

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



FÉVRIER
2020
NUMÉRO
1142

Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la complémentaire santé solidaire (CSS) remplace par un contrat unique les deux anciens dispositifs de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). L'instauration de la CSS poursuit les mêmes objectifs que l'ACS. Elle vise à réduire les dépenses de santé en offrant un panier de soins sans reste à charge à tarif modéré. Sa mise en place est l'occasion d'un bilan des réformes successives de l'ACS.

En 2018, 1,24 million de personnes sont couvertes par un contrat ACS et bénéficient d'un niveau théorique de prise en charge comparable en moyenne à celui des autres contrats individuels des complémentaires santé. Alors qu'en 2013, les contrats ACS faisaient partie des moins couvrants du marché, plusieurs changements de réglementation ont permis d'améliorer le recours au dispositif, l'accessibilité financière aux soins et le niveau de qualité de la couverture. Ainsi en 2018, le contrat ACS le plus couvrant, choisi par 4 bénéficiaires de l'ACS sur 10, donne accès à un niveau de prise en charge supérieur à celui dont disposent 90 % de l'ensemble des personnes couvertes en individuel.

Cependant, le taux de recours au dispositif reste nettement plus faible que celui à la CMU-C. De plus, les restes à charge demeurent élevés sur des postes de soins tels que l'optique, les soins prothétiques dentaires et les audioprothèses. En simplifiant le dispositif par un contrat unique, dont le panier de soins accessible sans reste à charge est élargi, la CSS vise précisément à corriger ces défauts.

Romain Loiseau (DREES)

Remplacée en novembre 2019 par la complémentaire santé solidaire (CSS), l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), accessible sous condition de ressources, donne droit à une attestation permettant à ses bénéficiaires d'être dispensés d'avance de frais sur leurs dépenses de santé pour la partie remboursée par l'Assurance maladie et d'être exonérés des franchises et des participations forfaitaires de 1 euro. Elle donne également accès à des tarifs sans dépassements d'honoraires pour certaines prestations de soins. En 2018, en France entière, 1,61 million de personnes sont bénéficiaires de l'attestation ACS. En France métropolitaine, le taux de recours parmi les personnes éligibles à l'attestation ACS est estimé par la DREES¹ entre 43 % et 62 %². Délivrée sur demande de l'assuré par la caisse d'Assurance maladie, l'attestation permet également de bénéficier d'une réduction sur le prix d'un contrat de complémentaire santé. À la création du dispositif en 2005, l'ensemble des contrats individuels étaient accessibles aux bénéficiaires de l'ACS. Le dispositif couvrait alors moins de 200 000 personnes. Depuis le 1^{er} juillet 2015, les bénéficiaires ont le choix entre trois types de contrats, dits socles, définis par les pouvoirs publics. Au cours du temps, le nombre de bénéficiaires n'a cessé d'augmenter, en raison notamment d'une hausse

...
1. Les estimations sont réalisées à l'aide du modèle de microsimulation Ines, développé conjointement par l'Insee, la DREES et la CNAF. Ce modèle simule la législation socio-fiscale sur un échantillon représentatif des ménages ordinaires en France métropolitaine. L'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS est déterminée en fonction des caractéristiques du foyer (revenus déclarés, composition familiale...) et des prestations dont il peut bénéficier, simulées dans le modèle. Le taux de recours résulte alors du rapprochement entre le nombre de personnes éligibles et le nombre de bénéficiaires observé par le Fonds de la Complémentaire santé solidaire (ajusté au champ des ménages ordinaires de France métropolitaine).
2. Les bénéficiaires de contrats collectifs sont ici considérés comme non éligibles. Si on les compte parmi les personnes éligibles à l'ACS, le taux de recours

du recours au dispositif. En juillet 2018, 1,24 million de personnes, soit 77 % des bénéficiaires de l'attestation ont souscrit un contrat, part qui reste stable dans le temps ; certains bénéficiaires n'allant pas au bout des démarches. La réduction du prix du contrat de complémentaire santé varie en fonction de l'âge du bénéficiaire : depuis 2009, elle est de 100 euros par an pour les personnes de moins de 16 ans, 200 euros pour les personnes âgées entre 16 et 49 ans, 350 euros pour les personnes dont l'âge est compris entre 50 et 59 ans, et 550 euros pour les personnes de 60 ans ou plus. La réduction accordée ne peut être supérieure au montant de la cotisation.

