



SYNTHÈSE DU RAPPORT ANNUEL SUR L'ACS NOVEMBRE 2018

Alors que le gouvernement vient d'annoncer l'extension de la couverture CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS, le rapport annuel sur l'ACS, prévu par l'article L. 863-5 du code de la sécurité sociale, dresse un panorama complet du dispositif, trois ans après la réforme de 2015.

Cette réforme avait pour but de faciliter l'accès du dispositif au plus grand nombre par un processus de mise en concurrence des organismes complémentaires permettant ainsi d'offrir une plus grande lisibilité des offres et de meilleures garanties à des prix maîtrisés. Actuellement, onze groupements d'organismes proposent trois types de contrats qui ouvrent droit à l'utilisation de l'ACS : le contrat A d'entrée de gamme, le contrat B intermédiaire, le contrat C de niveau supérieur.

Les principaux enseignements du rapport sont les suivants :

- Les effectifs des bénéficiaires de l'ACS poursuivent leur progression à un rythme annuel de 7 %, soit une augmentation de 25 % depuis la réforme.
- Un peu plus de 20 % des personnes n'utilisent pas leur chèque ACS pour souscrire un contrat de complémentaire santé et cette proportion est très variable d'un département à l'autre. On mesure cependant que l'utilisation augmente avec l'âge.
- Le taux de renouvellement des attestations ACS s'élève en moyenne à 46 %¹ au régime général ; il varie de 27 % à 58 % en fonction des départements.
- Depuis la mise en place de la réforme, le niveau de garantie des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS s'est amélioré significativement, alors que le prix moyen des contrats a baissé de 10 %.
- En moyenne, 62 % du prix des contrats est pris en charge par l'ACS.
- L'opposabilité des tarifs des médecins et des dentistes² améliore significativement le niveau de couverture offert par les contrats ACS à condition que les tarifs réglementés soient effectivement appliqués. Un suivi de cette application doit être assuré.

¹ Cette donnée ne tient pas compte des personnes qui ont renouvelé leurs droits et obtenu la CMU-C après avoir bénéficié de l'ACS.

² Pour les soins prothétiques dentaires, des tarifs plafonds doivent être appliqués par les dentistes depuis le 1er octobre 2017 (tarifs plafonds du panier de soins CMU-C applicables aux bénéficiaires de l'ACS).

- Les bénéficiaires de l'ACS, qu'ils consomment ou non des soins, contribuent directement pour 5 %³ en moyenne au financement de leurs dépenses totales de santé, la participation de l'assurance maladie obligatoire s'établissant à 62 %, celle des complémentaires santé à 33 %.
- Les restes à charge sur prestation peuvent atteindre des niveaux très élevés pour les soins coûteux : les prothèses dentaires, les audioprothèses, l'optique mais aussi d'autres dispositifs médicaux en dehors du périmètre « 100 % Santé ». Ces restes à charge par consommant ont cependant tendance à décroître avec le niveau des garanties.
- Enfin, pour les onze groupements d'organismes complémentaires gestionnaires de l'ACS, l'équilibre technique des contrats ACS est fragile. Le contrat C est en déséquilibre alors que l'équilibre est tout juste observé sur les contrats A et les contrats B.

³ Sur le périmètre de la dépense connue par les OC, c'est-à-dire à l'exclusion des médicaments remboursés à 15 % par la Sécurité sociale, des soins remboursés à 100 % (ALD, maternité) et de ceux ne faisant l'objet d'aucune prise en charge.

1. Les effectifs couverts par les contrats ACS progressent à un rythme soutenu, mais un chèque ACS sur cinq n'est pas utilisé, avec des différences importantes entre départements

À fin juin 2018, les effectifs protégés par les trois contrats ACS progressent toujours à un rythme soutenu : + 7 % en un an. Les contrats ACS couvrent 1,24 million de personnes.

Cependant, les chèques ACS ne sont effectivement utilisés pour souscrire un contrat de complémentaire santé que dans 77 % des cas en moyenne. Ce taux d'utilisation augmente avec l'âge, pour atteindre 93 % pour les personnes âgées de 70 ans et plus. Plus les personnes sont âgées, plus elles semblent installées durablement dans le dispositif ACS. Un bon nombre bénéficie en effet de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Une fois ces personnes entrées dans le dispositif ACS, la stabilité de leurs ressources liées au versement de l'ASPA contribue à les y maintenir.

La situation est également contrastée sur le territoire. Le taux d'utilisation des attestations ACS varie de 47 % à 87 % selon le département. Une étude complémentaire, pilotée par le Fonds CMU-C, est en cours afin d'identifier les motifs des écarts observés.

2. La réforme de 2015 s'est traduite par une baisse de 10 % du prix des contrats

Au 31 décembre 2017, le prix moyen des contrats souscrits s'établit à 827 € pour 1,61 personne couverte en moyenne, soit 514 € par an et par personne.

En moyenne, 62 % du prix du contrat est pris en charge par l'ACS.

Par rapport à la situation avant la réforme, le prix du contrat a baissé de 10 %. Le montant moyen de la cotisation restant à la charge des bénéficiaires a diminué de 27 %. Dans le même temps, l'effet a été significatif sur le taux d'effort qui a baissé de 30 % pour s'établir à 2,8 % (3,9 % à fin 2014).

Ce sont cependant toujours les plus âgés qui sont confrontés aux restes à charge les plus élevés sur le prix du contrat. En effet, la prime augmente significativement avec l'âge alors que le montant de l'ACS reste stable après 60 ans.

Il a été démontré dans les éditions précédentes du rapport ACS que le niveau moyen de garantie des contrats s'est amélioré depuis la réforme de 2015.

