



RAPPORT ANNUEL
SUR L'AIDE AU PAIEMENT
D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
Bénéficiaires, prix et contenu
des contrats ayant ouvert droit à l'aide

Octobre 2016

FONDS DE FINANCEMENT DE LA PROTECTION
COMPLÉMENTAIRE DE LA COUVERTURE
UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE

Sommaire

Introduction	5
1. Une progression des effectifs de bénéficiaires soutenue, malgré le basculement sur l'ACS renouvelée	7
2. Un dispositif davantage utilisé par les plus âgés	9
2.1. Une population protégée par l'ACS, plus âgée que la population générale et dont le niveau de couverture augmente avec l'âge	9
2.1.1. L'âge moyen de la population protégée est de 44 ans	9
2.1.2. La population protégée se féminise quand l'âge augmente	10
2.1.3. Le niveau de garantie souscrit augmente avec l'âge	11
2.1.4. Les contrats couvrant une seule personne sont majoritaires et concernent une population en moyenne âgée de 61 ans	12
2.2. Un taux d'utilisation des attestations également croissant avec l'âge	13
2.2.1. La structure par âge de la population ayant obtenu une attestation ACS est comparable à celle de la population française	13
2.2.2. Le taux d'utilisation des attestations augmente progressivement avec l'âge	14
3. Un niveau de garantie plus élevé et une baisse significative du prix des contrats et du taux d'effort pour les personnes couvertes par le nouveau dispositif ACS	16
3.1. Une amélioration des niveaux de garantie due au choix des contrats par les bénéficiaires	16
3.2. Une baisse significative du prix des contrats et corrélativement du taux d'effort	17
3.2.1. Le prix moyen du contrat baisse de 10 % après réforme	17
3.2.2. Le taux d'effort pour acquérir sa complémentaire santé diminue de près de 30 %	19
3.3. Une diminution des prix et des restes à charge quel que soit l'âge du souscripteur	19
3.3.1. Les prix sont plus avantageux quel que soit l'âge, y compris pour le contrat C	19
3.3.2. Ce sont toujours les plus âgés qui sont confrontés au reste à charge le plus élevé	20
3.4. Des grilles tarifaires des offres moins favorables aux bénéficiaires âgés	22
3.4.1. Les tarifs des 11 offres sont plus élevés et plus dispersés pour les personnes les plus âgées	22
3.4.2. Sur données réelles, les prix augmentent en moyenne dans une fourchette allant de 20 à 25 % par tranche de 10 années mais décèlent à partir de 80 ans.	25
3.5. Un nouveau dispositif un peu moins favorable aux familles nombreuses	26
4. La valorisation de l'avantage procuré par l'opposabilité des tarifs	30
4.1. La mesure de l'avantage de l'opposabilité des tarifs via un score bâti par la DREES	30
4.1.1. Une nouvelle méthode a été établie par la DREES afin de prendre en compte l'opposabilité des tarifs des médecins dans l'appréciation du niveau de garantie des contrats	30
4.1.2. L'opposabilité des tarifs des médecins influence significativement le niveau de garantie des contrats ACS	31
4.2. Des bénéficiaires de l'ACS qui profitent de niveaux de garantie nettement supérieurs à la moyenne des contrats individuels, lorsque l'avantage procuré par l'opposabilité des tarifs est pris en compte	32

5. Des restes à charge par poste de soins qui témoignent des niveaux de prise en charge des trois types de contrat	34
5.1. Un taux de couverture qui augmente avec le niveau de contrat	34
5.2. Un reste à charge qui porte principalement sur les soins dentaires et les équipements d'optique	36
5.3. Un reste à charge non nul pour les soins courants	37
6. Une première approche de l'équilibre technique des contrats	39
Glossaire	41
Annexes	43
Annexe 1. Les grilles de garantie des nouveaux contrats ACS	44
Annexe 2. Le niveau de garantie des contrats ACS – Note de la DREES	45
Annexe 3. Le revenu du foyer ACS selon la composition familiale	51
Annexe 4. L'analyse théorique des évolutions de tarifs des contrats ACS par la DREES	52

Encadrés

Encadré 1 – La réforme du dispositif ACS	6
Encadré 2 – Les actions pour favoriser le basculement des bénéficiaires de l'ACS	8
Encadré 3 – Les facteurs expliquant le prix des contrats ACS	18
Encadré 4 – Analyse de l'impact de l'âge sur le prix et le reste à charge toutes choses égales par ailleurs	22
Encadré 5 – Analyse de l'impact du nombre de personnes couvertes sur le prix et le reste à charge toutes choses égales par ailleurs	29
Encadré 6 – Les premières réflexions de la DREES sur la prise en compte de l'opposabilité des tarifs rendaient compte de difficultés théoriques	30
Encadré 7 – L'effet de la prise en compte de la chambre particulière dans la classification des contrats ACS	33
Encadré 8 – Le principe du score	46
Encadré 9 – Les hypothèses de recours à la chambre particulière	49

Introduction

L'ACS est une aide financière venant en déduction des cotisations à payer pour un contrat de complémentaire santé.

Le dispositif ACS, créé en 2005, a été profondément réformé le 1^{er} juillet 2015. Désormais, seuls les contrats sélectionnés par l'État pour leur bon rapport qualité / prix peuvent bénéficier de l'ACS.

Cette réforme s'est appuyée sur les constats récurrents formulés dans le rapport annuel du Fonds CMU sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS :

- une forte diversité des contrats rendant quasi impossible un choix éclairé par les bénéficiaires ;
- des contrats proposant des niveaux de garantie nettement inférieurs au reste du marché ;
- au-delà du reste à charge sur le prix des contrats, l'existence de restes à charge sur les prestations.

La réforme engagée par le Gouvernement a eu pour but de faciliter l'accès du dispositif au plus grand nombre par un processus de mise en concurrence visant à offrir une plus grande lisibilité des offres, de meilleures garanties à des prix plus bas.

Trois types de contrats ont été définis : le contrat A d'entrée de gamme, le contrat B intermédiaire, le contrat C de niveau supérieur (cf. encadré 1).

Ce rapport dresse un premier bilan de la réforme.

Il porte sur les personnes protégées par les nouveaux contrats A, B, C au 31 janvier 2016 et couvre ainsi 80 % des personnes utilisatrices de l'aide à la même date (les anciens contrats pouvaient courir jusqu'au 30 juin 2016). Dès la prochaine enquête, la totalité des utilisateurs seront concernés.

Les 11 groupements gestionnaires du dispositif ont transmis les états statistiques prévus dans le cahier des charges du dispositif rénové. Ils permettent d'enrichir considérablement notre connaissance de l'ACS.

Ce rapport est en soi un bouleversement au vu des conclusions que nous sommes à même de tirer :

- l'évolution des effectifs des personnes couvertes par un contrat ACS n'a connu aucune rupture et a continué à progresser à un rythme satisfaisant malgré le changement occasionné par la mise en œuvre effective de la réforme sur le terrain ;
- le niveau de garantie des contrats s'est amélioré ;
- malgré l'augmentation du niveau de garantie des contrats leur prix baisse en moyenne de 10 %.

À eux seuls, ces trois constats mettent en évidence l'effet positif de la réforme sur les personnes protégées.

Le Fonds CMU tient à remercier tout particulièrement :

- ses partenaires au sein des 11 groupements pour le travail réalisé, la qualité de nos échanges, enfin, la transmission des effectifs mensuels qui permet un suivi affiné de la montée en charge du nouveau dispositif ;
- la DREES pour la qualité de ses travaux et de nos échanges sur le marché de la couverture complémentaire santé. L'enjeu de son étude sur la prise en compte de l'opposabilité des tarifs des médecins dans l'appréciation du niveau de garantie des contrats constitue une évolution majeure pour l'analyse du dispositif ACS ;
- l'IRDES pour son appui dans l'exploitation et l'interprétation des chiffres. Ses analyses économétriques permettent d'apporter un éclairage complémentaire sur les données transmises par les groupements.

On rappellera que le Fonds CMU s'est engagé auprès des 11 groupements participants sur la confidentialité des informations transmises (nature des contrats et répartition). Aucune information permettant d'identifier les organismes ne figure dans ce document.

Tous les chiffres présentés dans ce rapport sont des chiffres bruts (calculés sur les données disponibles).

Encadré 1 – La réforme du dispositif ACS

La réforme de l'ACS est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2015, en application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015.

Tenant compte des constats récurrents issus des rapports annuels du Fonds CMU sur le prix et le contenu des contrats ACS et du non-recours au dispositif qui reste important, le Gouvernement a souhaité rendre l'ACS plus lisible, plus efficiente et donc plus attractive, en limitant le nombre de contrats de complémentaire santé éligibles à l'ACS, en définissant des garanties minimales et en améliorant le rapport qualité/prix de ces contrats par le biais d'une procédure de mise en concurrence.

Les contrats doivent proposer au minimum la prise en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur (exceptés pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %), la prise en charge du forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie.

À ces garanties socle, s'ajoutent trois niveaux de garanties allant de la couverture la plus simple à une couverture plus complète pour l'optique, l'audioprothèse et les prothèses dentaires :

- le contrat A, contrat d'entrée de gamme, prend en charge le ticket modérateur pour l'optique et 125 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat B, contrat intermédiaire, prend en charge 100 € pour une paire de lunettes à verres simples, 200 € pour des lunettes à verres complexes et 225 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat C, contrat de niveau supérieur, prend en charge 150 € pour des lunettes à verres simples, 350 € pour des lunettes à verres complexes, 300 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires et 450 € pour les audioprothèses.

Les organismes complémentaires ont été invités à proposer des offres attractives pour ces trois niveaux de contrat, par un appel à la concurrence lancé le 17 décembre 2014. Onze offres ont été sélectionnées. Principalement proposées par des groupements d'organismes, elles ont été publiées dans les arrêtés du 10 avril et du 25 juin 2015, fixant la liste des contrats de complémentaire santé ouvrant droit à la déduction ACS.

Par ailleurs, en plus de l'opposabilité des tarifs, déjà en vigueur avant la réforme, l'ACS présente de nouveaux avantages depuis le 1^{er} juillet 2015 :

- le bénéfice du tiers payant intégral. Concrètement, les bénéficiaires de l'aide ayant souscrit un contrat sélectionné n'ont plus à faire l'avance des frais lors de leurs consultations chez les professionnels de santé ;
- la suppression des franchises médicales et de la participation de 1 € par consultation.

Enfin, l'ACS donne toujours droit aux tarifs sociaux de gaz et d'électricité.

Le dispositif de l'ACS offre désormais des avantages proches de ceux proposés dans le cadre de la CMU-C.

1. Une progression des effectifs de bénéficiaires soutenue, malgré le basculement sur l'ACS rénovée

Un suivi de la montée en charge du nouveau dispositif a été mis en place par le Fonds CMU en lien avec les 11 groupements gestionnaires de l'aide. Ces derniers transmettent mensuellement les effectifs utilisateurs des nouveaux contrats A, B et C à la fois en « flux » (nombre de personnes ayant souscrit un contrat au cours du mois) et en « stocks »¹ (nombre de personnes avec un contrat en cours le dernier jour de chaque mois). Ces données permettent de suivre les effectifs protégés par le dispositif avec une grande réactivité (un mois de décalage). Auparavant, le suivi était opéré sur la base des déclarations trimestrielles des organismes complémentaires (OC) à la TSA avec un décalage de l'ordre de trois mois.

La délivrance des attestations par les caisses d'assurance maladie se déroule à un rythme assez soutenu. Au 30 juin 2016, sur les douze derniers mois, 1,43 million de personnes ont obtenu une attestation ACS. Sur les six premiers mois de l'année, le nombre de bénéficiaires d'attestations est de 744 131, en hausse de 11,1 % par rapport aux six premiers mois de l'année 2015.

■ Plus d'un million de personnes protégées par des nouveaux contrats au 31 juillet 2016

Au 31 juillet 2016, 1 077 600 personnes sont couvertes par un nouveau contrat ACS. Depuis le 1^{er} juillet 2016, seuls les nouveaux contrats A, B, C sont éligibles à l'ACS ; les derniers anciens contrats souscrits avant le 1^{er} juillet 2015 sont arrivés à terme.

Avant réforme, au 31 mai 2015, environ 958 500 personnes utilisaient leur attestation ACS pour bénéficier d'un contrat de complémentaire santé. Malgré le contexte délicat de basculement sur un dispositif dont les règles ont été nettement modifiées, aucune rupture n'a été constatée. Au contraire, les effectifs ont augmenté de 12,4 % en quatorze mois.

En mai et juin 2016, le nombre de personnes protégées par un nouveau contrat ACS s'est accru mensuellement de près 45 000 personnes. En juillet 2016, on compte un peu plus de 21 000 personnes. La baisse découle d'un effet de saisonnalité observé sur les périodes de congés. Le chiffre de septembre permettra de vérifier si la tendance observée sur les mois de mai et juin est ou non confirmée.

► **Tableau 1 - Nombre d'utilisateurs de l'ACS sur les contrats A, B, C depuis avril 2016 (stock).**

Mois	Nombre de personnes avec un nouveau contrat ACS actif à la fin du mois considéré (stock)	Evolution mensuelle en nombre de personnes (stocks)
30/04/2016	968 621	—
31/05/2016	1 013 077	44 456
30/06/2016	1 056 199	43 122
31/07/2016	1 077 596	21 397

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

À fin juillet, 40,4 % des personnes sont couvertes par un contrat C (niveau supérieur), 36,8 % par un contrat B (niveau intermédiaire) et 22,9 % par un contrat A (contrat d'entrée de gamme).

¹ Chiffre disponible depuis avril 2016

Tableau 2 - Répartition des utilisateurs de l'ACS entre les 3 contrats A, B, C à fin juillet 2016

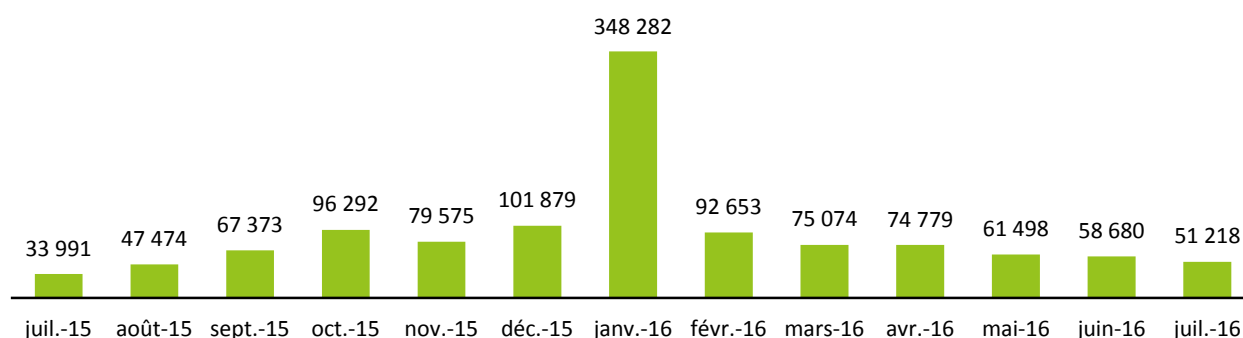
	Contrat A	Contrat B	Contrat C	Total des 3 contrats ACS
Nombre de personnes couvertes	246 384	396 336	434 876	1 077 596
Structure	22,9%	36,8%	40,4%	100,0%

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

■ Sur ces derniers mois, 60 000 personnes sont entrées en moyenne mensuellement dans le nouveau dispositif

En juillet 2016, les ouvertures de droits ont décliné pour atteindre 51 100 personnes (effet de saisonnalité). Les effectifs importants observés sur les mois de décembre 2015 et de janvier 2016 résultent de l'opération de basculement pour les contrats dont la date d'échéance était fixée au 31 décembre 2015 et qui représentent la majorité des contrats.

Figure 1 – Nombre mensuel de personnes ayant souscrit un nouveau contrat ACS depuis la mise en place du nouveau dispositif (flux)



Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

Encadré 2 – Les actions pour favoriser le basculement des bénéficiaires de l'ACS

Un des enjeux de la réforme était d'accompagner les personnes déjà bénéficiaires de l'ACS vers le nouveau dispositif, en facilitant leur basculement vers les contrats sélectionnés.

À chaque attribution ou renouvellement du droit par les caisses d'assurance maladie, les bénéficiaires de l'ACS recevaient en plus de leur chèque santé des documents d'information sur les changements induits par la réforme afin de les guider au mieux dans les démarches à suivre. Était jointe également la liste des offres sélectionnées, accompagnée des modalités pour contacter les groupements gestionnaires.

