux tiers des contrats remboursent uniquement le ticket modérateur. De rares contrats ne le remboursent pas mais il est à noter que ce sont alors des contrats non responsables.

Un tiers des contrats prennent en charge des dépassements d'honoraires, mais seuls 6 % des contrats complètent la totalité des frais engagés pour une consultation réglée 60 € au médecin.

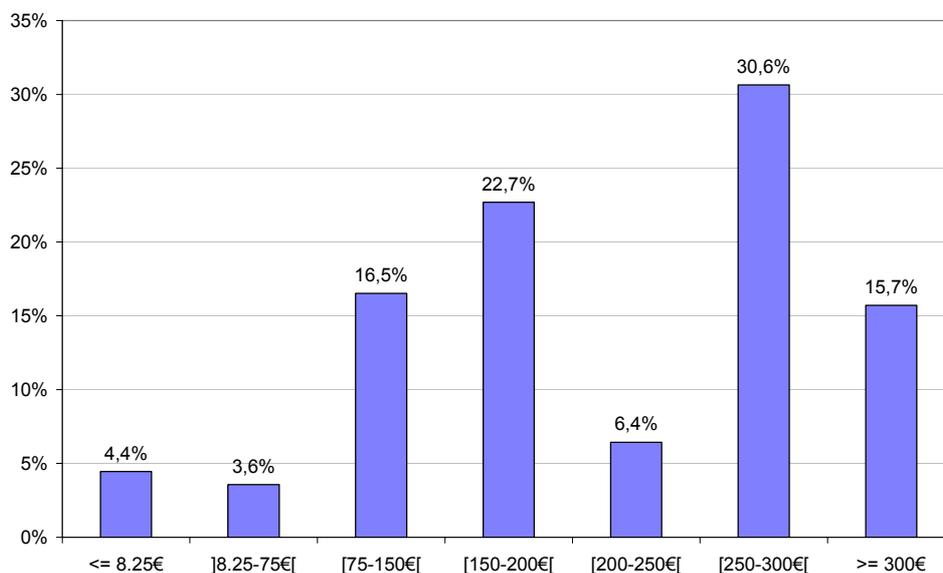
**Graphique 1 : Répartition des contrats selon le remboursement des consultations de médecins spécialistes, dans le parcours de soins**



#### **Remboursement de l'optique complexe**

Une large majorité des contrats vont au-delà du remboursement du ticket modérateur pour des lunettes à verres complexes, étant donnée la faible prise en charge de la Sécurité sociale (15,33 €). La moitié des contrats remboursent toutefois moins de 205 € pour une paire de lunette facturée 500 €.

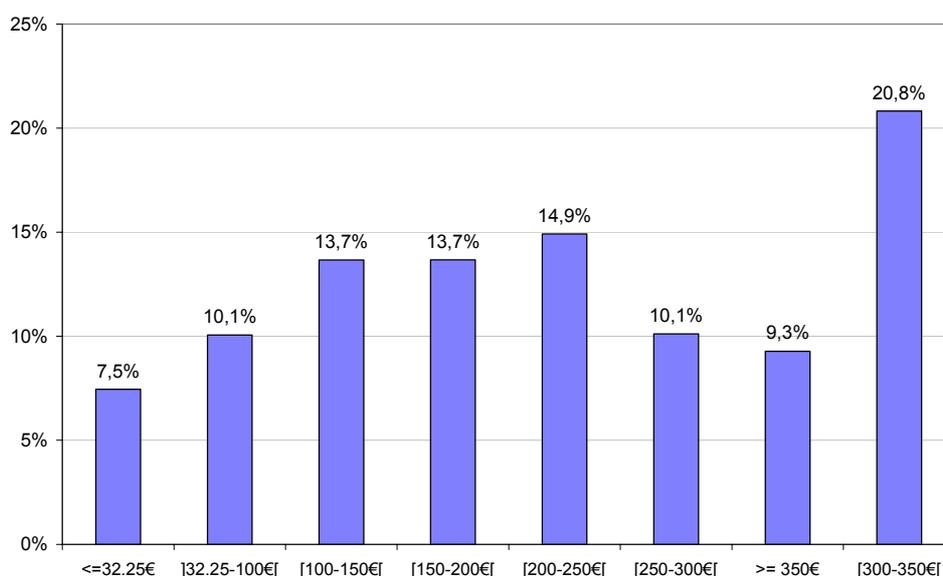
**Graphique 2 - Répartition des contrats selon le remboursement de l'optique complexe**



### **Remboursement de la prothèse dentaire**

La prothèse dentaire fait également l'objet d'un remboursement modéré de la part de la Sécurité sociale. 7,5 % des contrats ne dépassent pas le remboursement du ticket modérateur (32,25 €), et la moitié des contrats remboursent moins de 230 €.

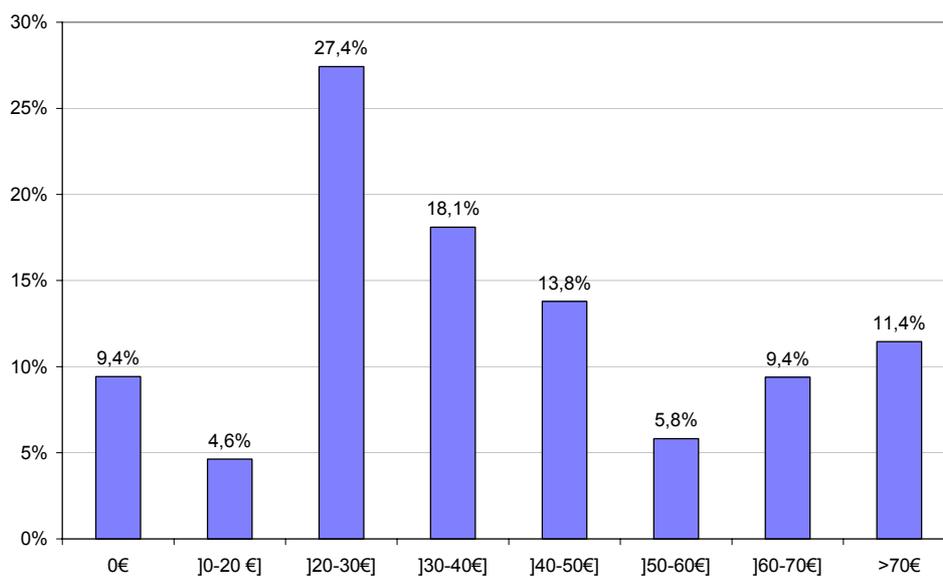
**Graphique 3 : Répartition des contrats selon le remboursement de la prothèse dentaire**



## Remboursement de la chambre particulière

Si la prise en charge du forfait journalier hospitalier lors d'un séjour en médecine est quasi-automatique pour les tous contrats des complémentaires santé, le remboursement de la chambre particulière ne concerne que 91 % des contrats et le montant remboursé est très variable. Près de 46 % des contrats proposent une prise en charge entre 20 et 40 € par jour et seuls 11 % des contrats vont au-delà de 70 € par jour.

Graphique 4 - Répartition des contrats selon la prise en charge de la chambre particulière en médecine



## II. Sélection de l'échantillon de contrats

### II.1 Présentation des données

Le bilan de l'enquête 2006 fait état de 957 contrats complétés, appartenant à 258 organismes. La non-réponse partielle est rare (les contacts avec les organismes permettent d'obtenir les éventuelles réponses manquantes), sauf pour les questions portant sur la démographie (par exemple la répartition par classe d'âge des assurés et des bénéficiaires) et sur le montant de cotisations perçues.

