

Chapitre XI

Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire

PRESENTATION

La Cour a consacré dans un chapitre du RALFSS 2008³⁴¹ des développements aux « coût et effets de la couverture complémentaire ». Elle émettait alors des réserves tant sur l'efficiencia et l'efficacité des aides publiques fiscales et sociales à la couverture maladie complémentaire que sur leur équité.

La capacité des dispositifs à infléchir la croissance de la consommation de soins était en effet jugée très limitée. En dépit de l'importance des ressources publiques mobilisées, il était souligné que les diverses aides accroissaient les inégalités d'accès aux soins. Les données dont disposait alors la Cour n'allaient cependant pas au-delà de 2006, ce qui ne permettait pas d'estimer, dans sa globalité, l'incidence des réformes importantes intervenues en 2003 et 2004³⁴².

C'est pourquoi elle s'est livrée à une nouvelle enquête sur ces dispositifs d'aide, dont le montant atteint environ 6 Md€, pour apprécier plus particulièrement leur adaptation aux objectifs poursuivis par les pouvoirs publics en matière notamment d'un meilleur accès de tous aux soins.

Les assurances maladies complémentaires jouent un rôle important à cet égard puisqu'elles ont pris en charge 24,3 Md€ de prestations en 2009, soit de l'ordre de 60 % du reste à charge global des assurés sociaux après intervention des régimes d'assurance maladie obligatoire, correspondant à 13,8 % de la dépense totale de soins et de biens médicaux contre 12,2 % en 1995.

Le présent chapitre analyse ainsi les caractéristiques du marché des assurances maladie complémentaires (AMC), puis examine successivement les dispositifs destinés à favoriser la couverture maladie complémentaire. Ceux-ci sont essentiellement de deux ordres : d'une part, les exonérations et exemptions fiscales et sociales réservées pour l'essentiel aux contrats collectifs d'entreprise par opposition aux contrats souscrits à titre individuel et, d'autre part, le financement sur ressources publiques de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS) prévues pour les assurés disposant de faibles revenus.

341. Chapitre V, pp.163 à 193.

342. Lois du 21 août 2003 portant réforme des retraites qui réaménageait substantiellement les modalités des exonérations sociales dont bénéficie la protection sociale complémentaire et du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui visait à responsabiliser les ménages en augmentant leur participation au coût des soins.

I - Un marché hétérogène

A – Des acteurs divers proposant des garanties à géométrie variable.

Les couvertures complémentaires sont souscrites à titre individuel ou dans le cadre d'accords d'entreprises ou, de plus en plus largement, de branches. Dans ces cas, l'employeur en partage généralement le coût avec le salarié.

Trois types d'organismes complémentaires (OC) proposent leurs services : les mutuelles, les institutions de prévoyance (IP) et les sociétés d'assurance (SA) qui se répartissent le marché comme suit :

Répartition des personnes couvertes par type d'organisme en 2008

	<i>En %</i>		
	Contrats individuels	Contrats collectifs	Ensemble
Mutuelles	40,0	15,7	55,60
Institutions de prévoyance	1,9	15,7	17,60
Sociétés d'assurance	15,7	11,1	26,80
Total	57,6	42,4	100

Source : DREES

Plus de 57 % des personnes couvertes le sont donc à titre individuel. L'activité des mutuelles, qui représentent plus de la moitié du marché mesuré en termes de population bénéficiaire, est très majoritairement constituée de contrats individuels (qui sont l'offre exclusive de la quasi-totalité des mutuelles de fonctionnaires).

Le soutien de l'Etat à la couverture maladie complémentaire de ses agents

Le dispositif traditionnel de soutien de l'Etat à l'acquisition d'une protection sociale complémentaire (PSC) par ses agents a été refondé par la loi du 2 juin 2007. Celle-ci a prévu la désignation par chaque ministère, après mise en concurrence, d'organismes dits « référencés » auxquels sont versées des aides. De fait, les mutuelles « historiques » ont été reconduites et les aides accordées sont très variables, la subvention par agent s'élevant à 6 € à l'éducation nationale et à 120 € aux affaires étrangères en passant par 63 € au ministère des finances. Au total, ces aides représentent une cinquantaine de millions d'euros.

En revanche, les institutions de prévoyance sont essentiellement positionnées sur les contrats collectifs, les contrats individuels qu'elles

gèrent correspondant au maintien, au profit de retraités, des garanties dont ces derniers jouissaient lorsqu'ils étaient salariés, tandis que les contrats des sociétés d'assurance, qui occupent le quart du marché et voient cette part croître rapidement depuis plusieurs années³⁴³, sont également répartis entre les deux catégories.

Le marché de la couverture maladie complémentaire

Il représentait en 2009 30,5 Md€ de cotisations et de primes³⁴⁴ pour 24,3 Md€ de prestations³⁴⁵. Extrêmement concurrentiel, il se caractérise par une forte rotation des assurés à laquelle sont confrontés l'ensemble des organismes. Selon une enquête récente, elle a concerné en 2010 plus de 4,8 millions d'assurés dont 3 millions ont changé volontairement d'organisme, ce qui représente un chiffre d'affaires de 2,45 Md€, soit 9,5% du marché en valeur.

De fait sont proposées des garanties d'une très vaste diversité. Alors que dans les contrats collectifs, les garanties sont généralement identiques pour l'ensemble des salariés, les contrats individuels peuvent être calibrés pour attirer un segment particulier de la population (jeunes actifs, familles ou seniors...).

L'enquête de la DREES sur les contrats modaux, c'est-à-dire sur les contrats les plus souscrits par les assurés, permet d'appréhender le niveau de garanties procuré par 989 contrats³⁴⁶ portant sur environ 13 millions d'assurés, 22 millions de bénéficiaires et 10 Md€ de cotisations. Cet échantillon n'est pas à proprement parler représentatif du marché dans son ensemble qui comporte des contrats très différents et

343. Ainsi, selon la lettre du fonds CMU, la part de marché des assurances est passée de 21,1 % en 2001 à 26,8 % en 2009 essentiellement au détriment des mutuelles (-4,50 %), un peu moins des IP (-1,20 %), phénomène qui s'accélère fortement depuis 2008.

344. Les mutuelles emploient le terme de cotisations comme pour la sécurité sociale et les assurances celui de primes. Dans le reste du chapitre, on emploiera indifféremment l'un ou l'autre terme.

345. Source DREES ; Part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) financée par les organismes complémentaires.

