



Rapport du Fonds CMU au Gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS) en 2010

(en application de l'article L.863-5 du Code de la sécurité sociale)

Juin 2011

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

Tour Onyx – 10 rue Vandrezanne – 75013 PARIS
☎ 01 58 10 11 90 ☎ 01 58 10 11 99
www.cmu.fr
accueil@fonds-cmu.gouv.fr

SOMMAIRE

AVANT PROPOS	4
1. PRINCIPALES DONNÉES GLOBALES	5
1.1. SYNTHÈSE DES PRINCIPALES DONNÉES	5
1.2. EFFORT FINANCIER DES MÉNAGES POUR ACQUÉRIR LEUR COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTE	6
1.3. NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PAR CONTRAT ACS.....	7
1.3.1. Une répartition des bénéficiaires selon la taille du foyer qui demeure très stable dans le temps	7
1.3.2. Un âge du souscripteur du contrat différencié selon la taille du foyer.....	8
1.3.3. Une enquête représentative	9
2. ANALYSE DES DÉTERMINANTS DU PRIX DES CONTRATS ET DU MONTANT DE PRIME APRÈS ACS.....	10
2.1. IMPACT DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES COUVERTS PAR LE CONTRAT	10
2.1.1. Mesure à partir de l'analyse descriptive.....	10
2.1.2. Mesure à partir de l'analyse « toutes choses égales par ailleurs »	12
2.2. IMPACT DE L'ÂGE DES BÉNÉFICIAIRES	13
2.2.1. Mesure à partir de l'analyse descriptive.....	13
2.2.2. Effet de l'âge « toutes choses égales par ailleurs »	15
2.3. EFFET DE LA RÉGION DE RÉSIDENCE DU SOUSCRIPTEUR «TOUTES CHOSES ÉGALES PAR AILLEURS ».....	16
3. DESCRIPTION DES CONTRATS ACS À PARTIR DE LA CLASSIFICATION DREES.....	17
3.1. DES NIVEAUX DE GARANTIE MOINS ÉLEVÉS POUR L'ACS QUE POUR LES CONTRATS INDIVIDUELS DREES	17
3.2. LES GARANTIES OFFERTES PAR LES CONTRATS ACS	17
3.2.1. Les niveaux de remboursement.....	17
3.2.2. Mesure de l'impact du niveau de garantie sur le prix des contrats ACS	18
4. LES RESTES À CHARGES SUR PRESTATIONS DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ACS	19
4.1. UNE ENQUÊTE CONDUITE EN DEUX PHASES.....	19
4.1.1. Les premiers enseignements issus de l'enquête exploratoire.....	20
4.1.2. L'enquête conduite dans le cadre du rapport annuel sur l'ACS	21
4.2. UNE APPROCHE COMPLÉMENTAIRE POUR APPRÉCIER LE RAC SUR PRESTATIONS DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ACS.....	27

✓ ANNEXE 1	28
L'ACS EN 2010	28
✓ ANNEXE 2	31
REVENU DU FOYER ACS SELON LA COMPOSITION FAMILIALE	31
✓ ANNEXE 3	32
CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES	32
✓ ANNEXE 4	35
ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE SUR L'ANALYSE DESCRIPTIVE ET L'ANALYSE ÉCONOMÉTRIQUE	35
✓ ANNEXE 5	38
LES CONTRATS ACS DANS LA CLASSIFICATION DREES	38

Avant propos

Selon l'article L. 863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU « rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit» à l'aide complémentaire santé (ACS). L'article R. 862-12 du même code précise que les organismes complémentaires santé (OC) sont tenus de communiquer au Fonds CMU, sur sa demande, tous renseignements nécessaires à l'élaboration de ce rapport.

Nous présentons ici le sixième rapport depuis la création du dispositif, qui porte sur les données arrêtées au 30 novembre 2010.

57 OC ont répondu à l'enquête. Ils couvrent plus de 66 % des bénéficiaires, permettant ainsi aux données récoltées d'atteindre un très bon niveau de représentativité.

Depuis la dernière enquête présentée en 2009, le rapport s'appuie sur la classification des contrats de couverture de complémentaire santé utilisée par la DREES pour son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits. Nous disposons ainsi d'un point de comparaison pour situer les « contrats ACS » par rapport aux contrats individuels et même collectifs, représentatifs du marché.

Le reste à charge (RAC) sur le prix du contrat est un des principaux résultats affichés jusqu'alors dans l'enquête. Il ne constitue cependant qu'une partie du RAC subi par les bénéficiaires, celui sur prestations, non négligeable, venant s'ajouter à ce dernier. Au cours de l'année 2010, le directeur de la sécurité sociale a mandaté le Fonds CMU pour étudier la question. L'enquête 2010 sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS aborde donc ce sujet, le but étant de mieux appréhender l'effort financier total réellement fourni par les bénéficiaires.

On rappellera que le Fonds CMU s'est engagé, auprès des OC participants, sur la confidentialité des informations transmises sur la nature des contrats et leur répartition. Aucune information permettant d'identifier les organismes ne figure dans ce document. De la même manière, aucune différenciation entre nature d'organismes ne sera mise en évidence.

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

A titre d'information, l'annexe 1 reprend les principales tendances observées par rapport au suivi de la montée en charge de l'ACS en 2010.

1. Principales données globales

1.1. SYNTHÈSE DES PRINCIPALES DONNÉES

L'enquête a été réalisée sur 57 OC représentants 355 469 bénéficiaires et 219 093 contrats.

Elle s'inscrit dans la continuité de l'enquête 2009 sauf sur ce qui concerne le montant moyen de déduction qui connaît un bond de 17 % grâce aux mesures de revalorisations intervenues récemment et qui conduisent à la prise en charge du prix des contrats à hauteur de 60 %, contre 50 % auparavant.

. le prix moyen du contrat s'établit à 782 € (par contrat couvrant en moyenne 1,62 personnes, soit 483 € pour 1 personne) ;
. le montant moyen de déduction ACS (aide légale) s'élève à 439 €, le reste à charge moyen à 344 € (il s'agit du reste à charge sur le prix du contrat) ;
Ces données conduisent à un taux de reste à charge (ou pourcentage de la prime ou cotisation restant à charge) par contrat de 42 %.

La quasi-totalité des OC sollicités ont effectivement répondu à l'enquête 2010 (57 sur 61). Les données relatives à 219 093 contrats couvrant 355 469 bénéficiaires ont été retenues. Ces derniers correspondent à 66 % des bénéficiaires de l'ACS (source : déclarations à la contribution CMU-C auprès du Fonds CMU du 4^{ème} trimestre 2010).

Ces données peuvent être rapprochées de celles obtenues l'année précédente :

	Enquête 2010	Enquête 2009	Évolution (%)
Nombre d'OC	57	59	
Nombre contrats	219 093	205 352	
Nombre personnes enquêtées	355 469	332 786	
Part bénéficiaires ACS concernés par l'enquête	66 %	66 %	
Nombre personnes par contrat	1,62	1,62	
Prix moyen par contrat (couvrant 1,62 personnes)	782 €	764 €	+ 2,4
Prix moyen d'un contrat ACS par personne couverte	483 €	472 €	+ 2,4
Montant déduction moyenne par contrat	439 €	375 €	+ 17,1
RAC (*) moyen par contrat	344 €	389 €	- 11,6
Taux RAC (*) moyen	42 %	51 %	
Taux d'effort	3,6 %	4,1 %	

(*) Par commodité, sur l'ensemble des tableaux qui suivent, « le montant de prime ou cotisation après ACS » est remplacé par le terme « RAC » (reste à charge sur le prix du contrat)

A travers ces résultats, on évalue en premier lieu l'impact des mesures de réévaluation des montants de l'ACS intervenues depuis 2009 :

- au 1^{er} août 2009 : revalorisation des montants de l'ACS pour les personnes âgées de 60 ans et plus (500 €), création d'une nouvelle tranche d'attribution (350 € pour les 50-59 ans) ;

- au 1^{er} janvier 2010 : doublement du montant de l'ACS pour les personnes âgées de 16 à 24 ans (200 €).

Le montant moyen des déductions, le RAC moyen, le taux de RAC moyen ainsi que le taux d'effort sont sensiblement impactés. Alors que jusqu'à présent, on gardait à l'esprit que 50 % du prix du contrat était couvert par l'ACS, désormais, ce montant s'élève pratiquement à 60 %. De même, le taux d'effort a sensiblement baissé.

Le prix moyen du contrat évolue de manière modérée alors que le nombre moyen de personnes protégées par contrat ainsi que l'âge moyen des souscripteurs est parfaitement identique entre les deux années. La modération constatée est plutôt cohérente avec le ralentissement observé par le Fonds CMU sur le chiffre d'affaires santé des OC entre 2009 et 2010¹:

1.2. EFFORT FINANCIER DES MÉNAGES POUR ACQUÉRIR LEUR COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Afin de calculer un taux d'effort pour les foyers concernés (montant de reste à charge / montant des ressources prises en charge), le calcul est réalisé sur la base des ressources annuelles théoriques (comprises entre le plafond de la CMU complémentaire majoré de 10 %, ce qui correspond au milieu de la plage des revenus ouvrant droit à l'ACS) desquelles a été déduit le forfait logement. Le revenu estimé en fonction de la taille de la famille est présenté dans un tableau récapitulatif (cf. annexe 2).

En 2010, le taux d'effort moyen pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire a sensiblement baissé par rapport à 2009, suite à la prise en compte en année pleine des mesures de réévaluation des montants de l'ACS intervenues depuis 2009.

Il est désormais évalué, par foyer, à 3,6 % des ressources annuelles (3,3 % hors prise en compte du forfait logement), versus 4,1 % en 2009. Son montant correspond d'ailleurs au résultat qui avait été obtenu dans une simulation effectuée dans le cadre du rapport 2009.

Dans l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (Questions d'économie de la Santé – « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire » - Mai 2008), la dernière disponible s'agissant de résultats sur le taux d'effort résultant de l'acquisition d'une couverture complémentaire santé, l'IRDES souligne que pour les contrats individuels, le taux d'effort augmente nettement quand le revenu des souscripteurs diminue. Il est de 2,9 % pour les ménages les plus riches et s'élève 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 similaire à celui des cadres et professions intellectuelles qui, d'après l'enquête, s'élève en moyenne à 3,8 %. Sans l'ACS, le taux d'effort pour les personnes concernées par l'enquête s'établirait en moyenne à 8,2 %.

Néanmoins, il convient de souligner qu'un même taux d'effort doit être interprété avec prudence lorsqu'on se situe sur des niveaux de revenu différents. Il existe en effet un certain nombre de charges incompressibles et fondamentales (logement, alimentation etc.) dont le poids est d'autant plus important que le revenu est faible. Il peut donc être légitime que les

¹+ 4,2 % (chiffres bruts), + 3,1 % selon les chiffres redressés (à méthode de comptabilisation inchangée).

ménages modestes aient des taux d'effort moins importants sur leur complémentaire santé, pour pouvoir financer les autres consommations essentielles.

Néanmoins, la charge reste conséquente pour les ménages bénéficiant de l'ACS puisque près d'un demi-mois de revenu annuel (45 % selon un calcul approché) est nécessaire pour financer leur complémentaire santé. Cependant, s'ils ne bénéficiaient pas de l'ACS, ce serait presque un mois de revenu qui devrait être consacré au paiement de leur complémentaire santé.

En dehors de l'aide légale, il existe des dispositifs annexes mis en place par les caisses d'assurance maladie. Courant 2009, en effet, 89 CPAM avaient mis en place un dispositif d'aides supplémentaires à l'ACS, 66 un dispositif d'aides visant à atténuer «l'effet de seuil ACS ». Les orientations de la convention d'objectif et de gestion (COG) 2011-2013 prévoient une systématisation et une généralisation des dispositifs spécifiques de complément financier à l'aide légale pour une complémentaire santé, afin de limiter le montant des restes à charge.

Sur les compléments à l'ACS, le montant moyen national de dépenses par bénéficiaire s'est établi à 129 € sur 2009 avec toutefois une très forte dispersion du montant moyen régional. Un calcul approximatif sur cette base montre que les bénéficiaires concernés ne paieraient plus en moyenne que 20 % du prix de leur contrat contre 40 % avec la seule ACS.

1.3. NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PAR CONTRAT ACS

Dans l'enquête en 2010, un contrat couvre en moyenne 1,62 personnes, chiffre parfaitement identique par rapport à 2009.

1.3.1. UNE RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES SELON LA TAILLE DU FOYER QUI DEMEURE TRÈS STABLE DANS LE TEMPS

Les contrats couvrant une seule personne représentent 45 % du nombre de bénéficiaires et 73 % du nombre des contrats (45 % et 74 % en 2009), ceux couvrant 2 personnes, 13 % du nombre de bénéficiaires et 10 % du nombre des contrats (idem 2009).