Pour les contrats, lorsque le nombre de bénéficiaires n'était pas indiqué, il a été estimé. Cela était indispensable pour l'étude des remboursements, qui s'effectue en pondérant les contrats par le nombre de bénéficiaires<sup>7</sup>. Par contre pour le montant des cotisations, aucune imputation n'a été effectuée. Ainsi, sur les 957 contrats, seuls 865 contrats ont indiqué le montant de cotisations, les autres contrats étant écartés pour l'étude des cotisations.

On calcule pour chacun des contrats le montant moyen de cotisation mensuelle par bénéficiaire. Sur un même contrat, le nombre de personnes couvertes (assurés et ses ayants droit) étant variable (1,6 pour les contrats individuels et 2,1 pour les collectifs), on s'intéresse à la prime moyenne par bénéficiaire, pour éliminer l'effet « effectif » du contrat.

Il faut noter qu'il s'agit des cotisations reçues par l'organisme complémentaire, qu'elles soient payées par l'assuré ou non (participation éventuelle de l'employeur ou du comité d'entreprise pour les contrats collectifs).

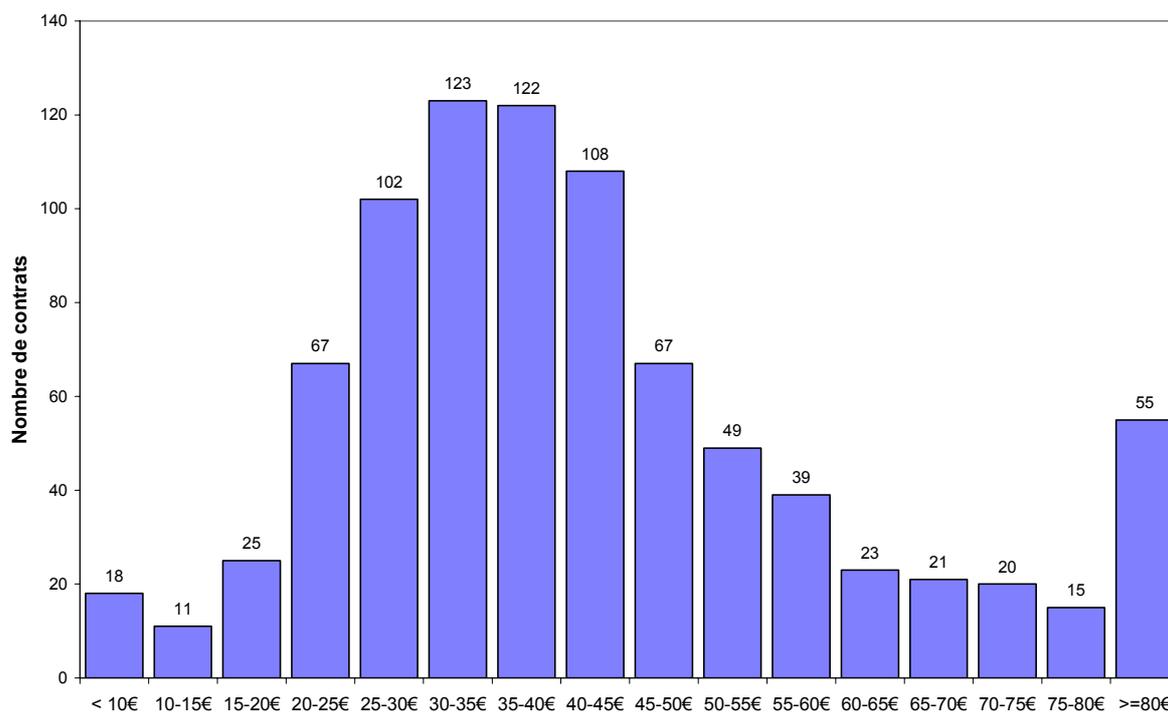
Il faut également noter que ce calcul de la cotisation mensuelle permet de faire une approximation du niveau moyen de prime. En effet, pour certains contrats, un tel calcul peut induire en erreur. C'est le cas de contrats nouveaux sur le marché ou au contraire de contrats en « extinction ». Dans ces deux cas, le montant de cotisations collectées sur l'ensemble de l'année 2006 et le nombre de personnes protégées au 31 décembre 2006 peuvent être assez déconnectés, le rapport des deux nombres n'ayant alors pas de sens. De tels contrats sont difficilement repérables a priori, mais le choix de travailler sur un échantillon restreint permet d'en éliminer certains.

Une première analyse des cotisations fait apparaître que certaines valeurs semblent « aberrantes », soit très faibles, soit très élevées. En effet, voici la répartition des cotisations des 865 contrats :

---

<sup>7</sup> En plus de la pondération corrigeant du taux de sondage et du taux de non-réponse.

**Graphique 5 - Cotisation mensuelle moyenne des contrats – non pondéré**



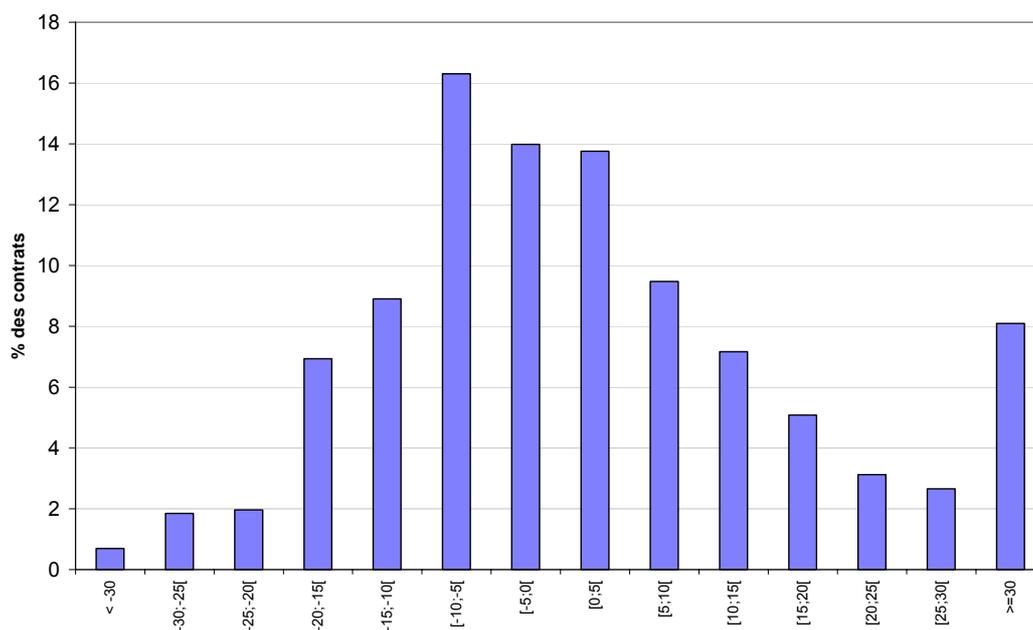
## ***II.2 Sélection de l'échantillon d'étude***

Pour poursuivre l'étude des cotisations, on écarte les 5 % de contrats ayant les cotisations les plus faibles, les 5 % de contrats ayant les cotisations les plus élevées, ainsi que quelques contrats très particuliers, comme par exemple certains contrats « étudiants ».

On retient ainsi 772 contrats à partir desquels on construit un premier modèle de régression.

À partir des résultats de ce premier modèle, on effectue une sélection des observations : on calcule pour chacun des 865 contrats (même pour ceux n'ayant pas servi à la construction du modèle) la cotisation mensuelle prédite par le modèle, ainsi que l'erreur de prévision, c'est-à-dire l'écart entre la cotisation prédite et la cotisation réelle.