346. En 2008 sur les 821 organismes complémentaires (OC) qui se partagent le marché de l'assurance maladie complémentaire, l'échantillon a porté sur 255 OC pour lesquels ont été pris en compte, pour chaque OC, les trois contrats individuels et les deux contrats collectifs les plus souscrits, soit 989 contrats au total. La représentativité de cet échantillon est donc un peu moins bonne pour les contrats collectifs (seuls 23 % des bénéficiaires sont couverts) que pour les contrats individuels (60 % des bénéficiaires sont couverts).

non recensés³⁴⁷ mais il n'y a pas lieu de considérer qu'il soit pour autant affecté d'un biais qui invalide les conclusions tirées de son observation.

Son analyse a permis de mettre en évidence quatre classes de garanties décroissantes qui se répartissent très différemment selon les types de contrats comme le montre le tableau suivant.

Répartition des contrats par classe de garantie

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

Source : DREES

Ce sont ainsi les contrats collectifs qui sont de très loin les mieux représentés dans la classe de garantie la plus élevée (A). L'inverse vaut pour la classe la moins élevée où prédominent les contrats individuels.

B – Des contrats collectifs plus avantageux

Pour compléter la démarche de la DREES et mesurer plus finement la qualité des contrats, la Cour a construit un indice représentatif³⁴⁸ du panier de soins pondéré par l'importance de chaque catégorie de soins dans les dépenses supportées par les organismes complémentaires. Pour chaque prestation appartenant à une des principales catégories de soins (pharmacie, ambulatoire, optique, dentaire, hôpital, prévention), un indice égal au rapport de la valeur³⁴⁹ moyenne de la prestation pour l'ensemble des contrats pondéré par le nombre de bénéficiaires est attribué à chaque

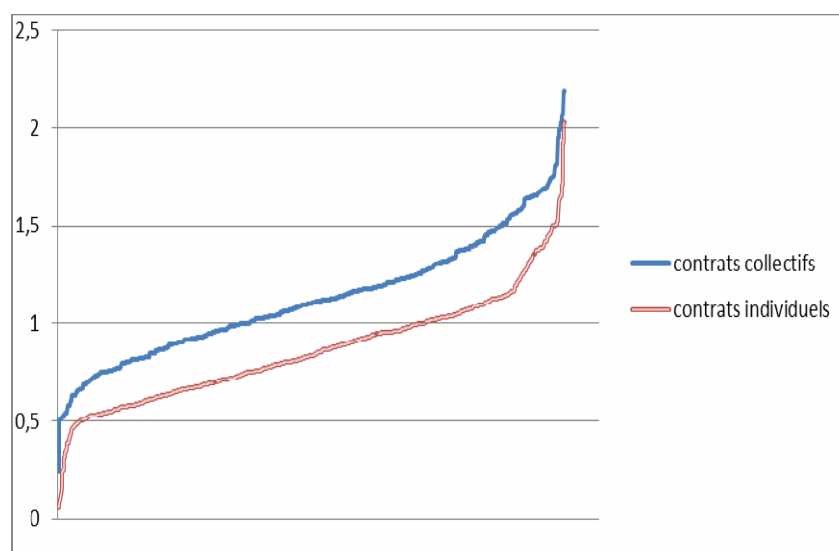
347. La non connaissance des contrats « haut de gamme » et du montant des dépassements que ces derniers prennent en compte ainsi que l'ignorance de la proportion des contrats collectifs réservés à une partie du personnel des entreprises concernées (encadrement notamment) est à cet égard particulièrement regrettable compte tenu des aides publiques dont bénéficient les contrats collectifs.

348. Pour les modalités de construction de cet indice voir l'annexe du présent chapitre.

349. Cette valeur ne doit pas être interprétée comme un synonyme de qualité et certaines OC peuvent rembourser moins mais offrir l'accès à des réseaux de soins conventionnés à la qualité garantie.

contrat. Cette méthode a été appliquée à l'échantillon de la DREES³⁵⁰. Les résultats synthétisés dans le graphique ci-dessous montrent que les indices des contrats collectifs sont, pour l'essentiel, supérieurs à ceux des contrats individuels.

Valeurs des indices de l'ensemble des contrats complémentaires



Note de lecture : chaque point représente un contrat, ceux-ci sont rangés sur l'axe des abscisses par ordre d'indice croissant.

Source : Calculs Cour à partir des données DREES

Mais ce graphique révèle aussi l'existence de contrats individuels très supérieurs à l'indice moyen du marché (valeur 1) comme de contrats collectifs très en dessous. Les protections accordées par les contrats collectifs ne sont donc pas toujours systématiquement très élevées.

Le tableau ci-dessous montre cependant que l'indice moyen des contrats individuels est toujours inférieur à celui des contrats collectifs et que ce sont les contrats collectifs des sociétés d'assurance qui disposent et de loin, de l'indice le plus élevé et donc des garanties les plus larges.

350. Les indices moyens calculés par la Cour par type de contrat pour les diverses composantes des organismes complémentaires sont bien corrélés avec les classes de garantie décroissantes de la DREES : ainsi la catégorie A correspond à l'indice moyen 1,35 et la catégorie D à l'indice moyen 0,69.

Indice moyen par type de contrat

Indice en 2008 ³⁵¹	Contrats individuels	Contrats collectifs
Mutuelles	0,97	1,12
<i>dont mutuelles de fonctionnaires</i>	<i>1,07</i>	<i>NS</i>
Institutions de prévoyance	0,91	1,15
Assurances	0,91	1,52

Source : *Calculs Cour à partir des données DREES*

Pour autant, si l'on considère les modalités de tarification respectives des contrats individuels et collectifs, la cotisation moyenne d'un contrat individuel est en permanence supérieure à celle d'un contrat collectif : +26 % en 2006, +15 % en 2007 et +32 % en 2008.

La prime était en 2008 en moyenne de 486 € pour les contrats individuels et de 375 € pour les contrats collectifs. Ce décalage entre les deux formes de contrats se retrouve au niveau de chacun des trois types d'organismes complémentaires : +27 % pour les mutuelles, +18 % pour les assurances et +93 % pour les institutions de prévoyance. Il s'explique en partie par une différence significative de la structure d'âge des populations couvertes par ces deux types de contrats, les personnes âgées étant davantage concernées par les contrats individuels.

Ceci est d'autant plus paradoxal que les garanties souscrites par les contrats individuels sont généralement moins protectrices que celles souscrites par les contrats collectifs. Ces derniers peuvent au demeurant parfois apparaître plus solidaires dès lors qu'ils prennent moins en compte l'âge des assurés mais plus leurs revenus³⁵² et qu'ils sont plus favorables aux familles. Cette solidarité peut aussi s'exprimer à l'endroit des anciens salariés retraités ou chômeurs : certaines branches comme le BTP ont ainsi mis en place des dispositifs très protecteurs.