Répartition des bénéficiaires au sein des contrats

Nombre de personnes couvertes par contrat	Nombre de contrats	Répartition en %	Nombre de personnes	Répartition en %
1	160 278	73,2	160 278	45,1
2	22 643	10,3	45 286	12,7
3	13 772	6,3	41 316	11,6
4	10 393	4,7	41 572	11,7
5	7 318	3,3	36 590	10,3
6	3 138	1,4	18 828	5,3
7	1 064	0,5	7 448	2,1
8	329	0,2	2 632	0,7
9	98	0,0	882	0,2
10	37	0,0	370	0,1
11	14	0,0	154	0,0
12	5	0,0	60	0,0
13	3	0,0	39	0,0
14	1	0,0	14	0,0
TOTAL	219 093	100,0	355 469	100,0

La structure, demeure parfaitement stable dans le temps.

1.3.2. UN ÂGE DU SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT DIFFÉRENCIÉ SELON LA TAILLE DU FOYER

L'âge du souscripteur selon le nombre de personnes couvertes est mis en évidence par le tableau suivant :

Âge du souscripteur selon le nombre de personnes couvertes par le contrat

Nombre de personnes couvertes par contrat	Nombre de bénéficiaires	Âge moyen du souscripteur (*)	Répartition des effectifs par tranches d'âges en %								
			16-24 ans	25-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	80 ans et +	Total
1	160 278	58,4	3,6	3,9	9,8	14,5	20,0	18,5	15,8	13,9	100,0
2	45 286	51,8	3,2	6,7	15,4	20,8	19,7	19,2	10,4	4,6	100,0
3	41 316	42,9	3,4	9,7	30,4	30,6	14,2	9,2	2,3	0,2	100,0
4	41 572	40,9	1,4	9,0	39,4	33,7	10,2	5,0	1,1	0,1	100,0
5	36 590	41,7	0,5	5,3	39,3	38,4	10,6	4,7	1,1	0,1	100,0
6	18 828	43,2	0,2	3,1	34,5	43,3	11,9	5,8	1,2	0,1	100,0
7 et plus	11 599	45,0	0,0	1,8	27,6	44,6	17,5	7,0	1,3	0,3	100,0
TOTAL	355 469	55,0	2,6	5,6	21,3	24,4	16,7	13,5	9,1	6,9	100,0

(*) C'est le seul âge que l'on connaît

L'âge moyen selon le nombre de personnes couvertes par foyer est parfaitement stable dans le temps. Ce sont logiquement les contrats couvrant une personne, dans une moindre mesure deux personnes, qui connaissent un âge du souscripteur le plus élevé : près de 60 ans dans le

premier cas, de 52 ans dans le second cas. Ensuite, l'âge se stabilise autour de 40 ans lorsqu'on touche les foyers de 3 personnes et plus, dont la situation correspond généralement à des structures familiales avec enfants.

Dans les contrats couvrant une personne, les plus de 60 ans sont très présents et représentent presque la moitié des contrats (48,2 % versus 48,6 % en 2009). Il est vrai que l'ACS porte sur les contrats individuels qui concernent davantage les personnes âgées et seules, tandis que les contrats collectifs, qui ne relèvent pas du champ de l'ACS, regroupent plutôt des actifs et donc, des familles.

1.3.3. UNE ENQUÊTE REPRÉSENTATIVE

La répartition des bénéficiaires dans l'enquête selon la nature des OC, est très proche de celle des utilisateurs d'attestations ACS à fin 2010 :

Nature OC	Bénéficiaires ACS enquête	<i>En %</i> Nbre utilisateurs d'attestations auprès d'un OC au 30/11/10
Mutuelles	70,0	71,2
IP	2,7	2,5
Assurances	27,3	26,3
TOTAL	100,0	100,0

Pour permettre la réalisation de l'enquête, les OC ont fourni la liste des contrats bénéficiant de l'ACS gérés dans leur portefeuille au 30 novembre 2010. Pour chaque contrat, les informations suivantes ont été reportées (une ligne par contrat) : prix de vente du contrat, montant des déductions, nombre de bénéficiaires sur ce contrat, âge et département de résidence de son souscripteur, enfin, l'intitulé du contrat (ou nom de la formule à laquelle se rapporte le contrat). On dispose ainsi des caractéristiques généralement utilisées pour la tarification des contrats individuels de couverture complémentaire.

2. Analyse des déterminants du prix des contrats et du montant de prime après ACS

2.1. IMPACT DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES COUVERTS PAR LE CONTRAT

A partir des données disponibles pour cette enquête, il s'agit de mesurer le lien entre certaines caractéristiques socio démographiques du souscripteur (taille de la famille, âge, niveau de garantie du contrat, région de résidence) et quelques caractéristiques des contrats ACS (niveau de prix, montant et taux de RAC, taux d'effort).

Selon les facteurs étudiés, les analyses ont été conduites à partir d'une analyse descriptive et / ou d'une analyse « toutes choses égales par ailleurs » (appelée également « économétrique »). Pour plus de précisions sur des deux types d'analyse, nous vous invitons à vous reporter à l'annexe méthodologique n° 4.

2.1.1. MESURE À PARTIR DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE

Effort financier du ménage selon le nombre de bénéficiaires par contrat

Nombre de personnes couvertes par contrat	Nombre de bénéficiaires	Part (en %) dans la totalité des bénéficiaires	Moyennes				
			Prix €	Déductions €	Montant RAC €	Taux RAC(*) %	Taux effort %
1	160 278	45,09	664	367	296	44,6	3,8
2	45 286	12,74	1 000	576	424	42,4	3,7
3	41 316	11,62	1 029	548	482	46,8	3,6
4	41 572	11,69	1 166	638	527	45,3	3,3
5	36 590	10,29	1 286	759	527	41,0	2,7
6	18 828	5,30	1 392	882	510	36,6	2,2
7 et plus	11 599	3,26	1 513	1 073	440	29,1	1,6
TOTAL	355 469	100,00	782	439	344	43,9	3,6

(*) Taux RAC = Montant RAC/Prix

Évolution de l'effort financier entre 2009 et 2010 selon le nombre de bénéficiaires par contrat

Nombre personnes couvertes par contrat	Evol Prix / classe précédente	2010		2009			<i>En %</i>
		Taux moyen de RAC	Taux moyen effort	Evol Prix / classe précédente	Taux moyen de RAC	Taux moyen effort	
1	-	44,6	3,8	-	52,0	4,4	
2	50,7	42,4	3,7	52,62	51,2	4,6	
3	2,9	46,8	3,6	1,53	53,2	4,0	
4	13,2	45,3	3,3	14,13	49,9	3,6	
5	10,3	41,0	2,7	9,68	44,7	2,9	
6	8,3	36,6	2,2	6,11	39,8	2,4	
7 et plus	8,7	29,1	1,6	9,70	34,5	1,9	

A partir de l'analyse descriptive, on note que les contrats couvrant « 7 personnes et plus » coûtent 128 % de plus que ceux couvrant une personne. Logiquement, le prix du contrat augmente avec le nombre de bénéficiaires qu'il couvre ; cependant, cette augmentation est de plus en plus faible à mesure que le nombre de personnes couvertes augmente (cette remarque ne vaut pas pour le passage de 2 à 3 personnes du fait d'un effet « âge » comme cela est analysé plus loin).

Le montant de prime ou cotisation après ACS (RAC) croît quant à lui constamment mais de plus en plus faiblement jusqu'à 4 bénéficiaires. Il décroît ensuite. Cela signifie que pour toute personne couverte au-delà de 4 assurés, le montant de l'ACS fait plus que compenser l'augmentation du prix de vente due à cette nouvelle personne. L'ACS compense d'autant mieux le prix du contrat que le nombre de personnes couvertes est élevé, ce qui s'explique par le fait que le surcoût par personne supplémentaire est de plus en plus faible à mesure que le nombre de personnes couvertes augmente alors que le montant d'ACS alloué par bénéficiaire est indépendant de la taille du foyer.

Quant au taux d'effort, il diminue régulièrement avec la taille du foyer, pour atteindre 1,6 % dans le cas des familles les plus nombreuses, chiffre à comparer aux 2,9 % constatés sur les ménages les plus riches (cf. l'Enquête Santé Protection Sociale 2006, mai 2008, IRDES).

Cependant, comme sur les années précédentes et compte tenu de la stabilité de la base enquêtée, on observe que les évolutions de prix selon la taille du foyer sont perturbées par un effet « âge » interclasse :

Nombre personnes couvertes par contrat	Age moyen 2010 du souscripteur
1	58,4
2	51,8
3	42,9
4	40,9
5	41,7
6	43,2
7 et plus	45,0
Total	55,0

Lors du passage de « deux à trois personnes », il apparaît clairement qu'une partie de la hausse de cotisation, résultant de la couverture d'une personne supplémentaire, est annihilée par le fait que le souscripteur est plus jeune et coûte donc moins cher. La question d'une atténuation se pose de la même manière lors du passage de « une à deux personnes ». Une analyse « toutes choses égales par ailleurs », en neutralisant les effets des autres facteurs et donc celui de l'âge, semble donc être le meilleur moyen pour mesurer l'impact de l'effet étudié car on observe ce constat sur la quasi-totalité des OC enquêtés.

2.1.2. MESURE À PARTIR DE L'ANALYSE « TOUTES CHOSES ÉGALES PAR AILLEURS »

L'analyse « toutes choses égales par ailleurs » ou « économétrique » (cf. annexe méthodologique n° 4) constitue l'approche complémentaire pour mesurer l'impact réel de la taille du foyer sur le prix du contrat.

Les résultats obtenus avec cette méthode confirment l'observation précédente :

***Évolution du prix et du montant de prime ou cotisation après ACS selon la taille de la famille
« toutes choses égales par ailleurs »***

Nombre de bénéficiaires	2010		2009		<i>En %</i>
	Évolution du prix moyen pour chaque nouvelle personne couverte	Évolution du RAC moyen pour chaque nouvelle personne couverte	Évolution du prix moyen pour chaque nouvelle personne couverte	Évolution du RAC moyen pour chaque nouvelle personne couverte	
1	-	-	-	-	-
2	63,1	56,0	64,8	63,3	
3	24,0	20,3	24,7	24,0	
4	17,8	6,2	16,7	5,2	
5	9,0	-6,6	9,6	-6,3	
6	5,6	-8,9	3,7	-10,4	
7 et +	4,5	-20,3	5,7	-15,4	

On notera que dans le cadre des analyses « toutes choses égales par ailleurs », les colonnes relatives au « Prix moyen » et au « Montant de RAC moyen » ont été supprimées car les effets sont calculés sous forme de variations en pourcentage et ne peuvent pas être traduits sous forme de variations en €.

Le prix augmente logiquement avec le nombre de bénéficiaires, et cette augmentation est de plus en plus faible à mesure que le nombre de personnes couvertes croît. On ne constate pas « la rupture » entre 2 et 3 personnes observée dans le cadre de l'analyse descriptive. Le passage de 1 à 2 personnes connaît bien quant à lui une amplification.

Les effets de l'âge sont donc bien neutralisés aboutissant à une amplification des évolutions constatées : les contrats couvrant « 7 personnes et plus » coûtent 186 % de plus que ceux couvrant une personne (188 % en 2009).

S'agissant du montant du RAC, le constat est semblable à celui effectué dans le cadre de l'analyse descriptive : ce montant augmente « de plus en plus lentement » jusqu'à 4 bénéficiaires couverts, puis il décroît ensuite.

A partir de 3 bénéficiaires par contrat, il s'agit généralement de familles avec enfants. Les cotisations sont donc plus faibles, d'autant que certains contrats assurent la gratuité à partir du

2^{ème} ou du 3^{ème} enfant. L'ACS constitue un dispositif qui favorise objectivement les familles avec enfants comme en témoigne par ailleurs l'observation du taux d'effort.

Il convient de souligner que la taille du foyer, parmi les facteurs étudiés, ressort comme étant le facteur le plus influent sur le prix des contrats (voir le II de l'annexe méthodologique n° 4).

2.2. IMPACT DE L'AGE DES BÉNÉFICIAIRES

Seul l'âge du souscripteur est reporté. Afin d'évaluer l'effet direct de l'âge du souscripteur en contrôlant des facteurs de confusion potentiels dus à la taille du foyer et à l'âge des autres bénéficiaires, cette question est traitée selon deux approches : en travaillant sur les contrats ne couvrant qu'une seule personne en statistique descriptive, en travaillant sur l'ensemble des contrats à partir d'une analyse « toutes choses égales par ailleurs ».

2.2.1. MESURE À PARTIR DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE

Les contrats ne couvrant qu'une seule personne représentent 73 % des contrats. Dans ce cas de figure, le nombre de contrats correspond exactement au nombre de bénéficiaires.

Afin de mesurer un impact réel de la variable, il a été décidé de conduire l'analyse hors deux situations exceptionnelles qui contribueraient dans le cas contraire à lisser les évolutions constatées au global. Un des 2 OC ne tarifie pas selon l'âge, l'autre a tous ses bénéficiaires de l'ACS rattachés à une seule classe d'âge.