En 2018, le niveau de prise en charge du contrat ACS le plus couvrant atteint celui des meilleurs contrats individuels

Depuis 2005, des modifications réglementaires ont été opérées pour améliorer l'accessibilité financière aux soins des bénéficiaires de l'ACS, comme la hausse du montant des chèques pour les 50 ans ou plus en 2009. De même, plusieurs réformes ont été instaurées depuis 2013 et visent à augmenter le niveau de prise en charge, la lisibilité et le rapport qualité-prix des contrats ACS (*encadré 1*). Pour mesurer l'évolution des niveaux de couverture depuis 2013, un score de prise en charge par les contrats de complémentaire santé de la dépense de santé restant à la charge des bénéficiaires après intervention de l'assurance maladie obligatoire a été utilisé, pour un panier de soins donné (*encadré 2*). Ce score, compris entre 0 et 1, a été calculé avant et après chacune des réformes, pour un cas type de consommation de soins, fixe dans le temps. La répartition des niveaux de prise en charge des personnes couvertes est présentée pour les différents contrats ACS, afin de décrire les conséquences des évolutions législatives sur la couverture des personnes protégées par le dispositif. Ces proportions sont mises en regard de la distribution des scores des contrats individuels pour une consommation de type ACS.

En 2018, les bénéficiaires de l'ACS peuvent choisir entre trois contrats (A, B, C) dont les garanties minimales sont fixées par les pouvoirs publics depuis 2015. Le contrat C, le plus couvrant, propose en 2018 un niveau

ENCADRÉ 1

Les réformes du dispositif ACS depuis 2013

L'opposabilité des tarifs sur les consultations de médecins

Depuis le 1^{er} février 2013, aucun dépassement d'honoraires ne peut être facturé aux bénéficiaires de l'ACS, pour toutes les consultations de médecins de secteur 2¹, sauf exigences particulières (par exemple, visites en dehors des heures de consultations). Il est entendu que les médecins de secteur 1 ne facturent pas de dépassements d'honoraires. Du fait de cette opposabilité des tarifs, les contrats ACS ne prévoient donc aucun remboursement associé à ces dépassements.

La mise en place des trois contrats socles ACS

Avant le 1^{er} juillet 2015, l'ensemble des contrats individuels étaient accessibles aux bénéficiaires de l'ACS. Depuis, les bénéficiaires ont le choix entre trois types de contrats (A, B, C), dits socles, définis par les pouvoirs publics². Ces contrats comprennent au minimum la prise en charge :

- du ticket modérateur à 100 % (excepté pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %) ;
- du forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie ;
- des lunettes, prothèses dentaires, orthodontie et audioprothèses selon des taux modulés en fonction du contrat choisi.

Une centaine d'organismes complémentaires, réunis au sein d'une dizaine de groupements, ont été retenus pour proposer ces trois contrats suite à une procédure de mise en concurrence. Celle-ci a visé à sélectionner des contrats répondant au meilleur prix et offrant des garanties au moins aussi favorables que celles définies par les pouvoirs publics.

L'opposabilité des tarifs sur les soins dentaires

Depuis le 1^{er} octobre 2017, les bénéficiaires de l'ACS disposent de niveaux maxima de dépassement concernant 119 soins dentaires prothétiques et 8 soins d'orthopédie dentofaciale. L'arrêté du 30 décembre³ 2017 fixe ces dépassements.

1. Article 38.3 de la convention nationale des médecins libéraux.

2. Décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014, mentionné à l'article L.863-1 du code de la Sécurité sociale.