3. La prise en compte des tarifs opposables améliore le niveau de garantie des contrats ACS

Le rapport montre que l'opposabilité des tarifs des médecins et des dentistes améliore significativement le niveau de couverture offert par les contrats ACS. Cela n'est valable qu'à condition que les médecins et les dentistes respectent les tarifs réglementés.

Dans ce cas, les souscripteurs du contrat C bénéficient d'une couverture équivalente à celle des personnes les mieux couvertes par un contrat individuel sur le marché.

Pour assurer un meilleur accès aux soins des bénéficiaires de l'ACS, un suivi de l'application de l'opposabilité des tarifs est nécessaire.

4. Les dépenses de soins dépendent du niveau de garantie et de l'âge

4.1. LE POIDS DE L'HOSPITALISATION DANS LES REMBOURSEMENTS DES OC AUGMENTE AVEC L'ÂGE

L'analyse des remboursements des OC renseigne sur la structure de consommation de soins des bénéficiaires de l'ACS même si ces remboursements ne représentent que la partie complémentaire des dépenses de santé. Les remboursements des OC portent principalement sur l'hospitalisation, les soins courants et la pharmacie. Le poids de ces postes de soins dans les remboursements des OC diminue lorsque le niveau de garantie du contrat augmente, au profit du dentaire et de l'optique. En outre, le poids de l'hospitalisation dans les dépenses de complémentaire santé remboursées par les OC croît avec l'âge.

4.2. EN MOYENNE, LES BÉNÉFICIAIRES FINANCENT DIRECTEMENT 5 % DE LEUR DÉPENSE DE SANTÉ

L'analyse des dépenses totales de soins⁴ montre que les bénéficiaires de l'ACS contribuent directement pour 5 % au financement de leurs dépenses de santé, la participation de l'assurance maladie obligatoire s'établissant à 62 % et celle des complémentaires à 33 %.

Sur certains postes de soins, la participation de l'assuré reste toutefois importante : les bénéficiaires de l'ACS financent directement entre un tiers et deux-tiers de leur dépense en prothèses dentaires selon le contrat souscrit. Cette participation est encore plus élevée pour l'optique et l'audioprothèse (elle est égale aux trois-quarts de la dépense pour l'audioprothèse pour les contrats A et B).

4.3. POUR L'OPTIQUE, LES PROTHÈSES DENTAIRES ET L'AUDIOPROTHESE, LES RESTES À CHARGE ONT TENDANCE À DIMINUER AVEC LE NIVEAU DE GARANTIE MAIS RESTENT ÉLEVÉS

Le recours aux soins s'accroît avec le niveau de garantie, en particulier pour les prothèses dentaires, l'optique et l'audioprothèse.

Sur ces postes de soins, la dépense par consommant augmente aussi avec le niveau de garantie. Les restes à charge, quant à eux, ont tendance à diminuer. Ils restent néanmoins élevés.

Pour les personnes ayant reçu des soins dentaires prothétiques, le reste à charge moyen se situe entre 290 € et 443 € selon le niveau de garantie. Pour une personne ayant acquis une monture et deux verres complexes (ou un verre simple et un verre complexe), le reste à charge moyen va de 96 € à 262 €. Il est de l'ordre de 560 € annuel en moyenne pour une personne s'étant équipée en audioprothèse.

Des restes à charge non négligeables sont également observés sur les autres dispositifs médicaux (ex : semelles orthopédiques).

En ce qui concerne les soins courants, les restes à charge pour les consultations de médecins sont faibles mais non nuls, ce qui suggère que l'interdiction de dépassement d'honoraires n'est pas toujours respectée.

4.4. LE TAUX D'EFFORT EN SANTÉ ATTEINT EN MOYENNE 3,6 %

Le taux d'effort supporté par les souscripteurs de contrats ACS avait jusqu'à présent été calculé sur la base d'un reste à payer sur la prime. Il s'élève à 2,8 % en 2017.

Pour chaque bénéficiaire, qu'il soit consommant ou non, en ajoutant le reste à charge moyen sur prestations au reste à payer sur la prime, on obtient un taux d'effort en santé de 3,6 % soit une augmentation de 0,8 point par rapport au taux d'effort calculé uniquement sur la base du reste à payer.

⁴ Hors soins remboursés à 100 % (ALD, maternité) et médicaments remboursés à 15 % par la sécurité sociale.

Le taux d'effort en santé augmente avec le niveau de garantie : il passe de 2,2 % pour le contrat A à 4,5 % pour le contrat C. Cela traduit le poids croissant du reste à payer et du reste à charge par bénéficiaire avec le niveau de garantie.

5. L'équilibre technique des contrats ACS est fragile

L'équilibre technique des contrats est mesuré *via* l'indicateur P/C = Charges de prestations/Cotisations nettes⁵. Il ne tient pas compte des frais de gestion des OC.

L'indicateur P/C détaillé pour les contrats A, B et C s'établit respectivement à 98,3 %, 99,1 % et 108,0 %.

La barre des 100 % est donc dépassée pour le contrat C. Ce contrat est en déséquilibre puisque le montant des prestations est supérieur au montant des cotisations nettes.

Le contrat C étant le plus souscrit, l'indicateur P/C apparaît globalement défavorable pour l'ensemble des contrats avec une valeur moyenne de 103,1 %.

⁵ Si le ratio P/C est inférieur à 100 %, cela signifie que le montant des cotisations est supérieur à celui des prestations ; le contrat est techniquement excédentaire. Si le ratio P/C est supérieur à 100 %, les cotisations sont insuffisantes ; ce qui traduit une situation de déficit.