Les organismes complémentaires ont également joué un rôle majeur dans l'accompagnement des bénéficiaires de l'ACS. Conformément à l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, les organismes ont eu pour mission d'informer les bénéficiaires de la date d'échéance de leur contrat et des possibilités de renouveler ou non ce contrat avec le bénéfice de la déduction ACS. En outre, pour faciliter la transition vers les contrats sélectionnés, les bénéficiaires ont pu utiliser leur reliquat de droit à l'ACS auprès de leur nouvel organisme complémentaire, sans avoir à renouveler leur demande de manière anticipée.

Enfin, l'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a permis aux bénéficiaires qui n'avaient pas résilié leur contrat à son échéance après le 1^{er} juillet 2015 de rompre ce contrat, à titre exceptionnel et jusqu'au 30 juin 2016, en vue de la souscription d'un contrat sélectionné.

2. Un dispositif davantage utilisé par les plus âgés

Grâce aux informations remontées désormais par les organismes complémentaires dans l'enquête, le Fonds CMU dispose pour la première fois de données précises sur le profil des utilisateurs de l'aide. L'étude porte sur les nouveaux contrats ACS qui représentaient 80 % des utilisateurs au 31 janvier 2016, ce qui constitue une référence solide. Elle portera sur la totalité des utilisateurs dans la prochaine édition.

2.1. UNE POPULATION PROTÉGÉE PAR L'ACS, PLUS ÂGÉE QUE LA POPULATION GÉNÉRALE ET DONT LE NIVEAU DE COUVERTURE AUGMENTE AVEC L'ÂGE

2.1.1. L'âge moyen de la population protégée est de 44 ans

L'âge moyen des utilisateurs de l'aide sur les nouveaux contrats ACS est de 44 ans. Ils sont plus âgés que la population française dont l'âge moyen ressort à 41 ans en 2015 (estimation INSEE).

Au sein de la population protégée par un contrat sélectionné, les âges extrêmes occupent une place importante : près de 20 % pour les moins de 16 ans et pour les plus de 70 ans.

Les personnes ayant souscrit un nouveau contrat ACS sont plus âgées que l'ensemble de la population. Les « 60 ans et plus » sont surreprésentés (+10,2 points) au détriment en particulier des « 16 – 29 ans » (-4,8 points), dans une moindre mesure des « 30 – 39 ans » (-3,0 points). À l'inverse, la part des « 0 – 15 ans » et des « 50 – 59 ans » est comparable dans les deux populations.

Tableau 3 - Structure par âge : population couverte par un nouveau contrat ACS au 31 janvier 2016 / population française

	Utilisateurs ACS au 31 janvier 2016 (80 % du total des utilisateurs)	Population française en 2016	Écarts en points
0 - 15 ans	19,3%	19,8%	-0,5
16 - 29 ans	11,6%	16,4%	-4,8
30 - 39 ans	9,4%	12,3%	-3,0
40 - 49 ans	11,5%	13,5%	-2,0
50 - 59 ans	13,2%	13,1%	0,0
60 - 69 ans	17,0%	12,0%	5,0
70 ans et plus	18,1%	12,9%	5,2
Total	100,0%	100,0%	

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS, INSEE

Si enfin on compare la population protégée avec celle bénéficiant de la CMU-C, on constate deux structures inversées aux extrémités. La population CMU-C est très jeune ; les personnes âgées sont sous-représentées. En effet, au passage à la retraite, les plus faibles revenus sont compensés par l'ASPA dont le montant dépasse le plafond de ressources pour accéder à la CMU-C. À l'inverse, la population utilisatrice de l'ACS est relativement âgée puisqu'elle intègre notamment les bénéficiaires de l'ASPA.

Si les écarts de structure par âge des deux dispositifs sont maximums aux âges extrêmes, ils s'atténuent progressivement lorsqu'on converge vers le centre de la distribution pour atteindre un minimum sur les « 40 – 49 ans ».

Tableau 4 – Structure par âge : population couverte par un nouveau contrat ACS au 31 janvier 2016 / population CMU-C

	Utilisateurs ACS au 31 janvier 2016 (80 % du total des utilisateurs)	CMU-C au 31/12/2015 (*)	Écarts en points
0 - 15 ans	19,3%	35,7%	-16,4
16 - 29 ans	11,6%	21,9%	-10,3
30 - 39 ans	9,4%	14,6%	-5,3
40 - 49 ans	11,5%	12,7%	-1,2
50 - 59 ans	13,2%	9,7%	3,4
60 - 69 ans	17,0%	4,3%	12,6
70 ans et plus	18,1%	1,0%	17,1
Total	100,0%	100,0%	

(*) Pour la CMU-C, la première tranche concerne les 0 - 14 ans et la deuxième les 15 - 29 ans (référence habituelle dans nos publications sur la CMU-C). La structure par âge des bénéficiaires de la CMU-C est disponible au 31 décembre 2015. Elle varie cependant très peu d'un mois à l'autre.

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS, INSEE

2.1.2. La population protégée se féminise quand l'âge augmente

Les femmes, qui représentent 55,2 % de la population couverte par un contrat ACS, sont plus âgées que les hommes : 47 ans versus 42 ans. Elles sont comparativement surreprésentées chez les « 70 ans et plus » et à l'inverse, sous-représentées chez les moins de 16 ans (part inférieure de 5,3 points à celle des hommes de moins de 16 ans).

La forte présence de femmes aux âges élevés ne rend pas seulement compte du fait que celles-ci sont proportionnellement plus nombreuses dans ces classes d'âge en population générale. Ainsi, dans la population française, la part des femmes âgées de plus de 70 ans est certes plus élevée que celle des hommes, mais l'écart est moins marqué (4,1 points versus 7,4 pour les personnes ayant un contrat ACS).

Tableau 5 – Structure par âge et par sexe de la population couverte par un nouveau contrat ACS au 31 janvier 2016 (80 % de l'ensemble des utilisateurs)

	Répartition Hommes	Répartition Femmes	Répartition Totale	Écarts Hommes / Femmes en points
0 - 15 ans	22,3%	16,9%	19,3%	5,3
16 - 29 ans	12,5%	10,8%	11,6%	1,7
30 - 39 ans	9,4%	9,3%	9,4%	0,1
40 - 49 ans	12,1%	11,0%	11,5%	1,1
50 - 59 ans	13,4%	13,0%	13,2%	0,4
60 - 69 ans	16,4%	17,4%	17,0%	-1,1
70 ans et plus	14,0%	21,5%	18,1%	-7,4
Total	44,8%	55,2%	100,0%	
Âge moyen	42 ans	47 ans	44 ans	

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

Tableau 6 – Structure par âge et par sexe de la population française en 2016

	Répartition Hommes	Répartition Femmes	Répartition Totale	Écarts Hommes / Femmes en points
0 - 15 ans	20,9%	18,7%	19,8%	2,1
16 - 29 ans	17,0%	15,8%	16,4%	1,2
30 - 39 ans	12,5%	12,2%	12,3%	0,3
40 - 49 ans	13,8%	13,2%	13,5%	0,6
50 - 59 ans	13,2%	13,0%	13,1%	0,2
60 - 69 ans	11,7%	12,2%	12,0%	-0,4
70 ans et plus	10,8%	14,9%	12,9%	-4,1

Sources : INSEE

2.1.3. Le niveau de garantie souscrit augmente avec l'âge

L'âge augmente avec le niveau de garantie souscrit. Il est de 42 ans en moyenne sur le contrat A, 43 ans sur le contrat B et passe à 47 ans sur le contrat C. La structure par âge est très proche entre le contrat A et le contrat B. L'écart avec le contrat C est surtout dû à une surreprésentation des « 60 – 69 ans » au sein des contrats C et à l'inverse, une sous-représentation des « 0 – 15 ans ». Les familles avec des enfants en bas âge auraient tendance à se tourner vers les contrats d'entrée de gamme. Les personnes récemment retraitées se tourneraient vers les niveaux de garantie les plus élevés. Les plus âgés (70 ans et plus), quant à eux, se répartissent équitablement entre les trois niveaux de garantie.

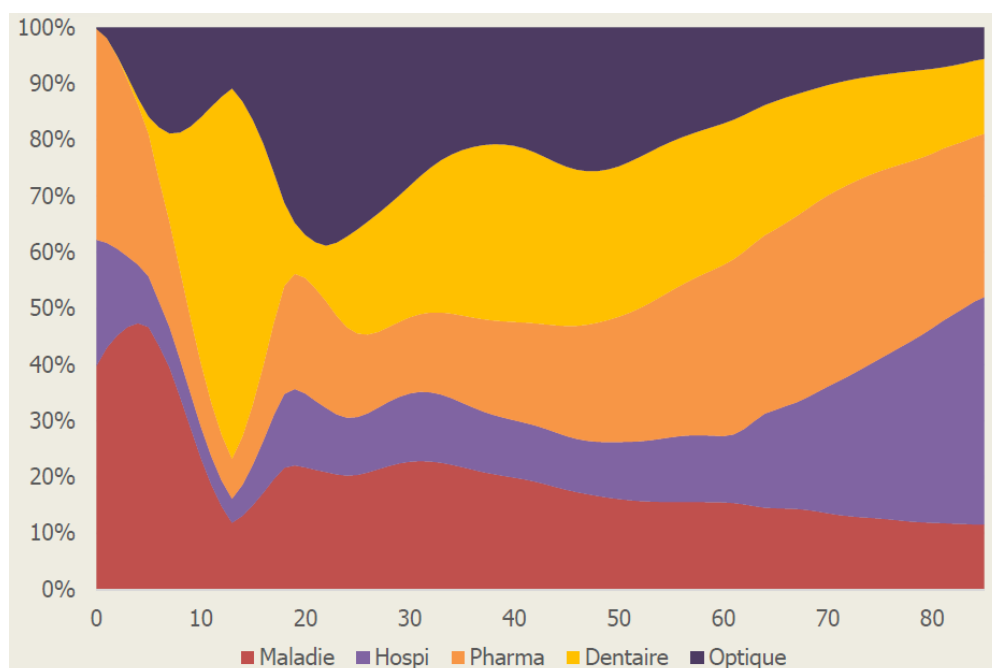
Ce constat pourrait s'expliquer en partie par l'évolution des besoins en santé avec l'âge mis en évidence par le cabinet d'actuaire Actuarielles. En effet, la répartition des remboursements par les complémentaires santé par poste de soins diffère en fonction de l'âge : à 60 ans, la consommation moyenne concerne tous les postes de soins, à savoir les consultations de spécialistes, la pharmacie, les prothèses dentaires, l'optique, l'hospitalisation, etc. En revanche, à partir de 70 ans, alors que la consommation en consultations de spécialistes, pharmacie et hospitalisation s'intensifie en lien avec l'apparition d'une ALD, la consommation en optique et en soins dentaires diminue peu à peu. La spécificité du contrat C étant précisément un niveau élevé de prise en charge de l'optique et des prothèses dentaires, cela permet de comprendre pourquoi la part des plus de 70 ans qui souscrivent ce contrat est inférieure à celle des « 60 – 69 ans ». Ces données reflètent toutefois des dépenses de complémentaires santé qui mériteraient d'être affinées avec des données du régime général.

Tableau 7 – Structure par âge selon le contrat choisi, population couverte par un nouveau contrat ACS au 31 janvier 2016

	Contrat A	Contrat B	Contrat C
0 - 15 ans	23,5%	21,0%	15,2%
16 - 29 ans	12,8%	12,3%	10,2%
30 - 39 ans	11,1%	9,3%	8,4%
40 - 49 ans	11,2%	11,9%	11,2%
50 - 59 ans	10,5%	12,8%	15,1%
60 - 69 ans	11,3%	15,6%	21,5%
70 ans et plus	19,5%	17,1%	18,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
Âge moyen	42 ans	43 ans	47 ans

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

Figure 2 – La répartition des remboursements des complémentaires santé par poste de soins en fonction de l'âge



Sources : Actuarielles, support de formation, répartition par poste de la consommation complémentaire santé en fonction de l'âge, établie à partir de données d'une mutuelle d'entreprise d'environ 200 000 personnes protégées

2.1.4. Les contrats couvrant une seule personne sont majoritaires et concernent une population en moyenne âgée de 61 ans

Dans le nouveau dispositif, les contrats couvrant une unique personne représentent 74 % des contrats et 47 % des bénéficiaires, chiffres stables dans le temps (respectivement 73 % et 46 % en 2014).

La part des contrats couvrant une unique personne est croissante avec le niveau de garantie. Ainsi au sein des contrats C, ils représentent 79 % des contrats et 56 % des bénéficiaires.

Ces contrats couvrent une population âgée puisque leur âge moyen est de 61 ans.

L'ensemble des contrats couvrant jusqu'à deux personnes représentent 86 % des contrats et 62 % des bénéficiaires.

 **Tableau 8 – Répartition des contrats et des personnes protégées selon le nombre de personnes couvertes**

Nbre personnes couvertes par contrat	Contrat A		Contrat B		Contrat C	
	Nbre contrats	Nbre personnes	Nbre contrats	Nbre personnes	Nbre contrats	Nbre personnes
1	67,5%	38,9%	70,1%	42,2%	79,1%	55,8%
2	13,0%	15,0%	12,9%	15,6%	10,9%	15,3%
3	7,1%	12,3%	6,3%	11,5%	4,0%	8,5%
4	6,1%	13,9%	5,1%	12,2%	2,9%	8,1%
5	4,2%	12,1%	3,6%	10,8%	1,9%	6,6%
6	1,6%	5,5%	1,4%	5,2%	0,8%	3,6%
7	0,5%	2,3%	0,6%	2,5%	0,4%	2,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nbre personnes couvertes par contrat	Total 3 contrats	
	Nbre contrats	Nbre personnes
1	73,5%	46,8%
2	12,1%	15,3%
3	5,5%	10,5%
4	4,3%	11,0%
5	3,0%	9,5%
6	1,2%	4,6%
7	0,5%	2,3%
Total	100,0%	100,0%

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

2.2. UN TAUX D'UTILISATION DES ATTESTATIONS ÉGALEMENT CROISSANT AVEC L'ÂGE

2.2.1. La structure par âge de la population ayant obtenu une attestation ACS est comparable à celle de la population française

On constate une proximité entre la population des personnes qui ont obtenu une attestation ACS et l'ensemble de la population française.

Parmi les personnes ayant reçu une attestation, les « 0 – 15 ans » sont un peu surreprésentés (3,1 points d'écart) ; à l'inverse, et dans la même proportion, les « 16 – 29 ans » sont sous-représentés.

Tableau 9 - Structure par âge : délivrance de l'ACS (1^{er} semestre 2016) / population française en 2016

	Personnes avec une attestation ACS délivrée au cours du 1 ^{er} semestre 2016	Population française en 2016	Écarts en points
0 - 15 ans	22,9%	19,8%	3,1
16 - 29 ans	13,5%	16,4%	-2,9
30 - 39 ans	11,1%	12,3%	-1,2
40 - 49 ans	12,1%	13,5%	-1,3
50 - 59 ans	12,3%	13,1%	-0,8
60 - 69 ans	14,1%	12,0%	2,1
70 ans et plus	13,9%	12,9%	1,0
Total	100,0%	100,0%	

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE

2.2.2. Le taux d'utilisation des attestations augmente progressivement avec l'âge

Si on compare la population protégée par un nouveau contrat ACS avec l'ensemble de la population qui a obtenu une attestation au cours du 1^{er} semestre 2016 par les trois grands régimes d'assurance maladie, on constate que les personnes plus âgées utilisent davantage l'ACS que les jeunes.

Le taux d'utilisation des attestations augmente progressivement avec l'âge. Parmi les personnes utilisant leur attestation ACS, les âges les plus faibles sont sous-représentés (-3,6 points chez les « 0 – 15 ans »), tandis que les âges les plus élevés sont surreprésentés (+4,2 points chez les « 70 ans et plus »).

Les statistiques de la CNAMTS sur la situation des utilisateurs des nouveaux contrats ACS montrent qu'à fin juillet 2016, 70 % des personnes de 60 ans et plus étaient en situation de renouvellement de leur droit contre 40 % sur les moins de 60 ans².

Plus les personnes sont âgées, plus elles semblent installées durablement dans le droit. Parmi les plus âgés, un bon nombre bénéficie en effet de l'ASPA. Une fois entrées dans le dispositif ACS, la stabilité de leurs ressources liées au versement de l'ASPA contribue à les y maintenir. La nouvelle mesure sur le renouvellement automatique des droits pour les bénéficiaires de l'ASPA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, devrait conforter cette situation.

² En affinant l'analyse, on observe que le taux de renouvellement augmente régulièrement avec l'âge.