3. L'avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes au Journal officiel du 6 avril 2019 fait désormais foi.

de prise en charge des soins supérieur à celui que connaîtraient neufs bénéficiaires de contrats individuels sur dix en 2016, s'ils avaient une consommation de type ACS (*tableau 1*). Ce contrat est souscrit par près de 40 % des bénéficiaires du dispositif ACS. Le contrat B, choisi par 37 % des bénéficiaires, présente un niveau de couverture relativement moyen, équivalent à celui dont disposent la moitié des bénéficiaires de contrats individuels. Le contrat A, qui couvre 23 % des bénéficiaires, a un niveau de prise en charge supérieur à celui des 10 % des autres assurés individuels les moins bien couverts en 2016.

En 2013, les contrats ACS faisaient partie des moins couvrants du marché

Jusqu'en 2013, les contrats ACS avaient un niveau de couverture parmi les plus faibles du marché. Les trois quarts des bénéficiaires disposaient d'un contrat dont le niveau de prise en charge était inférieur à celui dont disposent, en 2016, 90 % des personnes couvertes par des contrats individuels si elles avaient une consommation de type ACS³. Neuf bénéficiaires de contrats

ACS sur dix disposaient même d'un contrat dont le score était inférieur à celui que détiennent 80 % des personnes couvertes par des contrats individuels en 2016.

L'interdiction des dépassements d'honoraires a fortement amélioré le niveau de prise en charge

Entre 2013 et 2018, chacune des réformes mise en place a eu pour effet d'améliorer le niveau de prise en charge dont disposent les bénéficiaires de l'aide (*graphique 1*), l'année 2013 reflétant le niveau de couverture des contrats choisis par les bénéficiaires de l'ACS avant ces différentes réformes.

L'effet le plus net de ces réformes est celui de l'opposabilité sur les consultations de médecins (réforme 2013), à savoir l'impossibilité de facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de l'ACS. En effet, les contrats proposés par les organismes complémentaires en 2014 sont ceux dont disposaient les bénéficiaires de l'ACS cette année-là, incluant le bénéfice de l'opposabilité sur les consultations de médecins. Ce bénéfice est estimé en considérant que l'interdiction d'être

à l'attestation ACS est estimé entre 33 % et 47 %.

3. Le niveau de garanties sur le marché individuel a augmenté depuis 2013, mais ce constat est similaire en se comparant au marché de l'époque : les trois quarts des bénéficiaires de l'ACS avaient un niveau de prise en charge inférieur à celui dont disposaient 20 % des bénéficiaires de contrats individuels en 2013.

ENCADRÉ 2

Méthode du score de classement des contrats ACS

Principe de la méthode

Les contrats ACS sont comparés aux contrats souscrits sur le marché individuel en 2016, en calculant pour chacun d'eux un score. L'objectif du score est d'ordonner le niveau de prise en charge des différents contrats (contrats ACS avant et après réformes, et autres contrats individuels) pour un bénéficiaire type de l'ACS. Le score d'un contrat exprime le niveau de couverture par ce contrat d'un profil type de consommation d'un panier de soins. Celui-ci ne reflète pas un niveau de prise en charge effectif, qui dépend des soins réellement consommés par chaque individu. Il s'interprète donc comme un niveau de prise en charge théorique, par les contrats de complémentaire santé, du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Le score varie entre 0 (le contrat n'offre aucune prise en charge du reste à charge sur les prestations de soins considérées) et 1 (le contrat offre une prise en charge complète des restes à charge des bénéficiaires ACS pour les prestations de soins considérées).

Formule du score

Le score correspond, en pratique, au rapport entre l'espérance de remboursement d'un contrat et l'espérance du reste à charge d'un bénéficiaire de l'ACS sur certaines prestations de soins, après AMO.

Pour un contrat c :

$$Score^c = \frac{\sum_s P_s \times Remb_s^c}{\sum_s P_s \times RAC_s}$$

Avec :

$Remb_s^c$ le montant de remboursement du contrat c pour le soin s ;

RAC_s le reste à charge pour le soin s après remboursement de l'assurance maladie obligatoire ;

P_s le nombre moyen d'actes du soin s par bénéficiaire de l'ACS.

Pour mesurer l'effet des réformes introduisant l'opposabilité sur les tarifs, le même reste à charge est pris en compte après réforme, bien qu'il ait pu changer dans la pratique. Ce reste à charge après intervention de l'AMO est alors considéré comme entièrement pris en charge par les contrats ACS.