351. L'indice du marché dans son ensemble est égal à 1.

352. Comme le font certaines mutuelles de fonctionnaires.

II - Des aides fiscales et sociales d'un coût élevé et à la pertinence discutable

Les dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficient de quatre types d'aides fiscales et sociales³⁵³ :

- l'exemption³⁵⁴ de l'assiette des cotisations de sécurité sociale de la contribution de l'employeur à la couverture maladie complémentaire de ses salariés ; elle s'accompagne de la déductibilité des cotisations acquittées par les salariés de l'assiette de l'impôt sur le revenu ;
- le bénéfice d'un taux réduit de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) pour les contrats dits « responsables et solidaires » ;
- l'exonération de contribution sociale des sociétés (C3S) du chiffre d'affaires réalisé en assurance maladie complémentaire par les différents acteurs,
- la déductibilité des cotisations versées par les travailleurs indépendants dans le cadre de contrats individuels de l'assiette imposable (dispositifs Madelin).

A – Un coût global pour les finances publiques de l'ordre de 4,3 Md€

1 – L'exemption d'assiette de cotisations sociales

Ce mécanisme d'aide, le plus important financièrement, a fait depuis plusieurs années l'objet d'estimations divergentes. La Cour a cherché à préciser son montant selon une méthodologie permettant d'évaluer aussi finement que possible l'importance de l'assiette exonérée au seul titre de l'assurance maladie complémentaire de manière à pouvoir ensuite, par application des taux auxquels cette base aurait dû être soumise, en déterminer le coût.

353. Voir « Entreprises et « niches » fiscales et sociales : des dispositifs dérogatoires nombreux », Conseil des prélèvements obligatoires, octobre 2010, notamment pages 328 et suivantes.

354. Il s'agit d'une exemption d'assiette et non d'une simple exonération de taxe : dès lors l'ensemble des prélèvements qui ont la même assiette que les cotisations de sécurité sociale en est affecté. Cependant, dans le reste du rapport, on emploiera indifféremment le terme d'exonération pour désigner l'une et l'autre niches.

L'exemption d'assiette de cotisations sociales ne bénéficie aujourd'hui qu'aux seuls contrats collectifs, obligatoires³⁵⁵ et responsables³⁵⁶. Selon les estimations de la Cour, la base exemptée à ce titre est de l'ordre de 6 Md€.

Mode d'estimation du coût de l'aide

Les cotisations et primes correspondant aux contrats maladie complémentaires dans leur ensemble sont connues parce qu'elles font l'objet d'une taxation au profit du fonds CMU (30,5 Md€). L'enquête DREES fournit la répartition entre contrats collectifs et individuels par type d'organismes en nombre de personnes couvertes mais non en cotisations et primes. Pour estimer cette dernière, il faut disposer d'une estimation des cotisations et primes moyennes payées pour les contrats individuels, d'une part et les contrats collectifs, de l'autre, à partir des nombres de bénéficiaires des uns et des autres. A cette fin, la Cour a retenu un écart moyen de cotisations et de primes de 25 % fondé sur les données observées entre 2006 et 2008 (cf. supra) entre les contrats collectifs et les contrats individuels. La base de l'exemption de cotisations et de primes correspondant à des contrats collectifs santé peut être ainsi estimée à 13,4 Md€.

Pour évaluer ensuite le coût de l'exemption, il faut d'abord appliquer à cette base les taux de réfaction correspondant à la part relative des contrats obligatoires (80 %³⁵⁷), à celle des contrats responsables (98 % cf. infra) et à la part financée par l'employeur (57 %)³⁵⁸. La base exemptée est ainsi d'environ 6 Md€

Les contributions des employeurs à la protection complémentaire maladie de leurs salariés n'étant pas exemptées de CSG/CRDS, les taux à appliquer à la base ainsi déterminée sont les suivants, au titre d'une part des

355. C'est-à-dire que les salariés sont tenus sauf exception (par exemple un conjoint lui-même tenu à la même obligation en vertu d'un autre accord collectif) de s'acquitter de leur part de primes.

356. C'est-à-dire ceux qui ne recourent pas à des questionnaires santé préalablement à la signature des polices, qui ne tarifient pas en fonction de l'état de santé et qui prévoient la prise en charge de certaines dépenses, par exemple de prévention, mais à l'exclusion d'autres, notamment celles réalisées hors parcours de soins.

357. Cette hypothèse est fondée sur la part des entreprises qui, après l'expiration du délai prévu pour mettre en œuvre les nouvelles dispositions, c'est-à-dire après le 1^{er} janvier 2008, n'ont pas mis en place des contrats collectifs (20 % contre 35 % en 2005).

358. Source IRDES Questions d'économie de la santé (QES) n° 155, juin 2010.

cotisations sociales stricto sensu qui financent la sécurité sociale et d'autre part des contributions qui financent diverses prestations contributives comme la retraite complémentaire et l'assurance chômage notamment³⁵⁹ :

Taux des prélèvements sociaux au-dessus et en dessous du plafond de la sécurité sociale³⁶⁰

En %

	Cotisations de sécurité sociale	Contributions sociales
Taux au dessous du plafond	37,9	58,7
Taux au-dessus du plafond	22,9	56,4
Moyenne pondérée ³⁶¹ par part des salaires au-dessus et en dessous du plafond	29,9	57,6

Source : CPO, calcul Cour des comptes

Pour apprécier plus finement la perte de recettes liée à ce mécanisme d'exemption la Cour a fait le choix d'estimer le produit d'une taxation selon une double hypothèse de comportement.

Traditionnellement, en effet, les évaluations de niches sociales supposent que les personnes qui n'en bénéficieraient plus allouent à la protection sociale des montants identiques à celles qu'elles lui consacraient quand elles disposaient d'un régime dérogatoire. Leur dépense totale est ainsi augmentée du montant du prélèvement résultant de la suppression de la niche.

Mais il est également possible d'estimer que les personnes considérées consacreront alors à leur protection sociale proprement dite des ressources réduites, le prélèvement s'imputant sur la base taxée de sorte que les sommes qu'elles y consacrent restent identiques prélèvement inclus.

L'ajustement des comportements des acteurs paraît devoir être compris entre ces deux bornes : ils augmentent leurs cotisations et primes

359. Il convient toutefois de souligner que ces prélèvements étant pour tout ou partie contributifs, leur acquittement crée des droits qui viendraient minorer l'impact de la suppression de l'exemption sur l'équilibre des finances sociales qui ne peut être assimilé à la perte de recettes.

360. Ces taux n'incluent pas la CSG/CRDS dont les cotisations levées en application des contrats collectifs ne sont pas exonérées.