Tableau 10 - Structure par âge : nouveaux contrats ACS (31/01/16) / délivrance d'ACS (1^{er} semestre 2016)

	Utilisateurs ACS au 31 janvier 2016 (79 % du total des utilisateurs)	Personnes avec une attestation ACS délivrée au cours du 1 ^{er} semestre 2016	Écarts en points
0 - 15 ans	19,3%	22,9%	-3,6
16 - 29 ans	11,6%	13,5%	-1,9
30 - 39 ans	9,4%	11,1%	-1,7
40 - 49 ans	11,5%	12,1%	-0,7
50 - 59 ans	13,2%	12,3%	0,9
60 - 69 ans	17,0%	14,1%	2,8
70 ans et plus	18,1%	13,9%	4,2
Total	100,0%	100,0%	

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS, CNAMTS, CCMSA, RSI

3. Un niveau de garantie plus élevé et une baisse significative du prix des contrats et du taux d'effort pour les personnes couvertes par le nouveau dispositif ACS

Cette partie comporte l'analyse des garanties, du prix et du taux d'effort.

S'agissant du prix et du taux d'effort, l'analyse est également réalisée en fonction de l'âge et du nombre de personnes couvertes par foyer. Elle est en partie fondée sur l'exploitation des grilles tarifaires mais surtout sur les données réelles relatives aux contrats A, B, C souscrits entre juillet 2015 et janvier 2016. Ces dernières, remontées par le 11 groupements, font l'objet d'une analyse statistique descriptive. Ces données ont également été traitées par l'IRDES selon une approche économétrique pour disposer d'une analyse toutes choses égales par ailleurs robuste en complément de l'analyse descriptive (cf. encadrés 3, 4 et 5).

L'étude porte sur les nouveaux contrats ACS qui proposent des garanties différentes des anciens contrats qui s'inscrivaient, quant à eux, dans l'ensemble du marché individuel. Ces anciens contrats pouvaient, pour certains, rembourser des prestations non prévues par les contrats A, B et C. Ces prestations concernent par exemple la facturation de la chambre particulière, le remboursement des vignettes orange en pharmacie.

3.1. UNE AMÉLIORATION DES NIVEAUX DE GARANTIE DUE AU CHOIX DES CONTRATS PAR LES BÉNÉFICIAIRES

L'étude annuelle du Fonds CMU sur l'ACS s'appuie sur la typologie des contrats de couverture complémentaire santé de la DREES. Cette typologie distingue cinq classes homogènes en termes de niveau de garantie : A, B, C, D, E (de la meilleure à la moins bonne couverture). Elle est réalisée à partir des informations collectées dans le cadre de l'enquête annuelle de la DREES auprès des organismes complémentaires sur les contrats les plus souscrits en individuel et en collectif.

En appliquant la typologie de la DREES aux nouveaux contrats ACS, les garanties des contrats ACS étant plus faibles³ que celles d'un contrat de complémentaire santé individuel moyen, les contrats ACS sont classés dans les trois classes de contrats qui présentent les moins bons niveaux de garantie. Le contrat ACS d'entrée de gamme (contrat A) est classé dans la catégorie des contrats individuels les moins couvrants (en E), le contrat de gamme intermédiaire (contrat B) équivaut à un contrat individuel de classe D et le contrat de niveau supérieur (contrat C) à un contrat de classe C.

Toutefois, à la suite de la mise en place de la réforme, les bénéficiaires des contrats ACS ayant très majoritairement choisi des contrats C et B, la qualité de leur couverture s'est améliorée d'une classe en moyenne. Ainsi, seuls 22,8 % des personnes ont opté pour le contrat A d'entrée de gamme ; ils étaient 43,1 % à choisir ce type de contrat avant réforme.

³ En particulier, les contrats ACS ne prévoient aucun remboursement des dépassements d'honoraires des médecins (ville et hôpital). En effet, depuis 2013 (convention médicale entrée en vigueur le 15 février 2013), les personnes couvertes par le dispositif sont supposées bénéficier de l'opposabilité des tarifs

Tableau 11 – Comparaison du classement des contrats ACS entre les deux situations : avant/après réforme

	Avant réforme	Après réforme
Classe contrat (classification DREES)	Contrat ACS au 30 11 15 (enquête annuelle)	Contrat ACS au 31 07 16 (source : 11 groupements gestionnaires)
A	0,4%	0,0%
B	3,9%	0,0%
C	8,6%	40,4%
D	44,0%	36,8%
E	43,1%	22,8%
Total	100,0%	100,0%

Sources : DREES, Enquête annuelle de l'ACS 2014, 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

Nota : La situation après réforme est appréciée sur la base de statistiques remontées mensuellement par les 11 groupements gestionnaires de l'aide auprès du Fonds CMU. La référence au 31 juillet 2016 nous permet d'appréhender tous les contrats ACS puisque depuis le 1er juillet, seuls les nouveaux contrats sont en vigueur.

3.2. UNE BAISSÉ SIGNIFICATIVE DU PRIX DES CONTRATS ET CORRÉLATIVEMENT DU TAUX D'EFFORT

3.2.1. Le prix moyen du contrat baisse de 10 % après réforme

Les résultats portent sur les contrats A, B et C en vigueur au 31 janvier 2016, soit près de 494 000 contrats couvrant environ 776 000 personnes. L'étude concerne ainsi 80 % des utilisateurs de l'aide, les autres utilisateurs étant encore couverts par des contrats relevant de l'ancien dispositif.

Au 31 janvier 2016, après 7 mois de mise en œuvre de la réforme, sur la base des chiffres issus de l'enquête, le prix moyen du contrat s'établit à 824 € pour 1,57 personne couverte en moyenne, soit 525 € par personne. Il était de 916 € en 2015 (1,59 personne couverte en moyenne), soit 576 € par personne.

On constate une baisse significative de 10,0 % du prix moyen par contrat. La baisse du prix du contrat par personne couverte est légèrement plus faible (- 8,9 %), le nombre de personnes par contrat ayant légèrement diminué.

Dans le même temps, le montant moyen de déduction ACS s'est accru de 4,0 %.

Au global, le montant du reste à charge moyen par contrat a baissé de 25,4 % : il est passé de 437 € à 326 € (-111 €), soit 208 € par personne.

En moyenne, 62 % du prix du contrat est maintenant pris en charge par l'ACS (55 % avant la réforme).

Tableau 12 – Les principaux chiffres de l'enquête 2015

	Enquête 2015	Enquête 2014	Evolution
Nombre contrats	493 979	416 870	
Nombre personnes enquêtées	775 873	661 961	
Part bénéficiaires ACS concernés par l'enquête	79%	70%	
Nombre personnes par contrat	1,57	1,59	
Prix moyen par contrat (1,57 personnes en 2015 et 1,59 personnes en 2014)	824 €	916 €	-10,0%
Montant déduction moyenne par contrat	498 €	479 €	4,0%
RAC (*) moyen par contrat	326 €	437 €	-25,4%
Taux RAC (*) moyen	38,2%	45,5%	
Taux d'effort par foyer	2,8%	3,9%	

(*) RAC : montant de la prime ou de la cotisation après ACS

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

Encadré 3 – Les facteurs expliquant le prix des contrats ACS

L'analyse économétrique des données transmises par les groupements réalisée par l'IRDES permet de mesurer l'impact des principaux facteurs influant sur le prix des contrats :

- le nombre de personnes couvertes par le contrat ;
- l'âge du souscripteur ;
- le niveau de garantie ;
- la région de résidence.

Ces facteurs expliquent 90 % du prix des contrats. Le modèle est exceptionnellement explicatif. Dans les précédentes enquêtes, en effet, les facteurs énoncés n'expliquaient jamais au-delà de 70 % du prix des contrats. Le fait que le choix des bénéficiaires de l'ACS soit désormais limité à trois formules et à 11 groupements a manifestement contribué à uniformiser les prix de vente.

Le nombre de bénéficiaires est le premier facteur explicatif du prix de vente (il explique près de 51 % de la variance totale). Il est suivi par l'âge du souscripteur puis le niveau de garantie. La région (ancienne région administrative) a une influence très faible sur le prix des contrats.

Tableau 13 – Importance relative de chaque facteur dans l'explication de l'évolution du prix des contrats ACS

	Impact sur le prix de vente
Nombre de bénéficiaires	50,9%
Âge du souscripteur	34,3%
Niveau de garantie	5,3%
Région de résidence	0,3%
Résidus	9,2%

L'analyse repose sur une régression sur le logarithme du prix de vente des contrats. Chaque pourcentage correspond à la part de la variance expliquée par le facteur associé.

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS, traitement IRDES

3.2.2. Le taux d'effort pour acquérir sa complémentaire santé diminue de près de 30 %

Le calcul du taux d'effort pour les foyers concernés (montant du reste à charge / montant des ressources), est réalisé sur la base des ressources annuelles théoriques qui correspondent au milieu de la plage des revenus ouvrant droit à l'ACS (soit plafond CMU-C + 17,5 %), de laquelle a été déduit le forfait logement.

Le revenu retenu en fonction de la taille du foyer est présenté dans un tableau récapitulatif (cf. annexe 3).

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'ACS, le taux d'effort pour acquérir une complémentaire santé s'est établi à 2,8 % des revenus (2,6 % hors la prise en compte du forfait logement) alors qu'il s'élevait à 3,9 % dans l'ancien dispositif. Ce taux d'effort a fortement baissé, de près de 30 %.

Dans l'enquête santé protection sociale 2006⁴, la dernière donnée disponible s'agissant de résultats sur le taux d'effort pour l'acquisition d'une couverture complémentaire santé, l'IRDES⁵ souligne que pour les contrats individuels, le taux d'effort augmente nettement quand le revenu des souscripteurs diminue. Il était de 2,9 % pour les ménages les plus riches et s'élevait progressivement, pour atteindre 10,3 % pour les ménages les plus pauvres.

Dans ce contexte, il ressort que le taux d'effort après application de l'ACS est comparable à celui des ménages les plus privilégiés qui souscrivent un contrat individuel classique. Sans l'ACS, le taux d'effort pour les personnes concernées par l'enquête s'établirait en moyenne à 7,2 %.

Le reste à charge annuel pour les ménages bénéficiant de l'ACS représente 1/3 d'un revenu mensuel contre près de la moitié avant la mise en place de la réforme. S'ils ne bénéficiaient pas de l'ACS, ce serait 85 % d'un revenu mensuel qui devrait être consacré au paiement de leur complémentaire santé sur l'ensemble de l'année.

Ainsi, l'ACS réformée, en diminuant le taux d'effort pour l'acquisition d'une complémentaire santé, permet à ses bénéficiaires de dégager des ressources pour les autres consommations essentielles.

3.3. UNE DIMINUTION DES PRIX ET DES RESTES À CHARGE QUEL QUE SOIT L'ÂGE DU SOUSCRIPTEUR

3.3.1. Les prix sont plus avantageux quel que soit l'âge, y compris pour le contrat C

L'analyse du prix des contrats ACS en fonction de l'âge est étudiée sur les contrats couvrant une seule personne⁶. Elle est fondée sur l'exploitation des fichiers des contrats (contrats couvrant une seule personne⁷) transmis par les groupements. L'étude porte alors sur les prix réels des contrats souscrits.

Par rapport à l'ancien dispositif, les prix des nouveaux contrats ACS sont plus avantageux quelle que soit la tranche d'âge, y compris pour le niveau de garantie le plus élevé

L'enquête montre que pour chaque classe d'âge, les prix moyens des nouveaux contrats ACS sont inférieurs au prix moyen constaté dans l'enquête 2014.

⁴ Questions d'économie de la Santé – « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire » – Mai 2008

⁵ Les enquêtes sur le taux d'effort sont très lourdes à conduire et l'IRDES n'a pas reconduit de travaux sur le sujet depuis l'enquête ESPS 2006

⁶ Ces derniers regroupent à eux seuls 74 % des contrats et 46 % des bénéficiaires.

⁷ Dans l'enquête, dans le fichier recensant les contrats, seul l'âge du souscripteur est demandé. Dans le cas des contrats couvrant au-delà d'une personne, la déperdition d'informations est importante puisqu'on ne connaît pas l'âge des autres membres du foyer.

Tableau 14 – Comparaison des prix moyens des contrats couvrant une personne par classe d'âge

Tranche d'âge	Prix moy A	Prix moy B	Prix moy C	Prix moy enquête 2014
0-15 ans	208 €	244 €	290 €	-
16-29 ans	237 €	294 €	353 €	365 €
30-39 ans	282 €	354 €	431 €	474 €
40-49 ans	345 €	443 €	539 €	566 €
50-59 ans	434 €	554 €	659 €	696 €
60-69 ans	558 €	687 €	796 €	858 €
70-79 ans	707 €	843 €	915 €	1 019 €
80 ans et +	858 €	978 €	1 024 €	1 128 €

Sources : Données des enquêtes annuelles sur l'ACS 2014 et 2015 sur les contrats couvrant une personne

Tableau 15 – Écarts entre le prix des nouveaux contrats et le prix moyen observé dans l'enquête 2014

Tranche d'âge	Écarts par rapport au prix moyen enquête 2014		
	Contrat A	Contrat B	Contrat C
0-15 ans	-	-	-
16-29 ans	-35,0%	-19,4%	-3,2%
30-39 ans	-40,4%	-25,2%	-8,9%
40-49 ans	-39,0%	-21,7%	-4,8%
50-59 ans	-37,6%	-20,4%	-5,2%
60-69 ans	-35,0%	-20,0%	-7,2%
70-79 ans	-30,6%	-17,3%	-10,3%
80 ans et +	-23,9%	-13,3%	-9,2%

Sources : Données des enquêtes annuelles sur l'ACS 2014 et 2015 sur les contrats couvrant une personne

3.3.2. Ce sont toujours les plus âgés qui sont confrontés au reste à charge le plus élevé

D'après l'analyse des données réelles transmises par les groupements, les personnes les plus âgées, à partir de 70 ans, doivent faire face à un reste à charge plus élevé que les bénéficiaires d'âge inférieur. Il s'agissait d'un constat récurrent avant la réforme qui demeure dans le cadre du nouveau dispositif.

Néanmoins, quels que soient le niveau de garantie et l'âge, le reste à charge sur le prix est plus faible depuis la réforme, avec les écarts conséquents pour les contrats A et B par rapport à données recueillies pour l'année 2014.

Tableau 16 – Comparaison des restes à charge moyens pour des contrats couvrant une personne par classe d'âge

Tranche d'âge	RAC moy A	RAC moy B	RAC moy C	RAC moy enquête 2014
0-15 ans	84 €	130 €	174 €	-
16-29 ans	38 €	94 €	153 €	165 €
30-39 ans	82 €	154 €	231 €	273 €
40-49 ans	145 €	243 €	339 €	365 €
50-59 ans	94 €	213 €	316 €	353 €
60-69 ans	35 €	150 €	257 €	331 €
70-79 ans	158 €	293 €	365 €	480 €
80 ans et +	308 €	428 €	474 €	587 €

Sources : Données des enquêtes annuelles sur l'ACS 2014 et 2015 sur les contrats couvrant une personne

Tableau 17 – Écarts entre le reste à charge sur les nouveaux contrats et le reste à charge moyen observé dans l'enquête 2014

Tranche d'âge	Écarts par rapport au RAC moyen enquête 2014		
	Contrat A	Contrat B	Contrat C
0-15 ans	-	-	-
16-29 ans	-77,0%	-43,0%	-7,3%
30-39 ans	-69,9%	-43,5%	-15,3%
40-49 ans	-60,2%	-33,4%	-7,2%
50-59 ans	-73,4%	-39,7%	-10,6%
60-69 ans	-89,3%	-54,6%	-22,4%
70-79 ans	-67,1%	-38,9%	-24,0%
80 ans et +	-47,6%	-27,1%	-19,4%

Sources : Données des enquêtes annuelles sur l'ACS 2014 et 2015 sur les contrats couvrant une personne

Encadré 4 – Analyse de l'impact de l'âge sur le prix et le reste à charge toutes choses égales par ailleurs

L'étude économétrique des données transmises par les groupements permet d'isoler l'effet propre de l'âge sur le prix des contrats et le reste à charge.

L'analyse permet de confirmer les résultats observés au moyen des statistiques descriptives. Ainsi, comme attendu, la prime augmente avec l'âge : elle est 106 % plus élevée chez les « 50 - 59 ans » et 264 % plus élevée chez les « 80 ans et plus » par rapport aux individus âgés de moins de 16 ans.

L'évolution du coût après déduction de l'ACS est en revanche nettement moins marquée et plus irrégulière : ce reste à charge diminue chez les « 16 - 29 ans » (-28 % par rapport aux moins de 16 ans), augmente chez les « 30 - 39 ans » et les « 40 - 49 ans » (+57 % par rapport aux moins de 16 ans), diminue de nouveau chez les « 50 - 59 ans » et les « 60 - 69 ans » (+5 % seulement par rapport aux moins de 16 ans) et enfin augmente dans les dernières classes d'âge (+191 % chez les « 80 ans et plus » par rapport aux moins de 16 ans). Ces variations irrégulières sont liées aux seuils d'âge où les montants de l'ACS sont réévalués.