La démarche poursuivie consiste donc à mesurer les évolutions à attendre d'un OC qui tarifie selon l'âge, logique qui prévaut d'ailleurs sur le marché², ainsi que dans l'enquête. Les deux OC écartés représentent 15 % des bénéficiaires.

Effort financier selon l'âge du souscripteur (champ : contrats couvrant une personne uniquement)

	Nombre de bénéficiaires	Part (en %) dans la totalité des bénéficiaires	Moyennes				
			Prix €	Déduction €	Montant RAC €	Taux de RAC %	Taux d'effort %
16-24 ans	5 379	3,93	298	183	116	34,63	1,5
25-29 ans	5 562	4,07	358	198	161	40,39	2,1
30-39 ans	13 574	9,92	423	200	223	49,07	2,9
40-49 ans	19 786	14,46	507	201	306	57,72	4,0
50-59 ans	28 190	20,61	611	339	271	40,95	3,5
60-69 ans	26 914	19,67	757	485	272	32,34	3,5
70-79 ans	21 290	15,56	863	493	370	39,30	4,8
80 ans et plus	16 111	11,78	918	494	424	42,39	5,5
TOTAL	136 806	100,00	659	364	294	42,13	3,8

² 78 % des assurés couverts par un contrat individuel parmi les plus souscrits, voient leurs cotisations ou primes dépendre de l'âge : 99,7 % s'ils sont rattachés à une société d'assurances, 80,2 % s'ils sont rattachés à une institution de prévoyance, enfin, 72,0 % en cas de rattachement à une mutuelle (Sources : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé – année 2008)

***Évolution de l'effort financier entre 2009 et 2010
selon l'âge du souscripteur (champ : contrats couvrant une personne uniquement)***

	En %			
	2010		2009	
	Évolution prix / classe précédente	Évolution RAC/ classe précédente	Évolution prix / classe précédente	Évolution RAC / classe précédente
16-24 ans	-	-	-	-
25-29 ans	20,0	38,6	24,5	-11,4
30-39 ans	18,2	38,9	17,0	31,4
40-49 ans	19,8	37,3	18,6	35,8
50-59 ans	20,5	-11,4	19,7	18,1
60-69 ans	24,0	0,1	26,2	-4,5
70-79 ans	14,0	36,0	15,8	33,2
80 ans et plus	6,4	14,6	5,9	12,1

Les évolutions seraient moins marqués si on avait maintenu les données de l'ensemble des OC.

Le prix est croissant avec l'âge du souscripteur : il augmente systématiquement lorsque l'on passe à une tranche d'âge plus élevée. Le taux d'augmentation est relativement constant sur l'ensemble des tranches allant de 25 à 59 ans, l'évolution s'établissant à 20 % par tranche de 10 années. Elle est légèrement plus marquée lors du passage de la tranche des « 50-59 ans » à celle des « 60-69 ans », puis, pour les 2 tranches supérieures, elle ralentit très sensiblement.

Entre la première et la dernière tranche d'âge, le prix moyen passe de 298 € à 918 €, soit une hausse de 208 %. Il évolue de 115 % entre les « 25-29 ans » et les « 60-69 ans ».

Sur le taux d'effort, on constate l'effet en année pleine des nouvelles mesures de réévaluation des montants de l'ACS intervenues depuis 2009 :

	2010	2009
16-24 ans	1,5	2,4
25-29 ans	2,1	2,2
30-39 ans	2,9	2,8
40-49 ans	4,0	3,8
50-59 ans	3,5	4,5
60-69 ans	3,5	4,3
70-79 ans	4,8	5,8
80 ans et Plus	5,5	6,5
Total	3,8	4,5

Grâce aux nouvelles mesures, en gros, le taux d'effort a baissé d'un point pour les « 16-24 ans » et les plus de 50 ans. Pour les plus âgés cependant, il convient de noter qu'à l'époque de l'établissement de l'enquête 2009, une partie des nouvelles mesures avaient déjà pu être prises en compte.

Les très jeunes connaissent désormais un taux d'effort de loin le plus faible, les « 50-59 ans » et les « 60-69 ans » ont une situation comparable voire meilleure que les personnes âgées de 40 ans. Nous travaillons ici sur les foyers composés d'une unique personne, or, il faut garder à

l'esprit que le taux d'effort diminue avec la taille du foyer qui est en moyenne sensiblement plus importante pour ces derniers que pour les plus âgés :

Nbre moyen de personnes par foyer	
16-24 ans	1,32
25-29 ans	1,87
30-39 ans	2,38
40-49 ans	2,14
50-59 ans	1,45
60-69 ans	1,31
70-79 ans	1,14
80 ans et Plus	1,05
Total	1,62

En termes de taux d'effort, la situation des plus âgés demeure la moins favorable compte tenu du niveau élevé de leurs primes.

2.2.2. EFFET DE L'ÂGE « TOUTES CHOSES ÉGALES PAR AILLEURS »

Évolution du prix moyen et du montant de prime ou cotisation après ACS selon l'âge du souscripteur « toutes choses égales par ailleurs » en 2010

Classe d'âge	Évolution Prix moyen / Tranche d'âge précédente 2010	Évolution RAC moyen / Tranche d'âge précédente 2010	Évolution Prix moyen / Tranche d'âge précédente 2009	Évolution RAC moyen / Tranche d'âge précédente 2009	En %
16-24 ans	-	-	-	-	-
25-29 ans	19,6	52,9	21,6	-16,3	
30-39 ans	15,3	37,0	15,1	32,7	
40-49 ans	14,6	27,9	13,7	30,3	
50-59 ans	19,6	-15,5	17,9	12,5	
60-69 ans	23,5	-9,9	24,7	-9,6	
70-79 ans	13,3	40,4	14,0	29,2	
80 ans et plus	3,2	8,6	3,4	7,8	
Évolution entre classes extrêmes	172,5	210,8	175,9	105,3	

Champ : ensemble des contrats

Les résultats de l'analyse économétrique confirment ceux obtenus à partir de l'analyse descriptive. Il y a une forte influence de l'âge sur les prix de vente et les montants de prime ou cotisation après ACS.

Pour le prix de vente, cet impact est un peu plus marqué, presque 25 %, lors du passage de la tranche « 50-59 ans » à la tranche « 60-69 ans ». Il atteint presque 20 % lors du passage des « 25-29 ans » à la tranche d'âge suivante et celui des « 40-49 ans » à « 50-59 ans ». Entre la classe d'âge « 16-24 ans » et la classe « 80 ans et plus », le prix moyen « toutes choses égales par ailleurs » des autres facteurs augmente de 173 %.

Le montant de prime ou cotisation après ACS augmente quant à lui de 211 % entre les 2 classes extrêmes, soit plus du double par rapport aux précédentes enquêtes. On mesure là

l'effet relatif de la réévaluation des montants pour les « 16-24 ans » et les « 60 ans et plus ». Si on s'intéresse en effet aux montants constatés dans le cadre de l'analyse descriptive, le montant du RAC diminue de - 37 % pour les plus jeunes, de - 14 % pour les « 80 ans et plus », soit plus du double dans le premier cas par rapport au second cas.

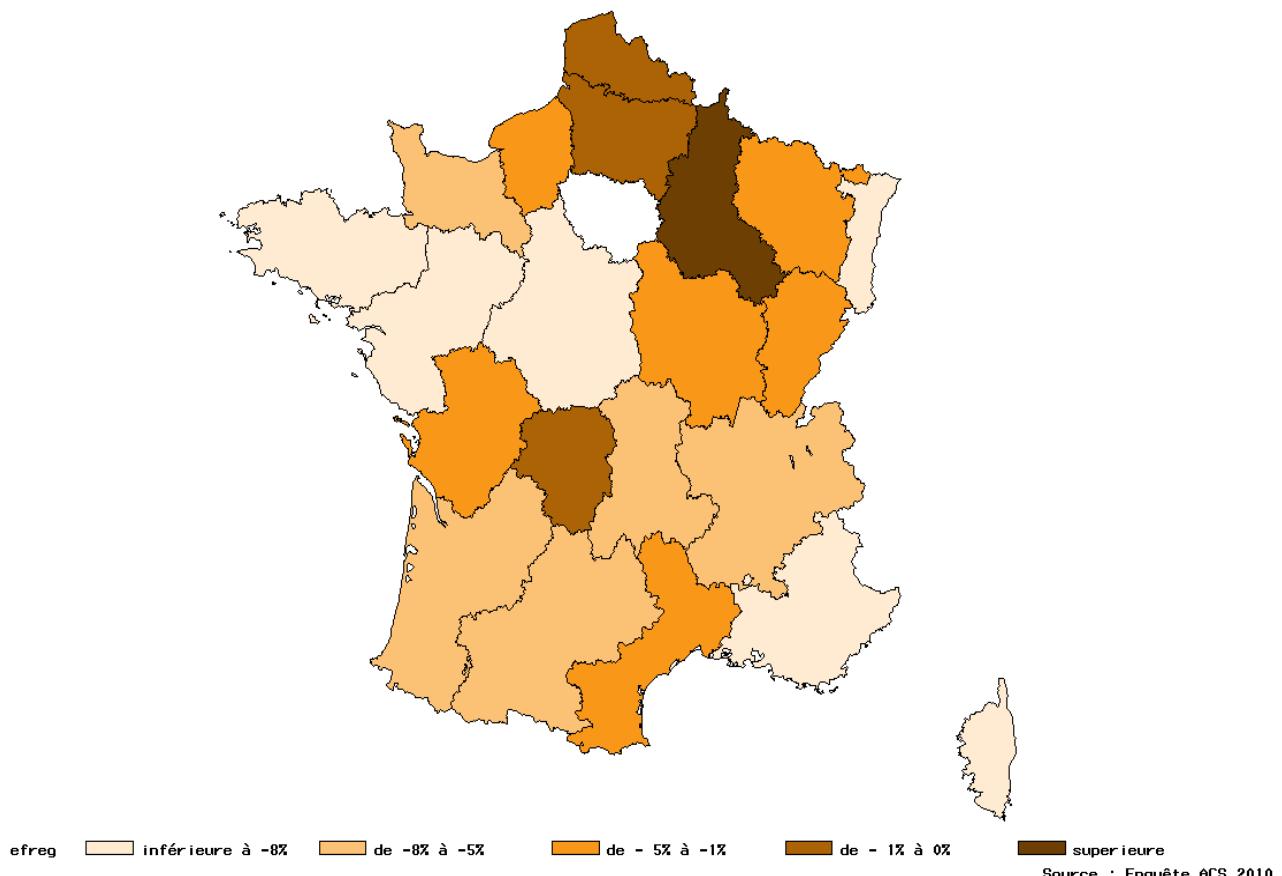
L'âge ressort comme le second facteur le plus influent sur le prix des contrats (cf. le paragraphe 2 de l'annexe méthodologique n° 4), après la taille du foyer.

2.3. EFFET DE LA RÉGION DE RÉSIDENCE DU SOUSCRIPTEUR «TOUTES CHOSES ÉGALES PAR AILLEURS »

L'analyse économétrique confirme des effets régions limités. Ceux-ci font apparaître une hiérarchie des régions cohérente avec celles observées dans les enquêtes précédentes.

Par rapport à l'Île-de-France prise comme référence, on peut ainsi constater :

- Des niveaux de primes ou cotisations les plus élevés en Champagne-Ardenne (+ 4,8 %), très proches de ceux de l'Ile de France en Picardie (0 %), dans le Nord-Pas-de-Calais (- 0,5 %) ainsi que dans le Limousin (- 0,7 %)
- De faibles niveaux de primes ou cotisations en Bretagne (- 10,7 %), dans les Pays-de-la-Loire (- 9,2 %), le Centre (- 8,8 %), et logiquement, en Alsace (- 17,6 %).



Le différentiel de primes entre régions « extrêmes » (hors Alsace) continue de se resserrer : il se chiffre à 11 % en 2010 contre 13 % en 2009 et 17 % en 2008.

3. Description des contrats ACS à partir de la classification DREES

3.1. DES NIVEAUX DE GARANTIE MOINS ÉLEVÉS POUR L'ACS QUE POUR LES CONTRATS INDIVIDUELS DREES

Sur la base des classes de couverture, il est possible de comparer facilement les niveaux de garantie des contrats ACS par rapport aux contrats individuels DREES. Le résultat de cette comparaison demeure sans ambiguïté : les contrats ACS offrent globalement des garanties moins élevées que les contrats individuels en population générale.

Répartition des contrats par classes de garanties

	Contrats ACS 2010 *	Contrats individuels (DREES 2008) **	Contrats ACS 2009	Contrats individuels (DREES 2007)
Classe A	0,8	4,3	0,7	4,3
Classe B	10,1	40,6	10,7	36,9
Classe C	49,3	45,0	50,7	47,4
Classe D	39,9	10,1	37,9	11,4
TOTAL	100	100	100	100

* : Les données sont présentées après retrait d'un organisme où le pourcentage des contrats non classifiés était le plus important (5 % des bénéficiaires)

** : La différence de couverture serait logiquement encore bien plus nette si on comparait les contrats ACS aux contrats collectifs (de niveau de couverture supérieure aux contrats individuels).