361. Selon l'enquête INSEE sur les salaires dans les entreprises, il y avait 72,5 % des salariés dont les rémunérations étaient inférieures au plafond de la sécurité sociale en 2008 et ces salariés percevaient 53 % des salaires totaux, ce qui permet de pondérer les taux appliqués à la base.

pour maintenir le même niveau de garanties auquel cas les recettes engendrées seraient au niveau des pertes apparentes (hypothèse haute ci-après) ou ils maintiennent constant leur niveau d'effort et consacrent une partie des cotisations et primes aux impôts et cotisations sociales (hypothèse basse ci-après).

En fonction de ces hypothèses, le coût pour les finances sociales de ce mécanisme d'aide peut être estimé comme suit :

Estimation des pertes de recettes liées à l'exemption

En Md€

	Hypothèse haute	Hypothèse basse
Cotisations de la SS stricto sensu	1,75	1,6
Contributions sociales lato sensu	3,37	2,3

Source : *Calculs Cour des comptes*

Ces estimations sont significativement supérieures à celles qui figurent à l'annexe V du PLFSS : en considérant que la santé représente environ la moitié du coût de la niche protection sociale complémentaire, le PLFSS chiffre, en effet, la perte apparente à 1,4 Md€ mais en retranche le produit de la taxe prévoyance, ce qui en ramène alors le coût net aux environs d'1 Md€. Cette déduction apparaît cependant injustifiée. En effet, cette taxe, à la charge des organismes complémentaires, a été instituée pour compenser l'inégalité créée entre les personnes dont l'employeur finance une partie de la protection sociale et celles qui ne bénéficient pas d'une telle aide. La remise en cause de l'exemption ne supprimerait pas le bien-fondé de la taxe dès lors que l'on ne peut en inférer la suppression généralisée de la participation des entreprises à la couverture maladie complémentaire de leurs salariés, un certain nombre d'entre elles ne faisant pas jouer ce mécanisme d'exonération en dépit de leur apport financier à cette protection complémentaire (cf. infra).

Par ailleurs, il convient d'ajouter à ces estimations celle de la dépense fiscale résultant de l'exemption d'impôt sur le revenu de la cotisation versée par les salariés pour laquelle un taux moyen d'imposition de 15 % a été retenu (comme dans le RALFSS 2008). Elle s'élève à 575 M€ en hypothèse basse et à 661 M€ en hypothèse haute.

2 – Les exonérations et réductions de taxe

Pour ce qui est de la taxe sur les conventions d'assurance, elle était estimée à 2,1 Md€ par la loi de finances 2010 alors que le taux applicable aux contrats non responsables était de 7 % et que les contrats responsables étaient totalement exonérés. L'écart entre contrats responsables désormais taxés à 3,5 % et contrats non responsables

toujours taxés à 7 % peut être évalué à 1,045 Md€ en hypothèse haute et 1,010 Md€ en hypothèse basse.

Pour la C3S dont le taux est de 0,16 %, l'estimation est de 50 M€.

Pour ce qui concerne les dispositifs Madelin, si l'on prend la moitié du coût estimé parce qu'il recouvre aussi bien la retraite que la prévoyance, l'estimation correspondant à la couverture maladie complémentaire est de l'ordre de 400 M€.

3 – Le coût agrégé des dispositifs d'aide

Le montant global des pertes de recettes fiscales et sociales liées aux différents mécanismes dérogatoires dont bénéficient les dispositifs d'assurance maladie complémentaire est résumé dans le tableau suivant :

	<i>En M€</i>
	Produit probable
Fin de l'exemption de contributions sociales des contrats collectifs	2 310
Relèvement à 7% du taux de TSCA sur les contrats responsables	1 010
Fin de l'exonération d'IR des cotisations versées en application des contrats collectifs	575
Assujettissement à la C3S	50
Fin du dispositif Madelin en ce qui concerne la couverture maladie	400
Total	4 335

Source : Cour des comptes

Ce coût s'élèverait donc, dans l'hypothèse basse, aux environs de 4,3 Md€. Ces aides publiques représentent ainsi l'équivalent de près d'un cinquième du total des dépenses de soins et de biens médicaux pris en charge par les organismes complémentaires (17,7 %). Compte tenu des diverses hypothèses utilisées, il ne s'agit cependant là que d'un ordre de grandeur.

B – Des aides peu pertinentes

Les aides fiscales et sociales ainsi mises en œuvre visent à favoriser la couverture maladie complémentaire des assurés sociaux. Depuis quelques années, les difficultés de financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) conduisent en effet à la fois à désocialiser le petit risque et à responsabiliser davantage les ménages en accroissant leur reste à charge. La part supportée par ceux-ci dans la consommation de

soins et de biens médicaux est ainsi passée de 8,3 % en 2004 à 9,4 % en 2009³⁶².

Leur concentration sur les contrats collectifs qui respectent la condition de responsabilité introduite par la loi du 13 août 2004 pour favoriser la mise en place du parcours de soins, soit 98 % d'entre eux, semble cependant devoir être interrogée au regard de plusieurs constats.

1 – Des effets d'aubaine

Les exonérations dont jouissent les contrats collectifs trouvent leur origine dans la préoccupation d'assurer au maximum de personnes une protection considérée comme une condition de l'accès aux soins. Pourtant, comme l'ont montré de nombreuses études³⁶³, les personnes aux salaires les plus modestes ne sont pas les premières bénéficiaires des contrats collectifs puisque ceux-ci sont plus fréquents dans les grandes entreprises (100 %) où les salaires sont aussi plus élevés que dans les petites (32 %) ainsi que dans les entreprises à plus forte proportion de cadres, à qui ils sont parfois même réservés et où la qualité des garanties croît avec le salaire moyen. Les négociations de branches ne corrigent ce constat que faiblement : seules une cinquantaine de branches sur 300 ont signé des accords en ce domaine.

Les aides publiques aux contrats collectifs sont ainsi à l'origine d'un « effet d'aubaine » certain pour les salariés appartenant aux catégories sociales moyennes et supérieures, sans que les justifications d'ordre général parfois avancées par ailleurs pour les justifier n'apparaissent fortement convaincantes : ni le caractère obligatoire des cotisations, ni les imperfections du marché (asymétrie de l'information, irrationalité des acteurs, externalités) ne les fondent sur une base solide. L'exemption dont bénéficient les contrats collectifs peut paraître en effet à certains égards trop vaste (tous les biens médicaux et pas seulement ceux qui présentent des externalités fortes ou qui relèvent réellement de l'assurance comme l'hospitalisation) et à d'autres trop restreinte puisque certains contrats individuels, également « responsables », pourraient autant y prétendre. Il existe au demeurant, même s'ils sont minoritaires,

362. Source DREES, comptes nationaux de la santé 2009.

363. Par exemple : Questions d'économie de la santé (QES) n° 80 de février 2004 ; QES n° 112 de septembre 2006 ; QES n° 161 de janvier 2011.

des contrats collectifs, sans contribution de l'employeur³⁶⁴, ce qui s'explique par le mutuel intérêt des parties³⁶⁵.