Tableau 18 – Évolution du prix du contrat et reste à charge après déduction selon l'âge, toutes choses égales par ailleurs

Âge du souscripteur	Prix de vente	RAC après déduction
0 - 15 ans	ref	ref
16 - 29 ans	17%	-28%
30 - 39 ans	40%	18%
40 - 49 ans	65%	57%
50 - 59 ans	106%	42%
60 - 69 ans	160%	5%
70 - 79 ans	211%	85%
80 ans et +	264%	191%

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS, traitement IRDES

3.4. DES GRILLES TARIFAIRES DES OFFRES MOINS FAVORABLES AUX BÉNÉFICIAIRES ÂGÉS

3.4.1. Les tarifs des 11 offres sont plus élevés et plus dispersés pour les personnes les plus âgées

Cette partie s'appuie sur l'exploitation des grilles tarifaires des 11 groupements pour les personnes âgées de 0 à 90 ans inclus. Il s'agit ici de cas types théoriques qui ont pour objet d'éclairer la compréhension des tarifications mais ne rendent pas compte de la réalité des restes à charge des contrats souscrits.

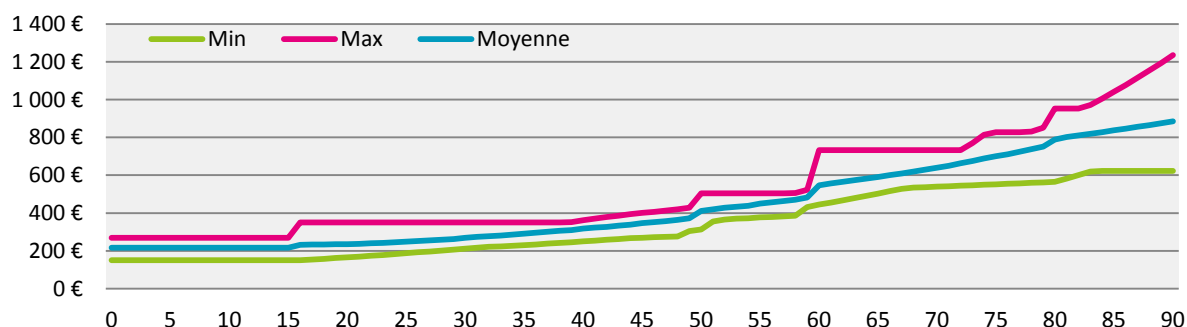
3.4.1.1. Des prix qui augmentent avec l'âge

Pour les 3 niveaux de garanties, les tarifs augmentent avec l'âge quelle que soit l'offre considérée.

Par ailleurs, il existe des écarts de tarifs entre les offres des 11 groupements qui ont tendance à s'accroître avec l'âge. Ils sont toujours à leur maximum à l'âge le plus élevé. Les prix peuvent alors varier du simple au double selon l'offre.

Concernant le contrat A, la moyenne des prix annuels proposés par les 11 offres⁸ évolue de 217 € pour les personnes les plus jeunes à 885 € pour les personnes âgées de 90 ans. Pour un âge donné, l'écart entre le prix le plus bas et le prix le plus élevé peut fluctuer entre 91 € pour les plus jeunes et 614 € pour les personnes âgées de 90 ans.

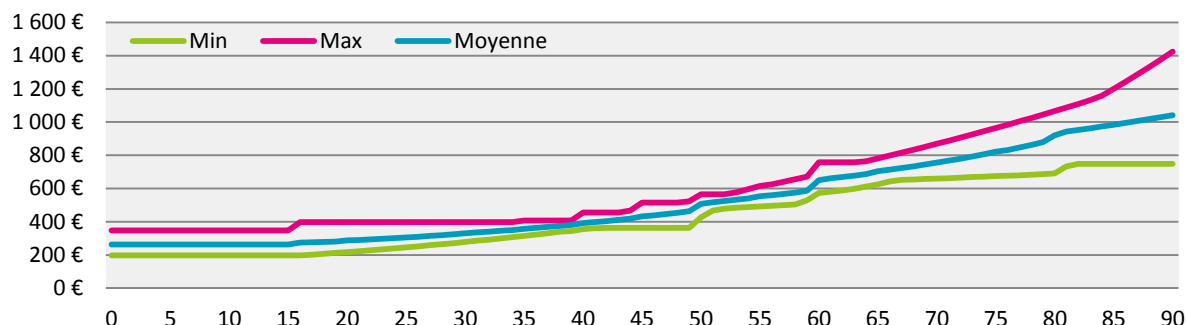
Figure 3 – Évolution du prix du contrat A en fonction de l'âge (une personne couverte)



Sources : Grilles des tarifs 2016 des 11 groupements

Pour le contrat B, la moyenne des prix annuels proposés par les 11 offres évolue de 262 € pour les personnes les plus jeunes à 1 041 € (personnes âgées de 90 ans). Pour un âge donné, l'écart entre le prix le plus bas et le prix le plus élevé peut fluctuer entre 64 € et 677 €.

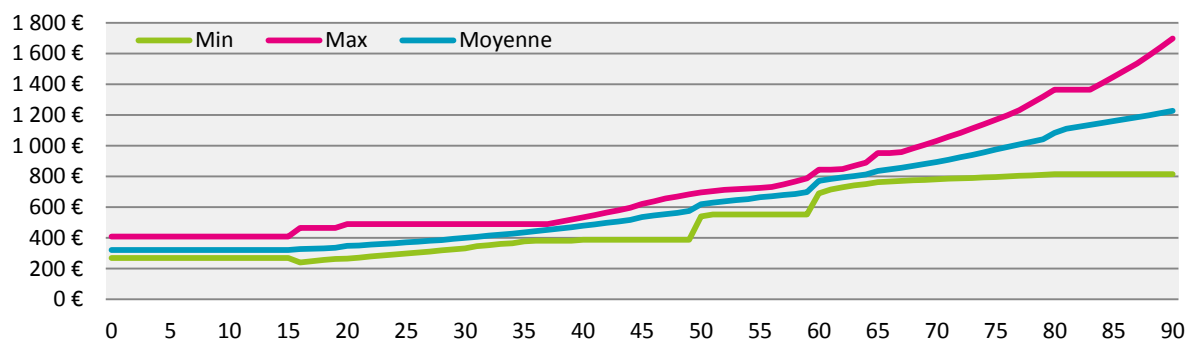
Figure 4 – Évolution du prix du contrat B en fonction de l'âge (une personne couverte)



Sources : Grilles des tarifs 2016 des 11 groupements

Quant au contrat C, la moyenne des prix annuels proposés par les 11 offres évolue de 320 € pour les personnes les plus jeunes à 1 227 € pour les personnes âgées de 90 ans. Pour un âge donné, l'écart entre le prix le plus bas et le prix le plus élevé peut fluctuer entre 107 € et 855 €.

Figure 5 – Évolution des prix du contrat C en fonction de l'âge (une personne couverte)



Sources : Grilles des tarifs 2016 des 11 groupements

⁸ Il s'agit de la moyenne arithmétique des tarifs des 11 offres par âge.

3.4.1.2. Des restes à charge qui augmentent avec l'âge excepté aux âges où le montant de l'aide est réévalué

L'analyse théorique des restes à charge sur le prix des contrats en fonction de l'âge est également établie à partir des 11 grilles de tarifs en vigueur en 2016 pour les âges de 0 à 90 ans inclus.

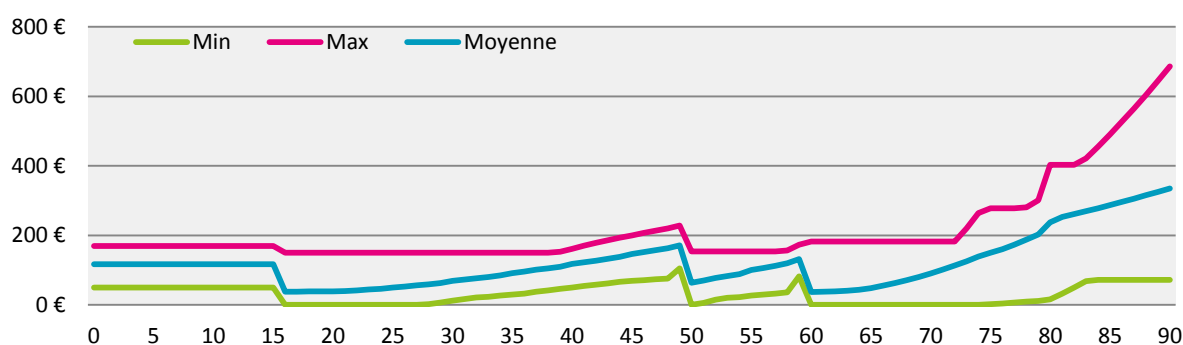
L'évolution du montant du reste à charge en fonction de l'âge est liée aux montants de l'ACS définis par tranche d'âge. Pour rappel, le montant annuel de l'aide est de 100 € pour les jeunes de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes de 16 ans à 49 ans, puis 350 € pour les personnes de 50 ans à 59 ans et 550 € pour les plus de 60 ans.

Contrairement au prix des contrats qui est globalement croissant avec l'âge, le montant du reste à charge présente des fluctuations plus marquées avec des baisses notables aux âges où le montant de l'aide est réévalué. En effet, l'augmentation du tarif qui est progressive est alors plus que compensée par la hausse du montant de la déduction.

In fine, le reste à charge moyen est cependant plus élevé aux âges les plus avancés. Il augmente fortement au-delà de 75 ans.

Pour le contrat A, le reste à charge moyen annuel varie de 37 € à 335 € selon l'âge. En fonction des contrats souscrits, il est possible de bénéficier d'un reste à charge nul, en particulier entre 16 et 27 ans et entre 60 et 74 ans. Dans ces situations, le prix du contrat est inférieur au montant de l'aide défini pour la tranche d'âge⁹.

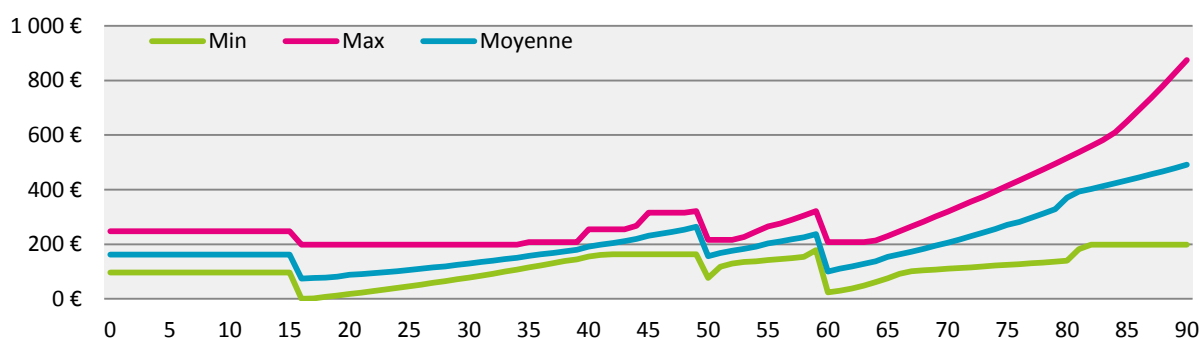
Figure 6 – Évolution du reste à charge en fonction de l'âge pour le contrat A (une personne couverte)



Sources : Grilles des tarifs 2016 des 11 groupements

En ce qui concerne le contrat B, le reste à charge moyen oscille entre 74 € et 491 € par an. En fonction des contrats souscrits, les bénéficiaires peuvent avoir des restes à charge faibles pour les âges suivant les 16 ans et ceux après 60 ans.

Figure 7 – Évolution du reste à charge en fonction de l'âge pour le contrat B (une personne couverte)

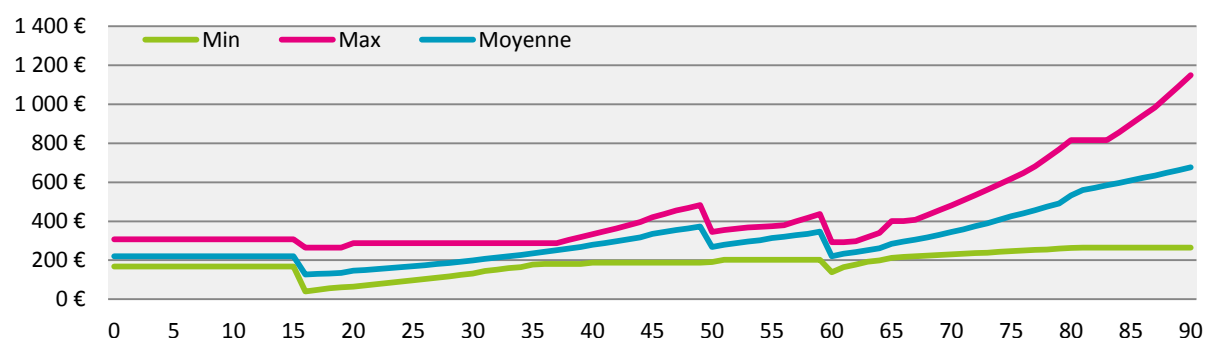


Sources : Grilles des tarifs 2016 des 11 groupements

Le reste à charge moyen pour le contrat C se situe entre 128 € et 627 €. Le reste à charge minimal varie peu après 35 ans. Il atteint 264 € n'augmente alors plus avec l'âge.

⁹ Dans la réalité, cela ne concerne que 1,8 % de l'ensemble des contrats couvrant 1 personne

Figure 8 – Évolution du reste à charge en fonction de l'âge pour le contrat C (une personne couverte)



Sources : Grilles des tarifs 2016 des 11 groupements

3.4.2. Sur données réelles, les prix augmentent en moyenne dans une fourchette allant de 20 à 25 % par tranche de 10 années mais décélèrent à partir de 80 ans.

Dans l'enquête qui expose la situation réelle de l'ACS, le prix moyen des contrats couvrant une personne augmente avec l'âge, en cohérence avec ce qui est observé dans l'analyse des prix issus des grilles tarifaires. D'une classe d'âge à l'autre, le prix évolue de façon assez comparable en augmentant dans une fourchette allant de 20 à 25 % par tranche de 10 années, sauf pour les plus âgés (80 ans et plus) où un ralentissement est observé. C'est la même logique qui prévalait dans l'ancien dispositif ACS.

Les tarifs sont établis en cohérence avec l'évolution des besoins de santé selon l'âge. Comme cela est expliqué dans la partie 2 sur la caractérisation de la population des bénéficiaires de l'ACS, à 60 ans les besoins en santé sont variés et importants tandis qu'aux âges plus avancés, les besoins en soins dentaires et optique diminuent et les besoins en pharmacie, consultations de spécialistes, hospitalisation augmentent mais sont en partie pris en charge au titre d'une ALD¹⁰.

Tableau 19 – Évolution des prix moyens en fonction de la classe d'âge précédente pour les contrats couvrant une personne

Tranche d'âge	Evol prix A	Evol prix B	Evol prix C	Evol prix enquête 2014
0-15 ans	–	–	–	–
16-29 ans	14%	20%	22%	–
30-39 ans	19%	21%	22%	30%
40-49 ans	22%	25%	25%	20%
50-59 ans	26%	25%	22%	23%
60-69 ans	29%	24%	21%	23%
70-79 ans	27%	23%	15%	19%
80 ans et +	21%	16%	12%	11%

Sources : Données des enquêtes annuelles sur l'ACS 2014 et 2015 sur les contrats couvrant une personne

Enfin, concernant l'évolution du reste à charge sur les prix des contrats couvrant une personne, des baisses sont observées pour les tranches d'âges où le montant de l'aide change, ce qui fait écho à l'analyse théorique fondée sur les grilles tarifaires.

¹⁰ Cabinet d'actuaire Actuarielles

Tableau 20 – Évolution des restes à charge moyens en fonction de la classe d'âge précédente pour les contrats couvrant une personne

Tranche d'âge	Evol RAC A	Evol RAC B	Evol RAC C	Evol RAC enquête 2014
0-15 ans	–	–	–	–
16-29 ans	-55%	-27%	-12%	–
30-39 ans	116%	64%	51%	65%
40-49 ans	77%	58%	47%	34%
50-59 ans	-35%	-12%	-7%	-3%
60-69 ans	-62%	-29%	-19%	-6%
70-79 ans	346%	95%	42%	45%
80 ans et +	95%	46%	30%	22%

Sources : Données des enquêtes annuelles sur l'ACS 2014 et 2015 sur les contrats couvrant une personne

3.5. UN NOUVEAU DISPOSITIF UN PEU MOINS FAVORABLE AUX FAMILLES NOMBREUSES

Dans le cadre du nouveau dispositif, le prix du contrat augmente davantage en fonction du nombre de personnes couvertes qu'auparavant. Ainsi, le prix moyen augmente de 72,7 % quand on passe d'une à deux personnes ; il augmentait de 59,2 % dans l'ancien dispositif, soit un différentiel de 13,5 points. Un écart dans le même sens existe sur toutes les tranches de taille de foyer même si son amplitude est plus faible : autour de 5 points, excepté lors du passage de 2 à 3 personnes.