Champ des prestations

Le score est établi à partir de plusieurs prestations de santé pour lesquelles les prises en charge des contrats sur le marché privé se distinguent le plus :

- les consultations et visites de médecins spécialistes ;
- les honoraires des praticiens hospitaliers ;
- les prothèses dentaires, décomposées en 119 soins concernées par la réforme de 2017 (14 soins ne l'étant pas) ;
- les prothèses auditives ;
- l'optique complexe.

Le recours à une chambre particulière pour convenance personnelle lors d'une hospitalisation n'entre pas dans les dépenses présentées au remboursement de l'AMO, il n'y a donc pas de données permettant de connaître le taux et la fréquence de recours à ce poste de soins par la population ACS, aux revenus modestes. Celui-ci n'a donc pas été intégré lors du calcul du score des contrats. Les contrats individuels proposent fréquemment un remboursement total ou partiel pour les chambres particulières en cas d'hospitalisation (Barlet *et al.*, 2019), leur score augmenterait donc avec la prise en compte de la garantie sur la chambre particulière. À l'inverse, le score des contrats ACS pourrait être diminué à partir de juillet 2015 à ce titre, puisque l'appel d'offres ne prévoit pas de remboursement sur ce poste de dépense. De précédents travaux de la DREES ont montré comment la prise en compte de cette garantie modifie, selon les hypothèses de consommations retenues, le classement des contrats ACS (Rapport 2017 du Fonds CMU).

Les soins orthodontiques, également concernés par la mise en place de tarifs opposables pour les bénéficiaires de l'ACS en 2017, ne sont pas non plus intégrés à cette analyse. Ces soins s'adressent le plus

souvent aux enfants et l'effet de ces garanties mériterait une analyse sur des cas types plus fins que celui du consommant moyen.

Ainsi, le reste à charge pris en compte est partiel, puisqu'il n'est pas calculé sur l'ensemble des prestations de soins de l'enquête portant sur les contrats les plus souscrits. Néanmoins, les prestations de soins retenues sont celles pour lesquelles les contrats de l'enquête sur les contrats les plus souscrits présentent les distributions de garanties les plus étendues. Cette restriction du champ des soins considérés est ainsi en phase avec l'objectif de classement des contrats entre eux.

Profil de consommation

Le profil de consommation retenu est celui d'un bénéficiaire de l'ACS n'ayant jamais été à la CMU-C durant l'année. La population des bénéficiaires d'ACS est plus âgée que la population générale, et plus souvent en situation d'affection de longue durée ou de handicap, elle est de ce fait exposée à des dépenses de santé plus élevées.

Il s'agit des données fournies en 2013 par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) : taux de recours (nombre d'actes moyen par bénéficiaire) et distribution de reste à charge après AMO pour les consultations et visites de spécialistes, les honoraires des praticiens hospitaliers, les prothèses dentaires, les prothèses auditives et l'optique complexe.

Ces données sont complétées par des données plus récentes sur le recours aux soins dentaires. L'introduction de limites de dépassement d'honoraires en soins dentaires en octobre 2017, ainsi que le changement de base de remboursement a nécessité un traitement particulier. Pour chacun des 133 codes de la classification commune des actes médicaux (CCAM), on utilise le taux de recours des bénéficiaires de l'ACS (nombre d'actes par bénéficiaire) ainsi que le reste à charge après AMO et ces données sont extraites du SNIIRAM (SNDS-DCIRS) de l'année 2016 (en considérant la population des bénéficiaires d'un contrat ACS, non bénéficiaires de la CMU-C la même année).

Les restes à charge après AMO retenus pour les consommateurs sont ceux des biens facturés au 3^e quartile de la distribution des prix pratiqués auprès des bénéficiaires de l'ACS. C'est-à-dire que 75 % des restes à charge observés en réalité lui sont inférieurs.

Ce choix est un compromis entre, d'une part, le besoin de choisir un niveau suffisamment élevé pour distinguer les contrats entre eux et capter les effets des réformes (ce qui ne serait pas possible en prenant par exemple les restes à charge moyens) et, d'autre part, celui de ne pas prendre des montants trop élevés qui ne refléteraient pas exactement les consommations des bénéficiaires de l'ACS (en prenant par exemple le 9^e décile de reste à charge après AMO).