Graphique 6 - Répartition des contrats selon le montant du résidu



On calcule la moyenne et l'écart-type de la série des résidus, informations que l'on utilise pour sélectionner l'échantillon final d'étude. En effet, on ne conserve que les contrats dont le résidu est compris dans l'intervalle suivant :

] moyenne – 1,5 écart-type ; moyenne + 1,5 écart-type [

Plusieurs intervalles ont été testés en en faisant varier l'ampleur (moyenne  $\pm$  1 écart-type, 1,25 écart-type, 2 écart-type... ). Le choix retenu de 1,5 écart-type résulte d'un arbitrage pour exclure le maximum de contrats « suspects » tout en gardant le plus de contrats possible.

On écarte également trois contrats supplémentaires dont une étude plus individuelle fait apparaître des montants de cotisation « suspects ».

Une fois cette sélection effectuée, il reste 770 contrats soit 487 contrats individuels et 283 contrats collectifs. Ces 770 contrats constituent l'échantillon final d'étude.

### ***II.3 Représentativité de l'échantillon final d'étude***

Le fait que le montant de cotisations perçues soit inconnu pour une partie des contrats ainsi que la sélection d'un échantillon de contrats restreint baisse légèrement la représentativité de l'étude. Cependant, les 770 contrats retenus couvrent 21,7 millions de bénéficiaires.

Il est à noter que les contrats collectifs sont moins bien représentés que les contrats individuels, surtout pour les institutions de prévoyance ce qui oblige à interpréter les résultats avec prudence.

**Tableau 2 - Représentativité des contrats conservés pour le modèle de régression final**

		Nombre de contrats dans l'enquête	Nombre de contrats conservés pour l'étude des cotisations	Représentativité, en nombres de contrat (%)	Représentativité, en nombre de bénéficiaires des contrats (%)
Mutuelles	contrats individuels	467	377	81	93
	contrats collectifs	231	204	88	72
Institutions de prévoyance	contrats individuels	70	38	54	85
	contrats collectifs	70	53	76	43
Assurances	contrats individuels	89	72	81	91
	contrats collectifs	30	26	87	96
Ensemble des organismes	contrats individuels	626	487	78	94
	contrats collectifs	331	283	85	63
	<b>ensemble des contrats</b>	<b>957</b>	<b>770</b>	<b>81</b>	<b>85</b>

#### ***II.4 Variables des modèles de régression***

Nous souhaitons expliquer le niveau moyen de cotisation mensuelle des contrats par ses caractéristiques, notamment les niveaux de prise en charge des principales prestations.

L'ensemble des variables de l'enquête ne peuvent pas être toutes introduites dans le modèle car d'une part il existe une corrélation plus ou moins forte entre certaines d'entre elles, et d'autre part elles ne s'avèrent pas forcément discriminantes. Par exemple pour la pharmacie, le ticket modérateur est remboursé par 98 % des contrats pour les médicaments à vignette blanche, et par 86 % des contrats pour médicaments à vignette bleue. Quant aux médicaments à vignette orange, ils n'ont d'existence qu'en 2006 et 2007. Leur prise en charge a peu d'effet sur le prix global du contrat.

Les variables retenues sont quantitatives, mais en fait ce sont de « fausses » quantitatives dans le sens où un nombre limité de valeurs sont prises. Par exemple, pour le remboursement des consultations, seuls 47 niveaux de remboursements distincts sont proposés par les 957 contrats étudiés<sup>8</sup>. Ainsi, 3,3 % des contrats proposent un remboursement à 120 % TC, alors qu'ils ne sont que 0,6 % à proposer un remboursement entre 101 et 119 % TC.

---

<sup>8</sup> 47 niveaux de remboursements distincts sont proposés par rapport à une consultation facturée 60 €, soit un remboursement maximum de 260,9 % TC. Les remboursements supérieurs à ce montant ou exprimés comme « 100 % des frais réels » sont ramenés à ce niveau de 260,9 % TC.

Pour palier ce problème de discontinuité des valeurs prises, nous regroupons les valeurs de remboursements par classes afin d'utiliser par la suite des variables qualitatives. Sont présentées ci-dessous les classes créées pour les variables retenues dans l'étude.

### Consultations : trois classes de remboursement

- Classe 1 : remboursement inférieur ou égal à 100 % du tarif conventionnel ;
- Classe 2 : remboursement supérieur à 100 % TC et inférieur ou égal à 200 % du tarif conventionnel ;
- Classe 3 : remboursement supérieur à 200 % du tarif conventionnel.

### Optique complexe : trois classes de remboursement

- Classe 1 : remboursement inférieur ou égal à 8,253 € (ticket modérateur) ;
- Classe 2 : remboursement supérieur à 8,253 € et inférieur à 250 € ;
- Classe 3 : remboursement supérieur ou égal à 250 €.

### Prothèse dentaire : trois classes de remboursement

- Classe 1 : remboursement inférieur ou égal à 32,25 € (ticket modérateur) ;
- Classe 2 : remboursement supérieur à 32,25 € et inférieur à 300 € ;
- Classe 3 : remboursement supérieur ou égal à 300 €.

Les remboursements en optique et en dentaire étant assez corrélés, on ne peut introduire ces deux variables dans le modèle. On crée une nouvelle variable optique/dentaire, tenant compte du remboursement de l'optique complexe et de la prothèse dentaire.

### Optique/dentaire en 4 classes de remboursement

Dentaire \ Optique	≤ 32,25 €	> 32,25 € et < 300 €	≥ 300 €		
≤ 8,25 €	1				
> 8,25 € et < 250 €				2	3
≥ 250 €				3	4

- Classe 1 : remboursement faible en optique et/ou en dentaire (inférieur ou égal au ticket modérateur) ;
- Classe 2 : remboursement moyen (remboursement optique compris entre 8,25 et 250 € et remboursement dentaire compris entre 32,25 € et 300 €) ;
- Classe 3 : remboursement fort en optique **ou** en dentaire ;
- Classe 4 : remboursement fort en optique **et** dentaire.

### **Chambre particulière en chirurgie : trois classes de remboursement**

Classe 1 : remboursement inférieur ou égal à 30 € par jour (y compris les contrats qui ne prennent pas en charge la chambre particulière) ;

Classe 2 : remboursement supérieur à 30 € par jour.

### **Type de contrat : deux classes**

Classe 1 : contrat collectif ;

Classe 2 : contrat individuel.

### **Type d'organisme : trois classes**

Classe 1 : contrat d'une mutuelle ;

Classe 2 : contrat d'une institution de prévoyance ;

Classe 3 : contrat d'une société d'assurance.

### **Âge de la population couverte : deux classes**

Les organismes complémentaires font dépendre les cotisations de l'âge des assurés, pour 69 % des contrats individuels et 18 % des contrats collectifs. Ainsi, la cotisation mensuelle va dépendre de la structure démographique de la population couverte par ce contrat. Cependant, l'enquête ne permet pas de la connaître. On utilise alors pour l'approximer, la structure démographique de l'ensemble des personnes couvertes par l'organisme. En prenant un critère assez « sévère », il y a une forte probabilité que si la population de l'organisme est plutôt âgée, la population couverte par les contrats modaux le soit aussi.

Les classes sont créées en utilisant un critère différent pour les contrats individuels et les contrats collectifs :

- Pour les contrats individuels :

Classe 1 : organismes dont moins de 65 % de bénéficiaires ont plus de 60 ans ;

Classe 2 : organismes dont plus de 65 % des bénéficiaires ont plus de 60 ans.

- Pour les contrats collectifs

Classe 1 : organismes dont moins de 20 % de bénéficiaires ont plus de 60 ans ;

Classe 2 : organismes dont plus de 20 % des bénéficiaires ont plus de 60 ans.

Au final, les variables retenues pour les modèles sont les suivantes : consultations, optique/dentaire, chambre particulière, âge de la population de l'organisme, type d'organisme, type de contrat.