Tableau 21 - Prix et effort financier selon la taille du foyer, avant et après réforme de l'ACS

Nombre de personnes couvertes par contrat	Enquête 2015			Enquête 2014		
	Prix	Evol Prix / classe précédente	Taux effort	Prix	Evol Prix / classe précédente	Taux effort
1	676 €	–	2,7%	784 €	–	4,0%
2	1 167 €	72,7%	3,1%	1 248 €	59,2%	4,0%
3	1 080 €	-7,4%	3,0%	1 142 €	-8,5%	3,5%
4	1 265 €	17,1%	3,1%	1 287 €	12,7%	3,2%
5	1 468 €	16,1%	2,9%	1 420 €	10,3%	2,7%
6	1 661 €	13,1%	2,7%	1 535 €	8,1%	2,3%
7 et plus	1 920 €	15,6%	2,4%	1 683 €	9,7%	1,8%
Total	824 €		2,8%	916 €		3,9%

Sources : Données des enquêtes annuelles sur l'ACS 2014 et 2015

Sur le marché de la couverture complémentaire santé individuelle dans lequel s'inscrivait l'ancien dispositif, les mécanismes d'atténuation du prix du contrat en fonction du nombre de personnes couvertes sont courants.

Ce mécanisme est exceptionnel et limité dans le nouveau dispositif où seuls deux groupements sont concernés : l'un adapte le montant du contrat au montant de l'aide à partir du 3^e enfant, le second met en place une gratuité à partir du même seuil dès lors que les enfants ont moins de 16 ans.

Chaque personne compte pour sa cotisation en fonction de son âge. Le prix augmente donc avec le nombre de personnes couvertes mais la proportionnalité est atténuée au fur et à mesure de l'augmentation de la taille du foyer puisque chaque personne supplémentaire est censée être plus jeune et le prix de son contrat de plus en plus faible.

Dans le cas de l'évolution de 72,7 % du prix lorsqu'on passe d'une à deux personnes, cette évolution résulte notamment des deux situations « extrêmes » :

- Le couple formé de deux personnes ayant le même âge : évolution de 100 % de la prime puisque les deux personnes paient le même prix ;
- La famille monoparentale : faible évolution de la prime puisque l'enfant a une prime beaucoup moins élevée que celle du parent.

Lors du passage de deux à trois personnes, la hausse de la cotisation résultant de la couverture d'une personne supplémentaire est neutralisée par un effet âge (évolution du prix du contrat de - 7,4 %). En moyenne, en effet, le souscripteur est beaucoup plus jeune et coûte donc beaucoup moins cher. L'écart est de 14 ans entre les deux : 58,1 ans pour les contrats couvrant deux personnes, 44,1 ans pour ceux couvrant trois personnes. Ensuite, l'âge moyen se stabilise.

Tableau 22 - L'âge moyen du souscripteur du contrat selon la taille du foyer protégé

Nombre de personnes couvertes par contrat	Âge moyen du souscripteur - Enquête 2015	Âge moyen du souscripteur - Enquête 2014
1	60,7	59,2
2	58,1	56,0
3	44,1	43,4
4	41,8	41,2
5	42,6	41,9
6	43,9	43,1
7 et plus	45,6	44,8
Total	57,9	56,3

Sources : Données des enquêtes annuelles sur l'ACS 2014 et 2015

Une autre manière d'appréhender l'impact du nombre de personnes couvertes sur le prix du contrat consiste à calculer l'évolution du prix du contrat en référence à un contrat couvrant une seule personne (et non en référence à la classe précédente).

Sur cette base, on constate notamment qu'un contrat couvrant trois personnes ne coûte que 60 % de plus qu'un contrat couvrant une seule personne, l'évolution constatée étant liée à un effet « âge ».

Tableau 23 - Évolution du prix du contrat selon le nombre de personnes couvertes en référence à un contrat couvrant une seule personne

	Evolution du prix du contrat - Enquête 2015	Evolution du prix du contrat - Enquête 2014
2 pers / 1 pers	72,7%	59,2%
3 pers / 1 pers	59,8%	45,7%
4 pers / 1 pers	87,1%	64,2%
5 pers / 1 pers	117,2%	81,2%
6 pers / 1 pers	145,7%	95,9%
7 pers / 1 pers	184,1%	114,8%

Sources : Données des enquêtes annuelles sur l'ACS 2014 et 2015

Le prix du contrat dans le nouveau dispositif augmentant davantage en fonction du nombre de personnes couvertes, cela a un effet défavorable sur le taux d'effort des familles les plus nombreuses. En se basant sur l'écart de taux d'effort entre 2014 et 2015, on le constate au seuil de 5 personnes couvertes (foyer comptant en général trois enfants), avec une amplification progressive ensuite.

- Tout se passe comme si avec le nouveau dispositif, on avait assisté à un déplacement de l'« avantage financier » entre ménages selon leur composition. Il convient toutefois de relativiser ce résultat dans la mesure où les foyers regroupant cinq personnes et plus ne représentent que 16,4 % de l'ensemble des bénéficiaires couverts par l'enquête.

 **Tableau 24 - Le taux d'effort selon la taille du foyer avant et après réforme de l'ACS**

Nombre de personnes couvertes par contrat	Taux effort Enquête 2015	Taux effort Enquête 2014	Écarts taux d'effort 2015 / 2014 (en points)
1	2,7%	4,0%	-1,3
2	3,1%	4,0%	-0,9
3	3,0%	3,5%	-0,5
4	3,1%	3,2%	-0,1
5	2,9%	2,7%	0,2
6	2,7%	2,3%	0,4
7 et plus	2,4%	1,8%	0,6
Total	2,8%	3,9%	-1,1

Sources : Données des enquêtes annuelles sur l'ACS 2014 et 2015

Encadré 5 – Analyse de l'impact du nombre de personnes couvertes sur le prix et le reste à charge toutes choses égales par ailleurs

L'étude économétrique des données transmises par les groupements permet d'isoler l'effet propre de l'âge sur le prix des contrats et le reste à charge. L'analyse, réalisée par l'IRDES, permet de confirmer le diagnostic obtenu à l'aide de statistiques descriptives. Toutefois, ces résultats sont plus robustes dans la mesure où ils permettent de neutraliser les effets de structure et d'âge des membres du foyer.

Le nombre de bénéficiaires a un effet croissant sur la prime avec un surcoût par personne supplémentaire qui tend à diminuer lorsque le nombre de bénéficiaires augmente (+81 % lorsqu'on passe de une à deux personnes, contre +32 % lorsqu'on passe de 5 à 6 personnes et de 6 à 7 personnes ou plus). Le reste à charge après déduction augmente également avec le nombre de bénéficiaires, jusqu'à 5 bénéficiaires (+267 % par rapport à un contrat couvrant une seule personne) et diminue ensuite. Ce profil de variation s'explique par le fait que pour un bénéficiaire, la cotisation additionnelle décroît alors que le montant d'aide reste fixe.

► **Tableau 25 – Évolution du prix du contrat et reste à charge après déduction selon le nombre de personnes couvertes, toutes choses égales par ailleurs**

Nb. bénéficiaires par contrat	Prix de vente	RAC après déduction
1	ref	ref
2	81%	87%
3	136%	173%
4	194%	238%
5	239%	267%
6	271%	262%
7 et +	304%	236%

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS, traitement IRDES

4. La valorisation de l'avantage procuré par l'opposabilité des tarifs

4.1. LA MESURE DE L'AVANTAGE DE L'OPPOSABILITÉ DES TARIFS VIA UN SCORE BÂTI PAR LA DREES

4.1.1. Une nouvelle méthode a été établie par la DREES afin de prendre en compte l'opposabilité des tarifs des médecins dans l'appréciation du niveau de garantie des contrats

Depuis février 2013, plus de deux ans avant la réforme, le principe d'opposabilité des tarifs est applicable aux bénéficiaires de l'ACS qui ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires pour toutes les consultations de médecins en ville ou à l'hôpital. De fait, les nouveaux contrats ACS ne prévoient aucun remboursement associé à ces dépassements. Or, avec la méthodologie usuelle de classement des contrats dans la typologie de la DREES, cela aboutit à classer ces contrats dans les catégories aux niveaux de garanties les plus faibles. Cela conduit en effet à sous-estimer la prise en charge réelle des frais de santé des bénéficiaires de l'ACS.

Pour prendre en compte l'opposabilité des tarifs, une nouvelle méthode de classement a été spécialement mobilisée par la DREES. Elle repose sur un score, calculé pour chaque contrat, qui reflète le niveau de prise en charge du reste à charge après intervention du régime obligatoire, sur chacune des garanties classantes retenues par la typologie de la DREES¹¹. Le recours à un score permet de pallier la difficulté soulevée dans le précédent rapport sur le prix et le contenu des contrats ACS où une solution alternative avait été expérimentée mais n'avait pu aboutir (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 6 – Les premières réflexions de la DREES sur la prise en compte de l'opposabilité des tarifs rendaient compte de difficultés théoriques

La situation initialement envisagée consistait à classer les contrats en leur appliquant directement la méthode de classement de la typologie mais en considérant que les contrats ACS offraient des garanties maximales en honoraires de médecins (ville et hospitaliers). En effet, comme ils accèdent à des tarifs opposables, les bénéficiaires ACS ont théoriquement un reste à charge nul pour ces consultations, ce qui est équivalent à une couverture intégrale de leurs dépassements d'honoraires. Toutefois, la classification DREES suit une logique de gradation des garanties offertes : les contrats qui offrent des garanties élevées dans l'une des dimensions les plus discriminantes ont de grandes chances de proposer des niveaux de remboursement élevés pour les autres prestations. Étant donné que les contrats ACS offrent globalement des garanties faibles, leur appliquer des niveaux de remboursement maximaux uniquement pour les dépassements d'honoraires ne s'accorde pas avec la logique proportionnelle précitée. Elle a conduit à des incohérences dans le classement de ces contrats.

Le score d'un contrat qui constitue une solution alternative au problème rencontré, exprime le reste à charge d'un bénéficiaire type de l'ACS couvert par ce contrat, pour chacune des garanties classantes de la typologie de la DREES.

Le score varie entre :

¹¹ Les six prestations retenues par la dernière typologie DREES sont celles pour lesquelles les prises en charge des contrats se distinguent le plus : dépassement d'honoraires pour une consultation chez un spécialiste, dépassement d'honoraires pour un acte chirurgical, prothèse dentaire, audioprothèse, optique complexe et chambre particulière en médecine (MCO).

- 0 : le contrat n'offre aucune prise en charge pour chacune des garanties ;
- 1 : le contrat offre une prise en charge complète des restes à charge des bénéficiaires de l'ACS après intervention des régimes obligatoires pour chaque garantie classante.

Le détail du principe du score est développé dans la note de la DREES qui figure en annexe 2 du présent rapport.

4.1.2. L'opposabilité des tarifs des médecins influence significativement le niveau de garantie des contrats ACS

La classification des contrats ACS présentée ici repose sur un score qui prend en compte l'ensemble des garanties classantes retenues par la DREES, à l'exception du remboursement de la chambre particulière en hospitalisation. L'intégration de ce poste a toutefois été testée à titre illustratif. La chambre particulière est susceptible d'avoir une incidence significative sur le niveau de couverture et de prix des contrats (cf. encadré 7). Au moment de la réforme, les garanties des nouveaux contrats ACS ont été établies sans tenir compte de ce poste, l'objectif étant d'aboutir à des contrats au meilleur prix couvrant l'essentiel des dépenses de soins des bénéficiaires.

On constate un effet significatif de l'opposabilité des tarifs des médecins sur le niveau de garantie des contrats ACS puisque dans cette nouvelle configuration, les contrats ACS de type A sont classés en D dans la classification de la DREES, ceux de type B en C, et enfin les contrats ACS de type C se retrouvent dans la classe B.

Ainsi, en tenant compte de l'avantage procuré par l'opposabilité des tarifs, le niveau de garantie des contrats ACS grimpe mécaniquement d'un niveau dans la classification de la DREES.

L'enjeu rattaché à l'application effective de la mesure d'opposabilité sur le terrain, déjà pointé par la Cour des comptes dans son rapport de 2015¹² sur le Fonds CMU, est ainsi clairement mesuré. Les données présentées par la suite montrent que le reste à charge pour les patients sur le poste des soins courants est légèrement positif et pourrait atteindre une part des dépenses de santé significative en ce qui concerne les honoraires des médecins spécialistes.

 **Tableau 26 – Répartition comparative selon la prise en compte ou non de la mesure d'opposabilité des tarifs des médecins**

Classe contrat (classification DREES)	Contrats ACS : Personnes protégées / application de l'opposabilité	Contrats ACS : Personnes protégées / absence d'application de l'opposabilité
A	0,0%	0,0%
B	40,4%	0,0%
C	36,8%	40,4%
D	22,8%	36,8%
E	0,0%	22,8%
Total	100,0%	100,0%

Sources : DREES, 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

Nota : les personnes protégées sont celles couvertes par un nouveau contrat ACS au 31 07 2016. La DREES ne tient pas compte de la chambre particulière dans son score

¹² Cour des Comptes- Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie – Mai 2015

4.2. DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ACS QUI PROFITENT DE NIVEAUX DE GARANTIE NETTEMENT SUPÉRIEURS À LA MOYENNE DES CONTRATS INDIVIDUELS, LORSQUE L'AVANTAGE PROCURÉ PAR L'OPPOSABILITÉ DES TARIFS EST PRIS EN COMPTE

Si on compare le niveau actuel de garantie des personnes couvertes par l'ACS (y compris le bénéfice de l'opposabilité des tarifs) avec celui rencontré sur l'ensemble du marché individuel, on constate pour les contrats ACS une surreprésentation en classe B et à l'inverse une sous-représentation en classe E. Les personnes bénéficieraient alors en moyenne de niveaux de couverture nettement supérieurs à ceux offerts sur le marché individuel. Il s'agirait d'un retournement complet de tendance par rapport à ce qui était observé avant la réforme.

Tableau 27 – Répartition comparative selon le niveau de garantie des contrats entre ACS après réforme (avec opposabilité des tarifs) et marché individuel

Classe contrat (classification DREES)	Personnes protégées / application de l'opposabilité	Contrat individuels DREES 2014 (*)	Écarts en points
A	0,0%	2,6%	-2,6
B	40,4%	6,8%	33,6
C	36,8%	48,3%	-11,5
D	22,8%	25,4%	-2,6
E	0,0%	16,9%	-16,9
Total	100,0%	100,0%	

(*) Situation des contrats individuels sur le marché en 2014 appréciée sur la base de l'enquête annuelle de la DREES sur les contrats les plus souscrits. Les chiffres de 2014 sont encore provisoires à ce stade.

Sources : DREES, 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

Sans prise en compte de l'opposabilité, la situation comparative des nouveaux contrats ACS avec le marché individuel est logiquement moins favorable. Néanmoins, puisque les personnes ont choisi très majoritairement des contrats C et B, l'ACS se rapprocherait de la situation du marché individuel sans toutefois l'atteindre, mais ce qui en soi constitue un progrès important.

Tableau 28 – Répartition comparative selon le niveau de garantie des contrats entre ACS après réforme (sans opposabilité des tarifs) et marché individuel

Classe contrat (classification DREES)	Personnes protégées / absence d'application de l'opposabilité	Contrat individuels DREES 2014 (*)	Écarts en points
A	0,0%	2,6%	-2,6
B	0,0%	6,8%	-6,8
C	40,4%	48,3%	-7,9
D	36,8%	25,4%	11,4
E	22,8%	16,9%	5,9
Total	100,0%	100,0%	

(*) Situation des contrats individuels sur le marché en 2014 appréciée sur la base de l'enquête annuelle de la DREES sur les contrats les plus souscrits. Les chiffres de 2014 sont encore provisoires à ce stade.

Sources : DREES, 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

Encadré 7 – L’effet de la prise en compte de la chambre particulière dans la classification des contrats ACS

Dans son étude, la DREES a mesuré l’effet sur le score des contrats ACS de l’absence de prise en charge de la chambre particulière en cas d’hospitalisation. Cela a un effet significatif à la baisse sur le niveau de garantie des contrats ACS. Dans ce cas de figure, et en prenant en compte l’opposabilité des tarifs applicable aux bénéficiaires de l’ACS, le contrat A serait classé en E, le B en classe D et le contrat de type C en classe C. Les contrats baisseraient ainsi d’un niveau dans la classification DREES résultant de l’application du score.