La différence est particulièrement marquée sur la classe B (+ 30,5 points pour les contrats individuels DREES) et la classe D (+ 29,8 points pour les contrats ACS). Cette différence est d'ailleurs sensiblement amplifiée par rapport à l'enquête 2009 (respectivement + 26,2 points et + 21,5 points). Il existe donc plus de souscriptions dans les contrats plus faibles.

3.2. LES GARANTIES OFFERTES PAR LES CONTRATS ACS

3.2.1. LES NIVEAUX DE REMBOURSEMENT

Au sein de l'ACS, les contrats considérés d' « entrée de gamme » (D) et « standards » (C) ne remboursent pratiquement pas les dépassements d'honoraires de médecins spécialistes. En revanche, le passage de D à C se traduit par un saut important dans le niveau de remboursement en dentaire et en optique : respectivement + 134 % et + 202 % sur les moyennes constatées (cf. annexe 5).

Le passage du niveau C au niveau B se traduit à la fois par une augmentation de la prise en charge des dépassements d'honoraires (le remboursement moyen augmentant de + 21 %) et par une augmentation encore plus sensible des niveaux de remboursement du dentaire et de l'optique (le remboursement moyen augmentant respectivement de + 83 % et de + 66 %).

Notons que ces mêmes tendances sont observées par la DREES sur les contrats modaux issus de l'enquête.

Les résultats obtenus sur l'ACS sont logiquement très proches de ceux constatés sur l'enquête 2009 dans la mesure où le périmètre étudié est à quelques nuances près le même.

Les classes A, B, C et D sont construites de manière à minimiser la variance au sein d'une classe et à maximiser la variance inter classes. Une variance intra classe subsiste néanmoins dans les classes fournies par la classification ascendante hiérarchique.

3.2.2. MESURE DE L'IMPACT DU NIVEAU DE GARANTIE SUR LE PRIX DES CONTRATS ACS

L'effet du niveau de garantie sur le prix des contrats ACS doit être estimé toutes choses égales par ailleurs (notamment à âge et nombre de personnes couvertes par le contrat donnés)³. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Évolution du prix et du reste à charge entre classes de contrats ACS 2009

Niveau de garantie du contrat	Évolution de la prime (%)	Évolution du RAC moyen par contrat En %
Passage de la classe D à C	+ 12,3 %	+ 31,7 %
Passage de la classe C à B	+ 12,6 %	+ 36,3 %
Passage de D à B	+ 26,4 %	+ 79,4 %

NB : les résultats sont issus d'une analyse « toutes choses égales par ailleurs »

On constate un impact du niveau de garantie sur le prix même si ses effets sont sensiblement plus faibles que celui du nombre de personnes couvertes par le contrat ou l'âge. Comme nous l'avons déjà indiqué, compte tenu des effectifs insignifiants de la classe A, la référence « haute » pour effectuer des comparaisons s'avère être la classe B. On constate alors qu'entre cette dernière et la classe D, le prix des contrats augmente en moyenne de 26 %, l'évolution était de 35 % dans l'enquête 2009.

Les différences de RAC (montant de la prime acquitté par l'assuré, après prise en charge de l'ACS) entre classes de contrats apparaissent plus fortes encore que les différences de primes absolues. Ce résultat est logique puisque l'ACS soustrait un montant indépendant du niveau de couverture choisi.

³ En effet, du fait du lien entre l'âge et le choix de couverture d'une part, et entre l'âge et le montant de la prime d'autre part à niveau de couverture donnée, une mesure directe du lien entre prime et niveau de couverture intégrerait de facto des effets d'âges. Le même raisonnement tenant pour le nombre de bénéficiaires.

4. Les restes à charges sur prestations des bénéficiaires de l'ACS

Pour répondre à la demande du directeur de la Sécurité Sociale, le Fonds CMU a lancé une étude concernant les RAC sur prestations des bénéficiaires de l'ACS.

Un montant relativement élevé pourrait en particulier expliquer le faible niveau de recours au dispositif.

Face à un sujet techniquement complexe, le Fonds CMU a décidé de conduire cette étude en deux phases :

- une étude exploratoire conduite auprès de quelques OC au cours du second semestre 2010 en collaboration avec la FNMF ;
- une enquête plus large dans le cadre de l'enquête 2010 sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS.

Le RAC sur prestations abordé dans ce rapport se définit par la part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré, après remboursement de la part obligatoire par l'assurance maladie et de la part complémentaire par l'OC.

Il convient de rappeler préalablement que le niveau de RAC est fonction de plusieurs facteurs dont le taux de remboursement des OC n'est qu'une composante : il faut également prendre en compte le taux de remboursement du régime obligatoire ainsi que le prix des prestations. Vouloir agir sur le RAC suppose donc préalablement que l'on prenne en considération ces trois déterminants.

Sauf pour les bénéficiaires de la CMU-C, le RAC ne peut être nul compte tenu de l'existence d'un ticket modérateur d'ordre public dont la logique sous jacente est bien, on le rappellera, celle du RAC comme outil de régulation / modération de la dépense. De même, il y a un effet inflationniste de la part des contrats présentant des niveaux de garantie très élevés, l'existence d'un RAC peut apparaître à cet égard comme un facteur de maîtrise de la dépense de santé et du prix des actes des professionnels de santé.

4.1. UNE ENQUÊTE CONDUITE EN DEUX PHASES

L'approche utilisée est celle du RAC moyen par consommant calculé à partir des bases « prestations » des organismes complémentaires. La situation des bénéficiaires n'a pas été appréciée globalement mais selon certaines prestations, le but étant de déterminer un montant de RAC selon les soins engagés.

Concrètement, en s'intéressant par exemple aux consultations de spécialistes, il s'agit de déterminer, pour l'ensemble des consommateurs, un montant de RAC cumulé, puis, d'en déduire une moyenne. A partir d'un exemple concret, voici comment est déterminé le calcul :

- une personne ayant effectué 3 consultations de spécialistes sur l'année avec des RAC respectifs de 10, 15 et 20 euros, se verra « affecter » un RAC de 45 euros ($10+15+20$) ;
- une personne avec 2 consultations de spécialistes sur l'année aboutissant à deux RAC nuls, se verra affecter un RAC de 0 euro ($0+0$).

- une personne couverte mais n'ayant consulté aucun spécialiste et donc non consommante au cours de l'année, ne verra pas entrer son RAC, qui par définition est nul, dans le calcul.
Le RAC moyen ainsi calculé correspondra à 22,5 euros ((45+0)/2 consommateurs).

Il s'agit d'un tout premier exercice qui constitue donc une expérimentation. Il nous permet de dégager des premiers résultats mais qui devront être approfondis par la suite à partir de contacts individuels avec les OC. Un tiers des OC enquêtées n'ont pas été en mesure de fournir des résultats ou bien ces derniers n'ont pu être exploités.

4.1.1. LES PREMIERS ENSEIGNEMENTS ISSUS DE L'ENQUÊTE EXPLORATOIRE

Cette étude a confirmé la difficulté pour obtenir des données en ce domaine : sur 24 OC interrogés, seuls 9 ont pu remonter des résultats (5 pour le Fonds CMU et 4 pour la FNMF).

L'enquête exploratoire a porté sur un nombre restreint de postes mais qui ressortent comme étant significatifs en termes d'analyse tout comme dans la détermination des prix des contrats : la consultation de spécialistes, la prothèse dentaire, la paire de lunette complète. Les résultats ont été demandés pour les contrats ACS mais également pour les autres contrats individuels

4.1.1.1 Des ordres de grandeur plutôt que des résultats précis

Ne sont ici abordées que les moyennes sur lesquelles il existe cependant une dispersion des résultats selon les OC. Le RAC est apprécié par consommant et non par recours. Or, un RAC moyen peut cacher des niveaux très élevés pour certaines personnes qui consultent davantage, les personnes âgées en particulier.

. Consultations de spécialistes : le montant de RAC moyen par consommant sur la prestation est ressorti assez modéré puisque situé entre 5 et 10 euros.

A travers le résultat détaillé fourni par un OC, la FNMF a constaté l'effet sensiblement « modérateur » du respect du parcours de soins sur le RAC pour les assurés.

. Prothèses dentaires : on peut retenir qu'en moyenne, le RAC est situé autour de 300 euros.

. Paires de lunettes : pour les lunettes, le RAC s'est situé en moyenne légèrement au dessus de 100 euros dans le cadre des chiffres remontés par le Fonds CMU. A l'exception d'une mutuelle, le montant est ressorti plus élevé dans le cadre du retour effectué par la FNMF : un peu plus de 150 euros.

Logiquement, la fréquence de recours (nombre de consommateurs / nombre de bénéficiaires de l'ACS) aux soins est sensiblement plus faible pour le dentaire et dans une moindre mesure pour l'optique, que pour les consultations de spécialistes.

4.1.1.2 Des RAC plus élevés pour les autres contrats individuels par rapport aux contrats ACS

Les données concernant les autres contrats individuels peuvent être considérées comme robustes car basées sur un nombre nettement plus important de bénéficiaires.

Dans tous les cas où la donnée comparative a été obtenue (7 remontées sur 9 au total), le montant moyen du RAC moyen pour les autres contrats individuels est ressorti sensiblement plus élevé pour chaque OC concerné et sur l'ensemble des postes.

En prenant l'exemple des consultations de spécialistes, le montant se situe entre 15 et 20 euros (entre 5 et 10 euros pour les contrats ACS) dans le cadre de l'enquête FNMF.

Ce résultat peut laisser à penser, en premier analyse, que les non titulaires de l'ACS se tourneraient davantage vers des actes à prix élevés car le niveau de leurs garanties est supérieur en moyenne.

On peut à cet égard émettre plusieurs hypothèses face à ce constat :

- . Il est possible que les bénéficiaires de l'ACS fréquentent davantage les professionnels de santé exerçant en secteur 1 ou les centres de santé qui pratiquent plus couramment des tarifs opposables, ce qui limite le RAC ;
- . Il se peut également que les bénéficiaires de l'ACS renoncent davantage à certains soins dont les restes à charge pourraient être jugés trop importants.

Toutefois, l'étude ne permet pas de vérifier ces hypothèses.

Une observation formulée par la FNMF mérite cependant d'être retenue : « *Ceci renforce l'idée qu'un bon ou un mauvais contrat de complémentaire santé ne se définit pas uniquement par le contenu de ses garanties mais aussi par ce qu'en fait l'adhérent. Son comportement dans son recours à l'offre de soins va induire des restes à charge plus ou moins importants. Cela montre aussi que la « qualité » du contrat ne s'apprécie pas qu'au regard exclusif du niveau du reste à charge* ».

Par ailleurs, il est désormais admis que la possibilité offerte par certains contrats d'accéder à des réseaux peut avoir un effet modérateur sur le reste à charge, en particulier s'agissant de l'optique.

4.1.2. L'ENQUÊTE CONDUITE DANS LE CADRE DU RAPPORT ANNUEL SUR L'ACS

L'enquête sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS en 2010 a offert l'opportunité d'étendre l'étude sur un nombre potentiel sensiblement plus important d'OC puisqu'une soixantaine ont été interrogés à cette occasion. Toutefois, seuls les résultats d'environ 45 OC ont pu être exploités ce qui démontre une nouvelle fois la difficulté de l'exercice. Certains organismes n'ont pu répondre en raison notamment de la complexité du questionnaire et ne pourront de toute façon le faire à court terme compte tenu de la configuration de leurs systèmes d'information et en particulier de l'absence de saisie de la dépense réelle dans leurs bases « prestations ». D'autres résultats posant question n'ont pas été retenus.

Il est essentiel cependant de rappeler qu'il s'agit là d'un premier exercice de sensibilisation dont les résultats s'amélioreront sans aucun doute dans le temps. En outre, la représentativité de cette enquête a été largement étendue par rapport à la première étude exploratoire.

On précisera que par rapport à l'étude exploratoire, les postes étudiés ont été étendus à d'autres rubriques. Les données demandées ont été les suivantes :

Prestations payées du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2010 (en dates de paiement)

	Dépense réelle (en €)	Remboursement SS (en €)	Remboursement OC (en €)	Montant RAC (en €)	Nombre d'actes	Nombre de consommateurs (dédoubleté sur chaque ligne)	Montant moyen RAC (par consommant) (€)	Quartiles du montant du RAC (Q1, Q2 - médiane, Q3) (€) (*)	Dernier décile du montant du RAC (€) (*)
TOTAL dont :									
- Consultations de spécialistes									
<u>Dentaire</u> :									
- Prothèses acceptées par la sécurité sociale									
- Orthodontie (jusqu'à 16 ans)									
- Implantologie / Parodontologie									
<u>Optique</u> :									
- Verres									
- Montures									
- Lentilles acceptées par la sécurité sociale									
- Prothèses auditives									
<u>Hôpital</u> :									
- Honoraires et frais de séjour									
- Forfait journalier hospitalier									

(*) les deux dernières colonnes du tableau correspondent à la distribution du montant du RAC par consommant

On a décidé dans un premier temps de ne pas étendre l'étude sur les RAC aux autres contrats individuels afin de ne pas alourdir la charge de travail des OC.