Répartition des contrats selon les classes de remboursement :

**Tableau 3 - Répartition des contrats selon les classes de remboursement**

	Classes		Part des contrats <sup>1</sup> (en %)
Consultations	classe 1	≤ 100 % TC	67
	classe 2	> 100 % TC et ≤ 200 % TC	27
	classe 3	> 200 % TC	6
Optique/dentaire	classe 1	faible en optique et/ou en dentaire	6
	classe 2	moyen en optique et en dentaire	47
	classe 3	fort en optique ou fort en dentaire	37
	classe 4	fort en optique et fort en dentaire	10
Chambre particulière	classe 1	≤ 30 €	40
	classe 2	> 30 €	60
Âge de la population couverte	classe 1	Non	94
	classe 2	Oui	6
Type de contrat	classe 1	Individuel	84
	classe 2	Collectif	16
Type d'organisme	classe 1	Mutuelle	80
	classe 2	Institution de prévoyance	7
	classe 3	Assurance	13

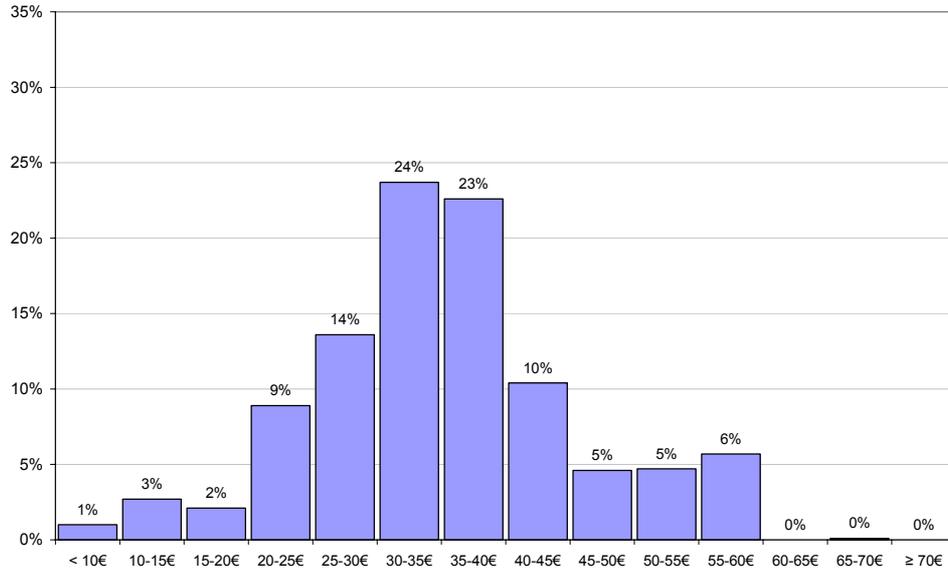
<sup>1</sup> pondéré par le nombre de bénéficiaires.

## ***II.5 Cotisations mensuelles moyennes***

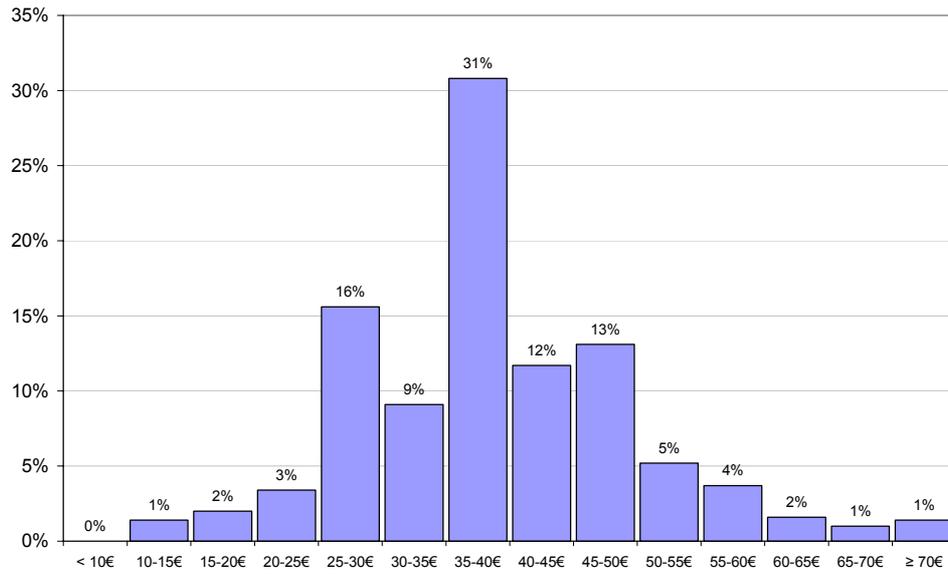
Tous contrats modaux confondus (individuel et collectif, mutuelle, institution de prévoyance et assurance), la prime mensuelle moyenne par bénéficiaire est de 38 €. Pour les contrats collectifs elle se situe à 35 € et est assez homogène entre les trois types d'organismes : 31 € pour les assurances, 33 € pour les institutions de prévoyance et 37 € pour les mutuelles. Cette cotisation est plus élevée en individuel (39 €) et l'on constate au contraire une assez forte hétérogénéité des primes moyennes selon le type d'organisme. Elle varie ainsi de 36 € pour les assurances à 39 € pour les mutuelles et atteint 49 € pour les institutions de prévoyance. Cette dernière cotisation plus élevée peut s'expliquer en partie par la structure démographique de la population couverte plus âgée (79 % des bénéficiaires de contrats individuels d'institution de prévoyance ont plus de 60 ans) et par le fait que 69 % des organismes fixent les prix des contrats individuels en fonction de l'âge.

Voici la répartition des primes mensuelles pour ces contrats, pondérée par le nombre de bénéficiaires :

**Graphique 7 - Répartition des contrats collectifs selon la cotisation mensuelle moyenne du contrat**



**Graphique 8 - Répartition des contrats individuels selon la cotisation mensuelle moyenne du contrat**



### **III. Modèles de régression**

Un modèle de régression a été construit afin d'analyser les facteurs explicatifs du montant de la cotisation par bénéficiaire selon les principales caractéristiques du contrat : niveau de remboursement pour les consultations, l'optique complexe, la prothèse dentaire, la chambre particulière, le type d'organisme et l'âge de la population couverte par l'organisme.

#### ***III.1 Modèle pour les contrats individuels***

L'étude révèle que le niveau des primes augmente avec les niveaux de garantie. Par rapport à un contrat se limitant au remboursement des consultations à 100 % du tarif conventionnel, la prise en charge partielle de dépassements d'honoraires (remboursement inférieur à 200 %) entraîne une hausse modérée des primes (4 €). Quant à la prise en charge des consultations au-delà de 200 % du tarif conventionnel, elle engendre une très nette augmentation mensuelle de cotisation de l'ordre de 15 €. Les contrats qui proposent un remboursement moyen en optique et dentaire coûtent à l'assuré 8 € de plus que ceux se limitant au ticket modérateur en optique ou en dentaire (ces contrats sont toutefois peu nombreux puisqu'ils représentent 5,5 % des contrats étudiés). De même, les contrats « haut de gamme » (remboursement optique supérieur à 250 € et remboursement dentaire supérieur à 300 €) coûtent 15 € de plus que les contrats « bas de gamme ». Enfin, l'âge de la population couverte par l'organisme intervient également pour déterminer le montant de la prime : les contrats des organismes couvrant une population plutôt âgée coûtent 13 € supplémentaires par rapport aux autres contrats<sup>9</sup>.