► **Tableau 29 – Répartition comparative selon la prise en compte ou non de la chambre particulière dans le score**

Classe contrat (classification DREES)	Contrats ACS : Personnes protégées / <u>sans</u> chambre particulière / application de l'opposabilité	Contrats ACS : Personnes protégées / <u>avec</u> chambre particulière / application de l'opposabilité
A	0,0%	0,0%
B	40,4%	0,0%
C	36,8%	40,4%
D	22,8%	36,8%
E	0,0%	22,8%
Total	100,0%	100,0%

Sources : DREES, 11 groupements gestionnaires de l’ACS – Suivi statistique mensuel

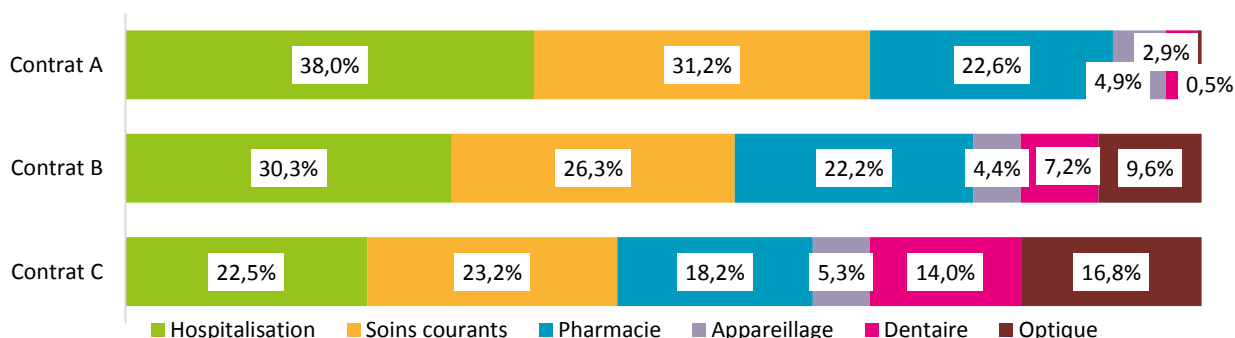
5. Des restes à charge par poste de soins qui témoignent des niveaux de prise en charge des trois types de contrat

Les données de consommation mesurées ici correspondent aux dépenses de santé enregistrées par les OC sur la période de juillet 2015 à mars 2016, soit sur une période 9 mois. Compte tenu de la montée en charge des contrats A, B et C durant la première année de réforme et de l'appropriation récente du nouveau recueil de données par les OC (quelques tableaux ont été transmis incomplets), il convient de considérer ces résultats comme provisoires.

5.1. UN TAUX DE COUVERTURE QUI AUGMENTE AVEC LE NIVEAU DE CONTRAT

L'étude des remboursements des OC par poste met en évidence l'augmentation du poids des soins dentaires et de l'optique, croissants avec le niveau de prise en charge, du contrat A au contrat C. Pour les contrats A, les soins dentaires représentent 3 % des remboursements par les OC et l'optique en représente moins de 1 %, contre respectivement 14 % et 17 % des remboursements rattachés au contrat C. Mécaniquement, les parts des remboursements en hospitalisation et en soins courants baissent, même si les taux de prise en charge restent inchangés sur ces prestations. Au niveau du contrat A, elles s'établissent à 38 % pour l'hospitalisation et 31 % pour les soins courants ; au niveau du contrat C, elles passent respectivement à 22 % et 23 %.

Figure 9 – Poids des remboursements des OC par poste pour les contrats A, B, C.



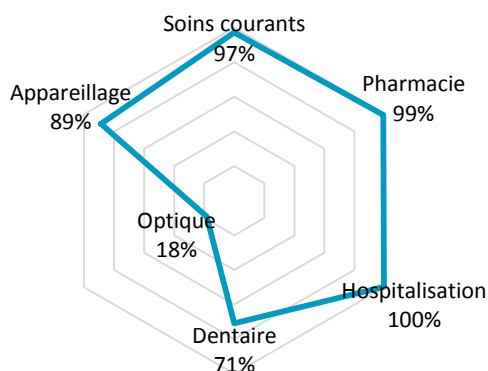
Sources : 10 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

Les parts de dépenses prises en charge par les OC sont cohérentes avec les niveaux de garanties définis pour les contrats A, B et C. Les taux de couverture¹³, qui tiennent compte de la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire et de celle des OC sont similaires, quel que soit le type de contrat, pour les soins courants, la pharmacie et l'hospitalisation car les niveaux de prise en charge sont identiques. Pour les prestations où les niveaux de remboursement augmentent selon le type de contrat, les taux de couverture s'accroissent.

Pour le contrat A, le taux de couverture est proche de 100 % pour les soins courants, la pharmacie (médicaments avec service médical rendu important ou modéré) et l'hospitalisation. Le taux de couverture est de 89 % pour les appareillages, qui regroupent ici à la fois les prothèses auditives, les gros et les petits appareillages. Il s'élève à 71 % des dépenses totales pour les soins dentaires et à 18 % pour l'optique.

¹³ Taux de couverture = Somme des remboursements de l'assurance maladie obligatoire et de l'OC / Dépenses totales

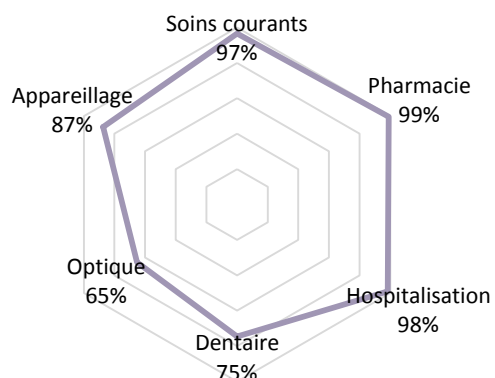
Figure 10 – Contrat A : Taux de couverture



Sources : 10 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

En ce qui concerne le contrat B, le taux de couverture est plus élevé avec une prise en charge à hauteur de 75 % des dépenses pour les soins dentaires et 65 % pour l'optique.

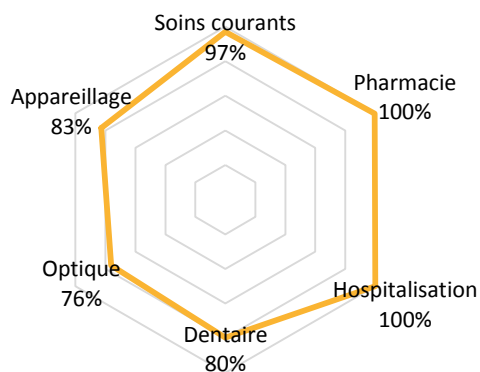
Figure 11 – Contrat B : Taux de couverture



Sources : 9 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

Le contrat C présente le meilleur taux de couverture. Pour le dentaire, le taux de couverture correspond à 80 % des dépenses et pour l'optique il est égal à 76 %.

Figure 12 – Contrat C : Taux de couverture



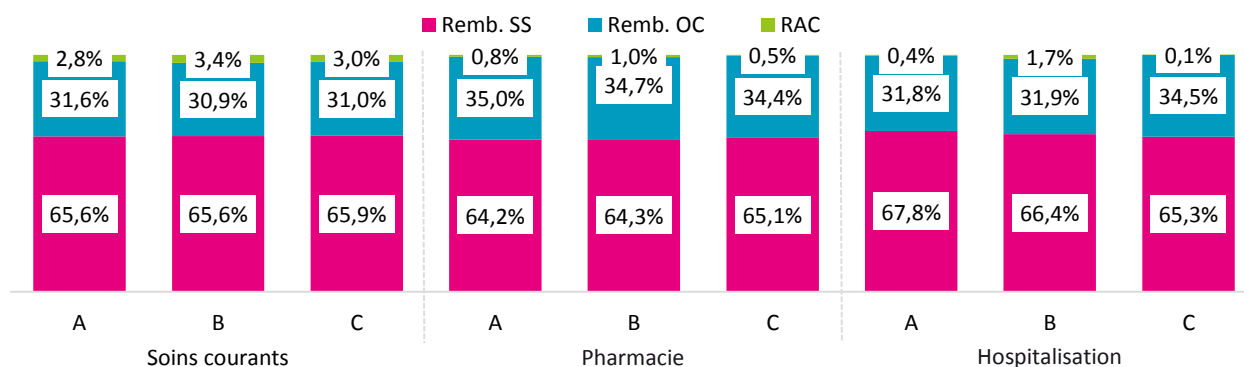
Sources : 10 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

5.2. UN RESTE À CHARGE QUI PORTE PRINCIPALEMENT SUR LES SOINS DENTAIRES ET LES ÉQUIPEMENTS D'OPTIQUE

À travers l'étude de la répartition des dépenses entre l'assurance maladie obligatoire, les OC et les patients, il est possible d'identifier les postes pour lesquels les restes à charge sont les plus importants.

Quel que soit le type de contrat, le reste à charge est très faible pour les soins courants, la pharmacie et l'hospitalisation. L'assurance maladie obligatoire et les OC prennent en charge la quasi-totalité des dépenses sur ces postes.

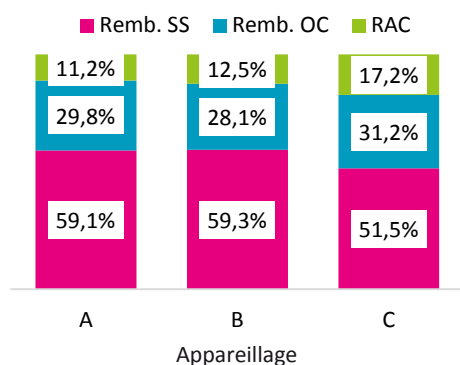
Figure 13 – Répartition des dépenses par financeur pour les postes Soins courants, Pharmacie et Hospitalisation



Sources : 10 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

Concernant le poste appareillage, qui comprend les prothèses auditives et les autres appareillages (tels que les pansements, seringues, béquilles, etc.), la part restant à la charge des personnes couvertes par les contrats A et B est proche : 11 % et 13 %. En revanche pour le contrat C, cette part augmente et s'établit à 17 %. Cela s'explique essentiellement par la hausse de consommation de prothèses auditives liée à une meilleure prise en charge de ce dispositif par la complémentaire. Le remboursement plus important prévu par le contrat C, soit 450 € par appareil, génère plus de dépenses sur ce poste que pour les contrats A et B, où la prise en charge des audioprothèses est limitée au ticket modérateur. Les bénéficiaires du contrat C, qui sont en moyenne plus âgés, ont été plus nombreux à s'équiper en prothèses auditives, or ces dispositifs conduisent à une participation financière de l'assuré plus conséquente que les autres appareillages. D'après les données transmises par les OC, les patients couverts par le contrat C, qui se sont munis d'audioprothèses, ont financé directement 50 % du prix de ces appareils.

Figure 14 – Répartition des dépenses par financeur pour le poste Appareillage dont les audioprothèses



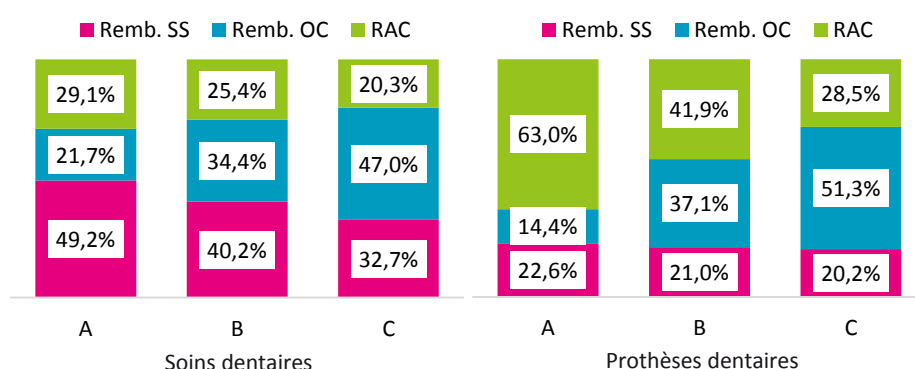
Sources : 10 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

En ce qui concerne les soins dentaires, les honoraires des chirurgiens-dentistes sont remboursés à 100 % par tous les types de contrats ; les prothèses dentaires et l'orthodontie sont, quant à elles, prises en charge graduellement,

à hauteur de 125 % du tarif de responsabilité pour le contrat A, 225 % pour le contrat B et 300 % pour le contrat C. Au global, pour les soins dentaires, les patients financent directement 29 % des dépenses quand ils ont souscrit le contrat A, 25 % quand ils ont souscrit le contrat B et 20 % quand ils bénéficient du contrat C. Le reste à charge diminue donc bien quand la part de remboursement par les OC augmente.

Pour les prothèses dentaires uniquement, les différences de reste à charge sont logiquement encore plus franches : la participation des patients s'élève à 63 % pour le contrat A, 42 % pour le contrat B et 29 % pour le contrat C.

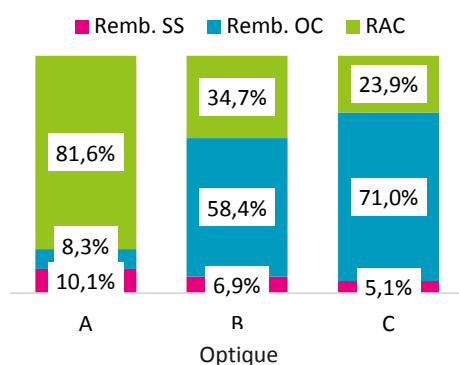
Figure 15 – Répartition des dépenses par financeur pour le poste global Soins dentaires et pour les prothèses dentaires uniquement



Sources : 10 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

Le poste nécessitant la participation la plus importante des personnes couvertes par le contrat A est l'optique. En moyenne, les patients couverts par le contrat A paient directement 82 % des frais d'optique tandis que l'assurance maladie obligatoire rembourse environ 10 % des dépenses et l'OC 8 %. Avec le contrat B, les patients paient 35 % de la dépense totale et 24 % avec le contrat C. Les équipements d'optiques représentent le poste pour lequel les différences de part de reste à charge sont les plus marquées entre les contrats A, B et C.

Figure 16 – Répartition des dépenses par financeur pour le poste Optique



Sources : 10 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

5.3. UN RESTE À CHARGE NON NUL POUR LES SOINS COURANTS

Les données relatives aux dépenses permettent d'évaluer indirectement l'application des tarifs de responsabilité par l'ensemble des médecins, de secteur I et de secteur II, vis-à-vis des bénéficiaires ACS. Même si le recueil des données des OC mérite d'être fiabilisé, notamment sur la répartition par catégories de prestations au sein d'un poste de soins, de premières tendances peuvent néanmoins être présentées.

Si le reste à charge reste mineur pour les soins courants, il représente toutefois 3 % des dépenses. L'analyse plus approfondie des dépenses sur ce poste montre que les patients financeraient une part 3 à 4 fois plus importante des dépenses relatives aux honoraires de spécialistes. L'interdiction de dépassements d'honoraires ne serait donc pas toujours respectée par les médecins.

Ce constat est cohérent avec les données de la CNAMTS recueillies par la Cour des comptes dans le cadre du rapport de mai 2015 sur le Fonds CMU : « 61,6 % des titulaires de l'ACS ayant consulté un médecin de secteur II au cours du premier semestre 2014 (64 % pour les spécialistes et 41,7 % pour les généralistes), soit plus de 163 000 assurés, ont connu un dépassement d'honoraires représentant en moyenne 25,5 % du tarif opposable (26,7 % pour les spécialistes et 14,7 % pour les généralistes), ces données étant en progrès par rapport à 2013. Les dépassements les plus importants peuvent être observés pour les gynécologues médicaux et mixtes, les dermatologues et les ophtalmologistes. »

Par ailleurs, les avantages rattachés à l'ACS ne semblent pas toujours bien connus des personnes bénéficiant de l'aide. D'après une étude de la CNAMTS sur l'évaluation du dispositif ACS menée au printemps 2016, les bénéficiaires connaissent souvent mal les droits liés à l'ACS, en particulier l'absence de dépassement d'honoraires chez le médecin.

Plusieurs actions et mesures mises en place dans le cadre de la réforme ACS devraient normalement permettre de limiter ces pratiques de dépassements dans les mois à venir :

- l'intégration dans la carte Vitale de l'information relative à l'attribution de l'ACS ;
- les démarches d'information sur l'ACS et les droits associés à l'encontre des bénéficiaires et des professionnels ;
- la mise en place progressive du tiers payant intégral pour les personnes couvertes par les nouveaux contrats A, B, C.

Ce point pourra être confirmé en 2017 dans le cadre de la prochaine enquête, où les OC se seront mieux approprié les tableaux de dépenses de consommations.

6. Une première approche de l'équilibre technique des contrats

Grâce aux nouvelles modalités de recueil de données mises en place depuis la réforme, le Fonds CMU dispose pour la première fois des comptes de résultat relatifs aux contrats ACS. Les groupements ont effet transmis par type de contrat :

- les comptes comptables qui recensent tous les paiements effectués au cours de l'année 2015 ;
- les comptes en survenance qui recensent les paiements pour les sinistres survenus en 2015, avec les données arrêtées au 31 mars 2016, y compris les provisions pour les sinistres restant à payer.