Cette nouvelle étude a confirmé la difficulté pour les OC, même de taille importante, de fournir le montant de la dépense réelle. Celle-ci a pu parfois être sous évaluée du fait d'une saisie partielle dans les systèmes d'information, mais nous nous intéresserons à ce stade aux tendances observées. En outre, le nombre d'actes s'avère être une donnée peu exploitable et à manier avec prudence. S'agissant de la qualité des données, celles concernant l'hospitalisation sont apparues peu exploitables.

In fine, il a été décidé que la restitution des résultats ne porterait que sur les postes les plus significatifs : consultations de spécialistes, prothèses dentaires, optique. Cependant, le poste relatif aux prothèses auditives fait l'objet d'un développement particulier compte tenu de l'effort financier pour les personnes concernées.

4.1.2.1 Les résultats obtenus

Comme dans le cas de l'enquête exploratoire, il convient de parler davantage d'ordres de grandeur que de résultats précis. Les moyennes ne constituent qu'un indicateur du résultat alors que les dispersions autour de la moyenne peuvent être selon les cas importantes.

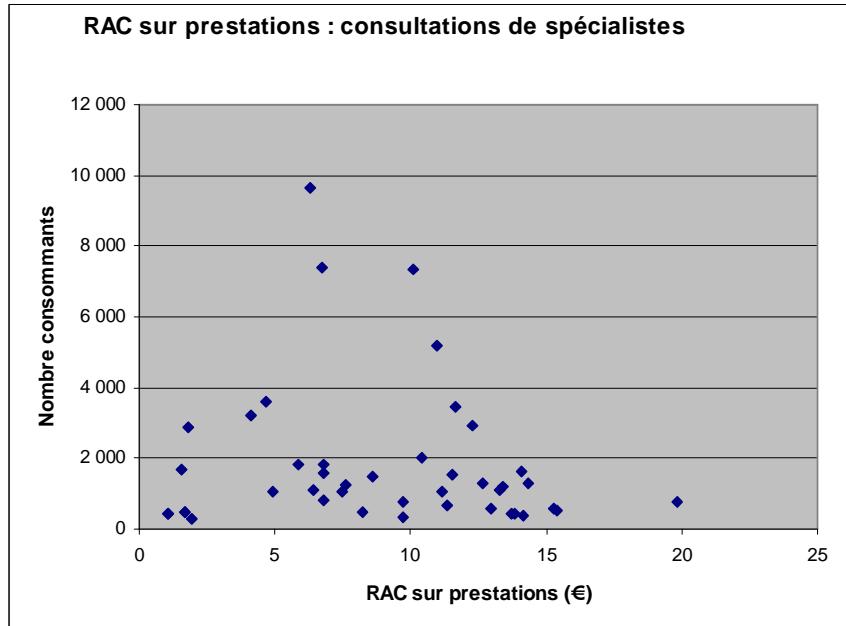
Sur les champs étudiés, voici les résultats obtenus :

	Nbre d'OC avec réponse	Taux recours moyen (Nbre consommateurs / Nbre bénéfis ACS)	RAC moyen
Consultations spécialistes	43 (73 129 consommateurs)	34 %	9,0 €
Prothèses dentaires	44 (14 600 consommateurs)	6 %	350 €
Paires de lunettes	42 (32 000 consommateurs)	13 %	150 €
Audio prothèses	42 (2 500 consommateurs)	1 %	500 €

Les résultats obtenus sont très cohérents en référence à la première enquête.

. Consultations de spécialistes :

Le montant moyen du reste à charge s'établit à 9,0 euros. On notera que le même montant est rattaché à l'individu représentant le 3^{ème} quartile (calculé sur la base de 71 500 consommateurs) avec des RAC élevés en fin de distribution.



Un point correspond à chaque organisme ayant apporté une réponse

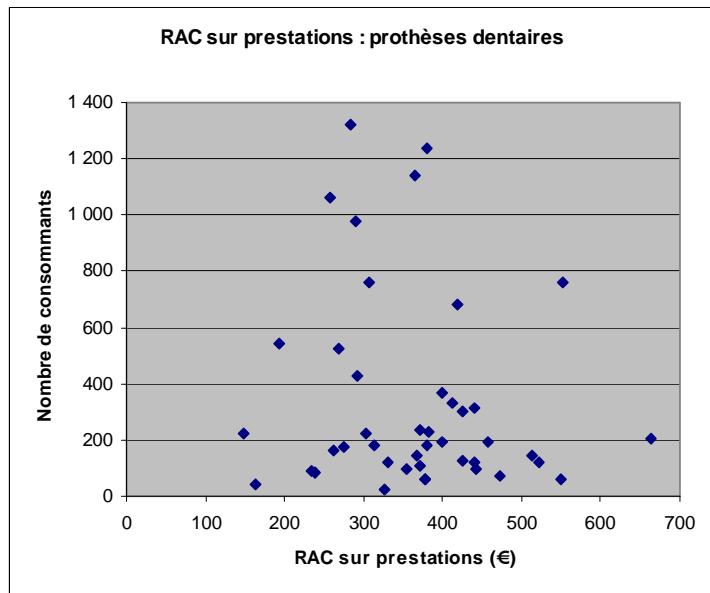
Pour certains OC, les résultats sont liés à un contexte local spécifique : par exemple, pour ceux implantés sur l'Ile de la Réunion, le RAC est toujours proche de zéro du fait d'une très faible proportion de médecins concernés par les dépassements d'honoraires.

L'âge de la population peut également influer le montant du RAC, ce dernier augmentant fortement avec cette variable.

La rubrique « nombre d'actes » est totalement inexploitable sur cet item. En effet, un acte de consultation spécialiste est codé « CS » mais s'ajoute généralement à cet acte des codes majorations, visites, nuit, dimanche ... qui représentent souvent des petits montants mais qui sont comptabilisés en actes. Ils vont diminuer de ce fait le montant moyen d'un acte de consultation, lorsqu'on le rapporte au nombre d'actes total.

. Prothèses dentaires :

Le montant moyen du reste à charge s'établit à 350 euros. Sur le 3^{ème} quartile, il s'élève à 418 euros (calculé sur la base de 13 600 consommateurs).



Un point correspond à chaque organisme ayant apporté une réponse

Il convient de préciser que cette rubrique peut regrouper différents actes, dont la valeur est très variable : dentiers ou couronnes céramo métalliques à prix importants, couronnes métalliques, couronnes provisoires voire ajout de métal précieux dont le prix est alors nettement moins élevé. On gagnerait certainement en lisibilité si on remontait des résultats sur un type de couronne en particulier, par exemple la couronne céramo métallique sur dents visibles. Le risque restant cependant que certains OC ne puissent parvenir jusqu'à ce niveau de détail.

. Paires de lunettes :

Que l'approche soit effectuée sur le regroupement monture + verre ou sur la paire de lunette dans son ensemble, on aboutit à un reste à charge moyen de 150 euros.

S'agissant spécifiquement des verres, il conviendrait certainement de pouvoir distinguer leur niveau de correction car les prix sont essentiellement dépendants de ce facteur. Les personnes concernées par une forte correction sont potentiellement exposées à des montants de RAC plus élevés.

. Audio-prothèse :

Le choix a été fait de porter une attention particulière sur l'audio-prothèse dans la restitution. Divers articles récemment parus dans la presse aborde ce thème :

- « Pour mieux rembourser les audio-prothèses » (*Protection sociale Information n° 781 du 13 avril 2011*) ;

- « Le prix des prothèses audio devrait baisser » (*Aujourd'hui en France – 31 mars 2011*).

L'article de Protection Sociale Information fait état d'une étude présentée par Itelis (société d'ingénierie dont AXA est le principal actionnaire) sur la prise en charge des appareils auditifs.

Sur 6 millions de personnes souffrant d'un trouble auditif en France, 80 % ne portent pas d'appareil alors qu'elles le devraient. Le prix élevé de la prestation serait en cause puisque situé en moyenne à 1 600 euros par oreille, alors qu'il est généralement conseillé d'équiper les deux oreilles.

« Concernant leur prise en charge, le régime obligatoire limite son remboursement à 130 euros par appareil auditif pour les plus de 20 ans. Les complémentaires santé, elles, basent leur prestation sur un forfait d'environ 400 euros par audioprothèse. Résultat, le reste à charge d'un appareil auditif, à renouveler tous les cinq ans, serait d'environ 1 070 euros en moyenne ».

Les retours obtenus sur ce poste illustrent la difficulté d'obtenir des résultats significatifs. Ils doivent être interprétés avec la plus grande prudence. En effet, le nombre de prothèses peut-être d'une ou de deux par consommant et ce point n'est pas renseigné. Outre les prothèses elles-mêmes, le montant de la dépense peut intégrer des accessoires (piles, forfaits entretien etc.) dont les très faibles prix abaissent fortement le montant obtenu. Des organismes ont été contactés en ce sens mais seule une minorité a pu redresser ses résultats, dans la mesure où les systèmes d'information prévoient d'éclater les différents postes de dépenses.

Les résultats de 42 OC ont été exploités correspondant à 2 500 consommants.

Le taux de recours moyen est logiquement très faible puisque, hors un OC dont la situation est exceptionnelle compte tenu de l'âge très élevé de sa population couverte (980 consommants correspondant à un taux de recours de 15 %), le taux de recours moyen s'élève à 1 %.

Le taux moyen de reste à charge s'élève à 500 euros ce qui apparaît très faible au regard du prix des prestations rapproché des niveaux de remboursement observés sur les contrats. Le prix de la prestation est supposé en cause, dans la mesure où il est observé à un niveau de 830 euros par consommant.

4.1.2.2 Les enseignements de l'enquête sur le reste à charge

L'enquête a montré que le sujet est techniquement délicat à aborder. Elle a toutefois permis de sensibiliser les OC sur cette question. Dans un avenir proche, une expertise pourrait être conduite auprès de quelques organismes volontaires en vue d'affiner les résultats obtenus et de définir des préconisations et des points de contrôle pour l'enquête 2011. Ce travail préalable pourrait être conduit en étroite collaboration avec les principales fédérations d'OC.

Les systèmes d'information des OC sont en effet inégalement adaptés pour répondre à la question posée et on peut penser que la constitution d'un groupe d'OC de référence permettrait d'obtenir des résultats significatifs pour l'ensemble du secteur. Dans le cadre d'une approche affinée, des croisements pourraient également être à terme envisagés avec les autres contrats individuels.

La démarche visant à appréhender le RAC à travers le montant cumulé affecté par individu pourrait également être explorée. Au préalable, il conviendrait cependant de s'assurer de sa faisabilité s'agissant du RAC sur prestations après intervention du régime obligatoire puis du régime complémentaire.

4.2. UNE APPROCHE COMPLÉMENTAIRE POUR APPRÉCIER LE RAC SUR PRESTATIONS DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ACS

Il apparaît intéressant de simuler des montants de reste à charge sur prestations obtenus en confrontant les niveaux de remboursement constatés sur les contrats ACS à des prix de prestations facturés sur le marché.

Ainsi, en appliquant les niveaux de remboursement constaté sur le 3^{ème} quartile des bénéficiaires de l'ACS (la fraction des 25 % des bénéficiaires qui se voient appliqués le niveau de remboursement le plus élevé sur chaque prestation) à des exemples de prix de prestations constatées habituellement sur le marché, on constate un reste à charge qui peut-être important selon les situations, par exemple :

- 15 € sur une consultation de spécialiste facturée 40 € ;
 - 440 € sur une prothèse dentaire céramo métalliquesi elle est facturée 600 € ;
 - 190 € sur une paire de lunettes à verres complexes dont le prix tourne autour de 400 €.
- Enfin, pour deux prothèses auditives facturées 2 000 euros, on évalue un reste à charge tournant autour de 1 200 €.

Bien qu'appartenant à la fraction de la population ACS plutôt bien protégée, si on simule ces chiffres aux dépenses assumées par une famille composée par exemple des 2 parents et des 2 enfants – au cours d'une année et qui connaît : 4 consultations de généralistes au tarif opposable, 4 consultations de spécialistes à 40 euros la consultation, 1 couronne céramo métallique à 600 euros, 2 paires de lunettes à verres complexes.

Le reste à charge total annuel sur prestations s'établirait alors à 880 € pour le foyer considéré, soit 5,5 % de ses revenus annuels. A ce montant peut ensuite être ajouté celui du reste à charge sur le prix du contrat constaté dans l'enquête sur un foyer composé de 4 personnes, soit 530 euros correspondant à 3,3 % de ses revenus annuels. Il s'agit ici d'apprécier l'effort financier global d'un foyer type pour se soigner. Au global, le taux d'effort atteindrait donc 9 % ce qui est loin d'être négligeable et souligne l'impact du RAC sur prestations comparé à celui sur le prix du contrat.