En tout état de cause, la concentration des aides sur les contrats collectifs au profit des seuls salariés exclut le reste de la population active, exception faite des bénéficiaires des contrats Madelin en ce domaine. Certes les contributions des employeurs font l'objet d'une taxation spécifique depuis 1996 destinée à compenser « l'inégalité de traitement existant en matière de protection sociale complémentaire au profit des entreprises qui souscrivent des contrats collectifs et au détriment des salariés et des non salariés qui ne peuvent souscrire qu'à des compléments de couverture sociale facultatifs, sans part patronale », dont le montant est de l'ordre de 400 M€ pour ce qui concerne la couverture maladie complémentaire. Mais cette taxe ne saurait épuiser toutes les interrogations au regard de l'équité des dispositifs d'aide réservés aux contrats collectifs.

2 – Un impact peu probant sur le marché de la couverture maladie complémentaire

La Cour s'est efforcée d'évaluer l'impact de l'introduction des contrats collectifs responsables en analysant l'évolution de l'offre en termes de tarification et de niveau de protection. Introduite dans le droit positif par la loi du 13 août 2004, mais entrée progressivement dans les faits, cette réforme n'est devenue pleinement applicable qu'au 1^{er} janvier 2008. Les réponses à l'enquête de la DREES sur les contrats modaux pour 2005 et pour 2008 ont été ainsi comparées pour y déceler d'éventuelles inflexions.

La cotisation moyenne par bénéficiaire, déjà nettement supérieure pour les contrats individuels par rapport aux contrats collectifs (cf. supra), a augmenté plus rapidement pour les contrats individuels (+7 %) que pour les collectifs (+4 %) alors que, dans le même temps, les prestations correspondantes progressaient de manière identique (+8 % contre +9 %).

Il semble difficile d'interpréter l'évolution différentielle des contrats collectifs et individuels comme une conséquence de la responsabilisation du marché. Plus vraisemblablement, ce sont les mêmes

364. Selon l'IRDES, 8 % des entreprises dans lesquelles des garanties complémentaires collectives sont aujourd'hui en vigueur ne participent pas à leur financement.

365. Les couvertures collectives sont de meilleure qualité que les couvertures individuelles pour un moindre coût, toute contribution de l'employeur mise à part.

logiques qui sont toujours à l'œuvre (frais d'acquisition, anti-sélection³⁶⁶ etc.) et qui continuent de produire leurs effets avec l'accroissement des enjeux financiers de l'assurance maladie complémentaire.

L'absence d'homogénéisation des garanties a eu tendance dans le même temps à s'accroître comme le fait ressortir le tableau suivant :

Différenciation des garanties

Rapport des écarts-types aux moyennes des indices des contrats	2005	2008	Evolution
Moyenne générale	0,26	0,34	+29 %
Contrats individuels	0,24	0,34	+40 %
<i>dont mutuelles</i>	0,13	0,3	+120 %
<i>dont assurances</i>	0,21	0,3	+42 %
Contrats collectifs	0,29	0,37	+30 %
<i>dont IP</i>	0,28	0,31	+9 %
<i>dont assurances</i>	0,29	0,3	+4 %

Source : DREES calculs Cour

L'écart-type des garanties³⁶⁷ s'est ainsi accru pour tous les compartiments. L'analyse des données par type de soins montre que, parallèlement à une homogénéisation dans les secteurs de la pharmacie, de l'optique et du dentaire, une différenciation joue en effet dans la prise en charge de l'appareillage et surtout des dépassements (qu'ils se produisent en ville ou à l'hôpital).

Par ailleurs se font jour des effets non anticipés. Ainsi, les critères définis pour les contrats responsables excluent les contrats qui ne couvrent que les frais d'hospitalisation à l'exclusion de la médecine de ville par exemple. Or, ces contrats, loin d'être des « sous-contrats », correspondent parfaitement aux besoins d'assurance de nombre de jeunes adultes qui sont moins désireux de couverture en matière optique et dentaire et qui souhaitent simplement se protéger des risques lourds. Le dispositif des contrats responsables a ainsi renchéri le coût de la protection sociale de ces personnes dont les revenus sont souvent inférieurs à la moyenne. De même l'obligation de couvrir à 100 % les

366. L'antisélection est un phénomène statistique et économique qui joue un rôle important notamment dans les domaines de l'assurance par lequel une offre faite sur le marché aboutit à des résultats inverses de ceux souhaités à cause d'une asymétrie d'information.

367. Il convient toutefois de préciser que la taille de l'échantillon a progressé entre 2005 et 2008 notamment avec une couverture plus complète des contrats passés avec les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance.

tarifs opposables des soins de ville a contraint certaines mutuelles d'entreprise ou de fonctionnaires à rompre avec leur pratique antérieure de reste à charge systématique pour contenir la progression des dépenses.

*
* *

En fonction de ces constats, la question doit être ainsi posée d'un réexamen d'ensemble et en profondeur des exemptions sociales et fiscales particulièrement favorables dont bénéficient les contrats collectifs d'entreprise. Leur recalibrage devrait être attentif certes à éviter une remise en cause de la généralisation de la couverture maladie complémentaire et veiller au maintien de garanties d'un niveau satisfaisant, mais dans un contexte financier contraint, les considérations d'équité imposent impérativement de rechercher un meilleur ciblage des aides publiques en ce domaine au bénéfice en particulier de leur réorientation vers les personnes les plus défavorisées.

III - Des dispositifs de soutien aux catégories défavorisées mal articulés

A – Un double dispositif

Les pouvoirs publics ont souhaité accompagner la politique de responsabilisation des patients par une solvabilisation de la demande de protection sociale complémentaire des catégories défavorisées. Ces dispositifs sont :

- d'une part, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) qui a pour objectif d'organiser la gratuité des soins pour les personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil situé aux environs de la moitié du revenu médian par unité de consommation³⁶⁸ c'est-à-dire sous le seuil de pauvreté (qui est fixé à 60 % de celui-ci) et à un niveau inférieur aux minima sociaux³⁶⁹ ;
- d'autre part, l'aide à la complémentaire santé (ACS) qui permet aux personnes dont les revenus par unité de consommation se situent entre

368. Le seuil étant indexé sur l'indice des prix qui a cru moins vite que le revenu médian, il n'atteint plus aujourd'hui ce pourcentage initial.