Données sur les contrats

Les contrats individuels 2016 sont issus de l'enquête de la DREES auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé, qui collecte pour chaque organisme les trois contrats de complémentaire santé les plus souscrits de chaque type (collectifs, individuels, surcomplémentaires, hors contrats ACS et CMU-C). Le taux de couverture par ces contrats de la population protégée par un contrat individuel de complémentaire santé est d'environ 50 %. Les données 2018 sur les contrats individuels hors ACS ne sont pas encore disponibles. Étant donné la légère hausse des scores des contrats observée entre 2011 et 2016, la distribution des scores de ces contrats pourrait être légèrement supérieure en 2018 à celle observée en 2016.

Les contrats ACS 2013 et 2014 sont ceux collectés par le Fonds CMU lors de leur enquête annuelle sur les contrats ACS. Le taux de couverture par ces contrats de la population protégée par un contrat ACS est d'environ 51 % en 2013 et 57 % en 2014.

Interprétation des résultats

Les distributions de score des contrats ACS sont calculées en proportion des personnes couvertes par chaque contrat. Celles-ci sont mises en regard de la distribution de score des contrats du marché individuel (hors ACS) en 2016, pour une consommation type ACS. Cette distribution de score des contrats individuels en 2016 constitue ainsi un point de comparaison permettant de mesurer l'ampleur des évolutions législatives sur le niveau de score des contrats ACS.

TABLEAU 1
Classement de l'ACS par rapport aux déciles de bénéficiaires de contrats individuels avant et après mise en place des réformes de 2013 à 2018

Déciles de bénéficiaires de contrats individuels en 2016	Classement des bénéficiaires de contrats ACS	
	2013 (avant réformes)	2018 (après réformes)
D10		Contrats de type C (40 % des bénéficiaires)
D6-D9		
D5		Contrats de type B (37 % des bénéficiaires)
D3-D4		
D2		Contrats de type A (23 % des bénéficiaires)
D1	3 ^e quartile 2 ^e quartile 1 ^{er} quartile	

Note • Sont présentées la distribution des scores des contrats individuels les plus souscrits extrapolés à l'ensemble des contrats individuels pour une consommation type d'un bénéficiaire ACS et celle des contrats ACS.
Lecture • Les bénéficiaires d'un contrat « C » ACS disposent en 2018 d'un niveau de prise en charge équivalent à celui des 10 % de bénéficiaires de contrats individuels les mieux couverts (hors CMU-C et ACS) en 2016, pour une même consommation de soins. Les déciles (D1 à D10) scindent la population en dix groupes comptant chacun 10 % de la population, classée en fonction du score du contrat souscrit. Les quartiles divisent la population en quatre classes de 25 % chacune.
Champ • Contrats individuels les plus souscrits (hors ACS et CMUC), et contrats ACS, avec une consommation de soins type d'un bénéficiaire ACS.
Sources • Enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé 2016, Décret instaurant les garanties des contrats ACS après appel d'offres, DCIR 2013 (profil de consommation sur les soins autres que dentaires), DCIR 2016 (profil de consommation sur les soins dentaires), données Fonds CMU ; calculs DREES.

facturé pour un dépassement d'honoraires équivaut à une prise en charge complète des dépenses de dépassement d'honoraires auxquels les bénéficiaires de l'ACS étaient préalablement exposés. Cette réforme a permis une nette amélioration du niveau de prise en charge des bénéficiaires de l'ACS, le score des contrats passant de 0,29 en moyenne en 2013, à 0,48 en 2014. Cette hausse est quasiment entièrement imputable à l'opposabilité (elle y contribue à hauteur de 0,17 point). L'effet est marginal pour l'évolution des garanties souscrites entre 2013 et 2014 (0,01 point), celles-ci étant quasiment inchangées. Malgré cela, 40 % des bénéficiaires de contrats ACS ont toujours un contrat de score inférieur à celui dont disposent neuf bénéficiaires de contrats individuels sur dix en 2016, pour une consommation de type ACS.