Si on s'intéresse au dernier décile (la fraction des 10 % des bénéficiaires avec les niveaux de remboursement le plus élevé), les reste à charge appliqués aux mêmes références sont certes atténus mais ils demeurent non négligeables pour le dentaire et l'optique :

- 2 € sur la consultation de spécialiste facturée 40 € ;
- 350 € sur la prothèse dentaire facturée 600 € ;
- 130 € sur une paire de lunettes dont le prix tourne autour de 400 €.

Le reste à charge demeure naturellement très important si l'on doit avoir recours à des prothèses auditives. Ce montant s'élèverait à 1 000 euros environ pour deux prothèses auditives facturées 2 000 euros.

ANNEXE I

L'ACS EN 2010

Deux indicateurs nous permettent de suivre la montée en charge du dispositif : le nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie et le nombre de bénéficiaires ayant utilisé l'attestation.

1) Une augmentation de 5,5 % du nombre de bénéficiaires d'attestations en 2010

Le suivi de la montée en charge du dispositif met en évidence les chiffres suivants :

	Nombre mensuel de bénéficiaires	Évolution en une année (mois à mois)	Nombre de bénéficiaires au cours des 12 derniers mois	Nombre d'utilisateurs d'attestation à cette date
janv-10	55 608	-2,55%	598 882	-
févr-10	59 679	8,17%	603 389	493 325
mars-10	65 735	17,97%	613 400	-
avr-10	54 410	20,92%	622 815	-
mai-10	49 355	8,71%	626 770	518 367
juin-10	57 074	11,34%	632 585	-
juil-10	46 641	1,33%	633 196	-
août-10	44 171	10,46%	637 380	538 168
sept-10	48 789	-1,46%	636 657	-
oct-10	48 736	-3,74%	634 764	-
nov-10	50 354	-0,76%	634 379	535 055
déc-10	52 233	-2,96%	632 785	-

Sources : tous régimes et OC

En 2010, 632 785 personnes se sont vues attribuer une attestation ACS.

Alors que les effectifs ont connu une augmentation de + 10,4 % sur le premier semestre (par rapport au premier semestre 2009), ils sont stables sur le second semestre (par rapport au second semestre 2009) : + 0,4 % d'augmentation, et ce même si le nombre mensuel de bénéficiaires d'attestations ACS est reparti très légèrement à la hausse entre octobre et décembre 2010.

In fine on aboutit à une évolution de + 5,5 % sur l'année 2010.

Ce chiffre cache cependant des évolutions différencierées selon les régimes : évolution de + 6,4 % pour la CNAMTS, de - 1,8 % pour la CCMSA et de - 7,4 % pour le RSI.

La CNAMTS regroupe à elle seule 92 % des bénéficiaires d'attestations.

Sur la base des chiffres fournis par le Régime Général, la répartition des bénéficiaires d'attestations selon leur âge est la suivante sur 2010 :

Répartition	
Moins de 16 ans	26,70 %
16-49 ans	40,20 %
50-59 ans	13,40 %
60 ans et plus	19,70 %

D'après les données du Régime Général, 34 % des attestations délivrées concernent des renouvellements de droit (31 % des bénéficiaires). Ce chiffre, bien qu'en hausse par rapport à 2009 (taux alors de 29 et 26 %), est sous estimé dans la mesure où certaines caisses ne renseignent pas ou insuffisamment cette rubrique. Un travail de retraitement des données conduit à des taux redressés à hauteur de respectivement 37 % et 33 %. En effet, le risque sur la rubrique « renouvellement » est celui d'une sous estimation du chiffre affiché compte tenu du fonctionnement des méthodes de comptabilisation des caisses.

En outre, les données du Régime Général montrent que 34 % des demandeurs (foyers) ont vu leur droit à l'ACS refusé. Le taux de refus est calculé d'après le nombre de refus ACS notifiés, rapporté aux demandes instruites CMU-C et ACS et ACS seule. Ce point avait été contrôlé dans le cadre d'une étude avec les CPAM de Lyon et de Quimper (cf. 4.1.2 – *L'ACS : le non recours, la non utilisation des attestations et les refus de droits*). De même, il avait été confirmé à cette occasion que dans la quasi-totalité des cas (au-delà de 95 %), les refus s'expliquent par des ressources trop élevées.

2) Un taux d'utilisation des attestations ACS qui demeure très élevé

En 2010, le nombre d'utilisateurs d'attestations ACS auprès des organismes complémentaires progresse quasiment au même rythme que la délivrance des attestations. Il s'établit à 535 035 à fin novembre, soit + 6,7 % par rapport à novembre 2009. Une baisse de – 0,6 % a toutefois été enregistrée entre le 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 2010, ce qui montre que les déclarations des OC peuvent être sujettes à fluctuations d'un trimestre sur l'autre du fait de régularisations.

Le taux d'utilisation est ressorti toujours très élevé puisque approchant 85 %.

Les mutuelles ont regroupé 71,3 % des utilisateurs d'attestations, les sociétés d'assurance 26,3 %, les institutions de prévoyance 2,4 %. Dans le cadre de la CMU-C, les taux s'élèvent respectivement à 76,4 %, 21,2 % et 2,4 %.

Les dispositifs locaux de complément au dispositif légal ACS et « effet de seuil ACS » mis en place par les CPAM se sont développés sensiblement entre 2008 et 2009 et cela n'est pas sans impact sur le dispositif ACS lui-même. Ils favorisent en effet l'utilisation des attestations ACS auprès des OC dans la mesure où ils constituent un outil de solvabilisation complémentaire non négligeable pour les bénéficiaires. Une stagnation est cependant envisageable entre 2009 et 2010, compte tenu d'un contexte financier contraint lié à l'attribution de dotations provisoires dans l'attente de la signature de la convention d'objectif et de gestion (COG) de la Cnamts (les chiffres seront disponibles avant juin 2011).

La dépense totale 2009 sur les deux types de dispositifs locaux s'est élevée à 18,5 millions d'euros, soit une progression de + 81 % par rapport à 2008 : 14 millions d'euros pour le « complément ACS » (108 570 assurés), 4,5 millions d'euros pour l' « effet de seuil ACS » (20 055 assurés). La dépense totale a représenté près de 20 % de la dotation paramétrique consommée en 2009.

47 CPAM ont proposé les 2 dispositifs, 41 le seul dispositif « complément ACS », 17 le seul dispositif « effet de seuil ACS ». 23 caisses n'ont pas mis en place de dispositif du fait principalement d'une volonté politique de ne pas aller en ce sens ; pour certaines, elle résulte de la crainte d'un impact financier trop important sur l'enveloppe de la dotation paramétrique qui est limitative.

S'agissant des dispositifs « effet de seuil », l'aide de 224 euros en moyenne correspond exactement au montant moyen que le Fonds CMU a payé par bénéficiaire sur l'année 2009.

Il convient de noter que les orientations de la convention d'objectif et de gestion pour 2011-2013 prévoient notamment de faciliter le recours à l'ACS en améliorant le taux de bénéficiaires des aides extra légales consacrées aux aides complémentaires et/ou supplémentaires à l'ACS par rapport à la population précaire.



ANNEXE 2

REVENU DU FOYER ACS SELON LA COMPOSITION FAMILIALE

Hypothèses de départ : Ressources moyennes (entre plafond CMU C et ce plafond + 20 % [pour la Métropole])
puis déduction du forfait logement

Nbre de personnes	Plafond CMU C 2010	Plafond CMU C plus 20% 2010	Forfait logement 2010 (*)	Montant de ressources du foyer
1	7 611	9 133	663	7 709
2	11 417	13 700	1 242	11 316
3	13 700	16 440	1 518	13 552
4	15 983	19 180	1 518	16 063
5	19 028	22 833	1 518	19 412
6	22 072	26 486	1 518	22 761
7	25 116	30 140	1 518	26 110
8	28 161	33 793	1 518	29 459
9	31 205	37 446	1 518	32 808
10	34 250	41 099	1 518	36 156
11	37 294	44 753	1 518	39 505
12	40 338	48 406	1 518	42 854
13	43 383	52 059	1 518	46 203
14	46 427	55 713	1 518	49 552
15	49 472	59 366	1 518	52 901

2 Pers : 1 + 50 %

3 et 4 Pers : plafond précédent (nbre Pers -1) + 30 % d'1 Pers

5 Pers et plus : plafond précédent + 40 % d'1 Pers

(*) Forfait logement "Bénéficiaires d'une aide au logement"

2 Pers : ((97+110)/2)*12) Montant moyen du forfait logement

3 Pers : ((116+137)/2)*12) propriétaires / locataires

ANNEXE 3

CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Le Fonds attache une grande importance à la qualité des données fournies. Les OC qui sont associés pour la première fois, sont accompagnés. En outre, il met à disposition des OC une fiche de contrôle détaillée (voir I).

Le point le plus délicat concerne le prix annuel des contrats. Le risque est une minoration des prix remontés par rapport à la réalité. La très grande majorité des OC recalculent en effet le prix annuel à partir d'un appel de prime ou cotisation généralement mensuel ou trimestriel. Il s'agit dans ce cadre d'éviter 2 écueils :

- la fourniture de données « prorata temporis » ;
- un recalculation effectué sur une base minorée : période de référence choisie altérée par une réduction.

Le Fonds vérifie la bonne application de la fiche de procédure ; il effectue pour le prix un contrôle supplémentaire à partir d'une régression statistique (voir II). Ce contrôle complémentaire a conduit à supprimer 1,4 % des lignes.

L'information qui est transmise sur l'intitulé des contrats permet de se reporter aux descriptifs des formules concernées. Des agents du Fonds CMU ont saisi sur cette base, les informations utiles sur les 6 segments de soins retenus dans le cadre de la classification DREES. Cette saisie a ensuite permis l'attribution d'un niveau de garantie à chaque formule retenue.

1) Liste des contrôles que le Fonds demande aux OC d'appliquer

Extrait de la fiche de procédure mise à disposition des OC par le Fonds CMU

A titre indicatif, voici quelques contrôles à effectuer sur votre fichier des contrats ayant ouvert droit à ACS :

- Vérifier que les colonnes sont dans le même ordre que celui du modèle de tableau et que les formats sont scrupuleusement respectés.
- Vérifier que le nombre de bénéficiaires mentionné sur la liste des contrats correspond à celui déclaré sur l'échéance concernée.
- Vérifier la cohérence des prix des contrats :

Il est rappelé que les prix mentionnés sont impérativement les prix annuels en vigueur au 30 novembre.

*- Premier niveau de contrôle visant à supprimer les anomalies facilement décelables :
La cohérence des prix peut être vérifiée à partir d'un tri croissant ou décroissant sur cette donnée : des prix très bas ou très élevés doivent vous alerter. On doit ensuite travailler à partir du montant unitaire du prix de chaque contrat [Montant du prix du contrat / Nombre de bénéficiaires du contrat].*

- Second niveau de contrôle visant à vérifier que les prix mentionnés sont bien les prix annuels :

Le prix remonté dans l'enquête qui fait généralement l'objet d'une reconstitution à partir de vos données contenues dans votre système d'information, doit impérativement correspondre à un prix annuel (et non prorata temporis) en vigueur au 30 novembre (date de référence de l'enquête).

Pour vérifier la bonne application de cette règle, nous vous suggérons 3 contrôles supplémentaires :

- un sondage aléatoire sur quelques lignes et rapprochement du résultat par rapport au prix annuel du contrat ;

- sélectionner les lignes correspondant par exemple au contrat le plus représenté (1ère clef de tri sur l'intitulé du contrat), ne prendre que les contrats couvrant une personne (2nde clef de tri sur le nombre de personne), enfin, un tri par âge : vous devez constater que le prix à tendance à augmenter avec l'âge :

Ex : il y a une anomalie sur un contrat dont le prix est anormalement bas ou haut par rapport aux contrats des personnes d'un âge assez proche (il s'agit du même contrat, les deux couvrant une personne) ;

- si vous disposez d'un service statistique compétent, des situations aberrantes peuvent être décelées à partir d'une régression linéaire puis d'un travail sur les « résidus ».

- **Vérifier la cohérence des montants ACS notamment par 2 moyens :**

Il est rappelé en préalable que les montants ACS mentionnés sont impérativement les montants annuels appliqués aux contrats au 30 novembre.

- A partir du montant unitaire ACS :

il correspond à [Montant déduction annuelle ACS / Nombre de bénéficiaires du contrat].

Ce ratio à appliquer sur toutes les lignes doit être compris entre 100 et 400 euros (respectivement montant minimum et maximum de déduction).

Il peut être inférieur à 100 euros uniquement dans le cas du plafonnement de l'ACS par la prime ou la cotisation mais cette situation est plutôt rare (exemple : montant de prime ou cotisation = 200 euros, montant ACS = 400 euros, le montant d'ACS est alors ajusté à 200 euros).