Ces informations contribuent à enrichir l'étude en abordant les ressources et les charges de l'activité des OC sur les contrats ACS. L'interprétation des données reste néanmoins un exercice délicat dans la mesure où celles-ci ne concernent que le 2nd semestre 2015, période où le dispositif est en début de montée en charge. Il convient également de prendre en compte le temps d'appropriation de ce nouveau volet de l'enquête par les OC.

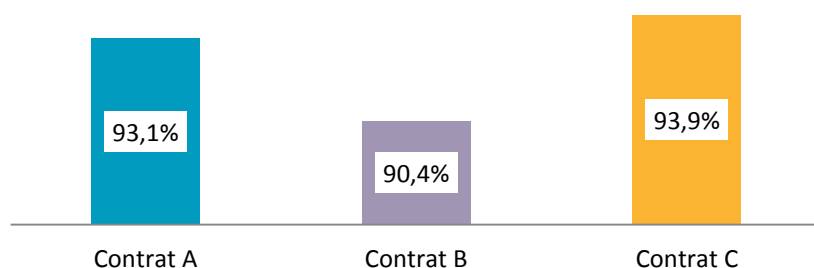
Le Fonds CMU a donc fait le choix de s'intéresser uniquement aux premières tendances sur l'équilibre des nouveaux contrats à travers l'indicateur $P/C = \text{Charges de prestations} / \text{Cotisations nettes}$.

Les charges de prestations ou charge de sinistres correspondent aux prestations payées pour les sinistres survenus en 2015 ainsi que les provisions pour les sinistres survenus en 2015 mais non réglés. Les cotisations nettes correspondent aux cotisations reçues pour l'année 2015 desquelles sont retirés les frais de gestion et les taxes.

Si le ratio P/C est inférieur 100 %, cela signifie que le montant des cotisations est supérieur à celui des prestations ; le contrat est excédentaire. Si le ratio P/C est supérieur à 100 %, les cotisations sont insuffisantes ; ce qui traduit une situation de déficit.

Pour les sinistres survenus en 2015, l'indicateur P/C est inférieur à 100 % pour les 3 types de contrat. Il est égal à 93,1 % pour le contrat A, 90,4 % pour le contrat B et 93,9 % pour le contrat C.

Figure 17 – Équilibre technique des contrats en 2015 : Indicateur prestations/cotisations - P/C (cotisations hors frais de gestion et taxes)



Sources : 10 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

Il est à noter que plusieurs groupements ont, par précaution, estimé un montant de provisions qui tient compte du phénomène de montée en charge et du rythme de cadencement des liquidations sur le début d'année 2016. En effet les OC constatent un étalement des liquidations dans le temps qui laisse présager des dépenses à venir encore importantes.

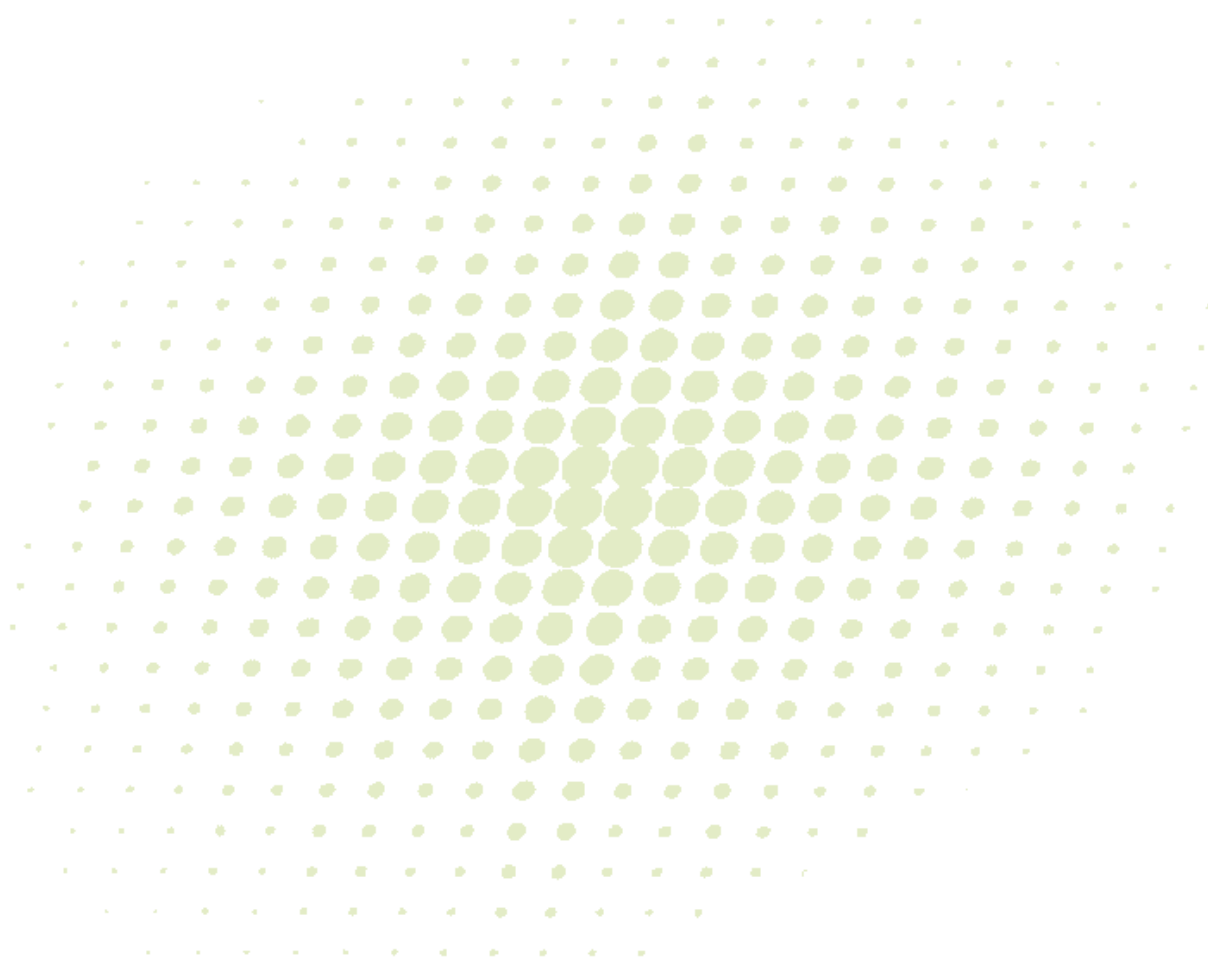
En outre, par souci d'harmonisation des résultats, les données d'un groupement ont été exclues de l'analyse dans la mesure où, pour la première année, des frais d'exploitation exceptionnels ont été comptabilisés dans les frais de gestion (délégataires prestations, outil de suivi, conventionnement avec les OC, site internet). L'intégration de ces

frais exceptionnels conduirait à une diminution des cotisations nette et à une augmentation artificielle du P/C. Les données de ce groupement pourront être prises en compte l'année prochaine puisque ces frais d'exploitation ne seront plus inclus dans les comptes.

À ce stade, les premiers résultats sur l'équilibre technique des contrats seraient plutôt favorables. Le recul d'une année complète s'avère néanmoins nécessaire pour conclure à une tendance.

Glossaire

ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DREES	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
OC	Organisme complémentaire
RAC	Reste à charge
TSA	Taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, « Taxe CMU »



Annexes

ANNEXE 1. LES GRILLES DE GARANTIE DES NOUVEAUX CONTRATS ACS

Le décret n° 2014 – 1144 du 8 octobre 2014 définit le niveau de garantie des trois contrats ACS qui sont entrés en vigueur au 1^{er} juillet 2015.

Prestations	Contrat A	Contrat B	Contrat C
Frais engagés au titre :	100,0%	100,0%	100,0%
– des honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux			
– des examens de biologie médicale			
– des produits et prestations figurant sur la LPP			
– des transports			
Hors frais de cures de thermales	100% (sauf SMR faible)	100% (sauf SMR faible)	100% (sauf SMR faible)
Pharmacie			
Forfait journalier hospitalier facturé dans les établissements de santé	Illimité	Illimité	Illimité
Dentaires			
Prothèses	125%	225%	300%
- céramo-métallique			
- céramique			
- acier			
- mobiles			
Orthodontie remboursable	125%	225%	300%
Optique			
Monture + 2 verres simples	100%	100 €	150 €
Monture + 2 verres complexes		200 €	350 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe		150 €	250 €
lentilles		100 €	100 €
Audioprothèse			
par appareil	100%	100%	450 €

Si le niveau de prise en charge est indiqué en pourcentage de la base de remboursement (tarif de responsabilité), il comprend le remboursement par les organismes d'assurance maladie obligatoire.

Si le niveau de prise en charge est exprimé en euros, ce montant s'ajoute au remboursement opéré par les organismes d'assurance maladie obligatoire.

ANNEXE 2. LE NIVEAU DE GARANTIE DES CONTRATS ACS – NOTE DE LA DREES

Malgré des contrats aux garanties relativement faibles, l'ACS assure une bonne prise en charge grâce à l'opposabilité des tarifs.

Les contrats ACS retenus suite à l'appel d'offres de 2015 offrent des garanties plutôt faibles par rapport aux autres contrats individuels du marché. Toutefois les bénéficiaires de l'ACS s'étant majoritairement orientés vers les contrats éligibles les plus couvrants, les garanties offertes aux bénéficiaires ACS se sont améliorées en moyenne suite à la réforme de 2015.

Outre les garanties offertes par ces contrats, les bénéficiaires de l'ACS peuvent également faire valoir l'opposabilité des tarifs et ne sont donc pas soumis aux dépassements d'honoraires. En considérant que ce dispositif équivaut à une prise en charge complète de leur reste à charge sur ce type de soins, la prise en charge offerte par le dispositif ACS est comparable à celle des bénéficiaires des contrats individuels de moyenne voire haut de gamme pour les contrats ACS les plus couvrants, si l'on ne prend pas en compte les dépenses liées aux chambres particulières.

En effet, aucun des contrats ACS n'inclut de garantie pour la prestation « chambre particulière ». En conséquence, le recours à une telle prestation peut sensiblement augmenter le reste à charge des patients et le rendre finalement comparable à celui qu'ils auraient s'ils bénéficiaient d'une couverture complémentaire d'entrée ou de milieu de gamme du marché.

Les contrats ACS offrent des garanties faibles par rapport aux contrats individuels du marché...

La DREES a établi une typologie des contrats de couverture complémentaire santé en cinq classes homogènes en termes de niveau de garantie : A, B, C, D, E (de la meilleure à la moins bonne couverture). Cette typologie est réalisée à partir des informations collectées dans le cadre de l'enquête de la DREES auprès des organismes complémentaires (sociétés d'assurances, mutuelles et institutions de prévoyance) sur les contrats les plus souscrits en individuel et en collectif.

Les garanties des contrats ACS étant relativement faibles, l'application directe de la typologie de la DREES à ces derniers aboutit à les classer majoritairement en D et E. Ainsi, parmi les contrats éligibles à l'ACS suite à la procédure de mise en concurrence de 2015, les contrats ACS de type A sont classés en E¹⁴ dans la typologie de la DREES, ceux de type B en D et ceux de type C en C. Avant la réforme de 2015, l'analyse des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS donnait des conclusions similaires, 44 % des bénéficiaires avaient un contrat classé en D dans la typologie de la DREES et 43 % un contrat classé en E.¹⁵

Néanmoins, les bénéficiaires de l'ACS choisissant majoritairement les contrats ACS de type B et C depuis la mise en concurrence – ils constituent respectivement 37,8 % et 40,1 % du stock de contrats ACS à fin avril 2016¹⁶ – ces derniers ont, dans les faits, bénéficié d'une amélioration de leur couverture liée à l'appel d'offres puisqu'ils choisissaient auparavant majoritairement des contrats classés D ou E. Les titulaires de contrats ACS ont donc vu la qualité de leur prise en charge augmenter d'une classe en moyenne.

De plus, depuis février 2013, les bénéficiaires de l'ACS ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires pour toutes les consultations de médecins (opposabilité des tarifs). Les contrats ACS ne prévoient donc aucun remboursement associé à ces dépassements, ce qui les pénalise fortement dans la méthodologie usuelle de classement des contrats dans la typologie de la DREES et conduit à sous-estimer la prise en charge réelle dont jouissent les bénéficiaires de l'ACS.

Pour pallier cette lacune, une nouvelle méthode de classement est mobilisée dans cette étude. Elle se base sur un score calculé pour chaque contrat (cf. encadré), dont les contrats ACS. Ce score reflétant le niveau de prise en

¹⁴ Les contrats ACS de type A sont les moins couvrants.

¹⁵ Fonds CMU (2015), *Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2014*.

¹⁶ Fonds CMU, *Lettre Références n°64, Juillet 2016*

charge, il permet de classer les contrats ACS par rapport à ceux de l'enquête sur les contrats les plus souscrits en tenant compte ou non de l'opposabilité des tarifs. Le score d'un contrat exprime le reste à charge d'un bénéficiaire type de l'ACS pris en charge par ce contrat, pour chacune des garanties classantes de la typologie de la DREES. Le score varie entre zéro (le contrat n'offre aucune prise en charge pour chacune des garanties) et un (le contrat offre une prise en charge complète des RAC des bénéficiaires ACS pour chaque garantie classante).

Encadré 8 – Le principe du score

L'objectif du score est de refléter le niveau de prise en charge des différents contrats (contrats ACS et contrats individuels les plus souscrits sur le marché) pour un bénéficiaire type de l'ACS. Pour pouvoir classer les contrats ACS au sein de la typologie de la DREES à partir des scores, ces derniers retiennent les mêmes variables de classement que la typologie.

Le score est donc établi à partir des six prestations retenues par la dernière typologie de la DREES soit celles pour lesquelles les prises en charge des contrats se distinguent le plus : dépassement d'honoraires pour une consultation chez un spécialiste, dépassement d'honoraires pour un acte chirurgical, prothèse dentaire, audioprothèse, optique complexe et chambre particulière en médecine (MCO).

Le score vise à refléter un taux moyen de prise en charge des contrats pour un bénéficiaire type de l'ACS. Son niveau dépend de celui des montants facturés. Pour cette évaluation des contrats ACS, les montants retenus sont réalistes par rapport aux consommations des bénéficiaires de l'ACS. Ils sont donc différents des montants des biens de référence habituellement utilisés pour classer les contrats du marché dans la typologie de la DREES. Ces derniers sont, en effet, volontairement fixés à des niveaux très élevés (c'est-à-dire qu'ils comportent des dépassements importants pour les honoraires ou qu'ils correspondent à des équipements, lunettes par exemple, particulièrement coûteux) pour bien discriminer les contrats selon leurs niveaux de remboursements et ne correspondent donc pas aux montants réellement facturés aux bénéficiaires de l'ACS.

Les montants retenus correspondent au 3e quartile des prix facturés aux bénéficiaires de l'ACS. Un niveau plus bas n'aurait pas permis de discriminer les contrats entre eux. Par exemple, en choisissant de fixer les montants au niveau des prix moyens payés par les bénéficiaires de l'ACS, les contrats ACS ne pourraient pas être discriminés de manière satisfaisante. Par ailleurs, le choix d'un cas type supérieur (par exemple, les consommations du 9e décile des bénéficiaires ACS) ne modifie pas le classement des contrats ACS au sein de la typologie.

Formellement, le score est le rapport entre l'espérance de remboursement d'un contrat et l'espérance du reste à charge de l'assuré après remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Il est calculé ainsi :

$$Score = \frac{Remb_1 * p_1 + Remb_2 * p_2 + \dots + Remb_6 * p_6}{RAC_1 * p_1 + RAC_2 * p_2 + \dots + RAC_6 * p_6}$$

avec :

$Remb_i$ = montant de remboursement par le contrat pour le bien de référence i ;

RAC_i = reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour le bien de référence i ;

p_i = probabilité de recours au bien i .

Ces probabilités correspondent au taux de recours des bénéficiaires ACS, i.e. aux probabilités pour un bénéficiaire ACS moyen de recourir au moins une fois à chacun des soins au cours de l'année 2013.¹⁷

Le score d'un contrat exprime le niveau de prise en charge par ce contrat pour un cas-type.

¹⁷ Données fournies par la CNAMTS. Les bénéficiaires ACS retenus sont les bénéficiaires d'une attestation ACS ayant des droits ouverts sur toute l'année, sans qu'il soit possible de savoir s'ils ont fait valoir leur attestation ou utilisé le chèque pour la souscription d'une complémentaire santé.

Il varie donc entre zéro (le contrat ne prend pas du tout en charge le reste à charge pour chacune des six garanties) et un (le contrat rembourse intégralement le reste à charge pour chacune des six garanties).