Les contrats de 2016 font suite à la réforme de l'ACS de juillet 2015, qui met en place trois types de contrats. Sont considérés ici les contrats socles, ou garanties minimales, en intégrant encore l'effet de l'opposabilité des tarifs sur les consultations de médecins. Le passage à ces trois contrats A, B et C a augmenté le niveau moyen de prise en

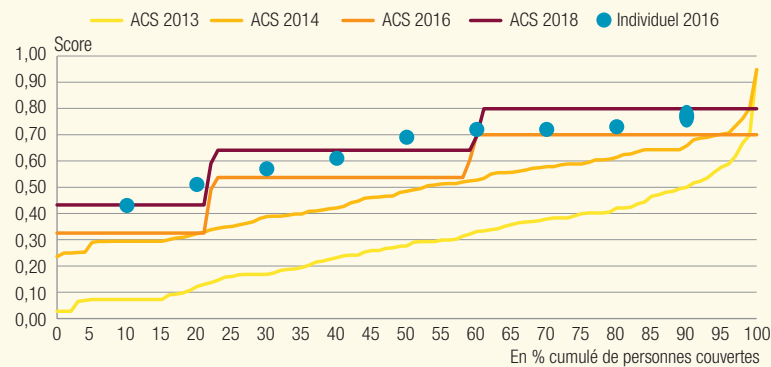
charge de l'ACS, le score moyen étant de 0,56. Les bénéficiaires du dispositif se sont, en effet, majoritairement tournés vers les contrats B et C, plus couvrants. Pourtant, le score moyen des contrats ACS reste encore

plus faible que celui des contrats individuels du marché, qui est de 0,63. Enfin, les scores des contrats de 2018 intègrent, en plus du passage à trois contrats et de l'opposabilité sur les consultations, l'opposabilité sur les prothèses dentaires mise en place en octobre 2017. Cette réforme a permis aux bénéficiaires des contrats ACS de disposer de contrats dont le score est en moyenne de 0,66, soit un résultat comparable à celui des contrats du marché individuel. Ces niveaux de prise en charge sont relativement élevés, notamment pour le contrat C dont le score est de 0,80. Malgré l'augmentation du taux de recours au dispositif depuis la création de l'ACS en 2005, celui-ci reste toutefois nettement plus faible que le taux de recours à la CMU-C (entre 56 % et 68 % en 2018, chiffres DREES). De plus, les restes à charge demeurent élevés sur des postes de soins tels que l'optique, les soins prothétiques dentaires et les audioprothèses (Rapport 2019, Fonds CSS).

La CSS offre désormais l'accès à un contrat unique et un panier de soins sans reste à charge

Depuis le 1^{er} novembre 2019, l'ACS ainsi que la complémentaire maladie universelle complémentaire (CMU-C) sont remplacées

GRAPHIQUE 1
Distribution du score des contrats des personnes couvertes par l'ACS de 2013 à 2018



Note • Sont pris en compte le calcul de la distribution des scores des contrats individuels pour une consommation de soins type d'un bénéficiaire ACS, et l'extrapolation des garanties des contrats individuels les plus souscrits à l'ensemble des contrats.
Lecture • 20 % des bénéficiaires de contrats individuels en 2016 possèdent un contrat dont le score est inférieur à 0,51.
Champ • Contrats ACS 2013, 2014, 2016 et 2018, et contrats individuels hors ACS en 2016.
Sources • Enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé 2016, Décret instaurant les garanties des contrats ACS après appel d'offres, DCIR 2013 (profil de consommation sur les soins autres que dentaires), DCIR 2016 (profil de consommation sur les soins dentaires), données Fonds CMU ; calculs DREES.

par la complémentaire santé solidaire (CSS). Les personnes jusqu'alors éligibles à l'ACS le seront à la CSS sous condition de participation financière. Désormais, l'attestation n'existe plus et le droit est uniquement rattaché à la souscription du contrat. Les mêmes objectifs que pour l'ACS sont visés, c'est-à-dire un accès à une couverture de complémentaire santé offrant un niveau de prise en charge de qualité. Cette couverture complémentaire santé offrira aux personnes protégées l'accès à un nouveau panier de soins « CSS », sans reste à charge. Celui-ci correspond au panier proposé aux anciens bénéficiaires de la CMU-C, élargi par le panier « 100 % Santé »⁴.