369. Ainsi les bénéficiaires du minimum vieillesse et de l'allocation pour adulte handicapé ne sont pas éligibles à la CMUC.

le plafond de la CMUC et 126 % de ce plafond³⁷⁰ de bénéficier d'une prise en charge, partielle et progressive³⁷¹ en fonction de l'âge, du coût d'une assurance maladie complémentaire.

La CMUC couvrait au 31 décembre 2010 4,32 millions de personnes environ pour un coût de 1,423 Md€³⁷² contre seulement 535 000 bénéficiaires de l'ACS (pour une population éligible estimée à 2 millions d'assurés) pour un montant d'un peu plus de 100 M€. Le coût moyen par bénéficiaire s'élève aux environs de 400 € en métropole pour la CMUC et à un peu moins de 230 € pour l'ACS.

Le faible succès de l'ACS est généralement attribué à un défaut d'information des bénéficiaires et à sa relative complexité. L'étroitesse de la fourchette de revenu qui y ouvre droit ainsi que la nécessité d'en faire la demande contrairement à la CMUC dont le bénéfice résulte, dans environ la moitié des cas, automatiquement de l'attribution du RSA socle, y contribuent aussi. La possibilité pour les régimes d'assurance maladie de base de gérer l'ACS comme c'est le cas pour la CMUC pourrait être étudiée afin d'améliorer cette situation.

La charge financière qui était à l'origine principalement supportée par l'Etat (aux environs de 80 % en 2000) l'est désormais exclusivement par les souscripteurs d'assurances complémentaires santé qui s'acquittent d'une contribution portée à 5,9 % de leurs cotisations et primes en 2009. Cette situation fait partiellement supporter un effort de solidarité nationale par des personnes ne bénéficiant pas de la CMUC mais se trouvant en dessous du seuil de pauvreté tout en permettant à des catégories sociales aisées pratiquant l'auto-assurance d'y échapper. En effet, sur les 6 % environ d'assurés n'ayant pas d'AMC, un pourcentage non négligeable (un peu plus de 20 %) est composé d'assurés aisés ayant fait un choix économique et assumé de ne pas recourir aux AMC.

B – Des prestations globalement élevées et à l'origine d'effets de seuil marqués

Les évaluations menées mettent l'accent sur l'apport certain de la CMUC pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis mais ne s'interrogent pas sur la qualité relative de la protection accordée à ses bénéficiaires par rapport à celle du reste de la population. C'est sur cette

370. Depuis le 1^{er} janvier 2011 contre 120 % antérieurement, ce plafond devant passer à 130 % en 2012.

371. De 100 € en dessous de 16 ans à 500 € au-dessus de 60 ans.

372. Dépenses des douze derniers mois au 31 juillet 2010, retracées dans les comptes du fonds CMU.

question que la Cour a plus particulièrement choisi de faire porter ses investigations.

L'analyse de la protection offerte par la CMUC peut en être faite directement par l'examen des garanties prévues par les textes légaux et les stipulations contractuelles. Cette démarche soulève toutefois une difficulté méthodologique : les bénéficiaires de la CMUC ne devant en principe se voir appliquer aucun dépassement, on peut soit considérer que leur situation est celle d'être remboursé de 100 % des tarifs de responsabilité soit qu'ils bénéficient des prestations des professionnels de santé en secteur II sans reste à charge.

Ainsi, si l'on considère que les bénéficiaires de la CMUC ne supportent aucun dépassement et sont dans une situation équivalente à celle des assurés jouissant d'un remboursement intégral de leurs dépenses d'honoraires³⁷³, la valeur indiciaire de leur panier de soins (1,22) est supérieure à celle de 80 % des contrats du reste de la population³⁷⁴.

Une autre façon d'appréhender la valeur des garanties est de comparer les consommations de soins qu'elles financent. Les prestations représentent environ 80 % des primes et cotisations des contrats collectifs mais seulement 70 % de celles des contrats individuels comme le montre le tableau suivant :

Ratios prestations /cotisations dans les dispositifs d'assurance maladie complémentaire

Ratios	Contrats individuels	Contrats collectifs
Mutuelles	76	83
Institutions de prévoyance	NS	81
Assurances	64	80

Source : rapport annuel 2010 sur la situation financière des organismes complémentaires

On peut inférer de leurs niveaux ceux des prestations correspondantes et les comparer ainsi à la dépense moyenne de la population couverte par la CMUC, soit en 2008 environ 400 € annuels par bénéficiaire. Ce montant de prise en charge était supérieur dans 74 % des cas aux dépenses moyennes financées par les couvertures

373. Cette hypothèse revient à considérer que les bénéficiaires de la CMUC ne supportent ni refus de soins ni dépassements. Elle est cohérente avec le caractère très minoritaire des uns comme des autres pour les bénéficiaires de la CMUC.

374. Cela rejoint l'opinion d'un des organismes fédérant des OC selon laquelle la CMUC est « l'équivalent d'une garantie frais réels classée A ».

complémentaires souscrites dans un cadre individuel ou collectif par le reste de la population. Autrement dit, s'ils devaient souscrire une assurance complémentaire, les bénéficiaires de la CMUC devraient acquitter des cotisations et primes supérieures à celles que supportent 74 % de la population.

La qualité de la couverture maladie complémentaire ayant une incidence positive aussi bien sur la probabilité de recours aux soins que sur le niveau des consommations de soins, ce différentiel pourrait se traduire par des consommations de soins supérieures à celles du reste de la population, toutes choses -âge, sexe et état de santé- égales par ailleurs.

La consommation de soins des bénéficiaires de la CMUC

C'est la CNAMTS qui s'est d'abord intéressée à la question : elle constatait au titre de 2001³⁷⁵ un écart de 76 % qu'elle expliquait par trois facteurs : un état de santé moyen moins bon que celui des autres assurés, un effet de rattrapage par rapport à la situation antérieure à l'instauration de la CMUC qui était marquée par l'importance des renoncements aux soins et un effet culturel de recours à l'hôpital plutôt qu'aux soins de ville. Mais elle ne quantifiait pas la part de ces différents facteurs et notamment le fait que les bénéficiaires, en moyenne, plus jeunes que le reste de la population, devraient moins consommer.

En revanche, une étude³⁷⁶ réalisée en 2005 par la DREES concluait que la probabilité de recourir à des soins par les bénéficiaires de la CMUC est, à état de santé comparable, systématiquement supérieure à celle des autres bénéficiaires de couverture complémentaire mais aussi, qu'à probabilité égale, le montant des consommations est presque systématiquement supérieur dès lors qu'il est statistiquement significatif, notamment pour ce qui concerne la médecine ambulatoire, les frais dentaires et les auxiliaires médicaux. Bien qu'elle porte sur des données maintenant anciennes (2002) qu'il serait opportun d'actualiser, cette étude semble ainsi infirmer l'assertion selon laquelle la CMUC « n'engendre pas de surconsommation »³⁷⁷.

