



## SYNTHÈSE DU RAPPORT ANNUEL SUR L'ACS OCTOBRE 2017

Le dispositif ACS, créé en 2005, a été réformé le 1er juillet 2015. Désormais, seuls les contrats sélectionnés par l'État pour leur bon rapport qualité-prix peuvent bénéficier de l'ACS sur la base de trois garanties types : un contrat A d'entrée de gamme, un contrat B de niveau intermédiaire, un contrat C, de niveau supérieur.

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

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

Le Gouvernement a souhaité faciliter l'accès du dispositif au plus grand nombre par un processus de mise en concurrence visant à offrir une plus grande lisibilité des offres et de meilleures garanties à des prix plus bas.

Alors que l'étude précédente dressait un premier bilan positif de la réforme, le présent rapport confirme ce constat après deux ans de mise en œuvre. Il apporte aussi de nombreux éléments inédits sur les dépenses de santé des bénéficiaires et leurs restes à charge, qui constituent des enseignements précieux pour la préparation de la prochaine mise en concurrence des contrats ACS.

Depuis juillet 2016, le nombre de personnes ayant souscrit un contrat de complémentaire santé grâce à l'ACS a fortement progressé, de près de 9 % en un an. Le taux d'utilisation des chèques ACS, en moyenne de 77 %, augmente avec l'âge ; il atteint plus de 90 % pour les plus âgés.

L'utilisation de l'aide pour souscrire un contrat est inégale sur le territoire. Pour la première fois, un taux d'utilisation de l'attestation est calculé par département ; ce taux varie de 47 % à 91 % selon le département.

La réforme a conduit à une amélioration significative du niveau de garantie des contrats souscrits et ce, alors même que leurs prix ont baissé.

L'analyse des dépenses de santé des assurés montre que les bénéficiaires de l'ACS contribuent directement pour 6 % au financement de ces dépenses, la participation de l'assurance maladie obligatoire s'établissant à 60 % et celle de l'assurance complémentaire à 34 %. Pour certains postes toutefois, la participation de l'assuré reste importante : les bénéficiaires de l'ACS financent directement entre un tiers et deux-tiers de leur dépense en prothèses dentaires selon le contrat souscrit. Cette participation est encore plus élevée pour l'optique et l'audioprothèse (elle est égale aux trois quarts de la dépense pour l'audioprothèse pour les contrats A et B).

Le taux de recours à ces soins coûteux est limité et les restes à charge des personnes en consommant peuvent atteindre des niveaux relativement élevés, même s'ils ont tendance à décroître avec le niveau des garanties souscrites : entre 430 € (contrat A) et 330 € pour le poste des prothèses dentaires (contrat C), jusqu'à 620 € pour l'audioprothèse. Des restes à charge sont également observés pour les soins de ville courants (consultations médicales, etc.) même s'ils sont très faibles, suggérant, à l'instar du constat établi par la Cour des comptes dans son rapport sur le Fonds CMU-C de mai 2015, que l'opposabilité des tarifs n'est pas toujours appliquée.

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

Pour les organismes complémentaires, l'équilibre technique des contrats ACS, mesuré par le ratio prestations / cotisations, n'est pas totalement assuré. À fin 2016, les contrats ACS ressortent globalement en léger déséquilibre en raison du déséquilibre du contrat C. Toutefois, l'équilibre définitif des contrats ACS dépendra de la consommation des provisions pour charges de prestations inscrites dans les comptes des OC à fin 2016 pour tenir compte des soins non encore facturés.