---

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

**Tableau 3 - Équation du modèle portant sur les contrats individuels**

		Paramètre estimé	Écart-type	P-Value
	constante	25,5	1,5	< 0,0001
Consultations	≤ 100 % TC	<i>ref</i>		
	> 100 % TC et ≤ 200 % TC	4,2	1,2	< 0,0001
	> 200 % TC	15	3,1	0,0003
Optique - dentaire	faible en optique et/ou en dentaire	<i>ref</i>		
	moyen en optique et en dentaire	8,5	1,7	< 0,0001
	fort en optique ou fort en dentaire	12,0	1,6	< 0,0001
	fort en optique et fort en dentaire	15,1	2,4	< 0,0001
Chambre particulière	≤ 30 €	<i>ref</i>		
	> 30 €	4,1	1,0	< 0,0001
Population de l'organisme plutôt âgée	Oui	<i>ref</i>		
	Non	12,8	3,5	0,0002
Type d'organisme	mutuelle	<i>ref</i>		
	institution de prévoyance	- 1,6	4,1	0,7153
	assurance	-3,3	1,3	0,0119
R <sup>2</sup> = 0,32				

### ***III.2 Modèle global (contrats individuels et collectifs)***

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

**Tableau 4 - Équation du modèle portant sur l'ensemble des contrats**

		Paramètre estimé	Écart-type	P-Value
	constante	15,6	1,7	< 0,0001
Consultations	≤ 100 % TC	<i>ref</i>		
	> 100 % TC et ≤ 200 % TC	4,0	0,9	< 0,0001
	> 200 % TC	7,3	1,7	< 0,0001
Optique - dentaire	faible en optique et/ou en dentaire	<i>ref</i>		
	moyen en optique et en dentaire	9,2	1,4	< 0,0001
	fort en optique ou fort en dentaire	11,7	1,4	< 0,0001
	fort en optique et fort en dentaire	14,9	1,9	< 0,0001
Chambre particulière	≤ 30 €	<i>ref</i>		
	> 30 €	3,5	0,9	< 0,0001
Population de l'organisme plutôt âgée	Oui	<i>ref</i>		
	Non	13,7	1,6	< 0,0001
Type de contrat	Collectif	<i>ref</i>		
	Individuel	10,3	1,1	< 0,0001
Type d'organisme	mutuelle	<i>ref</i>		
	institution de prévoyance	- 2,9	1,6	0,0623
	assurance	-3,7	1,1	0,0005
R <sup>2</sup> = 0,28				

### ***III. 3 Modèle pour les contrats collectifs***

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

**Tableau 5 - Équation du modèle portant sur les contrats collectifs**

		Paramètre estimé	Écart-type	P-Value
	constante	41,8	7,6	< 0,0001
Consultations	≤ 100 % TC	<i>ref</i>		
	> 100 % TC et ≤ 200 % TC	0,1	1,6	0,9744
	> 200 % TC	1,7	2,0	0,3991
Optique - dentaire	faible en optique et/ou en dentaire	<i>ref</i>		
	moyen en optique et en dentaire	-7,2	7,4	0,3292
	fort en optique ou fort en dentaire	-6,0	7,3	0,4128
	fort en optique et fort en dentaire	-1,1	7,2	0,8797
Chambre particulière	≤ 30 €	<i>ref</i>		
	> 30 €	-2,3	1,8	0,1981
Population de l'organisme plutôt âgée	Oui	<i>ref</i>		
	Non	10,3	1,8	< 0,0001
Type d'organisme	mutuelle	<i>ref</i>		
	institution de prévoyance	-4,5	1,4	0,0021
	assurance	-5,7	2,2	0,0105
R <sup>2</sup> = 0,20				

### ***III.4 Développements***

Pour améliorer ces travaux, il faudrait disposer d'éléments sur la démographie des personnes couvertes au niveau de chaque contrat étudié plutôt qu'au niveau de l'ensemble de l'organisme. Le prochain questionnaire sera donc modifié dans ce sens, ce qui permettra d'affiner l'étude des cotisations.

## **Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête**

**Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement**  
**Ministère de la santé et des solidarités**



**ENQUÊTE AUPRÈS DES ORGANISMES OFFRANT DES COUVERTURES COMPLÉMENTAIRES  
SANTÉ**

**Données portant sur l'année 2006**  
**Questionnaire à renvoyer avant le 6 avril 2007**

Personne responsable à contacter pour toute information : Marie-Laure ARNOULD  
 tél. : 01 40 56 81 89 - drees-enquete-oc@sante.gouv.fr

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête, reconnue d'intérêt général et de qualité statistique, est obligatoire.

Visa n°2007A083SA du Ministre de la santé et des solidarités et du Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, valable pour l'année 2007.

Aux termes de l'article 6 de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistique, les renseignements transmis en réponse au présent questionnaire ne sauraient en aucun cas être utilisés à des fins de contrôle fiscal ou de répression économique.

L'article 7 de la loi précitée stipule d'autre part que tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte peut entraîner l'application d'une amende administrative.

Questionnaire confidentiel destiné à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

**Consignes pour remplir ce questionnaire**

- Ne pas modifier la mise en page ou la structure du questionnaire, ne pas ajouter ou supprimer de cellules.
- Un coin rouge sur une cellule signale qu'un commentaire y est ajouté : placer le curseur dessus pour le consulter.

• **Les questions portent sur cinq contrats :**

- les 3 premiers **contrats individuels MODAUX** : les 3 *contrats individuels* couvrant *le plus grand nombre de personnes*.
- les 2 premiers **contrats collectifs MODAUX** : les 2 *contrats collectifs* couvrant *le plus grand nombre de personnes*.

- Inscrire vos réponses dans les cases colorées en vert pâle.

Exemple :		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal	3 <sup>ème</sup> modal	1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal
Le contrat prévoit-il le remboursement des lunettes ?	1. Oui	2	1	1	2	1
	2. Non					

- Inscrire la réponse dans une seule cellule, même si le texte dépasse.

Exemple :	Quel est le nom du contrat ?	Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal	3 <sup>ème</sup> modal	1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal
		Sécurité économi	Contrat central	Top sécurité	Contrat de group	Groupe 2

**DÉBUT DU QUESTIONNAIRE****I. IDENTIFICATION DE L'ORGANISME**

Raison sociale :  Sigle éventuel :

N° SIREN ou RNM (9 chiffres) :

Type d'organisme :   
(1. Mutuelle 2. Institution de prévoyance 3. Société d'assurance)

Adresse :

Lieu-dit/BP :  Code postal :  Commune :

Personne à contacter en cas de besoin d'informations complémentaires : Nom :

Service :

N° de tél. :

Adresse électronique (e-mail) :

**RENSEIGNER PAR DES DONNÉES DE L'ANNÉE 2006****II. ÉLÉMENTS SUR L'ACTIVITÉ DE L'ORGANISME**

(si l'organisme fait partie d'un groupe, il s'agit bien ici de renseigner ce qui concerne l'organisme et pas le groupe)

<i>Activités</i>	1. Oui	2. Non	Part de l'activité dans le chiffre d'affaires total (%)
Santé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>dont Santé individuelle</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>dont Santé collective</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Démographie de la population couverte par les contrats "santé" au 31/12/2006**

		Personnes âgées de			
		0 à 24 ans	25 à 59 ans	60 ans ou +	Total
Contrats individuels**	Assurés (ouvrant droit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Bénéficiaires* (yc ouvrant droit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contrats collectifs	Assurés (ouvrant droit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Bénéficiaires* (yc ouvrant droit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ensemble	Assurés (ouvrant droit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Bénéficiaires* (yc ouvrant droit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* il s'agit de l'ensemble des personnes couvertes par les contrats de complémentaire santé.