Il y a en tout état de cause urgence à faire réaliser une évaluation externe du dispositif CMU/ACS et à actualiser l'analyse statistique des déterminants de la consommation médicale des bénéficiaires, en particulier en améliorant la connaissance de leur état de santé³⁷⁸.

375. M/S n° 1, vol. 20, 2004, pp. 105-108.

376. Etudes et résultats n° 378, février 2005.

377. «La dépense de CMUC par bénéficiaire en 2008 et 2009», fonds CMU, p. 8.

378. Une étude faisait état d'une prévalence plus élevée pour plusieurs pathologies (CNAMTS, Points de repère n° 8, août 2007). Une autre étude plus récente souligne que les bénéficiaires de la CMUC ont une mortalité deux fois plus élevée que les autres assurées à âge donné (CNAMTS, Tuppin et al, La presse médicale n° 6, juin 2011).

L'ensemble des transferts de charges et des accroissements de taxes intervenus depuis n'a pu en effet qu'accroître l'écart entre les garanties offertes par la CMUC et les autres.

Pour ce qui concerne en revanche l'aide à la complémentaire santé, le prix moyen du contrat souscrit en 2008 s'établissait à 734 € pour 1,64 bénéficiaire en moyenne, soit une cotisation par assuré de 448 € correspondant pour environ 70 % à des prestations³⁷⁹, soit une dépense moyenne à ce titre de 313 €, inférieure d'environ 25 % à celle des bénéficiaires de la CMUC. Un peu plus de la moitié des cotisations était supportée par les assurés, le reste étant pris en charge par l'ACS. Les couvertures souscrites grâce à cette aide se situaient en moyenne au-dessus de 39 % de celles du reste de la population

Cette situation traduit la permanence d'un double effet de seuil qui porte aussi bien sur le montant des aides publiques que sur la qualité des garanties souscrites, qui peuvent être considérées comme de bonne qualité pour la CMUC et, en revanche, de qualité moyenne pour l'ACS. Cet effet de seuil est marqué tant entre bénéficiaires de la CMUC et bénéficiaires de l'ACS qu'entre bénéficiaires de l'ACS et le reste de la population.

En effet, l'analyse des taux de renoncement aux soins pour des raisons financières déclarés dans l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) de 2008 fait apparaître que celui des bénéficiaires de la CMUC était de 21 % mais que celui des personnes du premier quintile de revenu ne bénéficiant pas de la CMUC est de 25,7 %. En outre, le taux de renoncement aux soins des personnes du premier quintile non couvertes par une assurance complémentaire est d'au moins 30,4 %, taux qui est celui de l'ensemble des personnes non couvertes.

La situation selon laquelle il y a gratuité en dessous de 50 % du revenu médian, faible couverture entre 50 % et 65 % du revenu médian³⁸⁰) et fréquente de couverture complémentaire au-dessus³⁸¹,

379. Le rapport prestations/cotisations est de 76 % pour les mutuelles et 64 % pour les assurances. Source : rapport annuel 2010 sur la situation financière des organismes complémentaires. Le chiffre de 70 % constitue une moyenne entre mutuelles et assurances.

380. Selon l'enquête santé 2003 de l'INSEE, 21 % des personnes du quintile de niveau de vie le plus bas n'avaient pas de couverture maladie complémentaire en 2003 contre 30 % en 1992. La loi CMU n'a donc permis de traiter qu'un tiers du problème.

381. Ainsi, selon l'ESPS 2006, malgré la CMUC et l'ACS, 14,4 % des personnes dont les restes à charge (RAC) sont inférieurs à 800 € sont dépourvues de couverture complémentaire.

pour des seuils de revenu de 620, 744 et 870 € par unité de consommation en 2008, n'apparaît ainsi pas satisfaisante.

*
* *

Les importantes aides publiques consacrées à la couverture maladie complémentaire qui, tous dispositifs confondus, y compris prise en charge de la CMUC et de l'ACS, peuvent être estimées à plus de 6 Md€, sont ainsi mal utilisées au regard même des objectifs qu'elles se fixent de faciliter au plus grand nombre l'accès à ce type de protection. Trop généreuses pour une partie des bénéficiaires, trop réduites pour d'autres, leur réorientation significative semble indispensable.

Celle-ci pourrait conduire, à système inchangé, à rediriger au moins pour partie les aides consacrées aux contrats collectifs en direction des assurés disposant de faibles revenus afin notamment de supprimer l'effet de seuil trop marqué constaté entre la CMUC et l'ACS, dispositif qu'il convient par ailleurs de promouvoir activement.

Cette révision pourrait également s'inscrire dans le cadre d'une réflexion plus profonde et systémique sur la mise en place d'un bouclier sanitaire dégressif en fonction du revenu.

CONCLUSION

Le paysage de la protection sociale complémentaire dont le développement a été favorisé par des aides publiques importantes paraît donc marqué par de multiples incohérences. Le manque d'articulation de ces divers dispositifs coûteux pour les finances publiques se manifeste de différentes manières. Ainsi, la protection complémentaire n'est pas obligatoire mais on la souhaiterait pourtant générale et la plus élevée possible, incitant parfois à un comportement peu compatible avec l'objectif de maîtrise des dépenses car elle consiste au moins autant en un achat de soins anticipé qu'en une véritable assurance. En outre, les aides sont pour l'essentiel réservées aux seuls contrats collectifs au détriment des contrats individuels qui couvrent pourtant la moitié de la population. Enfin, les mécanismes de la CMUC et de l'ACS produisent des effets de seuil importants. Au total, le ciblage des dispositifs d'aide apparaît très imparfait au regard même de l'équité sociale en bénéficiant de manière non négligeable à des catégories sociales pour lesquelles il constitue un effet d'aubaine tout en étant d'un niveau insuffisant pour les personnes à revenus faibles.

Un réexamen d'ensemble est donc non seulement indispensable mais urgent. En période de difficultés budgétaires, il est, en effet, plus impérieux

que jamais de mieux cibler les aides publiques et de les concentrer sur les populations qui en ont le plus besoin.

La remise en cause totale ou partielle de certaines exonérations pourrait permettre une réallocation des ressources pour réduire des effets de seuils très dommageables, sans préjudice, le cas échéant, d'un financement de nouveau par la solidarité nationale du fonds CMU. Une telle réorientation suppose cependant d'évaluer plus rigoureusement l'impact de la CMUC et de l'ACS au regard de l'état de santé de leurs bénéficiaires comme de leur consommation de soins.