Les bénéficiaires de la CSS, auparavant couverts par l'ACS, devront s'acquitter d'une participation financière pour être protégés par ce contrat unique. Les tarifs dépendent de l'âge du bénéficiaire. De 96 euros par an pour les bénéficiaires de moins de 29 ans, ils seront de 168 euros pour les 30 à 49 ans, de 252 euros pour les 50 à 59 ans, de 300 euros pour les 60 à 69 ans, et de 360 euros pour les personnes de 70 ans ou plus.

Le montant moyen restant à payer par les bénéficiaires de l'ACS, qui équivaut au montant à payer pour la souscription du contrat après déduction du chèque ACS, était de 248 euros par personne et par an à fin 2017, pour un contrat couvrant une personne uniquement. Celui-ci augmentait selon le niveau de couverture.

TABLEAU 2

Reste à payer par âge et par an sur le prix des contrats ACS en 2017

En euros

Tranche d'âge	Restes à payer contrat ACS		
	A	B	C
16-29 ans	39	93	156
30-49 ans	112	194	280
50-59 ans	95	213	318
60-69 ans	38	153	271
70 ans ou plus	245	362	425
Moyenne	140	237	320

Lecture • Les bénéficiaires d'un contrat « A » ACS en 2017, âgés de 16 à 29 ans, payent en moyenne 39 euros leur contrat après déduction du chèque ACS.

Champ • Contrats ACS couvrant une personne uniquement, contrat CSS hors régime Alsace-Moselle.

Source • 11 groupements gestionnaires de l'ACS. Enquête annuelle sur l'ACS 2017 ; Arrêté du 21 juin 2019 fixant les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé.

Les bénéficiaires du contrat A devaient en moyenne dépenser 140 euros dans l'année après déduction du chèque, les bénéficiaires de contrat B 237 euros, et les bénéficiaires du contrat C 320 euros [tableau 2]. Le montant moyen restant à payer était également plus élevé pour les personnes âgées, malgré le barème de l'ACS offrant un montant de déduction croissant avec l'âge. Néanmoins, la hausse du montant du chèque ACS à partir de 60 ans entraîne un reste à payer plus faible pour les personnes âgées de 60 à 69 ans que pour celles entre 50 et 59 ans. Théoriquement, le panier de soins « CSS » devrait permettre aux bénéficiaires d'être

protégés par un contrat au score égal à 1. Les restes à charge élevés, qui concernaient principalement les soins d'optique, dentaires et d'audioprothèses, seront désormais nuls pour une consommation dans le panier « CSS ». Dans la pratique, un refus des professionnels de santé d'appliquer les tarifs réglementaires comme il a pu être observé avec l'ACS (Fonds CMU, 2018) pourrait entraîner la présence d'un reste à charge. De plus, certains assurés pourront choisir de recourir à des soins hors panier. Si c'est le cas, leur niveau de prise en charge des soins de santé restera inférieur à 100 %. ■

4. Les différences se situent notamment au niveau des soins prothétiques dentaires.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Barlet, M., Gaini, M., Gonzalez, L., Legal, R. (dir.) (2019). *La complémentaire santé : Acteurs, bénéficiaires, garanties*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DRESS-santé.
- Fonds CMU (2018). Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : bénéficiaires, contenu et prix des contrats ayant ouvert droit à l'aide, Fonds CMU, novembre.
- Fonds CMU (2017). Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : bénéficiaires, contenu et prix des contrats ayant ouvert droit à l'aide, Fonds CMU, octobre.
- Fonds de la Complémentaire santé solidaire (2019). Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : bénéficiaires, contenu et prix des contrats ayant ouvert droit à l'aide, Fonds de la complémentaire santé solidaire, décembre.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Fabrice Lengart

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction : Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages : Stéphane Jeandet

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE
PUBLIQUE

La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.