\*\* y compris les contrats dits "loi Evin" (droit pour les anciens salariés, par exemple les retraités, de continuer à bénéficier de la protection sociale complémentaire à titre individuel) et CMU complémentaire

## IV. COMPLEMENTAIRE SANTÉ : Prestations 2006 (suite)

## IV. 2 . HONORAIRES ET SOINS AMBULATOIRES

		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal	3 <sup>ème</sup> modal	1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal
<b>Ne pas mettre les unités. Par exemple, pour 100% taper simplement 100.</b>						
Remboursement des consultations de médecin spécialiste <b>pour un assuré dans le parcours de soins</b>	1. Oui					
	2. Non					
<b>Si oui, préciser :</b>						
- soit le forfait monétaire de remboursement, <b>hors RSS</b>						
- soit le remboursement en % de la base sécu., <b>yc RSS</b>						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, <b>yc RSS</b>						
Remboursement des consultations de médecin spécialiste <b>pour un assuré ne respectant pas le parcours de soins</b>	1. Oui					
	2. Non					
<b>Si oui, préciser le montant versé par l'assurance complémentaire (hors RSS) pour la consultation directe d'un médecin spécialiste du secteur 2 (tarif SS = CS = 23 € le 01/01/2006), hors parcours de soins, réglée 60 € au médecin</b>						
		€	€	€	€	€
Remboursement des actes techniques médicaux (actes diagnostiques, endoscopie...)	1. Oui					
	2. Non					
<b>Si oui, préciser :</b>						
- soit le forfait monétaire de remboursement, <b>hors RSS</b>						
- soit le remboursement en % de la base sécu., <b>yc RSS</b>						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, <b>yc RSS</b>						
Remboursement de la radiologie et de l'imagerie médicale	1. Oui					
	2. Non					
<b>Si oui, préciser :</b>						
- soit le forfait monétaire de remboursement, <b>hors RSS</b>						
- soit le remboursement en % de la base sécu., <b>yc RSS</b>						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, <b>yc RSS</b>						
Remboursement des frais d'analyse ou de laboratoire	1. Oui					
	2. Non					
<b>Si oui, préciser :</b>						
- soit le forfait monétaire de remboursement, <b>hors RSS</b>						
- soit le remboursement en % de la base sécu., <b>yc RSS</b>						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, <b>yc RSS</b>						

## IV. 3 . APPAREILLAGE (adulte)

		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal	3 <sup>ème</sup> modal	1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal
<b>Ne pas mettre les unités. Par exemple, pour 100% taper simplement 100.</b>						
Prise en charge des prothèses auditives ( <b>deux</b> appareils dans l'année)	1. Oui					
	2. Non					
<b>Si oui, préciser :</b>						
- soit la combinaison du montant du forfait monétaire et du remboursement en % de la base sécu., <b>yc RSS</b>		€ et %	€ et %	€ et %	€ et %	€ et %
- soit le forfait monétaire de remboursement, <b>hors RSS</b>						
- soit le remboursement en % de la base sécu., <b>yc RSS</b>						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, <b>yc RSS</b>						
Prise en charge de la prothèse capillaire	1. Oui					
	2. Non					
<b>Si oui, préciser :</b>						
- soit la combinaison du montant du forfait monétaire et du remboursement en % de la base sécu., <b>yc RSS</b>		€ et %	€ et %	€ et %	€ et %	€ et %
- soit le forfait monétaire de remboursement, <b>hors RSS</b>						
- soit le remboursement en % de la base sécu., <b>yc RSS</b>						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, <b>yc RSS</b>						

## IV. COMPLEMENTAIRE SANTÉ : Prestations 2006 (suite)

## IV. 4 . OPTIQUE (adulte, hors soins)

## Contrats individuels

## Contrats collectifs

1<sup>er</sup> modal 2<sup>ème</sup> modal 3<sup>ème</sup> modal 1<sup>er</sup> modal 2<sup>ème</sup> modal

Existe-il un réseau d'opticiens ayant passé un accord avec l'organisme d'assurance maladie complémentaire

1. Oui  
2. Non

Dans la suite de la partie optique, dans le cas où l'offre de prestations varierait selon l'appartenance du professionnel de santé à un réseau, veuillez indiquer l'offre de prestation dans le cadre du réseau.

Ne pas mettre les unités. Par exemple, pour 100% taper simplement 100.

Existe-t-il un montant *annuel* maximum de remboursement pour l'optique ?1. Oui  
2. Non

Si oui, combien (hors RSS) ?

Existe-t-il un forfait global "monture + verres" *par dossier* ?1. Oui  
2. Non

Si oui, combien (hors RSS) ?

**Monture**

Le contrat prend-il en charge au moins une monture par an ?

1. Oui  
2. Non

Si oui, préciser :

- soit la combinaison du montant du forfait "monture" et du remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**- soit le montant du forfait "monture", **hors RSS**- soit le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS****Verres****A. Prise en charge d'une paire de verres "complexes"**

Le contrat prend-il en charge au moins une paire de verres multi focaux ou progressifs, dioptrie de -8 à +8 (code 2227038) par an ?

1. Oui  
2. Non

Si oui, préciser (hors options spécifiques de type traitements anti-reflets, amincissants...) :

- soit la combinaison du montant du forfait "pour deux verres" et du remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**- soit le montant du forfait "pour deux verres", **hors RSS**- soit le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS****B. Prise en charge d'une paire de verres "simples"**

Le contrat prend-il en charge au moins une paire de verres unifocaux, dioptrie de -6 à +6 (code 2203240) par an ?

1. Oui  
2. Non

Si oui, préciser (hors options spécifiques de type traitements anti-reflets, amincissants...) :

- soit la combinaison du montant du forfait "pour deux verres" et du remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**- soit le montant du forfait "pour deux verres", **hors RSS**- soit le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS****Lentilles**

Le contrat prend-il en charge des lentilles non remboursées par la sécurité sociale ?

1. Oui  
2. Non

## IV. COMPLEMENTAIRE SANTÉ : Prestations 2006 (suite)

## IV. 5 . DENTAIRE (adulte, hors soins conservateurs)

		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal	3 <sup>ème</sup> modal	1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal
Existe-il un réseau de dentistes ayant passé un accord avec l'organisme d'assurance maladie complémentaire	1. Oui					
	2. Non					

Dans la suite de la partie dentaire, dans le cas où le niveau de garantie varierait selon l'appartenance du professionnel de santé à un réseau, veuillez l'indiquer dans le cadre du réseau.

Ne pas mettre les unités. Par exemple, pour 100% taper simplement 100.

		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal	3 <sup>ème</sup> modal	1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal
Existe-t-il un montant <b>annuel</b> maximum de remboursement pour le dentaire ?	1. Oui					
	2. Non					
Si oui, combien (hors RSS) ?		€	€	€	€	€

*Prothèses dentaires dans la nomenclature, prises en charges par la Sécurité sociale*

Le contrat prend-il en charge la <b>prothèse céramo-métallique sur dent visible</b> ?	1. Oui					
	2. Non					
Si oui, préciser :						
- soit la combinaison du montant du forfait monétaire et du remboursement en % de la base sécu., <b>yc RSS</b>		€ %	et ..... € %	et ..... € %	et ..... € %	et ..... € %
- soit le forfait monétaire de remboursement, <b>hors RSS</b>						
- soit le remboursement en % de la base sécu., <b>yc RSS</b>						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, <b>yc RSS</b>						

*Actes dentaires hors nomenclature, non pris en charge par la Sécurité sociale*

Le contrat prend-il en charge des soins dentaires non pris en charge par la sécurité sociale ?	1. Oui					
	2. Non					
Le contrat prend-il en charge <b>les implants</b> ?	1. Oui					
	2. Non					
Si oui, préciser le remboursement annuel maximum pour un implant		€	€	€	€	€