Le recours à un score permet de pallier la difficulté de la prise en compte de la spécificité des contrats ACS pour les classer dans la typologie de la DREES, soulevée dans le précédent rapport (Fonds CMU, 2014). Une solution alternative aurait été de classer ces contrats en leur appliquant directement la méthode de classement de la typologie mais en considérant que les contrats ACS offraient des garanties maximales en honoraires de médecins (ville et hospitaliers) : en effet, comme ils accèdent à des tarifs opposables, les bénéficiaires ACS ont théoriquement un reste à charge nul pour ces consultations, ce qui est équivalent à une couverture intégrale de leurs dépassements d'honoraires. Toutefois, la classification de l'enquête de la DREES suit une logique de gradation des garanties offertes : les contrats qui offrent des garanties élevées dans l'une des dimensions les plus discriminantes ont de grandes chances de proposer des niveaux de remboursement élevés pour les autres prestations. Étant donné que les contrats ACS offrent globalement des garanties faibles, leur appliquer des niveaux de remboursement maximaux uniquement pour les dépassements d'honoraires ne s'accorde pas avec la logique proportionnelle précitée et conduit à des incohérences dans le classement de ces contrats.

... mais l'ACS assure une bonne prise en charge grâce à l'opposabilité des tarifs

Dans un premier temps, le calcul du score se fait hors prise en compte de la chambre particulière. Cette prestation ayant un impact important mais difficile à estimer précisément sur le classement des contrats, elle est traitée à part. Après l'appel d'offres, les contrats ACS ont des scores allant de 0,07 (contrat ACS de type A) à 0,47 (contrat ACS de type C). En comparaison avec les contrats les plus souscrits, les contrats ACS de type A sont classés en E- dans la typologie de la DREES, ceux de type B en D-, et enfin les contrats ACS de type C se retrouvent en C-. L'utilisation d'un score permet bien de retrouver les résultats issus directement de la typologie.

Tableau 30 – Moyenne et écart-type des scores des contrats de l'enquête sur les contrats les plus souscrits et des contrats ACS par classes de garanties.

Contrats les plus souscrits			Contrats ACS	
Classe	Score moyen	Écart-type	Type	Score moyen
A	0,85	0,13		
B	0,64	0,11		
C	0,56	0,12	Type C	0,47
D	0,35	0,11	Type B	0,28
E	0,18	0,11	Type A	0,07

Note : Les meilleurs contrats (classés A dans la typologie de la DREES) prennent en charge 85 % en moyenne du RAC du bénéficiaire ACS type sur les garanties classantes retenues

Champ : Contrats individuels les plus souscrits et Contrats ACS après appel d'offres

Source : Enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé 2014, Décret instaurant les garanties des contrats ACS après appel d'offres, calculs DREES

Ce premier classement des contrats ACS compare les garanties qu'ils offrent à celles des contrats du marché, mais ne reflète pas le bénéfice de l'opposabilité des tarifs que peuvent faire valoir les bénéficiaires de l'ACS depuis 2013. Afin de prendre en compte l'opposabilité des tarifs, les scores obtenus par les contrats ACS de type A, B et C – i.e. post appel d'offres – ont été recalculés en fixant des remboursements exactement égaux aux coûts des prestations pour les dépassements d'honoraires des spécialistes et chirurgiens. Il en résulte un reste à charge nul pour le patient pour ces biens.

Tableau 31 – Scores obtenus par les contrats ACS avec prise en compte de l’opposabilité des tarifs.

Type de contrat	Score moyen
Type C	0,70
Type B	0,51
Type A	0,31

Note : Lorsque l’on tient compte de l’opposabilité des tarifs, les contrats ACS les moins bons (type A) prennent en charge 31 % du RAC moyen du bénéficiaire ACS type sur les garanties classantes retenues

Champ : Contrats ACS après appel d’offres

Sources : Décret instaurant les garanties des contrats ACS après appel d’offres, calculs DREES

Dans cette nouvelle configuration, les contrats ACS de type A sont classés en D dans la typologie de la DREES, ceux de type B en C, et enfin les contrats ACS de type C se retrouvent dans la classe B.

L’opposabilité des tarifs, si elle est appliquée, a donc un impact substantiel en termes de qualité de la prise en charge des bénéficiaires ACS puisque les contrats ACS les plus souscrits (B et C) deviennent alors comparables à des contrats de bonne qualité sur le marché de la complémentaire santé. Il convient de noter que cet effet ne provient pas des garanties proposées par les contrats ACS en tant que telles, mais du dispositif ACS qui garantit l’opposabilité à ses bénéficiaires.

La prise en compte de la chambre particulière modifie sensiblement le classement des contrats ACS

Les contrats ACS ne proposent pas de prise en charge de la chambre particulière en cas d’hospitalisation. L’absence de prise en charge sur ce poste n’a pas été considérée jusqu’alors dans le classement des contrats. Par ailleurs, le recours à une chambre particulière lors d’une hospitalisation n’entre pas dans les dépenses présentées au remboursement de l’AMO, il n’y a donc pas de données permettant de connaître le taux et la fréquence de recours à ce poste de dépense. Pour prendre en compte l’effet de l’absence de prise en charge de la chambre particulière sur le classement des contrats ACS, il convient donc de faire des hypothèses permettant de fixer une probabilité de recours à cette garantie dans le jeu de pondération du calcul du score (encadré).

Le score des contrats les plus souscrits augmente avec la prise en compte de la garantie « chambre particulière » puisque la plupart de ces contrats en proposent un remboursement au moins partiel.¹⁸ Son inclusion dans le score les avantage donc.

Tableau 32 – Moyenne et écart-type des scores obtenus par les contrats de l’enquête OC et des contrats ACS avec prise en compte de la chambre particulière, des fréquences de recours et de l’opposabilité.

Contrats les plus souscrits			Contrats ACS	
Classe	Score moyen	Écart-type	Type	Score moyen
A	0,87	0,13		
B	0,68	0,12		
C	0,62	0,12	Type C	0,59
D	0,41	0,10	Type B	0,44
E	0,20	0,12	Type A	0,26

Note : Lorsque l’on inclut la chambre particulière et les fréquences de recours et que l’on tient compte de l’opposabilité des tarifs, les meilleurs contrats (classés A dans la typologie de la DREES) prennent en charge 87 % en moyenne du RAC du bénéficiaire ACS type sur les garanties classantes retenues

Champ : Contrats individuels les plus souscrits et contrats ACS après appel d’offres

Sources : Enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé 2014, Décret instaurant les garanties des contrats ACS après appel d’offres, calculs DREES

¹⁸ En 2013, seuls 13% des bénéficiaires des contrats individuels les plus souscrits n’ont aucune prise en charge de cette prestation (Barlet M. et al., 2016, La complémentaire santé : Acteurs, bénéficiaires, garanties, Panoramas de la Drees).

En revanche, les trois types de contrats ACS ne proposant aucune prise en charge de la chambre particulière, leur score respectif est diminué par la prise en compte de la chambre particulière (cf. tableau 3). Désormais, le contrat ACS de type A est classé E dans la typologie de la DREES, le B en D et le C en C. L'effet négatif sur le classement des contrats ACS s'observe à partir d'un taux de recours à la chambre particulière proche de 4 % (soit en faisant l'hypothèse qu'environ 1 bénéficiaire de l'ACS sur 3 aurait des dépenses de chambre particulière en cas d'hospitalisation en MCO, avec un risque comparable d'hospitalisation à celui de la population générale) et est d'autant plus important que le taux de recours choisi dépasse ce seuil. De même, l'effet négatif est croissant du prix retenu pour la chambre particulière.

La prise en compte de la chambre particulière conditionne le classement des contrats ACS au sein de la typologie de l'enquête OC, selon les hypothèses de recours qui sont faites.

Encadré 9 – Les hypothèses de recours à la chambre particulière

Les données concernant les taux de recours aux établissements de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) tous âges, sexes, pathologies traitées confondus donnent un taux de recours moyen national en hospitalisation complète (nombre de patients distincts ayant au moins une nuitée en MCO) de près de 12 %, une durée moyenne de séjour de 5,7 jours en 2013, et une moyenne de 1,3 séjour par patient en hospitalisation complète (Données PMSI-MCO). Toutefois, toutes les personnes ne demandent pas une chambre particulière lors de leur séjour hospitalier. De plus, les bénéficiaires de l'ACS disposant de faibles ressources, il est probable que leur demande pour ce type de service soit plus faible qu'en population générale. A contrario, les bénéficiaires de l'ACS ont un recours plus élevé à l'hôpital comparativement au reste de la population du régime général (CNAMTS, 2015, Rapport Charges et Produits pour l'année 2016).

On fait dans un premier temps l'hypothèse qu'un tiers des personnes ayant eu une hospitalisation complète recourent à une chambre particulière (ce qui correspond à un taux de recours moyen pour l'ensemble des bénéficiaires ACS de 4 % à la chambre particulière). On réalise dans un second temps des tests de sensibilité de ce choix avec des seuils inférieurs et supérieurs. On fait l'hypothèse que la durée de séjour moyenne en MCO est la même pour les bénéficiaires de l'ACS qu'en population générale. Enfin, en l'absence de données précises sur les prix des chambres particulières en France, on retient un prix de 60 €. On réalise ensuite des tests de sensibilité en choisissant des prix de 50, 70, 80 et 90 €.

Un classement robuste à la sous-population des ACS choisie et à la prise en compte des fréquences de recours

La restriction à la sous-population des bénéficiaires de l'AAH ne modifie pas le classement des contrats ACS.

Les bénéficiaires à la fois de l'ACS et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) constituent une sous-population des bénéficiaires ACS en moins bonne santé. Il est donc intéressant d'analyser cette sous-population à part afin de vérifier que la qualité des contrats ACS est comparable pour cette population.

Les taux de recours aux six postes retenus ainsi que les distributions des prix payés pour ceux-ci sont de fait très proches pour les populations ACS et ACS-AAH (légèrement supérieures pour les bénéficiaires ACS-AAH).¹⁹ Finalement, le calcul des scores en choisissant comme cas-type un bénéficiaire ACS-AAH ne modifie donc pas le classement des contrats ACS par rapport à la situation précédente.

Toutefois, il est important de remarquer que le calcul du score ne porte que sur les six garanties classantes retenues pour la typologie de l'enquête OC. Les postes sur lesquelles portent ces dépenses (médecins, soins prothétiques, appareils de surdité, optique, hôpital) représentent environ 40 % du reste à charge après assurance maladie obligatoire des bénéficiaires de l'ACS pour les soins de ville (et près de 60 % de leur reste à charge total) sur la dépense remboursable. Or des personnes en relative mauvaise santé comme le sont les bénéficiaires de l'AAH peuvent avoir des dépenses significativement plus élevées sur d'autres postes qui ne sont ici pas pris en

¹⁹ Sources : données CNAMTS.

compte dans cette analyse (à savoir les auxiliaires médicaux, la biologie, le médicament, le transport, et les autres produits médicaux de la liste des produits et prestations) ; mais les écarts de remboursements entre OC sur ces postes sont probablement relativement limités.

La prise en compte des fréquences de recours ne modifie pas le classement des contrats ACS.

Le jeu de pondération utilisé jusqu'à présent pour le calcul des scores correspondait aux taux de recours des bénéficiaires ACS à chacune des garanties classantes retenues, mesurée comme la probabilité pour un bénéficiaire ACS moyen d'y recourir au moins une fois au cours de l'année. Néanmoins, il peut être intéressant de prendre en compte une fréquence de recours dans le score, i.e. de pondérer le score actuel par le nombre moyen d'unités de chacun des actes retenus consommés par un bénéficiaire ACS au cours de l'année.

Ces taux de recours sont fournis par les données de CNAMTS pour le recours aux audioprothèses, aux prothèses dentaires ainsi qu'à l'optique complexe. Pour ce qui est des autres garanties, en l'absence de données précises, nous faisons l'hypothèse que le bénéficiaire ACS moyen consomme un acte de chirurgien pratiquant des dépassements d'honoraires en cas de chirurgie, et deux consultations de spécialiste pratiquant des dépassements d'honoraire (DH) en cas de consultations auprès de spécialistes.²⁰

Là encore, sous les hypothèses retenues pour le calcul du score et en tenant compte de l'opposabilité, le classement des contrats ACS n'est pas impacté. De même, le choix d'hypothèses différentes (un DH de chirurgie, trois DH de spécialiste ; deux DH de chirurgie, deux DH de spécialistes ; deux DH de chirurgie, trois DH de spécialiste) n'impacte pas le classement des contrats ACS au sein de la typologie de la DREES de manière significative.

²⁰ Les hypothèses sur le recours à des dépassements d'honoraires des bénéficiaires de l'ACS permettent de comparer la prise en charge de l'ACS à la prise en charge sur le marché de la complémentaire santé individuelle où l'opposabilité des tarifs ne s'applique pas.

ANNEXE 3. LE REVENU DU FOYER ACS SELON LA COMPOSITION FAMILIALE

Hypothèse de départ : les ressources moyennes sont définies par la médiane entre le plafond CMU-C et ce même plafond + 35 % (pour la métropole) de laquelle est déduit le forfait logement.

► *Tableau 33 – Revenus des foyers selon la structure familiale, 2015*

Nbre de personnes	Plafond CMU C 2015	Plafond CMU C plus 35 % 2015	Forfait logement 2015 (*)	Montant de ressources du foyer
1	8 645 €	11 671 €	747 €	9 411 €
2	12 968 €	17 506 €	1 401 €	13 836 €
3	15 561 €	21 007 €	1 710 €	16 574 €
4	18 155 €	24 509 €	1 710 €	19 622 €
5	21 613 €	29 177 €	1 710 €	23 685 €
6	25 071 €	33 845 €	1 710 €	27 748 €
7	28 529 €	38 513 €	1 710 €	31 811 €
8	31 987 €	43 182 €	1 710 €	35 874 €
9	35 445 €	47 850 €	1 710 €	39 937 €
10	38 903 €	52 518 €	1 710 €	44 000 €
11	42 361 €	57 187 €	1 710 €	48 064 €
12	45 819 €	61 855 €	1 710 €	52 127 €
13	49 277 €	66 523 €	1 710 €	56 190 €
14	52 735 €	71 192 €	1 710 €	60 253 €
15	56 193 €	75 860 €	1 710 €	64 316 €

2 personnes : 1 personne + 50 % ; 3 et 4 personnes : plafond précédent (nombre de personnes -1) + 30 % d'une personne ; 5 personnes et plus : plafond précédent + 40 % d'une personne.

(*) Forfait logement « bénéficiaires d'une aide au logement » : moyenne « propriétaires / bénéficiaires d'une aide au logement ».

1 personne : 724 € annuels, 2 personnes : 1 357 € annuels, 3 personnes : 1 656 € annuels.

ANNEXE 4. L'ANALYSE THÉORIQUE DES ÉVOLUTIONS DE TARIFS DES CONTRATS ACS PAR LA DREES

Lors de la mise en œuvre de la réforme de l'ACS, la DREES avait établi que les trois meilleures offres retenues permettraient une baisse de prix de l'ordre de 36 % pour le contrat A, de 24 % pour le contrat B, de 14 % pour le contrat C par rapport aux anciens contrats ACS de même niveau de garanties.

L'analyse de la DREES s'appuyait sur les grilles tarifaires 2015 des trois offres proposant les tarifs les plus bas. Seuls les contrats ne comportant qu'un souscripteur ont été considérés pour le calcul de la prime. Par ailleurs, l'effet de l'âge sur la prime a été neutralisé : une moyenne arithmétique des prix par âge de 16 à 80 ans a été retenue en cohérence avec les consignes de l'appel d'offres. Un prix moyen a ensuite été établi pour l'ensemble des 3 offres puis comparé à la cotisation moyenne d'un ancien contrat ACS de niveau de garantie équivalent.

La prix moyen calculé par le Fonds CMU repose sur des données réelles et concerne tous les contrats A, B, C souscrits à la date du 31 janvier 2016 pour des foyers de taille et d'âge différent. La baisse globale de 10 % du prix moyen des nouveaux contrats résulte de la comparaison avec le prix moyen observé dans l'enquête 2014 pour les anciens contrats couvrant 70 % des bénéficiaires ACS, quel que soit le niveau de garantie.

Compte tenu du fait que les bénéficiaires ACS choisissent un contrat de meilleur niveau (cf. partie 3), la baisse de 10 % de prix observée par le Fonds CMU prend en compte l'augmentation globale du niveau de garantie des contrats ACS. Ainsi, cette baisse de 10 % est compatible avec les chiffrages théoriques *ex ante* de la DREES. Elle porte sur l'ensemble des offres et rend de ce fait compte de l'évolution réelle des prix et des garanties des contrats.



Fonds de financement de la protection complémentaire
de la couverture universelle du risque maladie

Tour Onyx – 10, rue Vandrezanne – 75013 PARIS
Tél. : 01 58 10 11 90 / Fax. : 01 58 10 11 99
accueil@fonds-cmu.gouv.fr

www.cmu.fr