- A partir du montant ACS pour les contrats couvrant une personne (le contrôle est alors plus simple que lorsqu'il y a plus de bénéficiaires et il permet cependant d'alerter sur d'éventuels problèmes) :

il s'agit pour ces contrats couvrant une unique personne de partir d'un tri par âge croissant et de vérifier que le montant de déduction correspond à celui attribué pour l'âge.

Les montants d'ACS se succèdent en effet par groupes :

. 100 euros dans un premier temps,

. puis 200 euros,

. puis 350 euros,

. enfin 400 ou 500 euros.

Si des montants sont différents de ces 3 montants sur certaines lignes, ils ne peuvent normalement correspondre qu'à des situations de plafonnement du montant de l'ACS qui sont généralement rares (cf. paragraphe précédent).

Un autre cas de figure doit également être évoqué : l'âge du souscripteur est remonté dans le fichier. Or, le souscripteur n'est pas forcément le bénéficiaire du contrat. Dans un tel cas de

figure cependant plutôt rare, il convient de rectifier l'âge en portant celui du bénéficiaire. En effet, c'est sur la base de l'âge du bénéficiaire qu'est tarifé le prix du contrat et fixé le montant de l'ACS. Le tri croissant par âge permet d'identifier une partie de ces incohérences sur les contrats couvrant une personne.

2) Le contrôle du caractère annuel de la donnée « Prix du contrat » à partir d'une régression statistique

Un certains nombre de valeurs aberrantes sont observées sur les données de prix de contrats transmis par les organismes. On peut mettre en particulier en évidence des valeurs anormalement élevées ou anormalement basses en considérant les contrats couvrant une seule personne, ce qui permet de s'affranchir de l'effet de la taille du ménage. Ainsi, sur une formule regroupant 62 contrats couvrant une seule personne et dont le coût moyen est de 598 euros, un des contrats affiche une valeur de 4422 euros. A l'opposée, sur une formule regroupant 472 contrats couvrant un unique bénéficiaire et dont le coût moyen est de 498 euros, un des contrats affiche une valeur de 24 euros. Cette valeur anormalement basse peut résulter d'une mauvaise annualisation des primes pour des contrats souscrits en cours d'année (application de la règle du *prorata temporis*).

Nous avons fait le choix cette année de détecter puis de supprimer ces valeurs aberrantes. En effet, si ces valeurs sont concentrées sur une catégorie particulière de contrats ou si elles concernent un nombre importants d'entre eux, elles sont susceptibles de biaiser les résultats. La méthode qui consisterait à se fixer une règle *a priori* permettant de décider si une valeur est anormale s'avère impossible à mettre en œuvre. En effet, il est difficile de fixer de manière normatives des seuils en dessous ou au dessus desquels les valeurs de primes seraient aberrantes et ce d'autant que ces seuils varient simultanément en fonction du nombre de personnes couvertes, de l'âge du souscripteur et du niveau de garantie. Nous avons donc opté pour une technique économétrique qui permet de tenir compte de l'évolution des primes selon ces caractéristiques. Au sein de chaque organisme, pour chaque contrat, nous avons calculé l'écart entre la prime du contrat et la prime moyenne des contrats appartenant à la même formule.

Ensuite, organisme par organisme, nous avons régressé ces écarts en fonction du logarithme de l'âge du souscripteur et du nombre de bénéficiaires⁴, variables qui influencent le plus la prime. De cette manière, il est possible de mettre en évidence les contrats dont le prix s'écarte fortement du coût moyen de la formule à laquelle appartient le contrat, tout en prenant en compte l'effet de l'âge et du nombre de bénéficiaires sur les écarts à la moyenne. Nous avons considéré qu'un contrat avait une valeur aberrante lorsque le résidu studentisé⁵ qui lui est associé est supérieur à 3 ou inférieur à -3. Cette règle nous a conduit à retirer 1,5 % des contrats environ. Dans toute l'étude, ces contrats ne sont pas pris en compte.

⁴ Etant donné que le nombre de contrats par organisme peut être faible (quelques centaines d'unités parfois) nous avons cherché à limiter le nombre de variables explicatives. Ainsi, la région de résidence n'a pas été introduite dans la régression. Par ailleurs, le fait d'introduire le nombre de bénéficiaires et l'âge sous forme logarithmique plutôt qu'en classe permet également de restreindre la quantité de variables explicatives tout en permettant la prise en compte des effets non linéaires de ces variables (concave pour le nombre de bénéficiaires et convexe pour l'âge).

⁵ Ici, les résidus mesurent la différence entre l'écart à la moyenne observé pour un contrat et celui qu'on devrait obtenir au regard du nombre de bénéficiaires et de l'âge du souscripteur. Les résidus studentisés sont les résidus normalisés par leur écart-type estimé. De cette manière, il est possible de comparer les résidus entre eux. Un résidu studentisé très positif ou très négatif indique un écart anormalement élevé ou anormalement faible.

ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE SUR L'ANALYSE DESCRIPTIVE ET L'ANALYSE ÉCONOMÉTRIQUE

1) Analyse descriptive et analyse économétrique : deux approches complémentaires

L'analyse descriptive consiste à étudier, au cas par cas, les facteurs pouvant influencer les prix des contrats, à calculer les niveaux moyens de primes avant et après ACS ainsi qu'à évaluer les taux de reste à charge et les taux d'effort. Cette approche permet non seulement d'évaluer le niveau moyen de dépense auquel les ménages font face mais aussi de rendre compte des niveaux de corrélation entre le facteur explicatif et le prix du contrat.

Par contre, cette approche ne permet pas d'isoler l'influence propre à chacun des facteurs. Ainsi, par exemple, la hausse des prix de vente des contrats avec l'âge de l'assuré peut être sous-estimée si on ne tient pas compte du fait que les ménages âgés sont en moyenne de plus petite taille et donc que le nombre de personnes couvertes par un contrat est plus faible. De même, à partir d'un certain âge, certains assurés changent de contrat et optent pour un niveau de garantie plus faible pour éviter d'avoir à payer des primes trop élevées, ce qui conduit encore à sous-estimer l'impact de l'âge sur les primes. On parle alors de facteurs de confusions.

Pour s'affranchir de ces facteurs, une première solution peut consister à croiser les variables. On réalisera ce type d'analyse en regardant l'impact de l'âge pour les contrats couvrant, une, deux puis trois personnes ou plus. Cependant, lorsque plus de deux facteurs sont à mettre en relation, il convient de réaliser une analyse économétrique, qui permet de calculer un impact « toutes choses égales par ailleurs » sur la variable expliquée. Cette approche permet alors d'avoir une mesure synthétique de l'impact de chaque facteur, indépendamment des autres.

La stratégie d'analyse est différente suivant la variable à expliquer. En effet, pour l'analyse des primes ou cotisations (c'est-à-dire du prix de vente des contrats hors déduction), une régression linéaire (moindre carrés ordinaires) du logarithme de cette variable est utilisée. Elle permet d'améliorer le caractère explicatif des facteurs et de rendre plus précise les estimations en gommant les valeurs extrêmes.

En revanche, l'application stricte de cette technique n'est pas réalisable pour l'analyse des restes à charge de la prime ou cotisation (c'est-à-dire après déduction de l'ACS) car il existe une proportion d'individus, faible mais non négligeable, pour lesquels cette quantité est nulle. Retirer ces individus de l'analyse pourrait conduire à biaiser les effets de certains facteurs en particulier ceux qui sont fréquemment associés à un reste à charge nul. Pour l'analyse des restes à charge, on procède alors en deux étapes : on estime d'abord la probabilité d'avoir un reste à charge positif puis on s'intéresse uniquement aux montants des restes à charge strictement positifs en régressant le logarithme des restes à charge par les moindres carrés ordinaires.

A partir de ce modèle, il est possible de prédire les niveaux moyens de restes à charge individuels en multipliant la probabilité d'avoir un reste à charge positif, par le niveau du

reste à charge lorsque celui-ci est positif. Les facteurs explicatifs utilisés dans les différentes analyses sont les suivants :

- nombre de bénéficiaires couverts par le contrat ;
- âge du souscripteur ;
- classe de garantie du contrat parmi les 4 classes présentées ;
- région de résidence.

Contrairement à ce qui avait été fait sur l'enquête 2005, les départements d'outre-mer ont été conservés dans l'analyse. Les contrats dont le niveau de garantie était inconnu ont été exclus, pour éviter de biaiser la mesure des effets des autres caractéristiques.

L'utilisation d'un modèle dans lequel on explique le logarithme du prix de vente et du montant de prime ou cotisation après ACS permet d'obtenir des effets « toutes choses égales par ailleurs » qui peuvent se transcrire aisément sous forme de variations en pourcentages. En effet, si pour une variable explicative x (par exemple l'âge), le fait d'avoir la caractéristique x_1 plutôt que la caractéristique x_0 entraîne une augmentation a_{01} de $\log(y)$ (par exemple le logarithme du prix de vente), cela signifie que quand on a la caractéristique x_1 plutôt que la caractéristique x_0 , le prix de vente est multiplié toutes choses égales par ailleurs par $\exp(a_{01})$. Le prix de vente est donc plus élevé d'un pourcentage égal à $100 \times [\exp(a_{01}) - 1] = t_{01}\%$. Par contre, il n'est pas possible de calculer les effets sous forme de variations en euros. En effet, la variation de $t_{01}\%$ de y lorsqu'on a la caractéristique x_1 plutôt que la caractéristique x_0 est indépendante du niveau de la variable y pour la modalité de référence x_0 et ce niveau peut donc prendre a priori toutes les valeurs possibles. Or, il faut disposer de la valeur de ce niveau pour traduire $t_{01}\%$ sous forme d'une variation en euros.

En ce qui concerne les variations du reste à charge, celles-ci sont calculées en deux étapes. La première consiste à estimer la probabilité moyenne d'avoir un reste à charge non nul associée au fait d'avoir la caractéristique x_1 ($p(x=x_1)$) et celle associée au fait d'avoir la caractéristique x_0 ($p(x=x_0)$). La seconde consiste à mesurer, parmi les contrats pour lesquels le reste à charge est non nul, l'impact b_{01} sur ce reste à charge, du fait d'avoir la caractéristique x_1 plutôt que la caractéristique x_0 . La variation du reste à charge liée au fait d'avoir la caractéristique x_1 plutôt que la caractéristique x_0 est alors donnée par : $[p(x=x_1) \cdot \exp(b_{01}) - p(x=x_0)] / p(x=x_0)$.

2) Un résultat issu de l'analyse économétrique : la mesure de l'impact relatif de chaque facteur sur le prix des contrats dans l'enquête

Le modèle bâti afin de mesurer l'impact des différents facteurs sur le prix des contrats, s'avère explicatif, puisque l'ensemble des facteurs expliquent dans ce cadre près de 70 % de la variance du prix de vente :

Importance relative de chaque facteur		En %
Facteurs explicatifs	Part de la variance expliquée pour le log du prix de vente	
Nombre de bénéficiaires	39,2 (39,1)	
Age	25,1 (24,4)	
Niveau de garantie	1,6 (1,8)	
Région de résidence	1,0 (2,0)	
Total expliqué	66,8 (67,3)	
Résidus	33,2 (32,7)	

En italiques et parenthèses : résultats de l'étude 2009 à titre de comparaison.

Le nombre de bénéficiaires du contrat ressort toujours fortement, suivi de l'âge.

Ces chiffres doivent être rapprochés des évolutions entre « classes extrêmes » constatées dans le cadre de l'analyse « toutes choses égales par ailleurs » pour chacune de ces variables :

- nombre de personnes couvertes par contrat : contrats « 1 personne » / « 7 personnes et plus » : + 188 % ;
- âge du souscripteur : « 80 ans et plus » / « 16-24 ans » : + 176 % ;
- niveau de garantie du contrat : « classes B » / « classe D » : + 35 % ;
- région de résidence : + 13 % entre les extrêmes (hors Alsace)

LES CONTRATS ACS DANS LA CLASSIFICATION DREES

1) La classification des contrats utilisée par la DREES

1.1) Rappels sur l'enquête DREES sur les contrats modaux

Dans son enquête sur les contrats modaux, la DREES collecte chaque année auprès des trois types d'OC (assureurs, IP, mutuelles) des informations relatives aux 3 contrats les plus souscrits en individuel et aux 2 les plus souscrits en collectif⁶. De par son plan de sondage stratifié, cette enquête permet d'obtenir un bon niveau de représentativité⁷. Par exemple, l'enquête 2009 (portant sur les contrats 2008) a permis de collecter les données de 255 OC pour un total de 989⁸ contrats « modaux⁹. Les données issues de cette enquête sont donc plus représentatives que celles du Fonds CMU qui portent sur une soixantaine d'OC et 600 formules de contrats.