RECOMMANDATIONS

57. Réduire, voire supprimer dans le cadre d'une réforme globale du financement de l'assurance maladie, les exemptions de cotisations sociales très favorables dont bénéficient les contrats collectifs et a minima les moduler en fonction de critères d'éligibilité plus strictement définis, notamment en matière de contribution à une meilleure gestion du risque et de niveau de frais de gestion.

58. Faire réaliser une évaluation indépendante de la CMUC et de l'ACS et actualiser les études relatives à la consommation de soins des bénéficiaires.

59. Réduire l'effet de seuil lié au plafond de la CMUC, en élargissant la fourchette de revenu qui permet de prétendre à l'ACS et en y affectant tout ou partie des recettes supplémentaires procurées par le réajustement des aides aux contrats collectifs.

60. Améliorer la connaissance des contrats collectifs, notamment en ce qui concerne le montant des dépassements pris en compte et le nombre de ces contrats ne bénéficiant pas à la totalité des personnels des entreprises concernées.

Annexe 1 - La méthodologie indicielle de la Cour

La Cour a construit un indice représentatif du panier de soins correspondant à chaque contrat ce qui permet notamment de donner une lecture plus immédiate des comparaisons entre prestations, d'effectuer des rapprochements avec les cotisations/ primes et d'étudier l'évolution du marché dans le temps.

Pour chaque prestation appartenant à une des principales catégories (pharmacie, ambulatoire, optique, dentaire, hôpital, prévention), un score égal au rapport de la valeur moyenne de la prestation pour l'ensemble des contrats pondéré par le nombre de bénéficiaires est attribué à chaque contrat.

Le détail des prestations entrant dans l'indice est le suivant :

- taux de prise en charge des vignettes bleues ;
- taux de prise en charge des vignettes blanches ;
- remboursement des consultations de médecin spécialiste de secteur 2 à honoraires libres, pour un assuré dans le parcours de soins ;
- montant versé par l'assurance complémentaire (hors remboursement par la sécurité sociale) pour la consultation directe d'un médecin spécialiste du secteur 2 à honoraires libres, hors parcours de soins, réglée 60 € au médecin ;
- taux de prise en charge des frais de radiologie ;
- taux de prise en charge des dépenses d'analyse ;
- montant pris en charge pour un appareil auditif de 3 000 € (deux oreilles) ;
- montant pris en charge pour une paire de lunettes ;
- prise en charge de lentilles non remboursées par la sécurité sociale (oui/non) ;
- montant pris en charge pour une dent du sourire céramo-métallique de 750 € ;
- prise en charge de l'implantologie (oui/non) ;
- prise en charge de l'orthodontie adulte (oui/non) ;
- durée de prise en charge du forfait journalier en jours par an ;
- montant maximum du forfait journalier par jour ;
- taux de prise en charge des honoraires des praticiens hospitaliers ;
- montant maximum par jour de la prise en charge de la chambre particulière ;
- durée maximale de cette prise en charge en jours par an ;
- prise en charge du vaccin anti-grippe avant 65 ans (oui/non) ;

- prise en charge du sevrage tabagique (oui/non).

Le calcul du score s'effectue selon trois modalités différentes :

- si les garanties sont exprimées en pourcentage du tarif conventionnel, ces pourcentages sont directement utilisés ;
- si les garanties sont exprimées de manière non standardisées, ce qui est le cas de l'optique et du dentaire, le score est calculé à partir des remboursements prévus sur les biens de référence définis par la DREES pour ses travaux statistiques. Ces biens de référence sont notamment :
 - deux prothèses auditives numériques facturées 3000 euros à l'assuré ;
 - une paire de lunettes à faible correction (verres simples) facturée 200€ d'une part et une paire de lunettes à forte correction (verres complexes) facturée 500 € d'autre part ;
 - une prothèse dentaire céramo-métallique sur dent visible facturée 750 € à l'assuré, y compris remboursement sécurité sociale ;
- si les garanties sont exprimées par réponse à une question fermée, un score de 1 est attribué au « oui » et un score de 2 est attribué au « non ».

La moyenne des scores ainsi obtenus est ensuite calculée par grande catégorie et l'indice est défini comme la moyenne de ces scores pondérée par le poids des dépenses correspondantes dans les comptes de la santé 2008. Par exemple, pour ce qui concerne la prestation de remboursement des prothèses céramo-métalliques des dents du sourire d'une valeur de 750 €, on calcule le remboursement moyen pour l'ensemble des contrats modaux qui est de 292,39 €, puis on détermine la valeur de chaque contrat en divisant le remboursement qu'il prévoit par cette moyenne ce qui donne un score correspondant à la prestation. Ce score varie pour l'ensemble des contrats entre 0 et 6,31. Cette valeur est ensuite prise en compte avec d'autres prestations évaluées de la même manière (implants, orthodontie) pour déterminer un indice dentaire qui entre dans la composition de l'indice de panier de soins à hauteur de la part des prothèses dentaires dans les dépenses des organismes complémentaires (OC).

Les pondérations sont celles des diverses catégories de soins dans la CSBM financée par les OC.

La valeur moyenne du marché est de 1.

La méthode permet :

- de comparer tous les contrats deux à deux ou un contrat à un groupe de contrats ;
- de déterminer des valeurs moyennes par catégorie de contrat ;
- de rapprocher la valeur des contrats de leur prix ;
- de comparer les valeurs des contrats entre 2005 et 2008.

A partir de cette méthodologie on aboutit à une bonne corrélation entre les diverses catégories de la DREES (cf. tableau page 324) et les indices moyens calculés :

Indices moyens par catégories

Catégorie	Indice moyen
Moyenne A	1,35
Moyenne B	1,14
Moyenne C	0,90
Moyenne D	0,69

Source : Cour à partir de données DREES

Les meilleures garanties selon la DREES sont aussi celles qui ont les indices les plus forts.

Pour ce qui concerne la comparaison entre les contrats modaux 2005 et 2008, l'enquête 2005 étant moins riche en informations que l'enquête 2008, un indice légèrement dégradé a été utilisé pour pouvoir être calculé sur les deux échantillons. La valeur d'indice 1 a été dans ce cas donnée au marché en 2005.

Enfin la comparaison entre les garanties des contrats modaux et la CMUC soulève une difficulté particulière. Le panier de soins CMUC prévoit en effet une prise en charge à 100 % mais les bénéficiaires doivent en principe se voir appliquer le tarif conventionnel même par les praticiens du secteur II. Pour déterminer le score du panier de soins CMUC pour les honoraires médicaux deux solutions sont possibles : soit on considère que leur situation est celle d'être remboursé à 100% des tarifs de responsabilité soit qu'ils bénéficient des prestations des professionnels de santé du secteur II sans reste à charge. Il existe certes des refus de soins mais ceux-ci sont minoritaires et ne se traduisent pas par un reste à charge.