## IV. 6 . PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 18 € SUR LES ACTES MÉDICAUX LOURDS

*Participation forfaitaire de 18 € à la charge de l'assuré, applicable aux actes médicaux lourds (soins réalisés en ville ou à l'hôpital)*

		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal	3 <sup>ème</sup> modal	1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal
Le contrat prend-il en charge la participation forfaitaire à la charge de l'assuré ?	1. Oui					
	2. Non					
Si oui, préciser le montant remboursé en €		€	€	€	€	€



## IV. COMPLEMENTAIRE SANTÉ : Prestations 2006 (suite)

## IV. 8 . PREVENTION (liste définie par l'arrêté du 8 juin 2006, publié au JO du 18 juin 2006)

		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal	3 <sup>ème</sup> modal	1 <sup>er</sup> modal	2 <sup>ème</sup> modal
Le contrat prend-il en charge les prestations de prévention suivantes ?						
Scellement des sillons sur les première et deuxième molaires avant 14 ans	1. Oui 2. Non					
Détartrage annuel	1. Oui 2. Non					
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit avant 14 ans	1. Oui 2. Non					
Dépistage de l'hépatite B	1. Oui 2. Non					
Ostéodensitométrie tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans	1. Oui 2. Non					

Le contrat prend-il en charge tous les 5 ans le dépistage des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans, pour un des actes suivants ?

- Audiométrie tonale ou vacole (CDQP010)	1. Oui 2. Non					
- Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)	1. Oui 2. Non					
- Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011)	1. Oui 2. Non					
- Audiométrie tonale et vacole (CDQP012)	1. Oui 2. Non					
- Audiométrie tonale et vacole avec tympanométrie (CDQP002)	1. Oui 2. Non					

Le contrat prend-il en charge les vaccinations suivantes ?

- Diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges)	1. Oui 2. Non					
- Coqueluche (avant 14 ans)	1. Oui 2. Non					
- Hépatite B (avant 14 ans)	1. Oui 2. Non					
- BCG (avant 6 ans)	1. Oui 2. Non					
- Rubéole	1. Oui 2. Non					
- Haemophilus influenzae B	1. Oui 2. Non					
- Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (enfants avant 18 mois)	1. Oui 2. Non					

Avez-vous des précisions à apporter à vos réponses ?

Avez-vous des remarques et suggestions supplémentaires à faire sur ce questionnaire ?

## FIN DU QUESTIONNAIRE

MERCI D'AVOIR RÉPONDU A CETTE ENQUÊTE

**Questionnaire à renvoyer avant le 6 avril 2007**

à Madame Marie-Laure ARNOULD

Drees - bureau des dépenses de santé et des relations d'assurance maladie  
14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Tél. : 01 40 56 81 89

Courrier électronique : drees-enquete-oc@sante.gouv.fr

## **Annexe 2 : Tableaux de résultats de l'enquête**

Dans cette annexe sont présentés un ensemble de tableaux de résultats de l'enquête 2006.

## 1. Contrats responsables

Le contrat est-il responsable ?

	Contrats individuels	Contrats collectifs
Oui	99,3	100
Non	0,7	0

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : 99,3 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal ont un contrat responsable.

## 2. Analyse des cotisations

### 2.a. Les cotisations dépendent-elles de l'âge ?

Les cotisations dépendent-elles de l'âge ?

	Contrats individuels	Contrats collectifs
Oui	69,1	18,2
Non	30,9	81,8

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : pour 69,1 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal, les cotisations dépendent de l'âge.

### 2.b. Les cotisations dépendent-elles de l'ancienneté dans le contrat ?

Les cotisations dépendent-elles de l'ancienneté dans le contrat ?

	Contrats individuels	Contrats collectifs
Oui	20,7	4,8
Non	79,3	95,2

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : pour 20,7 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal, les cotisations dépendent de l'ancienneté dans le contrat.

### 2.c. Les cotisations dépendent-elles des revenus ?

Les cotisations dépendent-elles des revenus ?

	Contrats individuels	Contrats collectifs
Oui	30,6	38,2
Non	69,4	61,8

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : pour 30,6 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal, les cotisations dépendent des revenus.

## 2.d. Les cotisations dépendent-elles du lieu de résidence ?

Les cotisations dépendent-elles du lieu de résidence ?

	Contrats individuels	Contrats collectifs
Oui	25,2	8,5
Non	74,8	91,5

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : pour 25,2 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal, les cotisations dépendent du lieu de résidence.

## 2.e. Détermination du montant de cotisations des enfants

Comment sont pris en compte les enfants ayants droit dans la cotisation ?

	Contrats individuels	Contrats collectifs
Pas de prise en charge des enfants	0,5	0
Tous les enfants cotisent	16,5	5,1
Gratuité à partir du 2ème, 3ème ou 4ème enfant	78,5	36,6
Forfait famille	4,5	58,3

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : pour 16,5 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal, leur contrat prévoit que tous les enfants cotisent.

## 2.f. Limite d'âge (maximum) à l'adhésion au contrat

Existe-t-il une limite d'âge (maximum) à l'adhésion au contrat ?

	Contrats individuels	Contrats collectifs
Oui	37,8	15,1
Non	62,2	84,9

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : pour 37,8 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal, leur contrat impose une limite d'âge maximum à l'adhésion.

## 3. Remboursements

### 3.a. Pharmacie : médicaments à vignette blanche (remboursés à 65 % par la Sécurité sociale)

Pharmacie : remboursement des médicaments à vignette blanche

	Contrats individuels	Contrats collectifs
Pas de remboursement	0,5	0
Remboursement partiel du ticket modérateur	1,7	1,8
Remboursement total du ticket modérateur	97,8	98,2

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : 97,8 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal ont un contrat qui rembourse la totalité du ticket modérateur des médicaments à vignette blanche.

### 3.b. Pharmacie : médicaments à vignette bleue (remboursés à 35 % par la Sécurité sociale)

Pharmacie : remboursement des médicaments à vignette bleue

	Contrats individuels	Contrats collectifs
Pas de remboursement	0,5	0,8
Remboursement partiel du ticket modérateur	16,9	2,1
Remboursement total du ticket modérateur	82,6	97,1

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : 82,6 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal ont un contrat qui rembourse la totalité du ticket modérateur des médicaments à vignette bleue.

### 3.c. Pharmacie : médicaments à vignette orange (remboursés à 15 % par la Sécurité sociale)

Pharmacie : remboursement des médicaments à vignette orange

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Assurances
Pas de remboursement	70,4	8,0	1,0
Remboursement partiel du ticket modérateur	8,5	3,3	0,0
Remboursement total du ticket modérateur	21,1	88,7	99,0

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : 21,3 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal ont un contrat qui rembourse la totalité du ticket modérateur des médicaments à vignette orange.

### 3.d. Pharmacie : médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale

Pharmacie : remboursement de médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Assurances
oui1	50,0	7,5	55,1
non2	50,0	92,5	44,9

En pourcentage des personnes couvertes.

1. remboursement d'au moins un médicament non pris en charge par la Sécurité sociale.

2. remboursement d'aucun médicament non pris en charge par la Sécurité sociale.

Lecture : 50 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal ont un contrat qui rembourse au moins un médicament non pris en charge par la Sécurité sociale (aides au sevrage tabagique, vaccin anti-grippe...).

### 3.e. Consultations dans le parcours de soins

Remboursement des consultations de médecins spécialistes de secteur 2, dans le parcours de soins

		Moyenne	Médiane	1er quartile	3ème quartile
Mutuelles	Contrats individuels	111	100	100	100
	Contrats collectifs	151	126	100	194
Institutions de prévoyance	Contrats individuels	131	100	100	123
	Contrats collectifs	158	150	100	248
Assurances	Contrats individuels	131	125	100	150
	Contrats collectifs	244	261	261	261

En % du tarif de convention (TC).