1.2) Rappels sur la classification des contrats utilisés par la DREES

Pour les besoins de l'analyse, la DREES a l'habitude d'utiliser une typologie en 4 classes de contrats : A, B, C et D, des plus couvrants au moins couvrants¹⁰. Notons que cette typologie est construite sur les contrats modaux de l'année 2006, de façon à pouvoir permettre un suivi du niveau de garanties des contrats dans le temps. Néanmoins, la répartition des contrats au sein des 4 classes A, B, C et D étant relativement stable dans le temps, il n'est pas gênant d'utiliser une typologie dont les contours ont été définis sur des données de 2006 pour classer des contrats de 2009. La technique utilisée pour bâtir cette typologie est analogue à celle utilisée par l'IRDES les années passées : une analyse des correspondances multiples suivie d'une classification ascendante hiérarchique. Cette classification a pour but de décrire à la fois les contrats individuels mais également les contrats collectifs, de niveaux bien supérieurs. Elle est donc sensiblement « tirée vers le haut » afin de pouvoir discriminer les contrats collectifs¹¹.

⁶ Notons que comme dans le cadre de l'enquête Fonds CMU, l'enquête DREES vise à renseigner sur les contrats en portefeuille (stock) et non sur l'ouverture d'affaires nouvelles.

⁷ Globalement, plus le chiffre d'affaire d'un organisme est important, plus il a de chances d'être interrogé, les plus gros organismes étant systématiquement enquêtés. Les IP quant à eux sont systématiquement interrogés. Par ailleurs, le taux de réponse de l'enquête est excellent.

⁸ dont 631 en individuel et 358 en collectif. Ces contrats émanant des 258 OC ayant répondu à l'enquête.

⁹ Ces contrats représentant 63% des personnes couvertes en individuel et 22% des personnes couvertes en collectif.

¹⁰ Arnould ML, Vidal G (2008) : « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 », Etudes et Résultats n° 663, DREES-octobre 2008.

¹¹ Les résultats de la comparaison entre les contrats individuels et les contrats collectifs 2007 illustrent ce constat puisque si la classe A regroupe 35,7 % des contrats collectifs, elle ne regroupe que 4,3 % des contrats individuels.

D'un point de vue méthodologique, six dimensions de la couverture rentrent en compte dans la classification de la DREES : le niveau de remboursement des consultations spécialiste (en % du tarif de convention), d'une couronne céramo-métallique (en euros), d'une monture et verre multi-focal ou progressif (en euros), d'une prothèse auditive¹², la prise en charge de la chambre particulière en chirurgie, la durée de prise en charge du forfait journalier en psychiatrie (en jours par an). Notons qu'en pratique, parmi ces 6 dimensions, **3 jouent un rôle véritablement prépondérant dans la classification** : les remboursements en dentaire, en optique et dans une moindre mesure les consultations chez le spécialiste. Par ailleurs notons que ces 6 dimensions se recoupent largement avec les 5 dimensions utilisées les années précédentes par l'IRDES¹³.

2) Les contrats ACS dans la classification DREES

2.1) La saisie des contrats ACS dans la classification DREES

Dans un premier temps, les résultats de l'enquête DREES sur les contrats modaux de 2006 ont été utilisés pour déterminer les contours des classes A, B, C, et D, selon la méthode décrite précédemment.

Dans un deuxième temps, afin de classer chacun des contrats ACS au sein de 4 classes (A, B, C, D), les caractéristiques d'un peu plus de 600 contrats ACS (relativement aux 6 dimensions évoquées ci-dessus) les plus représentés au sein de chaque OC interrogés lors de l'enquête ACS ont été saisis par le Fonds.

Une grande diversité dans la présentation des niveaux de remboursement des contrats est constatée ; elle rend objectivement quasiment impossible toute comparaison par un public non spécialiste de la question.

¹² Il s'agit d'un bien assez caractéristique des biens non pris en charge par la sécurité sociale

¹³ cf annexe 5 p.38 du rapport 2008 pour plus de détails sur la méthodologie précédente.

« Lisibilité des garanties : l'Unocam rend sa copie » tel est le titre de l'Afim du 18 novembre 2010. Un glossaire, un guide intitulé « *Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé* », et « *une déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties de complémentaire santé* » signée par les présidents des 5 fédérations représentées à l'Unocam, constituent une première réponse « *à une demande récurrente des pouvoirs publics qui réclamaient davantage de lisibilité* ».

« *Un résultat très satisfaisant* » selon Fabrice Henry le président de l'Unocam.

Outre l'explication des mécanismes et intitulés relatifs aux remboursements, le guide « *indique de manière pratique comment évaluer ses besoins en complémentaire santé et les points auxquels il convient d'être attentif pour choisir un organisme* ».

A travers la déclaration commune, les organismes « *se reconnaissent le devoir d'assumer une information claire, sincère et aussi exhaustive que possible à l'égard de leurs adhérents et assurés* ».

Rédaction des garanties en utilisant les termes du glossaire, expression du remboursement de préférence en fonction de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, recommandation d'abandon de la référence au plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), tels sont des exemples parmi d'autres d'engagements.

« *Ces engagements concernent les nouvelles offres, ce qui n'empêche pas d'appliquer ces principes aux gammes déjà encours* ».

Les documents élaborés par l'Unocam ont été présentés le 30 septembre 2010 à la direction de la sécurité sociale, la Cnamts et des associations de consommateurs « *desquelles ils ont reçu un accueil positif* ».

« *La direction de la Sécurité sociale a souligné l'importance de mettre en place des indicateurs de suivi de ces engagements, ce qui est d'ores et déjà prévu dans la déclaration sous la forme d'un bilan annuel* ».

« *Ce bilan permettra de vérifier que l'on a dépassé la simple déclaration d'intention* », « *un premier pas dans une démarche évolutive* » selon Fabrice Henry.

Il rajoute « *ces documents illustrent ce que peuvent partager les acteurs de la complémentaire santé sans risque de banalisation et malgré un contexte de concurrence. Nous avons su dépasser ces contraintes et aller au-delà du simple plus petit dénominateur commun, ce qui n'empêche pas chacune des fédérations de se saisir de ces outils pour faire valoir certaines de leurs spécificités* ».

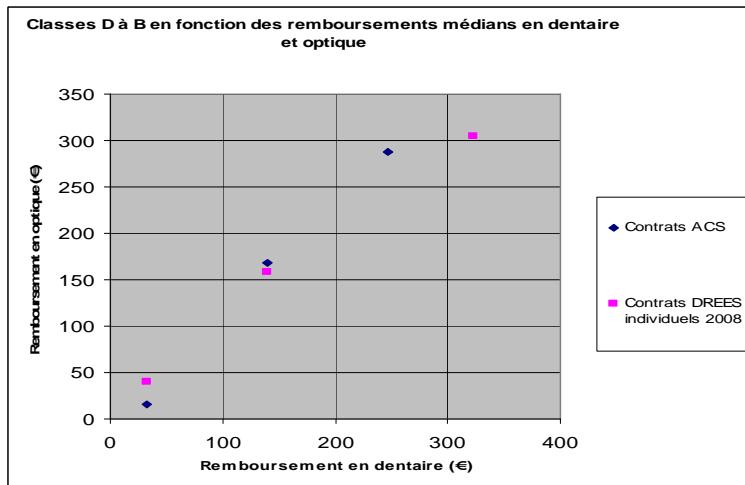
Enfin, on a regardé à quelle classe (A, B, C, D) appartenait chacun des 600 contrats ACS. Autrement dit, chacun des 600 contrats ACS s'est vu affecté une étiquette A, B, C ou D selon son niveau global de couverture. Cette étape est précieuse : elle permet ensuite de raisonner par classes de contrats, et non plus par contrats, permettant d'une certaine manière de s'affranchir de l'importante hétérogénéité des garanties entre contrats mentionnée *supra*.

2.2) Comparaison des contrats ACS avec les autres contrats individuels

2.2.1) Il n'existe que de faibles différences entre les contrats ACS et les autres contrats individuels au sein de chaque classe

Il est intéressant de regarder si les contrats ACS d'une classe donnée (par exemple D) se répartissent à peu près comme les contrats DREES du même type (D). Pour ce faire, nous

avons considéré comme critère de dispersion la médiane du niveau de remboursement en dentaire et en optique. Voici les résultats obtenus :



Le graphique met très clairement en évidence la logique de couverture des contrats : la couverture augmente sur les deux postes à la fois quand on s'élève dans la classification (de D vers B). Il n'est toutefois pas apparu pertinent de faire apparaître les contrats de la classe A sur le graphique¹⁴.

S'agissant des classes D et C, les caractéristiques des contrats ACS sont très proches de celles des contrats individuels DREES. Les deux classes au sein des deux groupes de contrats apparaissent homogènes. Pour ce qui concerne le point de référence élevé en individuel, qui correspond à la classe B, comparativement aux contrats ACS, les contrats individuels DREES offrent des garanties sensiblement plus élevées pour les prothèses dentaires. Par contre, le niveau de remboursement de l'optique n'est que légèrement supérieur.

2.2.2) Critères de dispersion comparés des 6 garanties à l'intérieur des 4 classes

- **Consultations** [remboursement en pourcentage du tarif de convention d'une consultation chez le médecin spécialiste (y inclus le remboursement de la sécurité sociale (RSS))] :

		Moyenne (écart type)	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile
Contrats ACS	Classe A	196 (48)	200	200	200
	Classe B	132 (43)	100	100	150
	Classe C	109 (18)	100	100	100
	Classe D	105 (15)	100	100	100
	Total	110 (24)	100	100	100
Contrats DREES (individuels)	Classe A	173	122	193	200
	Classe B	123	100	100	150
	Classe C	110	100	100	120
	Classe D	99	100	100	100
	Total	117	100	100	125

¹⁴ En effet, seulement 0,8% des contrats ACS sont de type A. Par ailleurs, les contrats individuels haut de gamme se situent plutôt en B (cf ci-dessous : seuls 4,3% des contrats individuels DREES sont de type A).

- Prothèses dentaires [remboursement en euros d'une prothèse céramo-métallique sur dent visible (hors RSS)] :

		Moyenne	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile
Contrats ACS	Classe A	348 (122)	247	301	400
	Classe B	266 (73)	225	247	301
	Classe C	145 (58)	113	140	167
	Classe D	62 (612)	32	32	59
	Total	126 (88)	59	113	160
Contrats DREES (individuels)	Classe A	380	301	393	462
	Classe B	302	269	323	332
	Classe C	159	113	140	194
	Classe D	43	32	32	54
	Total	215	129	215	320

- Optique complexe [remboursement en euros d'une paire de lunette « monture+verres complexes multifocaux ou progressifs » (hors RSS)] :

		Moyenne	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile
Contrats ACS	Classe A	300 (174)	36	408	432
	Classe B	291 (53)	270	288	320
	Classe C	175 (62)	137	168	210
	Classe D	58 (73)	8	16	100
	Total	142 (101)	58	140	208
Contrats DREES (individuels)	Classe A	400	344	417	Frais réels
	Classe B	282	260	305	306
	Classe C	172	148	158	200
	Classe D	50	8	40	69
	Total	214	148	200	305

- Appareil auditif [remboursement en pourcentage en pourcentage du tarif de convention de deux appareils auditifs (y inclus RSS)] :

		Moyenne	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile
Contrats ACS	Classe A	368 (152)	300	325	575
	Classe B	200 (80)	140	177	225
	Classe C	164 (72)	100	143	220
	Classe D	142 (126)	100	100	100
	Total	161 (101)	100	100	200
Contrats DREES (individuels)	Classe A	396	300	401	482
	Classe B	289	240	309	320
	Classe C	201	125	160	250
	Classe D	101	100	100	100
	Total	235	138	225	309

- **Prix d'une journée en chambre particulière** [remboursement par jour du forfait pour une chambre particulière en médecine] :

		Moyenne	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile
Contrats ACS	Classe A	62 (16)	50	60	80
	Classe B	42 (20)	33	40	50
	Classe C	36 (24)	25	35	50
	Classe D	12 (19)	0	0	23
	Total	28 (25)	0	30	46
Contrats DREES (individuels)	Classe A	53	50	54	Frais réels
	Classe B	38	31	31	46
	Classe C	39	30	40	Frais réels
	Classe D	16	0	0	30
	Total	37	29	35	55

- **Durée de prise en charge du forfait hospitalier psychiatrique** [durée en jour de prise en charge du forfait hospitalier lors de séjours en psychiatrie, en jours par an (999 si illimité)] :

		Moyenne (*)	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile
Contrats ACS	Classe A	-	30	150	180
	Classe B	-	45	90	150
	Classe C	-	30	90	100
	Classe D	-	30	45	180
	Total	-	30	90	150
Contrats DREES (individuels)	Classe A	-	90	Illimité	Illimité
	Classe B	-	Illimité	Illimité	Illimité
	Classe C	-	45	90	Illimité
	Classe D	-	30	90	Illimité
	Total	-	90	Illimité	Illimité

(*) Moyenne : non significatif sur ce champ, du fait d'une valeur égale à 999 si illimité