Lecture : Les contrats individuels modaux des mutuelles proposent en moyenne un remboursement des consultations à 111 % du tarif de convention.

### 3.f. Appareillage : prothèse auditive

Remboursement des prothèses auditives

		Moyenne	Médiane	1er quartile	3ème quartile
Mutuelles	Contrats individuels	240	253	154	309
	Contrats collectifs	254	250	138	300
Institutions de prévoyance	Contrats individuels	293	250	250	300
	Contrats collectifs	385	360	300	500
Assurances	Contrats individuels	150	130	100	153
	Contrats collectifs	350	365	265	454

En % du tarif de responsabilité.

Lecture : Les contrats individuels modaux des mutuelles proposent en moyenne un remboursement des prothèses auditives à 240 % du tarif de responsabilité.

### 3.g. Appareillage : prothèse capillaire

Remboursement de la prothèse capillaire

		Moyenne	Médiane	1er quartile	3ème quartile
Mutuelles	Contrats individuels	228	221	130	301
	Contrats collectifs	222	200	100	315
Institutions de prévoyance	Contrats individuels	269	250	250	300
	Contrats collectifs	305	300	195	500
Assurances	Contrats individuels	158	100	65	200
	Contrats collectifs	331	280	265	465

En % du tarif de responsabilité.

Lecture : Les contrats individuels modaux des mutuelles proposent en moyenne un remboursement de la prothèse capillaire à 228 % du tarif de responsabilité.

### 3.h. Optique : lunettes simples

Remboursement d'une paire de lunettes avec des verres simples

		Moyenne	Médiane	1er quartile	3ème quartile
Mutuelles	Contrats individuels	112,8	111,0	76,0	147,0
	Contrats collectifs	146,2	163,0	114,0	189,0
Institutions de prévoyance	Contrats individuels	109,3	122,6	62,6	152,0
	Contrats collectifs	158,7	173,2	122,6	195,2
Assurances	Contrats individuels	127,6	142,6	102,6	160,0
	Contrats collectifs	187,0	195,2	175,0	195,2

Remboursement de l'organisme complémentaire, en euros.

Lecture : Les contrats individuels modaux des mutuelles remboursent en moyenne 112,8 € pour une paire de lunettes avec des verres simples.

### 3.i. Optique : lunettes complexes

Remboursement d'une paire de lunettes avec des verres complexes

		Moyenne	Médiane	1er quartile	3ème quartile
Mutuelles	Contrats individuels	199,6	218,3	158,3	236,0
	Contrats collectifs	236,6	210,0	156,0	340,0
Institutions de prévoyance	Contrats individuels	196,4	135,0	128,3	188,3
	Contrats collectifs	282,1	268,0	188,3	357,1
Assurances	Contrats individuels	172,3	148,3	114,2	195,0
	Contrats collectifs	301,1	229,0	187,9	444,7

Remboursement de l'organisme complémentaire, en euros.

Lecture : Les contrats individuels modaux des mutuelles remboursent en moyenne 199,6 € pour une paire de lunettes avec des verres complexes.

### 3.j. Optique : lentilles non remboursées par la Sécurité sociale

Optique : Prise en charge des lentilles non remboursées par la Sécurité sociale

	Contrats individuels	Contrats collectifs
Oui	90,9	91,4
Non	9,1	8,6

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : pour 90,9 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal, leur contrat prend en charge les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale.

### 3.k. Dentaire : prothèse dentaire

Remboursement de la prothèse dentaire céramo-métallique sur dent visible

		Moyenne	Médiane	1er quartile	3ème quartile
Mutuelles	Contrats individuels	213,2	230,0	118,3	317,3
	Contrats collectifs	248,9	230,0	166,6	322,5
Institutions de prévoyance	Contrats individuels	247,8	193,5	193,5	247,3
	Contrats collectifs	305,7	247,3	247,3	381,6
Assurances	Contrats individuels	160,6	147,3	107,5	215,3
	Contrats collectifs	463,0	462,3	366,0	592,0

Remboursement de l'organisme complémentaire, en euros.

Lecture : Les contrats individuels modaux des mutuelles remboursent en moyenne 213,2 € pour une prothèse dentaire céramo-métallique.

### 3.l. Dentaire : dentaire non remboursé

Dentaire : Prise en charge de travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale

	Contrats individuels	Contrats collectifs
Oui	53,4	76,1
Non	46,6	23,9

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : pour 53,4 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal, leur contrat prend en charge des travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale (prothèses ou orthodontie adulte ou implants...).

### 3.m. Participation forfaitaire de 18 €

Remboursement de la participation forfaitaire de 18 €

	Contrats individuels	Contrats collectifs
Oui	98,0	98,7
Non	2,0	1,3

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : pour 98 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal, leur contrat rembourse la participation forfaitaire de 18 €.

### 3.n. Durée de prise en charge du forfait journalier en médecine

Durée de prise en charge du forfait journalier en médecine

	Contrats individuels	Contrats collectifs
De 0 à 180 jours	12,6	7,9
Plus de 360 jours	87,4	92,1

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : pour 12,6 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal, leur contrat rembourse le forfait journalier hospitalier en médecine pour une durée inférieure ou égale à 180 jours.

### 3.o. Durée de prise en charge du forfait journalier en soins de suite et réadaptation

Durée de prise en charge du forfait journalier en soins de suite et réadaptation

	Contrats individuels	Contrats collectifs
De 0 à 180 jours	27,2	17,7
Plus de 360 jours	72,8	82,3

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : pour 27,2 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal, leur contrat rembourse le forfait journalier hospitalier en soins de suite et réadaptation pour une durée inférieure ou égale à 180 jours.

### 3.p. Durée de prise en charge du forfait journalier en psychiatrie

Durée de prise en charge du forfait journalier en psychiatrie

	Contrats individuels	Contrats collectifs
De 0 à 180 jours	43,6	28,6
Plus de 360 jours	56,4	71,4

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : pour 43,6 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal, leur contrat rembourse le forfait journalier hospitalier en psychiatrie pour une durée inférieure ou égale à 180 jours.

### 3.q. Prise en charge de la chambre particulière

Prise en charge de la chambre particulière en chirurgie

	Contrats individuels	Contrats collectifs
Oui	89,3	95,8
Non	10,7	4,2

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : pour 89,3 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal, leur contrat propose une participation aux frais de la chambre particulière.

### 3.r. Montant de prise en charge de la chambre particulière

Montant de remboursement de la chambre particulière en chirurgie (pour les contrats prenant en charge cette prestation)

		Moyenne	Médiane	1er quartile	3ème quartile
Mutuelles	Contrats individuels	40,4	31,0	30,0	50,0
	Contrats collectifs	51,4	50,0	40,0	67,0
Institutions de prévoyance	Contrats individuels	44,1	44,0	21,0	64,7
	Contrats collectifs	43,3	35,0	21,0	64,7
Assurances	Contrats individuels	55,4	50,0	35,0	80,0
	Contrats collectifs	66,6	68,0	50,0	80,0

En €, par jour.

Lecture : Les contrats individuels modaux des mutuelles remboursent en moyenne 40,4 € par jour pour la chambre particulière.

### 3.s. Durée de prise en charge de la chambre particulière

Durée de prise en charge de la chambre particulière

	Contrats individuels	Contrats collectifs
Pas de prise en charge	10,7	4,2
De 1 à 60 jours	14,6	14,2
De 61 à 180 jours	11,3	4,9
360 jours et plus	63,4	76,7

En pourcentage des personnes couvertes.

Lecture : pour 11,3 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal, leur contrat participe aux frais de la chambre particulière pour une durée comprise entre 61 et 180 jours.